

**DPS**

**BILHETE DE IDENTIDADE DOS INDICADORES  
DE MONITORIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE  
SAÚDE PRIMÁRIOS**

1ª edição | Versão sintetizada | 11 de janeiro de 2013

**Departamento de Contratualização**  
**Administração Regional de Saúde do Norte, IP**

Rua Santa Catarina, 1288. 4000-447 Porto  
Tel 22 041 10 01 | Fax 22 041 10 05  
E-mail: [dc-csp@arsnorte.min-saude.pt](mailto:dc-csp@arsnorte.min-saude.pt)  
Web: [portal.arsnorte.min-saude.pt](http://portal.arsnorte.min-saude.pt)

**Departamento de Contratualização**  
**Administração Regional de Saúde do Centro, IP**

Alameda Júlio Henriques. 3000-457 Coimbra  
E-mail: [dc.csp@arscentro.min-saude.pt](mailto:dc.csp@arscentro.min-saude.pt)  
Web: [www.arscentro.min-saude.pt](http://www.arscentro.min-saude.pt)

**Departamento de Contratualização**  
**Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.**

Av. Estados Unidos da América, nº 77. 1749-096 Lisboa  
Tel 21 842 48 00 | Fax 21 849 97 23  
E-mail: [dpc\\_csp@arslvt.min-saude.pt](mailto:dpc_csp@arslvt.min-saude.pt)  
Web: [www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)

**Departamento de Contratualização**  
**Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.**

Largo do Jardim do Paraíso, nº 1, 7000-864 Évora  
Tel 266 758 770 | Fax 266 735 868  
E-mail: [antonio.duarte@arsalentejo.min-saude.pt](mailto:antonio.duarte@arsalentejo.min-saude.pt)  
Web: [www.arsalentejo.min-saude.pt](http://www.arsalentejo.min-saude.pt)

**Departamento de Contratualização**  
**Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.**

Largo de São Pedro, n.º 15. 8000-145 Faro  
Tel 289 889 900 | Fax 289 813 963  
Email: [arsalgarve@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:arsalgarve@arsalgarve.min-saude.pt)  
Web: [www.arsalgarve.min-saude.pt](http://www.arsalgarve.min-saude.pt)

**Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde – DPS**  
**Administração Central do Sistema de Saúde, IP**

Av. João Crisóstomo, nº 11. 1000-177 Lisboa  
Tel: 21 792 55 00 | FAX: 21 792 55 23  
E-mail: [geral@acss.min-saude.pt](mailto:geral@acss.min-saude.pt)  
Web: [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)

Produzido por Ministério da Saúde. © Janeiro 2013. Todos os direitos reservados.

## Nota Prévia

O bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização das USF, UCSP e ACES, é publicado em 2 versões:

Versão sintetizada - para conhecimento dos objetivos e regras de cálculo de cada indicador.

Versão detalhada - acrescida com as especificações de registo necessárias para o cumprimento dos indicadores, tendo sido criada com os seguintes objetivos:

- para que os profissionais conheçam os campos do processo clínico eletrónico lidos em cada indicador;
- para que o sistema de monitorização e cálculo de indicadores (SIARS) proceda à leitura da informação de acordo com as especificações;
- para normalizar os processos de auditoria de registos.

Este documento corresponde à versão sintetizada.

## Introdução

O decreto-lei 298/2007 de 22 de agosto estabeleceu a organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir aos respetivos profissionais, prevendo a existência de incentivos institucionais a atribuir à equipa multiprofissional das USF modelo A e modelo B, de incentivos financeiros a atribuir a assistentes técnicos e enfermeiros nas USF modelo B e incentivos por atividades específicas realizadas a atribuir a médicos em USF modelo B.

A portaria 1368/2007 de 28 de Outubro aprovou a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF.

O decreto-lei 28/2008 de 22 de fevereiro (republicando em 27 de novembro de 2012) criou os agrupamentos de centros de saúde (ACES), e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento. Definiu também as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) como unidades funcionais do ACES, estabelecendo que têm estrutura idêntica à prevista para as USF, prestando cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

A portaria 301/2008 de 18 de abril regulou os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF, especificando os indicadores usados na contratualização de cada tipo de incentivos e a métrica de avaliação das metas contratualizadas.

A metodologia da contratualização com as USF modelo A e modelo B para o ano de 2009 foi operacionalizada com o documento "Unidades de Saúde Familiar - Metodologia de Contratualização – USF modelo A e modelo B", publicado pela Administração Central do Sistema de Saúde em 3 de Janeiro de 2009, que também define as regras de cálculo para os indicadores usados nos incentivos financeiros das USF modelo B (disponível em [www.acss.min-saude.pt/portals/0/MetodologiaContratualizacao\\_USF\\_2009.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/portals/0/MetodologiaContratualizacao_USF_2009.pdf), acedido em 1-9-2012).

Em 11 de maio de 2009 foi publicado o decreto-lei 102/2009, que estabeleceu que os ACES integrados em Unidades Locais de Saúde (ULS) deveriam seguir, com as necessárias adaptações, o regime de organização e de funcionamento dos ACES previsto no decreto-lei 22/2008, refletindo-o nos respetivos regulamentos internos.

Em 18 de março de 2009 foram publicadas as portarias n.º 272/2009, 273/2009, 274/2009, 275/2009 e 276/2009 que criam vários ACES, integrados respetivamente na Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, I. P., na ARS do Norte, I. P., na ARS do Centro, I. P., na ARS do Alentejo, I. P. e na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

O documento "Unidades de Saúde Familiar e Unidades Cuidados de Saúde Personalizados - Cálculo de indicadores de desempenho - Critérios a observar na sua implementação", foi publicado pela ACSS em 3 de setembro de 2009 e definiu as regras de cálculo e os bilhetes de identidade dos indicadores usados nos incentivos institucionais, nos incentivos financeiros e nas atividades específicas, produzindo efeitos a partir de 2010 (disponível em [www.acss.min-saude.pt/portals/0/CalculoIndicadoresDesempenho.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/portals/0/CalculoIndicadoresDesempenho.pdf), acedido em 1-9-2012). Este documento foi construído com o apoio de um grupo técnico constituído por médicos e enfermeiros designados pela extinta Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Em 24 de fevereiro de 2010, a ACSS publicou o documento "Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados - Metodologia de Contratualização para o ano de 2010" (disponível em

[www.acss.min-saude.pt/portals/0/MetodologiaContratualiza%C3%A7%C3%A3o\\_USF\\_UCSP\\_2010.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/portals/0/MetodologiaContratualiza%C3%A7%C3%A3o_USF_UCSP_2010.pdf), acessado em 1-9-2012), onde se estabeleceu a metodologia de contratualiza%C3%A7%C3%A3o com as USF modelo A e B para o ano de 2010 e onde se introduziu pela primeira vez a contratualiza%C3%A7%C3%A3o com as UCSP. Operacionalizou-se desta forma a **contratualiza%C3%A7%C3%A3o interna** efetuada entre a dire%C3%A7%C3%A3o do ACES e as respetivas unidades de sa%C3%ADde (USF e UCSP).

Em mar%C3%A7o de 2010, a ACSS publicou o documento "Agrupamentos de Centros de Sa%C3%ADde - Metodologia de Contratualiza%C3%A7%C3%A3o para o ano de 2010" (documento dispon%C3%ADvel em [www.acss.min-saude.pt/portals/0/MetodologiaContratualiza%C3%A7%C3%A3oACES\\_2010.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/portals/0/MetodologiaContratualiza%C3%A7%C3%A3oACES_2010.pdf), acessado em 1-9-2012), onde se operacionalizou pela primeira vez a **contratualiza%C3%A7%C3%A3o externa** com os rec%C3%A9m-criados ACES. Neste documento estabeleceu-se que a contratualiza%C3%A7%C3%A3o dos ACES se baseava em 14 indicadores definidos a n%C3%ADvel nacional, 6 selecionados a n%C3%ADvel regional e 2 a n%C3%ADvel local. Definiram-se tamb%C3%A9m as regras de c%C3%A1lculo dos 14 indicadores de %C3%A2mbito nacional bem como a metodologia de atribui%C3%A7%C3%A3o de incentivos.

Em 2011 a ACSS publicou o documento "Processo de contratualiza%C3%A7%C3%A3o ACES 2011 - Indicadores nacionais, regionais e locais - bilhete de identidade - unidade funcional para os cuidados de sa%C3%ADde prim%C3%A1rios" (documento dispon%C3%ADvel em [www.acss.min-saude.pt/portals/0/BI%20Indicadores%20Nacionais%20Regionais\\_Locais\\_04052011.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/portals/0/BI%20Indicadores%20Nacionais%20Regionais_Locais_04052011.pdf), acessado em 1-9-2012), onde se definiram os bilhetes de identidade de 50 indicadores utilizados na contratualiza%C3%A7%C3%A3o externa dos ACES.

No in%C3%ADcio de 2011 e de 2012, a ACSS voltou a definir a metodologia de contratualiza%C3%A7%C3%A3o externa para os ACES e interna, aplicada %C3%A0s USF e UCSP.

Este documento cont%C3%A9m os bilhetes de identidade (defini%C3%A7%C3%A3o e regras de c%C3%A1lculo) de indicadores que ser%C3%A3o usados no processo de contratualiza%C3%A7%C3%A3o e acompanhamento dos ACES, USF e UCSP e de outros indicadores considerados pertinentes para o processo de acompanhamento ou monitoriza%C3%A7%C3%A3o. Todos ser%C3%A3o implementados no SIM@SNS, no SIARS e no MIM@UF ao longo do ano de 2012, para que no in%C3%ADcio de 2013 exista j%C3%A1 um hist%C3%B3rico de resultados que permita fazer a negocia%C3%A7%C3%A3o inerente ao processo de contratualiza%C3%A7%C3%A3o, de acordo com metodologia que vir%C3%A1 a ser futuramente definida em documento pr%C3%B3prio (Metodologia de Contratualiza%C3%A7%C3%A3o para os Cuidados de Sa%C3%ADde Prim%C3%A1rios no ano de 2013).

Importa referir que a vers%C3%A3o do documento agora publicada encerra as defini%C3%A7%C3%A3es de um conjunto de indicadores julgados pertinentes para os processos de contratualiza%C3%A7%C3%A3o e monitoriza%C3%A7%C3%A3o dos CSP, %C3%A0 luz da evid%C3%ADncia cient%C3%ADfica, normas e orienta%C3%A7%C3%A3es atualmente existentes. Caso no futuro venham a ser identificadas outras %C3%A1reas de atividade cuja avalia%C3%A7%C3%A3o atrav%C3%A9s de indicadores se revele pertinente, ser%C3%A3o acrescentados novos indicadores, publicando-se uma nova vers%C3%A3o do presente documento. Nessas novas vers%C3%A3es do presente documento, a publicar no futuro, n%C3%A3o ser%C3%A3o feitas altera%C3%A7%C3%A3es aos bilhetes de identidade dos indicadores agora publicados, a n%C3%A3o ser as que tenham como objetivo a corre%C3%A7%C3%A3o de erros de escrita ou o esclarecimento de conceitos, isto %C3%A9 que n%C3%A3o interfiram, no essencial nas f%C3%B3rmulas de c%C3%A1lculo dos indicadores.

Para a elabora%C3%A7%C3%A3o do presente documento foi fundamental a experi%C3%ADncia acumulada pelo Departamento de Gest%C3%A3o e Financiamento de Presta%C3%A7%C3%A3es de Sa%C3%ADde (DPS) da ACSS ao longo dos %C3%ADltimos 6 anos de contratualiza%C3%A7%C3%A3o, os contributos de m%C3%A9dicos e enfermeiros que individualmente ou atrav%C3%A9s da ex-Miss%C3%A3o para os Cuidados de Sa%C3%ADde Prim%C3%A1rios ou atrav%C3%A9s da ex-Coordena%C3%A7%C3%A3o Estrat%C3%A9gica da Reforma dos Cuidados de Sa%C3%ADde Prim%C3%A1rios e ainda o apoio dos departamentos de contratualiza%C3%A7%C3%A3o das ARS.

Este documento tem como destinat%C3%A1rios, entre outros, os seguintes interlocutores:

- a) Profissionais de sa%C3%ADde das UCSP e USF;
- b) Elementos das dire%C3%A7%C3%A3es executivas, dos concelhos cl%C3%ADnicos e de sa%C3%ADde e das unidades de apoio %C3%A0 gest%C3%A3o dos ACES;
- c) Conselhos diretivos, departamentos de contratualiza%C3%A7%C3%A3o e outros departamentos ligados aos sistemas de informa%C3%A7%C3%A3o e ao financiamento das ARS;
- d) Empresas fornecedoras de software usado nas USF e UCSP's;
- e) Equipa respons%C3%A1vel pela manuten%C3%A7%C3%A3o e desenvolvimento do SAM, SAPE e SINUS;
- f) Equipa respons%C3%A1vel pela manuten%C3%A7%C3%A3o e desenvolvimento do SIM@SNS, SIARS e MIM@UF;
- g) SPMS - Servi%C3%A7os Partilhados do Minist%C3%A9rio da Sa%C3%ADde;
- h) ACSS - Administra%C3%A7%C3%A3o Central de Sistemas de Sa%C3%ADde.

Os indicadores selecionados t%C3%AAm os seguintes objetivos gen%C3%A9ricos:

- a) Apoiar os profissionais de sa%C3%ADde na quantifica%C3%A7%C3%A3o, qualifica%C3%A7%C3%A3o e compara%C3%A7%C3%A3o da respetiva atividade;
- b) Servir de base aos processos de contratualiza%C3%A7%C3%A3o;

c) Apoiar processos de melhoria contínua de qualidade, de modo que a gestão se faça de uma forma racional.

A definição das regras de cálculo dos indicadores, tem os seguintes objetivos:

a) Aumentar a clareza e a precisão da definição: as regras de cálculo de cada indicador foram redigidas de forma clara e precisa, com referência a aspetos particulares da prática clínica, dos registos e das aplicações informáticas que permitem fazer esses registos. Pretende-se assegurar que os profissionais saibam onde proceder aos registos, que os técnicos de programação saibam como elaborar os algoritmos das fórmulas de cálculo, que as aplicações informáticas sejam facilitadoras dos registos importantes para os indicadores e que em sede de auditoria seja possível verificar se os indicadores estão ou não a ser bem calculados. Os indicadores devem estar definidos de forma a que a metodologia de cálculo seja tão clara que torne possível o respetivo recálculo através de consultas manuais aos processos clínicos ou às bases de dados.

b) Maximizar a sensibilidade e a especificidade das variáveis usadas nos indicadores e consequentemente minimizar o número de falsos positivos e de falsos negativos quer dos numeradores quer dos denominadores, tendo em atenção que os indicadores serão aplicados sobre populações e práticas muito heterogéneas. Para garantir este objetivo foi necessário elencar para cada sistema de informação de registo clínico e administrativo quais os módulos aplicativos que possibilitam o registo de cada uma das variáveis que se pretende medir. Sempre que determinado procedimento seja da esfera de competências dos médicos e dos enfermeiros, operacionalizaram-se as variáveis de recolha por forma a assegurar a leitura da atividade médica e da atividade de enfermagem.

c) Usar sempre que possível regras de cálculo que tornem os indicadores imediatamente disponíveis após o fim do período em análise.

d) Tornar os indicadores justos e credíveis, de forma a que possam ser usados para comparar unidades de observação entre si e unidades de observação ao longo do tempo.

e) Minimizar possíveis efeitos secundários dos indicadores.

As regras de cálculo dos indicadores aqui definidos, apresentam relativamente às regras de cálculo dos indicadores utilizados até 2012, diferenças substanciais relativamente a 2 conceitos:

1. Conceito de "utente vigiado"

2. Conceito de "utente inscrito"

1. Conceito de "utente vigiado". Até 2012 existiam os conceitos "utente vigiado em programa de diabetes", "utente vigiado em programa de hipertensão", "utente vigiado em programa de planeamento familiar", "utente vigiado em programa de saúde infantil" e "utente vigiado em programa de saúde materna". Estes conceitos foram utilizados em conjunção com outras variáveis para que nos denominadores dos indicadores estivessem apenas os utentes que eram da responsabilidade das unidades de saúde. No entanto, uma vez que são conceitos subjetivos, passaram a existir práticas heterogéneas de classificação dos utentes como "vigiados", o que comprometeu a comparabilidade entre unidades de observação e dificultou os processos de auditoria externa. Assim, optou-se por deixar de usar este tipo de conceitos nos critérios de inclusão dos denominadores, a partir de 2013. É assim previsível que venha a ocorrer um aumento do número de utentes incluídos nos denominadores com diminuição dos quocientes que originam os resultados dos indicadores. Isto fará com que venha a ser necessário repensar os valores mínimos e máximos das metas destes indicadores.

2. Conceito de "utente inscrito". Até 2012, por regra, um utente era considerado inscrito na unidade de saúde desde que o estivesse "durante pelo menos um dia" do ano em análise. Esta metodologia fez com que unidades de saúde com maiores taxas de saída e entrada de utentes das respetivas listas, por exemplo por fenómenos migratórios ou por "expurgo de utentes" ficassem prejudicadas em relação a outras com listas de utentes mais estáveis ao longo do ano, por efeito da descida dos resultados dos indicadores que usam esta metodologia. Para além disso, o conceito de "cidadão residente" utilizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) para indicadores de base populacional usa análises da população residente num determinado dia, o que faz com que os resultados usados na contratualização não sejam comparáveis com a generalidade dos indicadores de base populacional do INE. Em terceiro lugar, a contagem do número de utentes das unidades de saúde ou das listas dos médicos de família para cabimentação orçamental dos ACES, para pagamento dos profissionais de saúde nas USF modelo B e para determinar se as listas de utentes dos médicos de família têm ou não vagas para inscrição de mais

utentes, utiliza o método de análise num dia fixo.

Assim, de 2013 em diante, o método usado para determinar se um utente se considera ou não inscrito e por esse motivo inclui-lo ou não nos denominadores, depende do indicador, sendo possível uma de seis situações:

a) Utentes inscritos à data de referência do indicador: utiliza-se esta regra sempre que os indicadores sejam de base populacional e seja possível numa única consulta (médica ou de enfermagem) realizar o que pretende ser medido no numerador.

b) Utentes inscritos durante pelo menos um dia do período em análise: utiliza-se nos indicadores em que no numerador se efetua muita atividade sobre utentes cuja inscrição termina ao longo do último ano. Por exemplo, os domicílios realizam-se com muito maior frequência a doentes terminais do que em doentes não terminais, logo se se excluíssem do denominador os doentes que deixam de estar inscritos por óbito (utilizando o método "inscrito no último dia"), o efeito sobre o numerador seria muito mais acentuado, comprometendo a robustez do indicador para comparar unidades entre si.

c) Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise: utilizado em indicadores relacionados com utentes com diabetes e com hipertensão arterial, quando se está a medir atividade que necessita de N meses para ser efetuada (por exemplo um semestre).

d) Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado: utilizado nos indicadores em que é necessário garantir que o utente esteve inscrito na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período de realização da atividade que se pretende medir, como sucede por exemplo com grávidas ou com recém-nascidos. Utiliza-se nos indicadores em que a atividade a monitorizar pode ser realizada com uma única consulta.

e) Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado: utilizado nos indicadores em que é necessário garantir que o utente esteve inscrito na unidade de saúde durante pelo menos N meses do período de realização da atividade que se pretende medir, como sucede por exemplo na avaliação de 6 consultas de gravidez ou na avaliação de 3 consultas no 2º ano de vida. Utiliza-se nos indicadores de acompanhamento em que a atividade a monitorizar envolve mais do que uma consulta (médica ou de enfermagem).

f) Utentes utilizadores durante o período em análise: utilizado nos indicadores em que a atividade monitorizada se analisa sobre utentes utilizadores e não sobre utentes inscritos. Neste caso, os utentes utilizadores são um subconjunto dos utentes inscritos em "pelo menos um dia do período em análise".

Relativamente à estrutura do documento, segue-se:

a) Uma seção com a descrição e operacionalização de cada uma das variáveis usadas para definir cada indicador;

b) Uma seção com a definição de conceitos ou de abreviaturas usados ao longo do documento;

c) Um índice de indicadores, agrupados por "área clínica";

d) O bilhete de identidade de cada indicador.

## Legenda de Campos

Esta seção contém os significados e a operacionalização das variáveis usadas na definição de cada um dos indicadores.

<b>Designação</b>
Nome do indicador
<b>Nome abreviado</b>
Nome abreviado do indicador (até 50 caracteres)
<b>ID</b>
Número sequencial do indicador na base de dados de bilhetes de identidade
<b>Código 1</b>
<p>Código contituído por 2 ou por 3 números: X.YY[.ZZ], seguindo a metodologia e a numeração atribuída aos indicadores de desempenho descritos no documento "Indicadores de desempenho para as unidades de saúde familiar" publicado em 12 de abril 2006 pela extinta "Missão para os Cuidados de Saúde Primários" (disponível em <a href="http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Indicadores_desempenho_USF_MCSP20060412.pdf">http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Indicadores_desempenho_USF_MCSP20060412.pdf</a> [acedido em 28-8-2012])</p> <p>O 1º número deste código (X), respeita as seguintes regras de definição de indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Os indicadores iniciados por 1 são de informação demográfica;</li><li>- Os indicadores iniciados por 2 são de caracterização;</li><li>- Os indicadores iniciados por 3 são de acessibilidade;</li><li>- Os indicadores iniciados por 4 são de produtividade;</li><li>- Os indicadores iniciados por 5 são de qualidade técnico-científica;</li><li>- Os indicadores iniciados por 6 são de efetividade;</li><li>- Os indicadores iniciados por 7 são de eficiência.</li><li>- Os indicadores iniciados por 8 são complexos ou do tipo score.</li></ul> <p>O segundo número deste código (YY), segue, sempre que possível, a numeração atribuída aos indicadores no documento "Indicadores de desempenho para as unidades de saúde familiar". Para novos indicadores é atribuída uma numeração sequencial.</p> <p>O terceiro número, caso exista, permite especificar versões do mesmo indicador.</p>
<b>Código 2</b>
<p>Constituído por 3 números separados por pontos, com o seguinte formato: AAAA.nnn.VV</p> <p>O significado dos números é o seguinte: AAAA – Ano de início de validade do indicador; nnn – Número sequencial na base de dados de definição de indicadores; VV – versão do indicador para distinguir variantes do mesmo indicador.</p>
<b>Objetivo</b>
Especifica com que objetivo o indicador é construído.
<b>Descrição do indicador</b>
Descreve, de forma extensa, o que está a ser medido.

**Regras de cálculo**

Especifica as condições de inclusão das atividades monitorizadas na fórmula do indicador. Especifica também para cada variável da fórmula, o que é que está a ser medido (p.e., utentes, consultas, despesas com medicamentos) e se essa medição resulta de uma contagem de registos ou de uma soma do valor de determinada variável.

**Observações gerais**

Explicitação de regras de inclusão ou de cálculo

**Observações software**

Particularidades relacionadas com o registo no SAM / SAPE, no SINUS, no MedicineOne ou no VitaCare

**Período em análise**

Amplitude do período em análise, referenciado às variáveis da fórmula (p.e. ao numerador e ao denominador)

**Fórmula**

Fórmula de cálculo do indicador

**Unidade de medida**

Unidade de medida do resultado

**Output**

Descreve, de forma resumida, o que está a ser medido

**Tipo indicador**

Classificação de indicadores segundo os atributos seguintes:

- Acesso;
- Caracterização;
- Desempenho assistencial;
- Eficiência;
- Satisfação.

**Área clínica**

Classificação de indicadores segundo os atributos seguintes:

- Saúde da Mulher e Planeamento Familiar;
- Saúde Materna;
- Saúde Infantil e Juvenil;
- Hipertensão;
- Diabetes;
- Rastreio Oncológico;
- Respiratório;
- Saúde Mental;
- Saúde Adultos;
- Transversal.



## Unidades observação

Permite definir quais as unidades de observação possíveis para cada indicador. Admitem-se os seguintes atributos:

- USF ou UCSP;
- MED (médico);
- ACES.

Especifica-se a seguir a forma como genericamente o SIARS mede a atividade para cada um dos tipos de [unidade de observação], sem prejuízo de existirem particularidades ou mesmo exceções específicas de determinados indicadores, referidas nos respetivos bilhetes de identidade.

- **USF ou UCSP:** Contabiliza-se a atividade realizada sobre todos os utentes inscritos na unidade funcional e realizada por profissionais dessa unidade. Não se contabiliza atividade realizada por profissionais de outras unidades de saúde a utentes da unidade, independentemente da mesma ter sido realizada antes ou depois da inscrição do utente na unidade de saúde. Também não se contabiliza atividade realizada pelos profissionais da unidade, a utentes inscritos na unidade funcional, quando a mesma é realizada fora da mesma, isto é em serviço de atendimento complementar (ou afins). As consultas de intersubstituição e as de reforço são contabilizadas.

- **Médico:** Contabiliza-se a atividade realizada por profissionais da unidade de saúde, sobre a lista de utentes de determinado médico de família. Por exemplo, no indicador da [Taxa de utilização global de consultas médicas (3.15.01)], mede-se a taxa de utilização da lista desse médico, independentemente das consultas serem ou não realizadas pelo médico em análise. No indicador da [Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar de enfermagem (3.22.02)], mede-se a proporção de utentes da lista do médico em análise, que têm pelo menos uma consulta de enfermagem de planeamento familiar. No SIARS, os resultados para o nível do [médico de família] são obtidos por desagregação daqueles que são obtidos para as unidades funcionais, atribuindo a cada médico os utentes com [inscrição ativa] na lista do médico em análise na data de referência do indicador, ou utentes que faleceram durante o período em análise e que estavam inscritos no ficheiro do médico antes de falecerem, ou que foram transferidos para uma unidade de saúde diferente (tendo a última [inscrição ativa] na unidade ocorrido no ficheiro do médico em análise). Assim garante-se que somados os valores dos numeradores ou dos denominadores por médico se obtêm os valores da unidade.

- **ACES** - Contabiliza-se a atividade realizada sobre todos os utentes inscritos no ACES e realizada por profissionais desse ACES (elementos de USF, UCSP, UCC, USP e outros). Caso um utente esteja inscrito em duas ou mais unidades de saúde de determinado ACES (uma [inscrição ativa] e restante(s) como esporádico, com número de utente preenchido em todas as inscrições), o SIARS contabiliza esse utente apenas uma vez no denominador e entra em linha de conta com a atividade registada nas diversas unidades para determinar o cumprimento dos critérios para inclusão no numerador. Por exemplo, em relação ao indicador [Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida (6.22)] um utente que tenha mudado de unidade aos 5 meses de vida, tendo realizado 4 consultas antes da mudança e 2 após, não cumpre as 6 consultas de saúde infantil do ano em nenhuma unidade de saúde, mas ao nível do ACES tem as 6 consultas e cumpre o indicador. No ACES só aparece uma vez em denominador, e cumpre o numerador. No indicador das duas unidades de saúde, este utente em particular não é incluído no denominador nem no numerador. É contabilizada toda a atividade realizada nos serviços de atendimento complementar (ou afins), consultas de reforço ou de intersubstituição, desde que realizada a inscritos no ACES.

### **Frequência monitorização**

Permite definir a frequência de monitorização de um indicador, estabelecendo a periodicidade da respetiva data de referência (ver definição da [data de referência] no [Glossário e Legenda de Outros Termos]).

Tem como atributos possíveis:

- Mensal;
- Trimestral;
- Anual

### **P. análise flutuante**

Indica se o indicador é calculado com um período em análise de amplitude constante (p.e. 12 meses), mas em que o início e o fim desse período vão avançando no tempo em intervalos iguais aos da frequência de monitorização do indicador (habitualmente 1 mês).

Quando a data de referência do indicador é 31 de dezembro, os resultados calculados pelo método [Análise fixa] e [Análise flutuante] devem ser iguais.

Os resultados possíveis para este campo são:

Sim / Não

### **P. análise fixa**

Indica se o indicador é calculado com um período em análise de amplitude crescente ao longo do ano, iniciando-se a 1 de Janeiro de determinado ano (habitualmente do ano em curso) e terminando na data em que finda a monitorização.

Assim, para um indicador X calculado pelo método [análise fixa], os resultados de 31 de Janeiro monitorizam a atividade entre 1 e 31 de Janeiro, os resultados de 28 de fevereiro monitorizam a atividade de 1 de Janeiro a 28 de fevereiro e assim sucessivamente até 31 de dezembro (monitorizando a atividade entre 1 de Janeiro e 31 de dezembro).

Quando a data de referência do indicador é 31 de dezembro, os resultados calculados pelo método [Análise fixa] e [Análise flutuante] devem ser iguais.

Os resultados possíveis para este campo são:

Sim / Não

### **Método de [inclusão de utentes no indicador]**

Classifica o tipo de metodologia usada para incluir ou não incluir utentes no indicador, em função de estarem inscritos (com subclasses para os requisitos da data de inscrição), utilizadores ou residentes, sendo possíveis as seguintes:

- Utentes utilizadores durante o período em análise.
- Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise.
- Utentes inscritos à data de referência do indicador.
- Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise.
- Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado.
- Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado.
- Utentes residentes - informação INE

**Prazo registos**

Nº de dias após a data de referência do indicador, durante os quais ainda é possível proceder a registos. P.e., para os indicadores relacionados com exames complementares de diagnóstico, os resultados podem ser inseridos até 1 mês após o último dia do período em análise. Nos indicadores em que o prazo para registos é de 30 dias, o SIARS recalcula os respetivos resultados de dezembro tendo em conta os registos inseridos em Janeiro do ano seguinte e republica-os até 15 de fevereiro do ano seguinte a que se referem os dados. O facto de só recalcularem os indicadores com data de referência a 31-DEZ pode justificar pequenas subidas nessa data quando se analisam dados históricos de indicadores relacionados com MCDT's, sendo esse efeito mais evidente na metodologia de [análise flutuante].

**Fonte de informação**

Base(s) de dados fonte da informação

**Ponderação**

Especifica a ponderação para efeitos de cálculo do SCORE de incentivos institucionais dos ACES, USF e UCSP e dos incentivos financeiros das USF modelo B.

**Legenda**

Legenda específica das abreviaturas usadas nos diversos campos do registo

## Glossário e Legenda de Outros Termos

Esta seção contém os significados de termos, conceitos ou das abreviaturas usadas neste documento, que não tenham sido especificados na seção anterior (legenda de Campos).

### €/UTI

Euros por utente utilizador

### ACES

Agrupamento de Centros de Saúde

### ADSE

Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas

### ARA II

Antagonistas dos Recetores da Angiotensina, tipo 2

### ATC

Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical"

### AVC

Acidente Vascular Cerebral

### CCF

Centro de Conferencia de Faturas

### CFT

Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos

### CIPE-B2

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão beta 2

### Classificação do A do SOAP pela ICPC-2

O campo [avaliação] do SOAP (A so SOAP) pode ser codificado pela ICPC-2 utilizando o 1º componente, de sinais e sintomas (rubricas entre -01 e -29) e o 7º componente, de diagnósticos (rubricas entre -71 e -99).

Do ponto de vista das regras de utilização da ICPC-2, deve-se codificar no A do SOAP, todos os sinais, sintomas e diagnósticos, relativamente aos quais exista pelo menos um plano (que pode também ser codificado pela ICPC-2).

Quando se está a avaliar qualidade dos registos de consultas de vigilância, é boa prática que para além da codificação do A do SOAP, se procedam a outros registos complementares, designadamente:

- Registo no próprio SOAP;
- Registos de resultados de exames, quando existam;
- Registos das observações da consulta nos módulos relacionados com o tipo de consulta que se está a efetuar (p.e. diabetes).

No entanto, para efeitos da deteção sensível (com poucos falsos negativos), das [consultas de

vigilância], opta-se por aceitar que um médico realizou uma [consulta de vigilância] quando a condição [A e B e (C ou D)] é verdadeira.

A. Existência de um contacto direto;

B. Registo de SOAP, realizado por médico ou interno da unidade de saúde;

C. Codificação do A do SOAP referido em B, com código da ICPC-2 compatível com o programa de saúde em questão;

D. Registo de informação no programa de saúde em questão, realizada por médico ou interno.

Notas:

1. Apenas existem consultas de vigilância associadas a contactos diretos. Os contactos indiretos não permitem registar consultas de vigilância.

2. Aceita-se consulta de vigilância quando é verdadeira uma das seguintes condições: A. [contacto direto] e [SOAP médico] e [codificação compatível do A do SOAP] B. [contacto direto] e [SOAP médico] e [Registo em módulo de programa de saúde].

3. Numa dos sistemas de registo clínico usados em Portugal (MedicineOne), os enfermeiros podem proceder a registos usando o SOAP, e proceder à codificação do A do SOAP pela ICPC-2. Nesse sistema em particular, aceita-se que as [consultas de enfermagem de vigilância] possam ser identificadas com base em critérios semelhantes aos anteriormente referidos para [consultas médicas de vigilância].

Especificam-se a seguir os códigos da ICPC-2 que podem ser usados para cada tipo de [consulta de vigilância].

**D001 | Vigilância em saúde infantil e juvenil:** Rubrica A98 e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas (A98.XX);

**D002 | Vigilância em saúde materna:** Rubricas W78, W79, W84 e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas;

**D003 | Vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar:** Rubricas W10, W11, W12, W13, W14, W15 e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas;

**D004 | Vigilância em diabetes:** Rubricas T89, T90 e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas;

**D005 | Vigilância em hipertensão:** Rubricas K86, K87 e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas.

Especificam-se ainda os códigos que podem ser usados na classificação de outros tipos de consulta.

**Consulta de revisão do puerpério:** Não existem códigos ICPC-2 específicos da consulta de revisão do puerpério, pelo que não é possível codificar este tipo de consulta recorrendo apenas à ICPC-2; A identificação deste tipo de consulta nas aplicações de registo clínico existentes será especificada nos indicadores respetivos.

**D006 | Consulta relacionada com tabagismo:** Rubrica P17 e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas;

**D007 | Consulta relacionada com alcoolismo:** Rubricas P15, P16 e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas.

**D008 | Consulta relacionada com obesidade:** Rubrica T82 e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas.

Os códigos anteriores são aplicáveis a consultas médicas em todos os sistemas de registo clínico e a consultas de enfermagem no MedicineOne (ou noutros sistemas que venham a permitir que os enfermeiros também codifiquem pela ICPC-2).

## Conceitos de métricas relacionadas com MCDT's

### Nome do conceito

Preço convencionado do MCDT

### Nome curto

MCDT – Pr. Conv.

### Código

M001

### Descrição

Valor monetário unitário que o convencionado cobra ao estado. É um valor independente da [taxa

moderadora] e de o utente ser ou não isento.

É o valor que consta na coluna [Preço] da tabela de MCDT's convencionados, publicada em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt).

**Nome do conceito**

Taxa moderadora do MCDT

**Nome curto**

MCDT – Tx. Mod.

**Código**

M002

**Descrição**

Os utentes [não isentos] pagam à entidade convencionada, por cada exame efetuado, o valor que consta na coluna [Taxa mod.] da tabela de MCDT's convencionados. Os valores recebidos pela entidades convencionadas como [taxa moderadora] são posteriormente entregues por estas ao estado português. Os utentes [Isentos] não pagam [Taxa moderadora].

**Nome do conceito**

Número de exames requisitados

**Nome curto**

MCDT – Nº exames

**Código**

M003

**Descrição**

A tabela de faturação do Centro de Conferência de Faturas (CCF) permite obter informação sobre os exames aceites para faturação, identificando os utentes, os prescritores, os exames realizados, a quantidade (ou número de amostras ou número de sessões ou número de atos) requisitada pelo prescritor para cada exame, o valor da [taxa moderadora] efetivamente cobrada pela entidade convencionada ao utente e o valor faturado pela entidade convencionada ao ministério da saúde (líquido de taxa moderadora).

É gerado um registo nesta tabela por cada exame de código diferente que é introduzido pelos prescritores em cada requisição.

Assim, a métrica [MCDT – Nº exames] faz uma contagem dos registos da tabela de faturação do CCF que cumprem os filtros introduzidos. Corresponde ao número vezes que um exame foi requisitado a utentes durante o período em análise, contando apenas "um" quando a quantidade requisitada de determinado exame é superior a "um" numa determinada requisição.

**Nome antigo da métrica**

Nº de exames aceites

**Nome do conceito**

Número de atos ou amostras ou sessões requisitados

**Nome curto**

MCDT – Nº atos

**Código**

M004

**Descrição**

Na área convencionada das análises, soma o número de amostras requisitadas para cada análise.

Na área convencionada da [medicina física e de reabilitação], soma o número de sessões requisitadas para cada procedimento.

Nas restantes áreas convencionadas, soma a quantidade requisitada para cada MCDT.

**Nome antigo da métrica**

Nº de actos aceites

**Nome do conceito**

Despesa de MCDT's faturada e aceite, baseada no preço convencionado

**Nome curto**

MCDT - Despesa faturada (Pr. Conv.)

**Código**

M005

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Despesa média de MCDT's faturados, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)

Fonte de dados

Base de dados do centro de conferência de faturas (CCF)

**Descrição**

Trata-se da despesa calculada a partir do [preço convencionado], dos MCDT's aceites pelo CCF, num determinado período temporal.

O valor calculado por esta métrica ou pelo indicador respetivo, reflecte a despesa em MCDT's aceites para faturação, isto é, dos prescritos os que foram realizados (quer de imediato, quer após os esclarecimentos necessários sobre a factura). É importante para a contratualização, pois indica a despesa efectuada com MCDT's por ACES, USF, UCSP e profissionais.

**Fórmula**

[MCDT - Despesa faturada (Pr. Conv.)] = Somatório ( [Pr. Conv.] x Q )

Em que:

Somatório: Somatório de todos os MCDT's aceites para pagamento pelo CCF.

Pr. Conv.: Preço convencionado.

Q: Quantidade (número de amostras realizadas e aceites para faturação de cada MCDT).

**Exemplo**

Na contabilidade de um MCDT com [Preço convencionado] de 20 euros, [Taxa moderadora] de 4 euros e requisitado 3 vezes a um utente isento e 2 vezes a outro utente não isento, a [MCDT - Despesa faturada (Pr. Conv.)] é igual a [ 20 x 5 ], ou seja, 100 euros.

**Nome antigo da métrica**

MCDT (SNS Aceite)

**Nome do conceito**

Despesa de MCDT's faturada e aceite, líquida de taxa moderadora

**Nome curto**

MCDT - Despesa faturada (líquida Tx. Mod.)

**Código**

M006

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Não aplicável

Fonte de dados

Base de dados do CCF

**Descrição**

Gasto do SNS com MCDT's cobrados pelas entidades convencionadas e aceites para pagamento pelo CCF, num determinado período temporal, baseado no [preço convencionado] deduzido do valor da taxa moderadora efetivamente cobrada.

Do ponto de vista estritamente contabilístico, trata-se da diferença entre dois fluxos: uma despesa ([preço convencionado] x quantidade) e uma receita ([taxa moderadora] x quantidade).

O valor calculado por esta métrica é mais importante para análise contabilística do que para a contratualização por força da variação da proporção de [utentes isentos] existentes nas listas das várias USF e UCSP.

**Fórmula**

Nos utentes [não isentos]:

[MCDT - Despesa faturada (líquida Tx. Mod.)] = Somatório ( [Pr. Conv.] x Q – [Tx. Mod.] x Q )

Nos utentes [isentos]:

[MCDT - Despesa faturada (líquida Tx. Mod.)] = Somatório ( [Pr. Conv.] x Q )

Em que:

Somatório: Somatório de todos os MCDT's aceites para pagamento pelo CCF.

Pr. Conv.: Preço convencionado.

Q: Quantidade (número de amostras requisitadas de cada MCDT).

**Exemplo**

Na contabilidade de um MCDT com [Preço convencionado] de 20 euros, [Taxa moderadora] de 4 euros, requisitado 3 vezes a um utente isento e 2 vezes a outro utente não isento, a [MCDT - Despesa faturada (líquida Tx. Mod.)] é igual a [ 20 x 3 + ( 20 x 2 – 4 x 2 ) ], ou seja, 92 euros.

**Nome antigo da métrica**

Esta métrica não existia

**Nome do conceito**

MCDT - Receita de taxas moderadoras

**Nome curto**

MCDT - Receita Tx. Mod.

**Código**

M007

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Não aplicável

Fonte de dados

Base de dados do CCF

**Descrição**

Trata-se da valor cobrado em determinado período de tempo, pelas entidades convencionadas, aos utentes não isentos, por cada MCDT realizado, como consta na coluna [Taxa mod.] da tabela de MCDT's convencionados.

**Nome antigo da métrica**

MCDT (Tx. Moderadora)

**Nome do conceito**

Despesa de MCDT's prescritos, baseada no preço convencionado

**Nome curto**

MCDT - Despesa prescrita (Pr. Conv.)

**Código**

M008

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Despesa média de MCDT's prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)

Fonte de dados

Sistema de informação das USF/UCSP (tabela de MCDT's prescritos)

**Descrição**

Trata-se da despesa calculada a partir do [preço convencionado], dos MCDT's prescritos nas unidades de saúde (mas não necessariamente realizados), num determinado período temporal.

O valor calculado por esta métrica ou pelo indicador respetivo, reflecte a despesa em exames pedidos pelo Médico, embora possam ser ou não efectuados. É importante para contratualização ou monitorização da actividade de ACES, USF, UCSP e profissionais.

**Fórmula**

[MCDT - Despesa prescrita (Pr. Conv.)] = Somatório ( [Pr. Conv.] x Q )

Em que:

Somatório: Somatório de todos os MCDT's prescritos.

Pr. Conv.: Preço convencionado.

Q: Quantidade (número de amostras requisitadas de cada MCDT).

**Exemplo**

Na contabilidade de um MCDT com [Preço convencionado] de 20 euros, [Taxa moderadora] de 4 euros e requisitado 3 vezes a um utente isento e 2 vezes a outro utente não isento, a [MCDT - Despesa prescrita (Pr. Conv.)] é igual a [ 20 x 5 ], ou seja, 100 euros.

**Nome antigo da métrica**

Esta métrica não existia

**Nome do conceito**

Despesa de MCDT's prescritos, líquida de taxa moderadora

**Nome curto**

MCDT - Despesa prescrita (líquida Tx. Mod.)

**Código**

M009

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Não aplicável



Fonte de dados

Sistema de informação das USF/UCSP (tabela de MCDT's prescritos)

### **Descrição**

Gasto potencial do SNS com MCDT's prescritos num determinado período temporal, baseado no [preço convencionado] deduzido do valor da taxa moderadora que a requisição determina que venha a ser cobrada.

Do ponto de vista estritamente contabilístico, trata-se da diferença entre dois fluxos: uma despesa potencial ([preço convencionado] x quantidade) e uma receita potencial ([taxa moderadora] x quantidade).

O valor calculado por esta métrica, reflecte a despesa em exames pedidos pelo Médico, embora possam ser ou não efectuados. No entanto, é mais importante para análise contabilística do que para contratualização por força da variação da proporção de [utentes isentos] existentes nas listas das várias USF e UCSP.

### **Fórmula**

Nos utentes [não isentos]:

[MCDT - Despesa prescrita (líquida Tx. Mod.)] = Somatório ( [Pr. Conv.] x Q – [Tx. Mod.] x Q )

Nos utentes [isentos]:

[MCDT - Despesa prescrita (líquida Tx. Mod.)] = Somatório ( [Pr. Conv.] x Q )

Em que:

Somatório: Somatório de todos os MCDT's prescritos.

Pr. Conv.: Preço convencionado.

Q: Quantidade (número de amostras requisitadas de cada MCDT).

### **Exemplo**

Na contabilidade de um MCDT com [Preço convencionado] de 20 euros, [Taxa moderadora] de 4 euros, requisitado 3 vezes a um utente isento e 2 vezes a outro utente não isento, a [MCDT - Despesa prescrita (líquida Tx. Mod.)] é igual a [ 20 x 3 + ( 20 x 2 – 4 x 2 ) ], ou seja, 92 euros.

### **Nome antigo da métrica**

Esta métrica não existia

## **Conceitos de métricas relacionadas com medicamentos**

### **Nome do conceito**

Preço de venda ao público do medicamento

### **Nome curto**

Medic. - PVP

### **Código**

M010

### **Descrição**

Preço total do medicamento. Trata-se do valor cobrado pela farmácia a um utente sem sistema de saúde. Quando a venda é efetuada a um utente com sistema de saúde, corresponde à soma do [valor da comparticipação do estado] com o [valor pago pelo utente].

### **Nome antigo da métrica**

Preço de venda ao público do medicamento

### **Nome do conceito**

Comparticipação do medicamento

### **Nome curto**

Medic. – Compartic.

### **Código**

M011

### **Descrição**

Valor participado (v. compart.) pelo estado, pela venda de um medicamento por uma farmácia a um utente com sistema de saúde. O estado não comparticipa medicamentos a utentes sem subsistema de saúde.

### **Nome antigo da métrica**

Comparticipação do medicamento

**Nome do conceito**

Valor pago pelo utente, por medicamento

**Nome curto**

Medic. – Valor pago pelo utente

**Código**

M012

**Descrição**

O valor pago pelo utente (VPU), é obtido deduzindo o valor da [comparticipação] ao [preço de venda ao público].

Nos utentes sem subsistema, o estado não participa medicamentos, pelo que o VPU é igual ao PVP.

**Nome antigo da métrica**

Preço de venda ao utente - PVU

**Nome do conceito**

Despesa de medicamentos faturados, baseado no preço de venda ao público

**Nome curto**

Medic. faturados (PVP)

**Código**

M013

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)

Fonte de dados

Base de dados do centro de conferência de faturas (CCF)

**Descrição**

Trata-se da despesa calculada a partir do PVP dos medicamentos pertencentes a receitas aceites pelo CCF, num determinado período temporal (despesa partilhada pelo estado e pelos utentes).

O valor calculado por esta métrica ou pelo indicador respetivo, reflete a despesa associada aos medicamentos aceites para facturação, isto é, dos prescritos os que foram aviados e posteriormente aceites para facturação pelo CCF (quer de imediato, quer após os esclarecimentos necessários sobre a factura). É importante para a contratualização, pois indica a despesa realizada com medicamentos por ACES, USF, UCSP e profissionais.

**Fórmula**

[Medic. faturados (PVP)] = Somatório ( PVP x Q )

Em que:

Somatório: Somatório de todos os medicamentos existentes em receitas aceites para pagamento pelo CCF.

PVP: Preço de venda ao público.

Q: Quantidade (número de embalagens prescritas e faturadas de cada medicamento).

**Nome antigo da métrica**

Medic (PVP Aceite)

**Nome do conceito**

Despesa de medicamentos faturados, baseada no valor participado

**Nome curto**

Medic. faturados (v. compart.)

**Código**

M014

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no valor participado pelo SNS)

Fonte de dados

Base de dados do CCF

**Descrição**

Trata-se da despesa calculada a partir do valor efetivamente participado pelo SNS pelos medicamentos pertencentes a receitas aceites pelo CCF, num determinado período temporal.

O valor calculado por esta métrica ou pelo indicador respetivo, reflete a despesa dos estado em participações com os medicamentos aceites para facturação, isto é, dos prescritos os que foram

aviados e posteriormente aceites para faturação pelo CCF (quer de imediato, quer após os esclarecimentos necessários sobre a factura). É mais importante para análise contabilística do que para contratualização ou monitorização, pois as comparticipações dependem dos escalões de isenção dos utentes a quem são prescritos os medicamentos.

#### **Fórmula**

[Medic. faturados (v. compart.)] = Somatório ( [V. Compart.] x Q )

Em que:

Somatório: Somatório de todos os medicamentos existentes em receitas aceites para pagamento pelo CCF.

V. Compart.: Valor participado.

Q: Quantidade (número de embalagens prescritas e faturadas de cada medicamento).

#### **Nome antigo da métrica**

Esta métrica não existia

#### **Nome do conceito**

Despesa de medicamentos faturados, baseado no valor pago pelo utente

#### **Nome curto**

Medic. faturados (VPU)

#### **Código**

M015

#### **Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Não aplicável

Fonte de dados

Base de dados do CCF

#### **Descrição**

Trata-se do valor calculado pela diferença entre o PVP e o [valor efetivamente participado] dos medicamentos pertencentes a receitas aceites pelo CCF, num determinado período temporal.

#### **Fórmula**

[Medic. faturados (VPU)] = Somatório ( PVP x Q – [V. Compart.] x Q )

Em que:

Somatório: Somatório de todos os medicamentos existentes em receitas aceites para pagamento pelo CCF.

PVP: Preço de venda ao público.

V. Compart.: Valor participado

Q: Quantidade (número de embalagens prescritas e faturadas de cada medicamento).

#### **Nome antigo da métrica**

Medic (PVU Aceite)

#### **Nome do conceito**

Despesa de medicamentos prescritos, baseado no preço de venda ao público

#### **Nome curto**

Medic. prescritos (PVP)

#### **Código**

M016

#### **Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Despesa média de medicamentos prescritos, por utente utilizador (baseado no PVP)

Fonte de dados

Sistema de informação das USF/UCSP (tabela de medicamentos prescritos)

#### **Descrição**

Trata-se da despesa calculada a partir do PVP dos medicamentos prescritos num determinado período temporal.

O valor calculado por esta métrica, reflete a despesa associada aos medicamentos prescritos pelo médico, embora possam ser ou não aviados. No entanto, é menos robusto para a contratualização do que a métrica [despesa de medicamentos faturados, baseado no preço de venda ao público] por força da variação da proporção de [utentes isentos] existentes nas listas das várias USF e UCSP.

#### **Fórmula**

[Medic. prescritos (PVP)] = Somatório ( PVP x Q )

Em que:

Somatório: Somatório de todos os medicamentos prescritos.

PVP: Preço de venda ao público.

Q: Quantidade (número de embalagens prescritas de cada medicamento).

**Nome antigo da métrica**

Esta métrica não existia

**Nome do conceito**

Despesa de medicamentos prescritos, baseado no valor participado

**Nome curto**

Medic. prescritos (v. compart.)

**Código**

M017

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Não aplicável

Fonte de dados

Sistema de informação das USF/UCSP (tabela de medicamentos prescritos)

**Descrição**

Trata-se da despesa calculada a partir valor previsto para a participação dos medicamentos prescritos num determinado período temporal.

O valor calculado por esta métrica, reflete a despesa em medicamentos prescritos pelo médico, embora possam ser ou não aviados. No entanto, é mais importante para análise contabilística do que para contratualização por força da variação da proporção de [utentes isentos] existentes nas listas das várias USF e UCSP.

**Fórmula**

[Medic. prescritos (v .compart.)] = Somatório ( [V. Compart.] x Q )

Em que:

Somatório: Somatório de todos os medicamentos prescritos.

V. compart.: Valor da participação do medicamento prescrito (com base nos direitos de isenção de cada doente).

Q: Quantidade (número de embalagens prescritas de cada medicamento).

**Nome antigo da métrica**

Esta métrica não existia

**Nome do conceito**

Despesa em medicamentos prescritos, baseado no valor pago pelo utente

**Nome curto**

Medic. prescritos (VPU)

**Código**

M018

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Não aplicável

Fonte de dados

Sistema de informação das USF/UCSP (tabela de medicamentos prescritos)

**Descrição**

Trata-se da despesa calculada a partir soma do [valor pago pelo utente] dos medicamentos prescritos num determinado período temporal.

O valor calculado por esta métrica, reflete a despesa para os utentes, dos medicamentos prescritos pelos médicos, embora possam ser ou não aviados. No entanto, é mais importante para análise contabilística do que para contratualização por força da variação da proporção de [utentes isentos] existentes nas listas das várias USF e UCSP.

**Fórmula**

[Medic. prescritos (VPU)] = Somatório ( PVP x Q – [V. Compart.] x Q )

Em que:

Somatório: Somatório de todos os medicamentos prescritos.

VPU: Valor pago pelo utente.

Q: Quantidade (número de embalagens prescritas de cada medicamento).

## Nome antigo da métrica

Esta métrica não existia

## Consulta

As regras de cálculo de vários indicadores usam o conceito de [consulta]. Entende-se como [consulta], a atividade de um profissional de saúde relacionada com um utente, de onde resulta um diagnóstico e um plano. Apesar de do ponto de vista conceptual, uma consulta pressupor a existência de um diagnóstico (ou avaliação) e de um plano, do ponto de vista operacional, não é razoável exigir que todas as consultas médicas e de enfermagem tenham pelo menos um diagnóstico codificado e pelo menos um procedimento codificado, até porque conhecemos que os sistemas de informação atualmente em uso não possuem ergonomia suficiente para tornar essa tarefa custo-efetiva. Pelo atrás exposto, a operacionalização do conceito de consulta depende:

1. Do sistema de registo clínico usado (VitaCare, MedicineOne, SAM e SAPE);
2. De se tratar de uma consulta com a presença do utente (direta) ou sem a presença do utente (indireta);
3. De se tratar de uma consulta médica ou de enfermagem;
4. De se tratar ou não de uma consulta de vigilância num dos programas de saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar, diabetes e hipertensão, ou de vigilância de um problema de saúde específico, como obesidade, tabagismo, etc.

Por outro lado, o sistema de monitorização do desempenho terá que conseguir classificar, quer para registos médicos, quer para registos de enfermagem, 3 tipos de [consultas]:

1. Consultas sem a presença do utente (indiretas);
2. Consultas com a presença do utente (diretas);
- 2.1 Consultas com a presença do utente, de vigilância.

O tipo de registos que serão necessários para classificar uma consulta num desses 3 tipos será definido mais à frente. As [Consultas com a presença do utente, de vigilância] constituem um subconjunto das [Consultas com a presença do utente].

Os 4 sistemas de registo clínico existentes operacionalizam de forma diferente o registo de consultas, que descrevemos a seguir.

### **SAM - Sistema de Apoio ao Médico**

No SAM, os médicos ou internos apenas podem proceder a registos clínicos depois de um dos secretários clínicos proceder, no SINUS, ao [registo administrativo de contacto] do utente (com eventual cobrança de taxa moderadora). Com exceção do registo de resultados de MCDT's, no SAM não é possível a ocorrência de registos clínicos (p.e. um SOAP ou uma emissão de receita) sem prévio [registo administrativo do contacto].

Para além disso, a consulta médica deve ser [efetivada] pelo profissional que vai proceder ao registo clínico, sendo o processo de efetivação, feito pelo sistema de forma automática, quando se acede à área do SOAP ou à área do receituário. Apenas é necessário efetivar a consulta no SAM (colocando "visto" sobre o utente em agenda) quando não se faz qualquer registo clínico num utente com [registo administrativo de contacto]. A existência de registo informático de [efetivação da consulta] constitui só por si garantia de que a consulta se realizou.

### **SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem**

No SAPE, os enfermeiros podem proceder a registos clínicos classificando-os previamente como [Ato de enfermagem] ou como [consulta de enfermagem]. Esta classificação é efetuada quando se cria o contacto.

Quer as [consultas de enfermagem] quer os [atos de enfermagem] podem estar sujeitos a taxa moderadora. O procedimento de faturação de taxa é efetuado no SINUS mas essa informação não migra para o SAPE. Assim, o SAPE permite o registo quer de [consultas de enfermagem] quer de [atos de enfermagem] sem a existência prévia de um registo administrativo de contacto ou de taxa moderadora. As [consultas de enfermagem] são usadas preferencialmente para atividades com anamnese, observação, diagnóstico e intervenção (ou procedimento). Devem conter pelo menos um novo [diagnóstico de enfermagem] e o registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem]. Em alternativa devem conter pelo menos um [diagnóstico de enfermagem] ativo e pelo menos um novo

registo de [intervenção de enfermagem].

Os [Atos de enfermagem] são preferencialmente usados para registos de atividades de enfermagem que envolvem apenas prescrições, quer por outros técnicos (p.e. injetáveis) quer pelo próprio enfermeiro (p.e. realização de pensos a feridas ou úlceras). Em SAPE, um registo de [Ato de enfermagem] deve ter pelo menos uma "atitude terapêutica" e pelo menos uma intervenção de enfermagem. Os [Atos de enfermagem] correspondem a registos de procedimentos isolados. Assim, se num determinado dia suceder que o registo de N [Atos de enfermagem] por um determinado profissional a um determinado utente, tal deve originar a contabilização de uma única [Consulta com a presença do utente]. Caso nesse dia tenha ocorrido o registo de uma [consulta de enfermagem] ao mesmo utente, então o(s) [ato(s) de enfermagem] não devem acrescer nenhuma contabilização de [Consulta com a presença do utente]. Isto sucede por exemplo no indicador nº 4, taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos, onde o registo de um ou vários [atos de enfermagem] a um utente, no domicílio, deve originar a contabilização de um [domicílio] (caso não ocorra o registo de [consulta de enfermagem] no domicílio).

O SAPE não impede que o enfermeiro classifique um contacto como [ato de enfermagem] e posteriormente proceda a registos estruturados através da classificação CIPE (foco ou diagnóstico e intervenção). No entanto, ambas as atividades de enfermagem (as codificadas como [consultas de enfermagem] ou como [atos de enfermagem]) são [consultas], no sentido em que se estabelece um contato entre profissional de saúde e um utente de onde resulta uma avaliação ou juízo, procedimentos e comunicação. No entanto, quando [termina] o contacto, tem a possibilidade de alterar a classificação para [consulta de enfermagem].

Acresce que na definição e operacionalização do conceito de [consulta] nos interessa garantir o máximo de equidade entre profissionais de enfermagem que trabalham com diferentes aplicações de registo clínico e também nivelar a exigência do tipo de registos requeridos para [consultas médicas] e para [consultas de enfermagem].

### **MEDICINEONE**

No MedicineOne, existe o conceito de [validação administrativa do contacto] e o conceito de [check-in], mas não existe o conceito de [efetivação da consulta]. Para além disso, os médicos e os enfermeiros podem proceder a registos clínicos (p.e. um SOAP, uma emissão de receita ou um registo de enfermagem), sem que previamente tenha ocorrido o [check-in] do doente e sem que previamente tenha ocorrido cobrança de taxa moderadora. Nestes casos o [check-in] é feito automaticamente pelo sistema no momento dos registos clínicos e a cobrança de taxa moderadora pode ser feita posteriormente. É possível registar consultas não presenciais, sujeitas ou não ao pagamento de taxa moderadora.

Existe ainda a possibilidade de proceder a registos de SOAP que são meras "anotações" do profissional de saúde: O SOAP pode ser usado por médicos ou enfermeiros para registar que em determinada altura se tentou entrar em contacto telefónico com o utente sem sucesso, ou que o utente fez uma reclamação no livro amarelo ou que o utente pediu para mudar de médico de família. Nestes casos, os profissionais assinalam [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto], por forma a garantir que esses registos de SOAP não sejam considerados como consultas.

Finalmente, existe a possibilidade dos enfermeiros procederem ao registo de SOAP's, bem como de utilizarem a ICPC-2 para codificar o A do SOAP.

### **VITACARE**

No VitaCare, existe o conceito de [validação administrativa do contato], o conceito de [check-in] e o conceito de [efetivação da consulta]. No entanto, não é obrigatório que o atendimento siga estes passos sequenciais. Os médicos e os enfermeiros podem proceder a registos clínicos (p.e. um SOAP, uma emissão de receita, no caso do médico, ou um registo de enfermagem no caso do enfermeiro), sem que previamente tenha ocorrido o [check-in] do doente e sem que previamente tenha ocorrido cobrança de taxa moderadora. Nestes casos o [check-in] é feito virtualmente no momento dos registos clínicos e a cobrança de taxa moderadora pode ser feita posteriormente. É possível registar contatos não presenciais, sujeitos ou não ao pagamento de taxa moderadora.

Existe ainda a possibilidade de proceder a registos clínicos de Gestão de Ficheiro Médico e Gestão de Ficheiro de Enfermagem, que permitem aos profissionais adicionar informação administrativa ou clínica sobre os utentes sem que seja considerada uma consulta.

Assim sendo, operacionalizam-se a seguir os diversos tipos de consulta nos diversos sistemas de

informação utilizados em Portugal.

#### **C001 | Consulta médica não presencial - SAM**

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e (D ou E ou F ou G ou H ou I)] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto indireto registado no SINUS;
- B. O contacto referido em A deve ter [registo administrativo de contacto];
- C. No SAM, o médico ou interno que irá realizar a consulta, deverá [efetivar] o contacto referido em A.
- D. SOAP registado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- E. Registo na ficha individual, realizado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- F. Registo nos programas de diabetes, hipertensão, saúde materna, planeamento familiar ou saúde infantil, realizado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- G. Emissão de receita médica;
- H. Prescrição de análise ou MCDT;
- I. Registo de resultado de análise ou MCDT.

#### **C002 | Consulta médica presencial - SAM**

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e D] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto registado no SINUS;
- B. O contacto referido em A deve ter [registo administrativo de contacto];
- C. O contacto referido em A deve ser [efetivado];
- D. Registo de SOAP, realizado por médico ou interno da unidade de saúde.

#### **C003 | Consulta médica de vigilância - SAM**

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e D e (E ou F)] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto registado no SINUS;
- B. O contacto referido em A deve ter [registo administrativo de contacto];
- C. O contacto referido em A deve ser [efetivado];
- D. Registo de SOAP, realizado por médico ou interno da unidade de saúde;
- E. Codificação do A do SOAP referido em D, com código da ICPC-2 compatível com o programa ou problema de saúde em questão;
- F. Registo de informação no programa de saúde em questão (para aceder ao programa de saúde deve-se clicar no botão do O do SOAP e posteriormente no botão correspondente ao programa de saúde que justifica a consulta).

Nota: As consultas com código C003 são um subconjunto das consultas com código C002.

#### **C004 | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - SAPE**

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de uma [consulta de enfermagem], classificada como [não presencial] ou [telefone]. Esta consulta deve ser [terminada];
- B. Existência de pelo menos um [diagnóstico de enfermagem ativo] ou registo de pelo menos um novo [diagnóstico de enfermagem] (codificados pela CIPE);
- C. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (codificada pela CIPE).

Nota: Para classificar uma [consulta de enfermagem] como [sem a presença do utente], é necessário selecionar [telefone] ou [não presencial] ou [carta] ou [e-mail] em [local da consulta], quando no SAPE se procede à [Ativação do contacto] no SAPE.

#### **C005 | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - SAPE**

Para que seja contabilizada, a condição [(A e B) ou (C e D e E)] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de pelo menos um [ato de enfermagem], classificado como [direto] e [terminado];
- B. Existência de pelo menos uma [atitude terapêutica] (prescrição de outro técnico) e de pelo menos um novo registo de [intervenção de enfermagem] (codificados pela CIPE);
- C. Existência de uma [consulta de enfermagem], classificada como [direta] e [terminado];
- D. Existência de pelo menos um [diagnóstico de enfermagem ativo] ou registo de pelo menos um novo [diagnóstico de enfermagem] (codificados pela CIPE);
- E. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (codificada pela CIPE).

Nota: Para classificar uma [consulta] ou um [ato de enfermagem] como [direto], é necessário selecionar

um dos seguintes (em [local da consulta], quando se procede à [Ativação do contacto] no SAPE):

- [Centro de Saúde];
- [Domicílio];
- [CDP];
- [SASU] ou afins.

#### **C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SAPE**

Para que seja contabilizada, a condição [A e (B ou C ou D ou E) e (F ou G) e H] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada];
- B. Abertura e registo de informação no programa de saúde em questão;
- C. Utilização de pelo menos um [diagnóstico de enfermagem ativo] (codificado pela CIPE), que tenha sido previamente criado, que seja específico do programa de saúde que está a ser avaliado;
- D. Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (codificado pela CIPE), que seja específico do programa ou problema de saúde que está a ser avaliado;
- E. Pelo menos um novo registo de [intervenção de enfermagem] (codificado pela CIPE), que seja específica do programa ou problema de saúde que está a ser avaliado;
- F. Utilização de pelo menos um [diagnóstico de enfermagem ativo] (codificado pela CIPE), que tenha sido previamente criado;
- G. Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (codificado pela CIPE);
- H. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (codificada pela CIPE).

Notas:

1. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial].
2. As consultas de vigilância não podem ser registadas como [Atos de enfermagem] nem como [não presencial].
3. As consultas com código C006 são um subconjunto das consultas com código C005.

#### **C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne**

Para que seja contabilizada, a condição [A e (B ou C ou D ou E ou F) e G] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto indireto (registado no MedicineOne);
- B. SOAP registado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- C. Pelo menos um registo realizado qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos módulos de diabetes, hipertensão, saúde materna, planeamento familiar ou saúde infantil;
- D. Emissão de receita médica;
- E. Prescrição através do módulo de análises;
- F. Prescrição através do módulo de MCDT's;
- G. Não ter assinalado a quadricula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto].

#### **C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne**

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (registado no MedicineOne);
- B. SOAP registado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- C. Não ter assinalado a quadricula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto].

#### **C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne**

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e (D ou E)] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (registado no MedicineOne);
- B. SOAP registado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- C. Não ter assinalado a quadricula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto];
- D. Classificação do A do SOAP com um dos códigos ICPC-2 compatíveis com o programa ou problema de saúde alvo de vigilância;
- E. Registo de observação no programa de saúde correspondente, ou na ficha específica do problema de saúde, realizado por qualquer médico ou interno.

Nota: As consultas com código C009 são um subconjunto das consultas com código C008.



**C010 | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - MedicineOne**

Para que seja contabilizada, a condição [A e (B ou C ou D) e F] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto indireto (registado no MedicineOne);
- B. SOAP registado por qualquer enfermeiro da unidade de saúde;
- C. Pelo menos um registo realizado qualquer enfermeiro da unidade de saúde, nos módulos de diabetes, hipertensão, saúde materna, planeamento familiar ou saúde infantil;
- D. Registo de [diagnóstico de enfermagem] ou de [intervenção de enfermagem], codificados pela CIPE;
- E. Não ter assinalado a quadricula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto].

**C011 | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne**

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (registado no MedicineOne);
- B. SOAP registado por qualquer enfermeiro da unidade de saúde;
- C. Não ter assinalado a quadricula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto].

**C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne**

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e (D ou E ou F ou G)] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (registado no MedicineOne);
- B. SOAP registado por qualquer enfermeiro da unidade de saúde;
- C. Não ter assinalado a quadricula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto];
- D. Registo de pelo menos um [diagnóstico de enfermagem], codificado pela CIPE, específico do programa ou do problema de saúde que está a ser avaliado (registado por enfermeiro);
- E. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem], codificado pela CIPE, específica do programa ou do problema de saúde que está a ser avaliado (registado por enfermeiro);
- F. Registo de observação na ficha do programa ou do problema de saúde correspondente, realizado por qualquer enfermeiro;
- G. Classificação do A do SOAP com um dos códigos ICPC-2 compatíveis com o programa ou com o problema de saúde alvo da vigilância.

Nota: As consultas com código C012 são um subconjunto das consultas com código C011.

**C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare**

Para que seja contabilizada, a condição [A e (B ou C ou D ou E)] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto indireto (registado no VitaCare);
- B. SOAP registado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- C. Pelo menos um registo realizado qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos módulos de diabetes, hipertensão, saúde materna, planeamento familiar ou saúde infantil;
- D. Emissão de receita médica;
- E. Prescrição através do módulo de análises e MCDT's;

**C014 | Consulta médica presencial - VitaCare**

Para que seja contabilizada, a condição [A e B] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (registado no VitaCare);
- B. SOAP registado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;

**C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare**

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e (C ou D)] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (registado no VitaCare);
- B. SOAP registado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- C. Classificação do A do SOAP com um dos códigos ICPC-2 compatíveis com o programa ou problema de saúde alvo da vigilância;
- D. Registo de observação na ficha do programa ou do problema de saúde correspondente, realizado por qualquer médico ou interno.

Nota: As consultas com código C015 são um subconjunto das consultas com código C014.

**C016 | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - VitaCare**

Para que seja contabilizada, a condição [A e (B ou C ou D)] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto indireto (registado no VitaCare);
- B. Registo de [Nota de enfermagem] realizada por qualquer enfermeiro da unidade de saúde;
- C. Registo de um [diagnóstico de enfermagem], codificado pela CIPE, realizado por qualquer enfermeiro da unidade de saúde;.
- D. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem], codificada pela CIPE, realizado por qualquer enfermeiro da unidade de saúde;.

**C017 | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - VitaCare**

Para que seja contabilizada, a condição [A e (B ou C ou D)] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (registado no VitaCare);
- B. Registo de [Nota de enfermagem] realizada por qualquer enfermeiro da unidade de saúde;
- C. Registo de um [diagnóstico de enfermagem], codificado pela CIPE, realizado por qualquer enfermeiro da unidade de saúde;.
- D. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem], codificada pela CIPE, realizado por qualquer enfermeiro da unidade de saúde;.

**C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare**

Para que seja contabilizada, a condição [A e (B ou C ou D)] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (registado no VitaCare);
- B. Registo de pelo menos um [diagnóstico de enfermagem], codificado pela CIPE, específico do programa ou do problema de saúde que está a ser avaliado (registado por qualquer enfermeiro da unidade de saúde).
- C. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem], codificada pela CIPE, específica do programa ou do problema de saúde que está a ser avaliado (registado por qualquer enfermeiro da unidade de saúde).
- D. Registo de observação no módulo do programa ou do problema de saúde correspondente, realizado por qualquer enfermeiro;

Nota: As consultas com código C018 são um subconjunto das consultas com código C017.

**Contacto**

Um [contacto] é um conceito abstrato constituído por um conjunto de variáveis que caracterizam a componente não clínica de uma consulta.

Exemplificam-se algumas dessas variáveis:

- Data de agendamento;
- Agenda de marcação;
- Data de registo do contacto;
- Tipo de contacto;
- Iniciativa da marcação.

**CTH**

Consulta a Tempo e Horas

**CV**

Cardiovascular

**Data de referência do indicador**

A data de referência do indicador é a data que limita superiormente o intervalo de tempo de recolha de registos da base de dados. Por exemplo, um indicador de periodicidade mensal, calculado em Janeiro de 2011, analisa a informação contida na base de dados registada no máximo até às 23:59:59 de 31 de Janeiro de 2011. A [data de referência] desse indicador para Janeiro é 31-01-2011. A data de referência desse indicador para fevereiro será 28-2-2011 e assim sucessivamente ao longo dos vários meses de

cálculo.

## DCI

Denominação Comum Internacional

## DCV

Doença Cerebro-vascular

## DGS

Direcção-Geral da Saúde

## Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE

A CIPE pode ser usada pelos enfermeiros para codificar [diagnósticos de enfermagem] e intervenções de enfermagem.

Especificam-se os códigos da CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] e que permitem identificar a realização de uma [consulta de enfermagem de vigilância]. O que aqui se descreve tem apenas se aplica ao sistema de monitorização de indicadores descrito neste documento. Apenas se especificam códigos que sejam específicos da área que se pretenda avaliar, isto é, que não conduzam a falsos positivos.

### **E001 | Vigilância em saúde infantil e juvenil:**

- Desenvolvimento Infantil (CIPE B2: 1A.1.1.1.16.1.2);
- Crescimento (CIPE B2: 1A.1.1.1.16.1);
- Maturação (CIPE B2: 1A.1.1.1.16.1.3 );
- Maturação Feminina (CIPE B2: 1A.1.1.1.16.1.3.1 );
- Maturação Masculina (CIPE B2: 1A.1.1.1.16.1.3.2);
- Papel de Prestador de Cuidados (CIPE B2: 1A.1.1.2.2.2.2.5);
- Papel Parental (CIPE B2: 1A.1.1.2.2.2.2.6);
- Papel Maternal (CIPE B2: 1A.1.1.2.2.2.2.6.1);
- Papel Paternal (CIPE B2: 1A.1.1.2.2.2.2.6.2);

### **E002 | Vigilância em saúde materna:**

- Adaptação à Gravidez (CIPE B2: 1A.1.2.1.1.3);
- Gravidez (CIPE B2: 1A.1.1.1.15.3);

### **E003 | Vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar:**

- Planeamento Familiar (CIPE B2: 1A.1.2.1.1);
- Promoção da Gravidez (CIPE B2: 1A.1.2.1.1.2.1);
- Promoção da Gravidez: Infertilidade (CIPE B2: 1A.1.2.1.1.2.1.1);
- Promoção da Gravidez: Risco de Aborto (CIPE B2: 1A.1.2.1.1.2.1.2);
- Gravidez não Planeada (CIPE B2: 1A.1.2.1.1.2.2 );
- Prevenção da Gravidez (CIPE B2: 1A.1.2.1.1.2.3);
- Interrupção da Gravidez (CIPE B2: 1A.1.2.1.1.2.4);
- Uso de Contraceptivos (CIPE B2: 1A.1.1.2.2.1.1.9.1.1.1.1);

### **Vigilância em diabetes:**

Não códigos CIPE-B2 para classificação de [diagnósticos de enfermagem] que sejam específicos de diabetes. A identificação deste tipo de consultas através da codificação CIPE tem que ser feita através da codificação das [intervenções de enfermagem].

### **E004 | Vigilância em hipertensão:**

- Hipertensão (CIPE B2: 1A.1.1.1.2.2.1.1);

Especificam-se ainda os códigos que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] e que são específicos de outros tipos de consulta.

**E005 | Consulta de revisão do puerpério:**

- Paternidade (CIPE B2: 1A.1.2.1.1.4);
- Vinculação (CIPE B2: 1A.1.2.1.1.4.1);
- Ligação Mãe-Filho (CIPE B2: 1A.1.2.1.1.4.1.1);
- Amamentar (CIPE B2: 1A.1.2.1.1.4.1.1.1 );
- Mama (CIPE B2: 1A.1.2.1.1.4.1.1.1.1 );

**E006 | Consulta relacionada com tabagismo:**

- Uso de Tabaco (CIPE B2: 1A.1.1.2.2.1.3.1.1);

**E007 | Consulta relacionada com alcoolismo:**

- Uso de Álcool (CIPE B2: 1A.1.1.2.2.1.3.1.2);

**E008 | Consulta relacionada com obesidade:**

- Obesidade (CIPE B2: 1A.1.1.1.4.2.2.1);

Especificam-se os códigos da CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [intervenções de enfermagem] e que permitem identificar a realização de uma [consulta de enfermagem de vigilância]. O que aqui se descreve tem apenas se aplica ao sistema de monitorização de indicadores descrito neste documento. Apenas se especificam códigos que sejam específicos da área que se pretenda avaliar, isto é, que não conduzam a falsos positivos.

**E009 | Vigilância em diabetes:**

- Acção de Enfermagem que tem como alvo: Diabetes (CIPE B2: 2B.2.2.1.5.6);

**DM**

Diabetes Mellitus

**DM1**

Diabetes Mellitus tipo 1

**DM2**

Diabetes Mellitus tipo 2

**DPOC**

Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**DPP-4**

Dipeptidil peptidase-4

**EF**

Enfermeiro de Família

**ENF**

Enfermeiro

<b>FeV1</b>
Volume Expiratório Forçado no 1º segundo
<b>GDH</b>
Grupos de Diagnósticos Homogéneos
<b>HgbA1c</b>
Hemoglobina Glicosada
<b>HTA</b>
Hipertensão arterial
<b>ICC</b>
Insuficiência Cardíaca Congestiva
<b>ICD-9</b>
Classificação Internacional de Doenças, versão 9
<b>ICPC-2</b>
Classificação Internacional Cuidados de Saúde Primários, versão 2
<b>IMC</b>
Índice de Massa Corporal
<b>Inscrição ativa</b>
Permite especificar que o utente tem "Inscrição primária" ou "Transferido de inscrição primária". Trata-se do tipo de inscrição válido para que o utente seja incluído na generalidade dos indicadores da contratualização (a única exceção é o indicador [Número de dias com reclamações por fechar, por cada 1000 consultas médicas ou de enfermagem realizadas - Nº sequencial 73]
<b>MCDT</b>
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
<b>MED</b>
Médico
<b>MF</b>
Médico de Família
<b>MIF</b>
Mulheres em Idade Fertil
<b>PA</b>
Pressão Arterial

<b>PF</b>
Planeamento Familiar

<b>PNV</b>
Programa Nacional de Vacinação

<b>PSOF</b>
Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

<b>PVP</b>
Preço de Venda ao Público

<b>RN</b>
Recém-nascidos

<b>RP</b>
Revisão do Puerpério

<b>SAM</b>
Sistema de Apoio ao Médico

<b>SAPE</b>
Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

<b>SI</b>
Sistema de Informação

<b>SNS</b>
Serviço Nacional de Saúde

<b>SOAP</b>
<p>Método de registo clínico: Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano</p> <p>Quando ao longo do documento se refere que "é necessário SOAP", tal significa que é necessário que o profissional de saúde crie o SOAP, sendo irrelevante (para efeitos de indicadores) a quantidade ou qualidade da informação lá colocada.</p> <p>O sistema de indicadores contabiliza SOAP's, quer tenham, quer não tenham conteúdo, pois não é objetivo deste sistema, medir a qualidade dos registos efetuados pelos profissionais de saúde.</p>

<b>Tipo de contacto</b>
<p>Um [contacto] pode ser classificado quanto ao tipo em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [Presencial] ou [Direto]: A consulta que lhe está associada é feita com a presença do utente. Inclui os realizados no [Consultório] e os realizados no [Domicílio].</li> <li>- [Não presencial] ou [Indireto]: A consulta que lhe está associada é feita sem a presença do utente. Inclui as [consultas por telefone], as [consultas por interposta pessoa] e as [consultas de outro tipo].</li> </ul>

<b>TSHPKU</b>
---------------

Diagnóstico precoce ou teste do pézinho

**UAG**

Unidade de apoio à Gestão

**UC**

Unidade de Contratualização

**UCC**

Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP**

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**ULS**

Unidade Local de Saúde

**URAP**

Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

**USF**

Unidade de Saúde Familiar

**USP**

Unidade de Saúde Pública

## Índice de Indicadores (Agrupados por Área Clínica)

Esta seção contém listagens de indicadores, agrupados pela área clínica a que pertencem, com referência ao código, ao nome e ao ID (o ID é útil para localizar facilmente os bilhetes de identidade na seção seguinte).

### Área Clínica: Diabetes

<b>Código</b>	<b>Nome do Indicador</b>	<b>ID</b>
2.05	Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com compromisso de vigilância	75
5.04.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	38
5.04.02	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre	88
5.07	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano	35
5.09	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos uma referenciação ou pelo menos um registo de realização de exame à retina, no último ano	40
5.18	Proporção de utentes com diabetes tipo 2, em terapêutica com insulina	41
5.19	Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com terapêutica com metformina	42
5.30	Proporção de utentes com diabetes, com microalbuminúria no último ano	97
6.05.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0 %	39
6.05.02	Proporção de utentes com diabetes, com idade inferior a 65 anos, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 6,5 %	91
6.16.02	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância e registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	36
6.19	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano	37
6.34	Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado	43
6.39	Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes	85
7.08	Rácio entre a despesa faturada com inibidores DPP-4 e a faturada com antidiabéticos orais, em doentes com diabetes mellitus tipo 2	96
8.02.01	Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de utentes com diabetes (atividades específicas)	80



## Área Clínica: Hipertensão

<b>Código</b>	<b>Nome do Indicador</b>	<b>ID</b>
2.06	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com compromisso de vigilância	76
5.10.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre	19
5.10.02	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial no último semestre	89
5.13.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	18
5.16	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com prescrição de anti-hipertensores do tipo tiazídico	21
5.17	Proporção de utentes com hipertensão arterial, sem diabetes, com prescrição de antagonistas dos recetores da angiotensina II	22
6.02.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	26
6.16.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com consulta de enfermagem de vigilância e registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	24
6.20	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	20
6.21	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	23
6.35	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	25
8.01.01	Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de utentes com hipertensão arterial (atividades específicas)	79

## Área Clínica: Rastreio Oncológico

<b>Código</b>	<b>Nome do Indicador</b>	<b>ID</b>
5.01	Proporção de mulheres entre [50; 70[ anos, com mamografia registada nos últimos dois anos	44
5.02	Proporção de mulheres entre [25; 60[ anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	45
5.03	Proporção de inscritos com idade entre [50; 75[ anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado	46

## Área Clínica: Respiratório

<b>Código</b>	<b>Nome do Indicador</b>	<b>ID</b>
2.07	Proporção de inscritos com diagnóstico de asma	77

2.08	Proporção de inscritos com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	78
5.26	Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FeV1 nos últimos 3 anos	49

#### Área Clínica: Saúde adultos

<b>Código</b>	<b>Nome do Indicador</b>	<b>ID</b>
5.22	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica inferior a cinco fármacos	65
5.24	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem nenhuma prescrição de trimetazidina no último ano	67
5.29	Proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde	92
6.01.04	Proporção de inscritos com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses	30
6.01.08	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	98
6.41	Taxa de internamentos por doença cerebro-vascular, entre residentes com menos de 65 anos	87

#### Área Clínica: Saúde da Mulher e Planeamento Familiar

<b>Código</b>	<b>Nome do Indicador</b>	<b>ID</b>
3.22.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	8
3.22.02	Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar	9
3.22.03	Taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar	10
6.30	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	52
8.04.01	Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância em planeamento familiar nas mulheres em idade fértil (atividades específicas)	82

#### Área Clínica: Saúde Infantil e Juvenil

<b>Código</b>	<b>Nome do Indicador</b>	<b>ID</b>
5.13.02	Proporção de crianças com 2 anos, com peso e altura registado no último ano	59
5.13.03	Proporção de crianças com 7 anos, com peso e altura registados no intervalo [5; 7[ anos	31
5.13.04	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11; 14[ anos	32

6.01.01	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário	27
6.01.02	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário	28
6.01.03	Proporção de jovens com 14 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário	29
6.01.05	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador	93
6.01.06	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador	94
6.01.07	Proporção de jovens com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador	95
6.12	Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	14
6.13	Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida	57
6.15	Proporção de crianças com 7 anos livres de cáries dentárias e de outras doenças dos dentes e gengivas	61
6.22	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	16
6.23	Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida	17
6.31	Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida	58
6.32	Proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 2º ano de vida	60
6.36	Proporção de crianças que completam 6 meses, com aleitamento materno exclusivo até aos três meses de idade	62
6.37	Proporção de crianças com 7 anos, com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [5; 7[ anos e PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário	63
6.38	Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[ anos e PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário	64
6.43	Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida	15
8.05.01	Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de crianças no 1º ano de vida (atividades específicas)	83
8.06.01	Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de crianças no 2º ano de vida (atividades específicas)	84

### Área Clínica: Saúde Materna

<b>Código</b>	<b>Nome do Indicador</b>	<b>ID</b>
6.04	Proporção de grávidas com consulta de revisão de puerpério efetuada	50
6.09	Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre	11
6.26	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	12
6.33	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	51
6.40	Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso	86
6.42	Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem	13
8.03.01	Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de grávidas (atividades específicas)	81

### Área Clínica: Saúde Mental

<b>Código</b>	<b>Nome do Indicador</b>	<b>ID</b>
5.20	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão, a quem foi prescrita terapêutica anti-depressiva	55
5.21	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	56
5.27	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos nos últimos 3 anos	53
6.29	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos alcoólicos, a quem foi realizada consulta relacionada com alcoolismo nos últimos 3 anos	54

### Área Clínica: Transversal

<b>Código</b>	<b>Nome do Indicador</b>	<b>ID</b>
3.12.01	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família	1
3.12.02	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família	5
3.15.01	Taxa de utilização global de consultas médicas	2
3.15.02	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	6
3.15.03	Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos	99
3.15.04	Taxa de utilização global de consultas médicas ou de enfermagem nos últimos 3 anos	100
4.18	Taxa de consultas médicas no domicílio por 1.000 inscritos	3
4.30	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	4

5.13.05	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	33
5.23	Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	66
5.25	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	47
5.28	Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	74
6.27	Proporção de utentes obesos e com idade igual ou superior a 14 anos, a quem foi realizada consulta de vigilância de obesidade nos últimos 2 anos	34
6.28	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos tabágicos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabagismo, no último ano	48
7.06.01	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP)	70
7.06.02	Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	68
7.06.03	Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no valor participado pelo SNS)	90
7.07.01	Despesa média de MCDT's prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)	71
7.07.02	Despesa média de MCDT's faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	69
7.10	Proporção de utilizadores referenciados para consulta hospitalar	7
8.07	Proporção de utilizadores muito satisfeitos	72
8.08	Número de dias com reclamações por fechar, por cada 1000 consultas médicas ou de enfermagem realizadas	73

**001****Código 1**

3.12.01

**Código 2**

2013.001.V1

**Nome abreviado**

Proporção de consultas realizadas pelo MF

**Designação**

Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família

**Objetivo**

Monitorizar o acesso dos utentes ao seu próprio médico de família e a capacidade de intersubstituição dos médicos da unidade de saúde

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de consultas que cada médico realiza aos utentes da respetiva lista.  
 Numerador: Contagem de consultas presenciais realizadas pelo próprio médico de família.  
 Denominador: Contagem de consultas presenciais.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de contactos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador.
- B. O contacto foi realizado pelo Médico de Família (MF) do utente ou por um dos respetivos internos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de contactos em que a expressão [(A ou B ou C) e D e E] é verdadeira:

- A. Compatível com o código C002 [Consulta médica presencial - SAM].
- B. Compatível com o código C008 [Consulta médica presencial - MedicineOne].
- C. Compatível com o código C014 [Consulta médica presencial - VitaCare].
- D. Realizado a utente com [inscrição ativa] durante pelo menos um dia do período em análise.
- E. Realizado a utente com MF atribuído.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de contactos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**002****Código 1**

3.15.01

**Código 2**

2013.002.V1

**Nome abreviado**

Taxa de utilização global de consultas médicas

**Designação**

Taxa de utilização global de consultas médicas

**Objetivo**

Avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica, de qualquer tipo, no período em análise.

Numerador: Contagem de inscritos com pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de inscritos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica, presencial ou não presencial, nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	7

**003****Código 1**

4.18

**Código 2**

2013.003.V1

**Nome abreviado**

Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos

**Designação**

Taxa de consultas médicas no domicílio por 1.000 inscritos

**Objetivo**

Permite monitorizar produtividade relacionada com a realização de domicílios médicos.

**Descrição do indicador**

Exprime o número de domicílios médicos realizados por ano por cada 1000 utentes inscritos.

Numerador: Contagem de domicílios médicos realizados por ano.

Denominador: Contagem de inscritos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de contactos em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Contactos realizados aos utentes definidos no denominador, durante o período em análise do numerador.

B. Realizados no domicílio, por qualquer médico ou interno da unidade de saúde.

C. Com registo de SOAP, criado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na Unidade de Saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 1000	‰	Taxa de consultas domiciliárias (Méd.)

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	4



**004****Código 1**

4.30

**Código 2**

2013.004.V1

**Nome abreviado**

Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos

**Designação**

Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos

**Objetivo**

Permite monitorizar produtividade relacionada com a realização de domicílios de enfermagem.

**Descrição do indicador**

Exprime o número de domicílios de enfermagem realizados por ano por cada 1000 utentes inscritos.  
 Numerador: Contagem de domicílios de enfermagem realizados no período em análise.  
 Denominador: Contagem de utentes com [inscrição ativa] durante pelo menos um dia do período em análise.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de contactos em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Contactos realizados aos utentes definidos no denominador, durante o período em análise do numerador.

B. Realizados no domicílio, por qualquer enfermeiro da unidade de saúde.

C. Que estão de acordo com as definições de [Consulta enfermagem com a presença do utente (direta)] com os códigos C005, C011 e C017.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na Unidade de Saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 1000	‰	Taxa de consultas domiciliárias (Enf.)

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	4

**005****Código 1**

3.12.02

**Código 2**

2013.005.V1

**Nome abreviado**

Proporção de consultas realizadas pelo EF

**Designação**

Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família

**Objetivo**

Monitorizar o acesso dos utentes ao seu próprio enfermeiro de família e a capacidade de intersubstituição dos enfermeiros da unidade de saúde.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de consultas que cada enfermeiro realiza aos utentes da respetiva lista.

Numerador: Contagem de consultas presenciais realizadas pelo próprio enfermeiro de família.

Denominador: Contagem de consultas presenciais.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de contactos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O contacto foi realizado pelo Enfermeiro de Família do utente.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de contactos em que a expressão [(A ou B ou C) e D e E] é verdadeira:

A. Compatível com o código C005 [Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - SAPE].

B. Compatível com o código C011 [Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne].

C. Compatível com o código C017 [Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - VitaCare].

D. Realizado a utente com [inscrição ativa] durante pelo menos um dia do período em análise.

E. Realizado a utente com enfermeiro de família atribuído.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de contactos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**006****Código 1**

3.15.02

**Código 2**

2013.006.V1

**Nome abreviado**

Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos

**Designação**

Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos

**Objetivo**

Avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica, de qualquer tipo, nos últimos 3 anos.

Numerador: Contagem de utentes com pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de inscritos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica, presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	7

**007****Código 1**

7.10

**Código 2**

2013.007.V1

**Nome abreviado**

Proporção utiliz. referenciados p/ consulta hosp.

**Designação**

Proporção de utilizadores referenciados para consulta hospitalar

**Objetivo**

Monitorizar a taxa de referenciação hospitalar de unidades de saúde

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a a proporção de utentes utilizadores que são referenciados por ano para consulta hospitalar.

Numerador: Contagem de utilizadores com pelo menos uma referenciação hospitalar.

Denominador: Contagem de utilizadores de consultas médicas presenciais ou não presenciais.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma referenciação hospitalar, durante o período em análise.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [(A ou B ou C) e (D ou E ou F)] é verdadeira:

A. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter [inscrição ativa] nessa unidade, durante pelo menos um dia do período em análise.

B. Se a unidade de observação é um médico: ter [inscrição ativa] na lista do médico, à data de referência do indicador, ou ter falecido ou sido transferido para outra unidade de saúde durante o período em análise.

C. Se a unidade de observação é um ACES: ter [inscrição ativa] numa das USF ou UCSP do ACES, durante pelo menos um dia do período em análise.

D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde).

E. Se a unidade de observação é um médico: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador).

F. Se a unidade de observação é um ACES: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise, realizada por qualquer médico ou interno do ACES, incluindo também as realizadas em [consultas de reforço] e as realizadas em [serviço de apoio permanente] (ou outros equivalentes).

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utilizadores

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**008****Código 1**

3.22.01

**Código 2**

2013.008.V1

**Nome abreviado**

Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)

**Designação**

Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)

**Objetivo**

Monitorizar a utilização das consultas de saúde reprodutiva e planeamento familiar (PF) pelas mulheres em idade fértil (MIF)

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de MIF, que tiveram pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem de planeamento familiar nos últimos 12 meses.

Numerador: Contagem de MIF que tiveram uma consulta médica ou de enfermagem de planeamento familiar, nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de MIF.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica de PF realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos últimos 12 meses.

C. Ter pelo menos uma consulta de enfermagem de PF realizada por qualquer enfermeiro da unidade de saúde, nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, válida à data do último dia do período em análise.

B. Ser mulher.

C. Ter idade pertencente ao intervalo [15; 50[ anos.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	5

**009****Código 1**

3.22.02

**Código 2**

2013.009.V1

**Nome abreviado**

Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)

**Designação**

Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar

**Objetivo**

Monitorizar a utilização das consultas de enfermagem de saúde reprodutiva e planeamento familiar (PF) pelas mulheres em idade fértil (MIF)

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de MIF, que tiveram uma consulta de enfermagem de planeamento familiar nos últimos 12 meses.

Numerador: Contagem de MIF que tiveram pelo menos uma consulta de enfermagem de planeamento familiar nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de MIF.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta de enfermagem de PF realizada por qualquer enfermeiro da unidade de saúde, nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, válida à data do último dia do período em análise.

B. Ser mulher.

C. Ter idade pertencente ao intervalo [15; 50[ anos.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	4

**010****Código 1**

3.22.03

**Código 2**

2013.010.V1

**Nome abreviado**

Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)

**Designação**

Taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar

**Objetivo**

Monitorizar a utilização das consultas médicas de saúde reprodutiva e planeamento familiar (PF) pelas mulheres em idade fértil (MIF)

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de MIF, que tiveram uma consulta médica de planeamento familiar nos últimos 12 meses.

Numerador: Contagem de MIF que tiveram pelo menos uma consulta médica de planeamento familiar nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de MIF.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica de PF realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, válida à data do último dia do período em análise.

B. Ser mulher.

C. Ter idade pertencente ao intervalo [15; 50[ anos.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	4

**011****Código 1**

6.09

**Código 2**

2013.011.V1

**Nome abreviado**

Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.

**Designação**

Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre

**Objetivo**

Monitorização do Programa de Vigilância em Saúde Materna, área da vigilância precoce da grávida, realizada por médicos.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção entre o número de grávidas que realizaram a 1ª consulta médica de vigilância da gravidez no 1º trimestre de gestação e o número de grávidas cujo fim do 1º trimestre coincide com o período em análise do denominador.

Numerador: Contagem de grávidas que realizaram a 1ª consulta médica de vigilância da gravidez no 1º trimestre.

Denominador: Contagem de grávidas.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Utentes que tiveram pelo menos uma consulta médica de vigilância de gravidez nos primeiros 90 dias de gestação.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E] é verdadeira:

A. Ser mulher;

B. Gravidez registada por um médico ou interno da unidade de saúde, no módulo ou no programa de saúde materna ;

C. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo];

D. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos um dia do primeiro trimestre de gestação ([1; 90] dias).

E. O final do 1º trimestre (90º dia de gestação) pertencente ao período em análise.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2



**012****Código 1**

6.26

**Código 2**

2013.012.V1

**Nome abreviado**

Proporção grávidas c/ 6+ cons. vigil. enferm.

**Designação**

Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna

**Objetivo**

Monitorização do Programa de Vigilância em Saúde Materna, área de acesso às consultas de enfermagem de saúde materna.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção puérperas que realizaram pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância da gravidez.

Numerador: Contagem de puérperas que realizaram pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância da gravidez.

Denominador: Contagem de puérperas.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Utentes que tiveram pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância de gravidez ou de revisão do puerpério, no período compreendido entre a DUM e o 42º dia de puerpério.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F] é verdadeira:

A. Ser mulher;

B. Gravidez registada por um médico ou interno da unidade de saúde, no módulo ou no programa de saúde materna;

C. Gravidez não classificada como aborto;

D. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo];

E. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos 7 meses do período compreendido entre a DUM e a [data de fim da gravidez].

F. O 42º dia de puerpério, contabilizado a partir da [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	5

**013****Código 1**

6.42

**Código 2**

2013.013.V1

**Nome abreviado**

Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem

**Designação**

Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem

**Objetivo**

Monitorização do programa de vigilância em saúde materna, área dos cuidados domiciliários de enfermagem a puérperas.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de puérperas que receberam visita domiciliária de enfermagem.  
 Numerador: Contagem de puérperas com pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem.  
 Denominador: Contagem de puérperas.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Utentes que tiveram pelo menos 1 consulta domiciliária de enfermagem realizada durante o período do puerpério, ou seja, entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia de puerpério.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F] é verdadeira:

A. Ser mulher;

B. Gravidez registada por um médico ou interno da unidade de saúde, no módulo ou no programa de saúde materna ;

C. Gravidez não classificada como aborto;

D. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo];

E. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período compreendido entre 1º e o 42º dia a contar da [data de fim da gravidez].

F. O 42º dia de puerpério, contabilizado a partir da [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de puérperas

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**014****Código 1**

6.12

**Código 2**

2013.014.V1

**Nome abreviado**

Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida

**Designação**

Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida

**Objetivo**

Monitorizar a vigilância precoce dos recém-nascidos.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção entre o número de recém-nascidos que efetuam a primeira consulta médica de vigilância na vida até aos 28 dias e o total de recém-nascidos inscritos.

Numerador: Contagem de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância nos primeiros 28 dias de vida.

Denominador: Contagem de recém-nascidos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Com pelo menos uma consulta médica de vigilância (contacto direto), nos primeiros 28 dias de vida.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Que completam 30 dias de vida durante o período em análise.

B. Com [inscrição ativa] ou [esporádica] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 28 dias de vida.

C. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 60 dias de vida.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	2

**015****Código 1**

6.43

**Código 2**

2013.015.V1

**Nome abreviado**

Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida

**Designação**

Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida

**Objetivo**

Monitorizar os cuidados prestados aos recém-nascidos (parâmetro "domicílios de enfermagem a recém nascidos").

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime proporção de recém-nascidos, que tiveram pelo menos um domicílio de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida.

Numerador: Contagem de recém-nascidos que tiveram pelo menos um domicílio de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida.

Denominador: Contagem de recém-nascidos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Com pelo menos um domicílio de enfermagem, nos primeiros 15 dias de vida.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Que completam 30 dias de vida durante o período em análise.

B. Com [inscrição ativa] ou [esporádica] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 15 dias de vida.

C. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 60 dias de vida.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	2

**016****Código 1**

6.22

**Código 2**

2013.016.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano

**Designação**

Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida

**Objetivo**

Acompanhamento do Programa de Saúde Infantil - 1º ano de vida. Monitorizar o cumprimento das orientações técnicas definidas para a vigilância deste grupo vulnerável.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção entre o número de crianças que efectuaram pelo menos 6 consultas médicas durante o 1º ano de vida, no total de crianças que completaram 1 ano de idade.  
 Numerador: Contagem de crianças que efectuaram pelo menos 6 consultas médicas durante o 1º ano de vida.  
 Denominador: Contagem de crianças que completaram 1 ano de idade.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Ter pelo menos 6 consultas médicas de vigilância (contacto directo) até aos 11 meses de vida ([1, 330[ dias).

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Crianças que completam 1 ano de idade durante o período em análise;

B. Inscrição de qualquer tipo (inclui esporádica) na unidade de saúde desde data anterior ao 15º dia de vida;

C. [Inscrição ativa] durante a totalidade do período compreendido entre os 45 e os 330 dias de vida.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	5

**017****Código 1**

6.23

**Código 2**

2013.017.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano

**Designação**

Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida

**Objetivo**

Acompanhamento do Programa de Saúde Infantil - 2º ano de vida. Monitorizar o cumprimento das orientações técnicas definidas para a vigilância deste grupo vulnerável.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção entre o número de crianças que efectuaram pelo menos 3 consultas médicas durante o 2º ano de vida, no total de crianças que completaram 2 anos de idade.

Numerador: Contagem de crianças que efectuaram pelo menos 3 consultas médicas durante o 2º ano de vida.

Denominador: Contagem de crianças que completaram 2 anos de idade.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Ter pelo menos 3 consultas médicas de vigilância (contacto directo) realizadas entre os 11 e os 23 meses de vida ([330; 700[ dias).

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 2 anos de idade durante o período em análise;

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, durante a totalidade do período compreendido entre os 12 e os 23 meses de vida ([365; 700[ dias).

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	3

**018****Código 1**

5.13.01

**Código 2**

2013.018.V1

**Nome abreviado**

Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)

**Designação**

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses

**Objetivo**

Monitorizar o acompanhamento dos utentes com hipertensão arterial: parâmetro "índice de massa corporal (IMC)".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de IMC nos últimos 12 meses.

Numerador: Contagem de utentes com hipertensão arterial, com registo de IMC nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes com hipertensão arterial,.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e (D ou E)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Que tenham pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses.

C. Que tenham pelo menos um registo parametrizado do peso, nos últimos 12 meses.

D. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado após os 20 anos de idade do utente.

E. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado nos 2 anos que antecedem a data de referência do indicador.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	1

**019****Código 1**

5.10.01

**Código 2**

2013.019.V1

**Nome abreviado**

Proporção de hipertensos com PA em cada semestre

**Designação**

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre

**Objetivo**

Monitorizar o acompanhamento dos utentes com hipertensão arterial: parâmetro "registo de pressão arterial".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pelo menos 2 pressões arteriais nos últimos 12 meses (abrangendo 2 semestres).

Numerador: Contagem de utentes com hipertensão arterial, com registo de pelo menos 2 pressões arteriais nos últimos 12 meses (abrangendo 2 semestres).

Denominador: Contagem de utentes com hipertensão arterial,.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre.

C. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. O diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 6 meses que antecedem a data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	1



**020****Código 1**

6.20

**Código 2**

2013.020.V1

**Nome abreviado**

Proporção hipertensos &lt; 65 A, com PA &lt; 150/90

**Designação**

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg

**Objetivo**

Monitorizar o acompanhamento dos utentes com hipertensão arterial: parâmetro "resultado da pressão arterial".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pelo menos uma medição de pressão arterial nos últimos 6 meses e último resultado inferior a 150/90 mmHg.

Numerador: Contagem de utentes com hipertensão arterial, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg nos últimos 6 meses.

Denominador: Contagem de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O último registo de pressão arterial, registado no semestre que antecede a data de referência do indicador, deve ser inferior a 150/90 mmHg

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

C. Ter idade inferior a 65 anos (medida na data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo").

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**021****Código 1**  
5.16**Código 2**  
2013.021.V1**Nome abreviado**  
Proporção hipertensos, c/ prescrição de tiazidas**Designação**

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com prescrição de anti-hipertensores do tipo tiazídico

**Objetivo**

Monitorizar a prescrição dos utentes com hipertensão arterial e a adequação dessa prescrição às normas publicadas na área da hipertensão, parâmetro "prescrição de diurético do tipo tiazídico".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos uma prescrição de diurético do tipo tiazídico nos últimos 12 meses.

Numerador: Contagem de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos uma prescrição de diurético do tipo tiazídico nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes com hipertensão arterial,.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, existe pelo menos um diurético do tipo tiazídico registado na terapêutica crónica.

C. Existe pelo menos um diurético do tipo tiazídico prescrito nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**022****Código 1**

5.17

**Código 2**

2013.022.V1

**Nome abreviado**

Proporção hipertensos sem DM c/ prescrição ARA II

**Designação**

Proporção de utentes com hipertensão arterial, sem diabetes, com prescrição de antagonistas dos recetores da angiotensina II

**Objetivo**

Monitorizar a prescrição dos utentes com hipertensão arterial e a adequação dessa prescrição às normas publicadas na área da hipertensão, parâmetro "prescrição de antagonistas dos recetores da angiotensina (ARA) II".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, sem diabetes, com pelo menos uma prescrição de antagonistas dos recetores da angiotensina II (ARA2) nos últimos 12 meses.

Numerador: Contagem de utentes com hipertensão arterial, sem diabetes, com pelo menos uma prescrição de ARA2 nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes com hipertensão arterial, sem diabetes.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, existe pelo menos um ARA II registado na terapêutica crónica.

C. Existe pelo menos um ARA II nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

C. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) não se encontra na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**023****Código 1**

6.21

**Código 2**

2013.023.V1

**Nome abreviado**

Proporção hipertensos com risco CV (3 A)

**Designação**

Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de hipertensão: parâmetro "risco cardiovascular"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes) e com pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular nos últimos 36 meses.

Numerador: Contagem de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes) e com pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular nos últimos 36 meses.

Denominador: Contagem de utentes com hipertensão arterial.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular, nos últimos 36 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

C. Na data de referência do indicador, nenhum dos diagnósticos seguintes está ativo na lista de problemas: diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90); enfarte agudo do miocárdio (K75); trombose ou acidente vascular cerebral (K90); aterosclerose ou doença vascular periférica (K92).

D. Ter idade igual ou superior a 20 anos (medida na data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo").

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	2

**024****Código 1**

6.16.01

**Código 2**

2013.024.V1

**Nome abreviado**

Proporção hipertensos, c/ cons. enf. e gestão RT

**Designação**

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com consulta de enfermagem de vigilância e registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano

**Objetivo**

Monitorizar o programa de hipertensão: parâmetro "gestão do regime terapêutico e consulta de enfermagem de vigilância"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com consulta de enfermagem de vigilância e registo da gestão do regime terapêutico (3 itens), no último ano.  
 Numerador: Contagem de utentes com hipertensão arterial, com consulta de enfermagem de vigilância e registo da gestão do regime terapêutico (3 itens).  
 Denominador: Contagem de utentes com hipertensão arterial,.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos um novo registo de gestão do regime terapêutico nos 3 itens (hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e regime medicamentoso), ou manutenção do estado ativo, efetuado por um dos enfermeiros da unidade de saúde, nos últimos 12 meses.

C. O registo referido na condição B encontra-se associado ou ocorreu na mesma data de uma consulta de enfermagem de vigilância de hipertensão.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**025****Código 1**

6.35

**Código 2**

2013.025.V1

**Nome abreviado**

Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado

**Designação**

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado

**Objetivo**

Monitorizar o programa de hipertensão.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de utentes com hipertensão arterial com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de utentes com hipertensão arterial.

**Regras de cálculo**

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J e K e L e M] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância em hipertensão, realizada num dos semestres.

C. Ter pelo menos 1 consulta médica ou de enfermagem de vigilância em hipertensão, realizada no outro semestre.

D. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre.

E. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre.

F. Na última pressão arterial registada (há menos de 6 meses), a pressão é inferior a 150/90 mmHg.

Condição apenas aplicável a utentes com menos de 65 anos;

G. Ter pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular, realizada nos últimos 36 meses. Condição apenas aplicável a utentes com 25 ou mais anos e sem nenhum dos seguintes diagnósticos ativo na lista de problemas (à data de referência do indicador): diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90); enfarte agudo do miocárdio (K75); trombose ou acidente vascular cerebral (K90); aterosclerose ou doença vascular periférica (K92).

H. Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 36 meses.

I. Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 36 meses.

J. Que tenham pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses.

K. Que tenham pelo menos um registo parametrizado do peso, medido nos últimos 12 meses.

L. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, medido após os 20 anos de idade do utente, ou nos 2 anos que antecedem a data de referência do indicador.

M. Existe pelo menos um novo registo de gestão do regime terapêutico nos 3 itens (hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e regime medicamentoso), ou manutenção do estado ativo, efetuado por um dos enfermeiros da unidade de saúde, nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. O diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 6 meses que antecedem a data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

<b>025</b>	<b>Código 1</b>	<b>Código 2</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.35	2013.025.V1	Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>	
Não	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>		<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP		8

**026****Código 1**

6.02.01

**Código 2**

2013.026.V1

**Nome abreviado**

Proporção hipertensos &gt;= 25A, c/ vacina tétano

**Designação**

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada

**Objetivo**

Monitorizar o programa de hipertensão: parâmetro "vacina antitetânica"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos, com vacina antitetânica atualizada.

Numerador: Contagem de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos e com vacina antitetânica atualizada.

Denominador: Contagem de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos uma inoculação de tétano (vacina com código Td, DT ou T) nos 10 anos anteriores, com registo de 3ª dose ou superior.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

C. Ter idade igual ou superior a 25 anos (medida na data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo").

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2



**027****Código 1**

6.01.01

**Código 2**

2013.027.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido até 2A

**Designação**

Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário

**Objetivo**

Monitorizar o Programa Nacional de Vacinação (PNV) - coorte dos 2 anos.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de crianças com PNV totalmente cumprido na data do 2º aniversário, entre as que completam 2 anos.

Numerador: Contagem de crianças com PNV totalmente cumprido na data do 2º aniversário.

Denominador: Contagem de crianças que completam 2 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 2 anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 2 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**028****Código 1**

6.01.02

**Código 2**

2013.028.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido até 7A

**Designação**

Proporção de crianças com 7 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário

**Objetivo**

Monitorizar o Programa Nacional de Vacinação (PNV) - coorte dos 7 anos.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de crianças com PNV totalmente cumprido na data do 7º aniversário, entre as que completam 7 anos.

Numerador: Contagem de crianças com PNV totalmente cumprido na data do 7º aniversário.

Denominador: Contagem de crianças que completam 7 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 7 anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 7 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**029****Código 1**

6.01.03

**Código 2**

2013.029.V1

**Nome abreviado**

Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido até 14A

**Designação**

Proporção de jovens com 14 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário

**Objetivo**

Monitorizar o Programa Nacional de Vacinação (PNV) - coorte dos 14 anos.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de jovens com PNV totalmente cumprido na data do 14º aniversário, entre os que completam 14 anos.

Numerador: Contagem de jovens com PNV totalmente cumprido na data do 14º aniversário.

Denominador: Contagem de jovens que completam 14 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 14 anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 14 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de jovens

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**030****Código 1**

6.01.04

**Código 2**

2013.030.V1

**Nome abreviado**

Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe

**Designação**

Proporção de inscritos com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses

**Objetivo**

Monitorização do programa de saúde de adultos: Parâmetro "vacina da gripe"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com a vacina da gripe prescrita nos últimos 12 meses, de entre inscritos com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos.

Numerador: Contagem de utentes com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C)] é verdadeira:

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador.
- B. Pelo menos uma prescrição de vacina da gripe nos últimos 12 meses.
- C. Pelo menos uma inoculação de vacina da gripe nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C ou D ou E)] é verdadeira:

- A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.
- B. Ter idade igual ou superior a 65 anos, medida na data de 1 de Setembro que antecede a data de referência do indicador.
- C. O diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", na data de início da época vacinal em curso.
- D. Pelo menos um dos diagnósticos de DPOC, asma ou bronquite crónica (rubricas da ICPC-2 R95 ou R96 ou R79) encontra-se registado na lista de problemas, com o estado de "ativo", na data de início da época vacinal em curso.
- E. Pelo menos um dos diagnósticos de cardiopatia isquémica ou ICC (rubricas da ICPC-2 K74 ou K75 ou K76 ou K77) encontra-se registado na lista de problemas, com o estado de "ativo", na data de início da época vacinal em curso.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos com diabetes ou com DPOC ou com doença coronária ou idosos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde adultos	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	3

**031****Código 1**

5.13.03

**Código 2**

2013.031.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A

**Designação**

Proporção de crianças com 7 anos, com peso e altura registados no intervalo [5; 7[ anos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil e juvenil. Parâmetro "registo do peso e da altura".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de crianças com peso e altura registados no intervalo [5; 7[ anos (entre as que completam 7 anos).

Numerador: Contagem de crianças que completam 7 anos e com peso e altura registados no intervalo [5; 7[ anos.

Denominador: Contagem de crianças que completam 7 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm pelo menos um registo de peso com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [5; 7[ anos.

C. Têm pelo menos um registo de estatura (ou altura) com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [5; 7[ anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 7 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	1

**032****Código 1**

5.13.04

**Código 2**

2013.032.V1

**Nome abreviado**

Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A

**Designação**

Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11; 14[ anos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil e juvenil. Parâmetro "registo do peso e da altura".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de jovens com peso e altura registados no intervalo [11; 14[ anos (entre as que completam 14 anos).

Numerador: Contagem de jovens que completam 14 anos e com peso e altura registados no intervalo [11; 14[ anos.

Denominador: Contagem de jovens que completam 14 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm pelo menos um registo de peso com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [11; 14[ anos.

C. Têm pelo menos um registo de estatura (ou altura) com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [11; 14[ anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 14 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de jovens
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	1

**033****Código 1**

5.13.05

**Código 2**

2013.033.V1

**Nome abreviado**

Proporção inscritos &gt; 14A, c/ IMC últimos 3 anos

**Designação**

Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde juvenil e de adultos. Parâmetro "IMC".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos.

Numerador: Contagem de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com IMC registado nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e (D ou E)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de IMC, nos 36 meses que antecedem a data de referência do indicador.

C. Que tenham pelo menos um registo parametrizado do peso, nos 36 meses que antecedem a data de referência do indicador.

D. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado após os 20 anos de idade do utente.

E. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado nos 36 meses que antecedem a data de referência do indicador.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Ter idade igual ou superior a 14 anos (medida na data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo").

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**034****Código 1**

6.27

**Código 2**

2013.034.V1

**Nome abreviado**

Proporção obesos &gt; 14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A

**Designação**

Proporção de utentes obesos e com idade igual ou superior a 14 anos, a quem foi realizada consulta de vigilância de obesidade nos últimos 2 anos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde juvenil e de adultos. Parâmetro "consulta de vigilância de obesidade".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes obesos e com idade igual ou superior a 14 anos com consulta de vigilância de obesidade registada nos últimos 2 anos.

Numerador: Contagem de inscritos obesos com idade igual ou superior a 14 anos e com consulta de vigilância de obesidade registada nos últimos 2 anos.

Denominador: Contagem de inscritos obesos com idade igual ou superior a 14 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância da obesidade, em 24 meses.

C. Ter pelo menos 1 consulta de enfermagem de vigilância da obesidade, em 24 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Ter idade igual ou superior a 14 anos (medida na data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo").

C. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de obesidade (rubrica da ICPC-2 T82) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	4



**035****Código 1**

5.07

**Código 2**

2013.035.V1

**Nome abreviado**

Proporção DM com exame pés último ano

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "realização de exame de pés".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com exame dos pés realizado no último ano.

Numerador: Contagem de utentes com diabetes com exame dos pés realizado no último ano.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e (C ou D)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos um registo de exame dos pés, nos últimos 12 meses.

C. O exame de pés referido na condição B encontra-se associado ou ocorreu na mesma data de uma consulta médica de vigilância de diabetes.

D. O exame de pés referido na condição B encontra-se associado ou ocorreu na mesma data de uma consulta de enfermagem de vigilância de diabetes.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**036****Código 1**

6.16.02

**Código 2**

2013.036.V1

**Nome abreviado**

Proporção DM c/ cons. enf. e gestão RT último ano

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância e registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "gestão do regime terapêutico e consulta de enfermagem de vigilância".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância e registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano.

Numerador: Contagem de utentes com diabetes com consulta de enfermagem de vigilância e registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos um novo registo de gestão do regime terapêutico nos 3 itens (hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e regime medicamentoso), ou manutenção do estado ativo, efetuado por um dos enfermeiros da unidade de saúde, nos últimos 12 meses.

C. O registo referido na condição B encontra-se associado ou ocorreu na mesma data de uma consulta de enfermagem de vigilância de diabetes.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico médico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**037****Código 1**

6.19

**Código 2**

2013.037.V1

**Nome abreviado**

Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "consulta de vigilância de enfermagem".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com consulta de vigilância de enfermagem.  
Numerador: Contagem de utentes com diabetes com consulta de vigilância de enfermagem.  
Denominador: Contagem de utentes com diabetes.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos uma consulta de enfermagem de vigilância de diabetes, nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico médico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	4

**038****Código 1**

5.04.01

**Código 2**

2013.038.V1

**Nome abreviado**

Proporção DM c/ 1 HgbA1c por semestre

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "registo de resultado de HgbA1c".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres.

Numerador: Contagem de utentes com diabetes com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos um registo de HgbA1c no último semestre.

C. Com pelo menos um registo de HgbA1c no penúltimo semestre.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. O diagnóstico médico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 190 dias que antecedem a data de referência do indicador (metodologia período em análise flutuante) ou pelo menos desde 7 dias antes do início de cada semestre (período em análise fixo).

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	2

**039****Código 1**

6.05.01

**Código 2**

2013.039.V1

**Nome abreviado**

Proporção DM c/ última HgbA1c &lt;= 8,0 %

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0 %

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "resultado da HgbA1c".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%.

Numerador: Contagem de utentes com diabetes com uma HgbA1c inferior ou igual a 8,0%.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos um registo de HgbA1c no último semestre.

C. O último resultado registado de HgbA1c é inferior ou igual a 8.0%.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	2

**040****Código 1**

5.09

**Código 2**

2013.040.V1

**Nome abreviado**

Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos uma referência ou pelo menos um registo de realização de exame à retina, no último ano

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "referência para oftalmologia".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com pelo menos uma referência para oftalmologia ou pelo menos um resultado de exame à retina no último ano.

Numerador: Contagem de utentes com diabetes com pelo menos uma referência para oftalmologia ou pelo menos um resultado de exame à retina no último ano.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C ou D)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos um registo de referência para oftalmologia, nos últimos 12 meses.

C. Com pelo menos um registo de referência para exame à retina, nos últimos 12 meses.

D. Com pelo menos um resultado de exame à retina, nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	2

**041****Código 1**

5.18

**Código 2**

2013.041.V1

**Nome abreviado**

Proporção DM2 em terapêut. c/ insulina

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes tipo 2, em terapêutica com insulina

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "terapêutica com insulina".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes tipo 2 com pelo menos uma prescrição de insulina nos últimos 12 meses.

Numerador: Contagem de utentes com diabetes tipo 2 e com prescrição de insulina nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes tipo 2.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, existe pelo menos uma insulina associada à terapêutica crónica.

C. Existe pelo menos uma insulina prescrita nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**042****Código 1**

5.19

**Código 2**

2013.042.V1

**Nome abreviado**

Proporção DM2 em terapêut. c/ metformina

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com terapêutica com metformina

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "terapêutica com metformina".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes tipo 2 com pelo menos uma prescrição de metformina nos últimos 12 meses.

Numerador: Contagem de utentes com diabetes tipo 2 e com pelo menos uma prescrição de metformina nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes tipo 2.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, existe pelo menos uma metformina registada na terapêutica crónica.

C. Existe pelo menos uma metformina prescrita nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2



**043****Código 1**

6.34

**Código 2**

2013.043.V1

**Nome abreviado**

Proporção DM c/ acompanham. adequado

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de utentes com diabetes com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J e K e L e M] é verdadeira:

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador.
- B. Ter pelo menos 2 consultas médicas de vigilância da diabetes, realizadas nos últimos 12 meses, uma em cada semestre.
- C. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre.
- D. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre.
- E. Que tenham pelo menos um registo parametrizado do IMC e do peso, medidos nos últimos 12 meses.
- F. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado após os 20 anos de idade do utente, ou nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.
- G. Com pelo menos um registo de HgbA1c no último semestre.
- H. Com pelo menos um registo de HgbA1c no penúltimo semestre.
- I. O último resultado registado de HgbA1c é inferior ou igual a 8.0%.
- J. Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 12 meses.
- K. Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 24 meses.
- L. Existe pelo menos um registo de exame dos pés, realizado nos últimos 12 meses. Este registo encontra-se associado ou ocorreu na mesma data de uma consulta médica ou de enfermagem de vigilância de diabetes.
- M. Existe pelo menos um novo registo de gestão do regime terapêutico nos 3 itens (hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e regime medicamentoso), ou manutenção do estado ativo, efetuado por um dos enfermeiros da unidade de saúde, nos últimos 12 meses. Este registo encontra-se associado ou ocorreu na mesma data de uma consulta de enfermagem de vigilância de diabetes.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

- A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.
- B. O diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 190 dias que antecedem a data de referência do indicador (metodologia período em análise flutuante) ou pelo menos desde 7 dias antes do início de cada semestre (período em análise fixo).

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

<b>043</b>	<b>Código 1</b>	<b>Código 2</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.34	2013.043.V1	Proporção DM c/ acompanham. adequado
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>	
Não	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>		<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP		6

**044****Código 1**

5.01

**Código 2**

2013.044.V1

**Nome abreviado**

Proporção mulheres [50; 70[ A, c/ mamogr. (2 anos)

**Designação**

Proporção de mulheres entre [50; 70[ anos, com mamografia registada nos últimos dois anos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de rastreio oncológico - parâmetro "rastreio e deteção precoce do cancro da mama".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção entre as mulheres com registo de mamografia nos últimos dois anos e as mulheres com idades compreendidas no intervalo [50, 70[ anos.

Numerador: Contagem de mulheres com registo de mamografia nos últimos dois anos.

Denominador: Contagem de mulheres com idades compreendidas no intervalo [50, 70[ anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos um resultado de mamografia nos últimos 2 anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Ser mulher.

B. Ter idade compreendida no intervalo [50; 70[ anos.

C. Com inscrição activa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Rastreio Oncológico	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	2

**045****Código 1**

5.02

**Código 2**

2013.045.V1

**Nome abreviado**

Proporção mulheres [25; 60[ A, c/ colpoc. (3 anos)

**Designação**

Proporção de mulheres entre [25; 60[ anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de rastreio oncológico - parâmetro "rastreio e deteção precoce do cancro do colo do útero".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção entre as mulheres que realizaram colpocitologia nos últimos três anos e as mulheres com idades compreendidas no intervalo [25, 60[ anos.

Numerador: Contagem de mulheres que realizaram colpocitologia nos últimos três anos.

Denominador: Contagem de mulheres com idades compreendidas no intervalo [25, 60[ anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos um resultado de colpocitologia nos últimos 3 anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Ser mulher.

B. Ter idade compreendida no intervalo [25; 60[ anos.

C. Com inscrição activa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Rastreio Oncológico	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	6

**046****Código 1**

5.03

**Código 2**

2013.046.V1

**Nome abreviado**

Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR

**Designação**

Proporção de inscritos com idade entre [50; 75[ anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado

**Objetivo**

Monitorizar o programa de rastreio oncológico. Parâmetro "rastreio e deteção precoce do cancro do colon e reto".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de inscritos com idade compreendida no intervalo [50; 75[ anos, com rastreio do cancro do colon e reto efetuado.

Numerador: Contagem de utentes com rastreio do cancro do colon e reto efetuado.

Denominador: Contagem de utentes com idade compreendida no intervalo [50; 75[ anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C ou D)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos um resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), nos últimos 2 anos.

C. Pelo menos um resultado de retossigmoidoscopia, nos últimos 5 anos.

D. Pelo menos um resultado de colonoscopia, nos últimos 10 anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Ter idade compreendida no intervalo [50; 75[ anos.

B. Com inscrição activa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Rastreio Oncológico	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	2

**047****Código 1**

5.25

**Código 2**

2013.047.V1

**Nome abreviado**Proporção inscritos  $\geq$  14 A, c/ hábitos tabágicos**Designação**

Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde juvenil e de adultos. Parâmetro "registo de hábitos tabágicos".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos.

Numerador: Contagem de utentes com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de utentes com idade igual ou superior a 14 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Caso seja fumador, ter um registo de hábitos tabágicos efetuado nos últimos 12 meses; Caso não seja fumador, ter um registo de hábitos tabágicos efetuado nos últimos 36 meses.

C. O registo de hábitos tabágicos referido na condição B encontra-se associado ou ocorreu na mesma data de uma consulta médica ou de enfermagem.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Ter idade igual ou superior a 14 anos.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**048****Código 1**

6.28

**Código 2**

2013.048.V1

**Nome abreviado**

Proporção fumadores, c/ consulta tabagismo 1A

**Designação**

Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos tabágicos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabagismo, no último ano

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde juvenil e de adultos. Parâmetro "consulta relacionada com tabagismo".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de fumadores com idade igual ou superior a 14 anos, a quem foi feita consulta relacionada com tabagismo, no último ano.

Numerador: Contagem de fumadores com idade igual ou superior a 14 anos a quem foi feita consulta relacionada com tabagismo, no último ano.

Denominador: Contagem de fumadores com idade igual ou superior a 14 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos uma [consulta médica de vigilância] relacionada com o problema [tabagismo] nos últimos 12 meses.

C. Existe pelo menos uma [consulta de enfermagem de vigilância] relacionada com o problema [tabagismo] nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e (C ou D)] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Ter idade igual ou superior a 14 anos.

C. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de tabagismo (rubrica da ICPC-2 P17) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

D. O último registo de hábitos tabágicos é superior a 0 (zero).

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	4

**049****Código 1**

5.26

**Código 2**

2013.049.V1

**Nome abreviado**

Proporção inscritos c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos

**Designação**

Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FeV1 nos últimos 3 anos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de acompanhamento de doenças respiratórias. Parâmetro "FeV1 nos doentes cm DPOC".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de doentes com DPOC, com pelo menos um registo de FeV1 nos últimos 3 anos.

Numerador: Contagem de doentes com DPOC e com pelo menos um registo de FeV1 nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de doentes com DPOC.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos um registo de FeV1 nos últimos 3 anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de DPOC (rubrica da ICPC-2 R95) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos com FeV1

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Respiratório	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	1



**050****Código 1**

6.04

**Código 2**

2013.050.V1

**Nome abreviado**

Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada

**Designação**

Proporção de grávidas com consulta de revisão de puerpério efetuada

**Objetivo**

Monitorização do programa de vigilância em saúde materna. Parâmetro "consulta médica de revisão do puerpério".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de puérperas com pelo menos uma consulta médica de revisão do puerpério.

Numerador: Contagem de puérperas com pelo menos uma consulta médica de revisão do puerpério.

Denominador: Contagem de puérperas.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Utentes que tiveram pelo menos 1 consulta médica de revisão do puerpério, realizada entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia de puerpério.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F] é verdadeira:

A. Ser mulher;

B. Gravidez registada por um médico ou interno da unidade de saúde, no módulo ou no programa de saúde materna ;

C. Gravidez não classificada como aborto;

D. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo];

E. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período compreendido entre 1º e o 42º dia a contar da [data de fim da gravidez].

F. O 42º dia de puerpério, contabilizado a partir da [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**051****Código 1**

6.33

**Código 2**

2013.051.V1

**Nome abreviado**

Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado

**Designação**

Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde materna.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de grávidas, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de grávidas com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de grávidas.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F] é verdadeira:

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Utentes que tiveram pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de gravidez ou de revisão do puerpério, no período compreendido entre a DUM e o 42º dia de puerpério.

C. Utentes que tiveram pelo menos uma consulta médica de vigilância de gravidez nos primeiros 90 dias de gestação.

D. Utentes que tiveram pelo menos 1 consulta médica de revisão do puerpério, realizada entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia de puerpério.

E. Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica do 1.º trimestre, com data de realização entre as [11; 14[ semanas ([71; 91] dias) de gestação.

F. Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica morfológica, com data de realização entre as [18; 24[ semanas ([120; 161] dias) de gestação.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G] é verdadeira:

A. Ser mulher;

B. Gravidez registada por um médico ou interno da unidade de saúde, no módulo ou no programa de saúde materna ;

C. Gravidez não classificada como aborto;

D. O 42º dia de puerpério, contabilizado a partir da [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador.

E. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo];

F. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos 7 meses do período compreendido entre a DUM e a [data de fim da gravidez].

G. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período compreendido entre 1º e o 42º dia a contar da [data de fim da gravidez].

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado

**051****Código 1**

6.33

**Código 2**

2013.051.V1

**Nome abreviado**

Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	5

**052****Código 1**

6.30

**Código 2**

2013.052.V1

**Nome abreviado**

Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF

**Designação**

Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar

**Objetivo**

Monitorizar o programa de planeamento familiar.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de MIF com idade no intervalo [15; 50[ anos, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de MIF com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de MIF com idade no intervalo [15; 50[ anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica de PF realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos últimos 36 meses.

C. Ter pelo menos um registo parametrizado do método de planeamento familiar utilizado (ou da não utilização do método), registado ou validado nos últimos 36 meses.

D. Ter pelo menos 1 registo de pressão arterial, nos últimos 36 meses.

E. Para mulheres com idades entre [25,50[ anos, ter pelo menos um registo de resultado de colpocitologia, nos últimos 36 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, válida à data de referência do indicador.

B. Ser mulher.

C. Ter idade pertencente ao intervalo [15; 50[ anos.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de MIF's

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	5

**053****Código 1**

5.27

**Código 2**

2013.053.V1

**Nome abreviado**

Proporção inscritos &gt;= 14 A, c/ hábitos alcoólicos

**Designação**

Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos nos últimos 3 anos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde juvenil e de adultos. Parâmetro "registo de hábitos alcoólicos".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos nos últimos 3 anos.

Numerador: Contagem de inscritos com quantificação dos hábitos alcoólicos.

Denominador: Contagem de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter um registo de hábitos alcoólicos efetuado nos últimos 36 meses.

C. O registo de hábitos alcoólicos referido na condição B encontra-se associado ou ocorreu na mesma data de uma consulta médica ou de enfermagem.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Ter idade igual ou superior a 14 anos.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Mental	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**054****Código 1**

6.29

**Código 2**

2013.054.V1

**Nome abreviado**

Proporção alcoólicos, c/ consulta alcoolismo 3A

**Designação**

Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos alcoólicos, a quem foi realizada consulta relacionada com alcoolismo nos últimos 3 anos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde juvenil e de adultos. Parâmetro "consulta relacionada com alcoolismo".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de alcoólicos com idade igual ou superior a 14 anos, a quem foi realizada consulta relacionada com alcoolismo nos últimos 3 anos.

Numerador: Contagem de alcoólicos com idade igual ou superior a 14 anos a quem foi realizada consulta médica ou de enfermagem relacionada com alcoolismo nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de alcoólicos com idade igual ou superior a 14 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos uma [consulta médica de vigilância] relacionada com o problema [alcoolismo] nos últimos 36 meses.

C. Existe pelo menos uma [consulta de enfermagem de vigilância] relacionada com o problema [alcoolismo] nos últimos 36 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e (C ou D)] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Ter idade igual ou superior a 14 anos.

C. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de "Abuso crónico do álcool" (rubrica da ICPC-2 P15) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

D. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de "Abuso agudo do álcool" (rubrica da ICPC-2 P16) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Mental	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	4

**055****Código 1**

5.20

**Código 2**

2013.055.V1

**Nome abreviado**

Proporção adultos c/ depres., c/ terap. anti-depr.

**Designação**

Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão, a quem foi prescrita terapêutica anti-depressiva

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde mental. Parâmetro "Prescrição de terapêutica anti-depressiva em adultos com depressão".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de adultos com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão, a quem foi prescrita terapêutica antidepressiva.  
 Numerador: Contagem de adultos com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão e a quem foi prescrita terapêutica antidepressiva.  
 Denominador: Contagem de adultos com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):  
 Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:  
 A. Todas as condições enunciadas para o denominador.  
 B. Na data de referência do indicador, existe pelo menos um medicamento anti-depressivo registado na terapêutica crónica.  
 C. Existe pelo menos um medicamento anti-depressivo prescrito nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.  
 DENOMINADOR (BB):  
 Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:  
 A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.  
 B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de depressão (rubrica da ICPC-2 P76) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".  
 C. Ter idade compreendida no intervalo [18; +INF[ anos.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Mental	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**056****Código 1**

5.21

**Código 2**

2013.056.V1

**Nome abreviado**

Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.

**Designação**

Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde mental. Parâmetro "Prescrição de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos em idosos".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise.

Numerador: Contagem de inscritos a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos.

Denominador: Contagem de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, não existem ansiolíticos nem sedativos nem hipnóticos registados na terapêutica crónica.

C. Não existem ansiolíticos nem sedativos nem hipnóticos prescritos nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Ter idade igual ou superior a 65 anos.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utilizadores

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Mental	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	3



**057****Código 1**

6.13

**Código 2**

2013.057.V1

**Nome abreviado**

Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia

**Designação**

Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil. Parâmetro "realização de diagnóstico precoce".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de recém-nascidos com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sétimo dia de vida.

Numerador: Contagem de recém-nascidos com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida.

Denominador: Contagem de recém-nascidos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Com realização de diagnóstico precoce (TSHPKU), nos primeiros 6 dias de vida, registado até às zero horas do dia em que completam 1 ano de vida.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Que completam 30 dias de vida durante o período em análise.

B. Com [inscrição ativa] ou [esporádica] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 30 dias de vida.

C. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 60 dias de vida.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	1

**058****Código 1**

6.31

**Código 2**

2013.058.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças 1 ano, c/ acompanham. adequado

**Designação**

Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil, 1º ano de vida.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de crianças com 1 ano de vida, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de crianças com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de inscritos com 1 ano de vida.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Ter pelo menos 6 consultas médicas de vigilância (contacto direto) até aos 11 meses de vida ([1, 330[ dias).

C. Com pelo menos 1 consulta médica de vigilância (contacto direto), nos primeiros 28 dias de vida.

D. Com realização de diagnóstico precoce (TSHPKU), nos primeiros 6 dias de vida, registado até às zero horas do dia em que completam 1 ano de vida.

E. Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida ([1, 330[ dias).

F. Com o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 1 ano.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Crianças que completam 1 ano de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. Inscrição de qualquer tipo (inclui esporádica) na unidade de saúde desde data anterior ao 15º dia de vida;

C. [Inscrição ativa] durante a totalidade do período compreendido entre os 60 e os 330 dias de vida.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	6

**059****Código 1**

5.13.02

**Código 2**

2013.059.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura

**Designação**

Proporção de crianças com 2 anos, com peso e altura registado no último ano

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil, 2º ano de vida, parâmetro "registo de peso e altura".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de crianças com peso e altura avaliados no intervalo [1; 2[ anos (entre as que completam 2 anos).

Numerador: Contagem de crianças com peso e altura avaliados no intervalo [1; 2[ anos.

Denominador: Contagem de crianças que completam 2 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm pelo menos um registo de peso com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [1; 2[ anos.

C. Têm pelo menos um registo de estatura (ou altura) com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [1; 2[ anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 2 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	1

**060****Código 1**

6.32

**Código 2**

2013.060.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças 2 anos, c/ acompanham. adequado

**Designação**

Proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 2º ano de vida

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil, 2º ano de vida.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de crianças com 2 anos de vida, que cumpriram a totalidade dos requisitos definidos para a vigilância durante o 2º ano de vida.

Denominador: Contagem de crianças com 2 anos de vida.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Ter pelo menos 3 consultas médicas de vigilância (contacto direto) entre os 11 e os 23 meses de vida ([330, 700[ dias).

C. Ter pelo menos 1 registo parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) entre os 11 e os 23 meses de vida ([330, 700[ dias).

D. Com o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 2 anos de vida.

E. Têm pelo menos 3 registos de peso com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [330, 700[ dias.

F. Têm pelo menos 3 registos de estatura (ou altura) com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [330, 700[ dias.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 2 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, durante a totalidade do período compreendido entre os 12 e os 23 meses de vida ([365; 700[ dias).

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	4

**061****Código 1**

6.15

**Código 2**

2013.061.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças 7A, sem doenças dentes e geng.

**Designação**

Proporção de crianças com 7 anos livres de cáries dentárias e de outras doenças dos dentes e gengivas

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil. Parâmetro "ausência de cáries dentárias e outras doenças dos dentes e gengivas".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de crianças livres de cáries dentárias e de outras doenças dos dentes e gengivas, entre as que completam 7 anos.

Numerador: Contagem de crianças que completam 7 anos e livres de cáries dentárias e de outras doenças dos dentes e gengivas.

Denominador: Contagem de crianças que completam 7 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico médico de [Doença dos dentes / gengivas] (rubrica da ICPC-2 D82) encontra-se na lista de problemas, com o estado "inativo".

C. Existe pelo menos um registo parametrizado de [Dentes sem doença] (ou equivalente), realizado no intervalo etário [5; 7[ anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 7 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	1

**062****Código 1**

6.36

**Código 2**

2013.062.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças 6M, c/ aleit. mat. exclus. &lt; 3M

**Designação**

Proporção de crianças que completam 6 meses, com aleitamento materno exclusivo até aos três meses de idade

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil. Parâmetro "aleitamento materno exclusivo".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de crianças com aleitamento materno exclusivo até aos 3 meses de idade, entre as que completam 6 meses.

Numerador: Contagem de crianças que completam 6 meses e com aleitamento materno exclusivo até aos 3 meses de idade.

Denominador: Contagem de crianças completam 6 meses.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Registo de aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 3 meses de idade ([1; 90 dias]).

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 6 meses de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de latentes

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	1

**063****Código 1**

6.37

**Código 2**

2013.063.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV

**Designação**

Proporção de crianças com 7 anos, com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [5; 7[ anos e PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil (coorte dos 7 anos). Parâmetros "consulta médica de vigilância" e "PNV cumprido"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de crianças com consulta médica de vigilância realizada entre [5; 7[ anos e com PNV totalmente cumprido na data do 7º aniversário (entre as que completam 7 anos).  
Numerador: Contagem de crianças com consulta médica de vigilância realizada entre [5; 7[ anos e com PNV totalmente cumprido na data do 7º aniversário.  
Denominador: Contagem de crianças que completam 7 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador;
- B. Têm o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 7 anos.
- C. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância (contacto direto) entre no intervalo [5; 7[ anos de vida.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

- A. Crianças que completam 7 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");
- B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**064****Código 1**

6.38

**Código 2**

2013.064.V1

**Nome abreviado**

Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV

**Designação**

Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[ anos e PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil (coorte dos 14 anos). Parâmetros "consulta médica de vigilância" e "PNV cumprido"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de jovens com consulta médica de vigilância realizada entre [11; 14[ anos e com PNV totalmente cumprido na data do 14º aniversário (entre os que completam 14 anos). Numerador: Contagem de jovens com consulta médica de vigilância realizada entre [11; 14[ anos e com PNV totalmente cumprido na data do 14º aniversário. Denominador: Contagem de jovens que completam 14 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 14 anos.

C. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância (contacto direto) entre no intervalo [11; 14[ anos de vida.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 14 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de jovens

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2



**065****Código 1**

5.22

**Código 2**

2013.065.V1

**Nome abreviado**

Proporção utentes &gt;= 75 A, c/ presc. cró. &lt; 5 fár.

**Designação**

Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica inferior a cinco fármacos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde de adultos. Parâmetro "prescrição crónica inferior a cinco fármacos em grandes idosos".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com 75 ou mais anos de idade, com prescrição crónica inferior a 5 fármacos.

Numerador: Contagem de utentes com prescrição crónica inferior a 5 fármacos.

Denominador: Contagem de utentes com 75 ou mais anos de idade.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, existem menos de 5 substâncias ativas nos medicamentos registados na terapêutica crónica.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Ter idade superior ou igual a 75 anos.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde adultos	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	4

**066****Código 1**

5.23

**Código 2**

2013.066.V1

**Nome abreviado**

Proporção medicam. faturados, que são genéricos

**Designação**

Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos

**Objetivo**

Monitorizar programa de prescrição de fármacos. Parâmetro "proporção de embalagens de genéricos"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos.  
 Numerador: Contagem de embalagens de medicamentos genéricos faturados.  
 Denominador: Contagem de embalagens faturadas.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):  
 Contagem de embalagens de medicamentos prescritos em que a expressão [A e B] é verdadeira:  
 A. Todas as condições enunciadas para o denominador.  
 B. Ser uma embalagem de medicamento genérico.  
 DENOMINADOR (BB):  
 Contagem de embalagens de medicamentos em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:  
 A. Prescritas a utentes com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.  
 B. Prescritas por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, usando o código identificador da unidade de saúde.  
 C. Enviadas pelas entidades convencionadas para faturação junto do ministério da saúde. A [data de aceitação para faturação] na base de dados de faturação pertence aos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de embalagens
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	4

**067****Código 1**

5.24

**Código 2**

2013.067.V1

**Nome abreviado**

Proporção idosos, sem prescrição trimetaz. (1 ano)

**Designação**

Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem nenhuma prescrição de trimetazidina no último ano

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde adultos. Parâmetro "Prescrição de trimetazidina em idosos".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com 65 ou mais anos de idade, sem prescrição de trimetazidina no último ano.

Numerador: Contagem de utentes sem prescrição de trimetazidina no último ano.

Denominador: Contagem de utentes com 65 ou mais anos de idade.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, não existe trimetazidina registada na terapêutica crónica.

C. Não existe qualquer prescrição de trimetazidina nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Ter idade compreendida no intervalo [65; +INF[ anos.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utilizadores

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde adultos	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	3

**068****Código 1**

7.06.02

**Código 2**

2013.068.V1

**Nome abreviado**

Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)

**Designação**

Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)

**Objetivo**

Monitorizar programa de prescrição de fármacos. Parâmetro "despesa de medicamentos faturados, baseados no PVP"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador, baseado no PVP.

Numerador: Somatório do PVP de medicamentos faturados.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Somatório do PVP dos medicamentos em que a expressão [A e (B ou C ou D) e E] é verdadeira:

A. Prescritos a utentes com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise;

B. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa receita com código identificador dessa unidade de saúde;

C. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador, numa receita com código identificador dessa unidade de saúde;

D. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa receita com código identificador de qualquer unidade do ACES;

E. Cujos registos de venda foram enviados pelas farmácias para faturação junto do ministério da saúde e foram aceites para faturação durante o período em análise.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [(A ou B ou C) e (D ou E ou F)] é verdadeira:

A. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter [inscrição ativa] nessa unidade, durante pelo menos um dia do período em análise.

B. Se a unidade de observação é um médico: ter [inscrição ativa] na lista do médico, à data de referência do indicador, ou ter falecido ou sido transferido para outra unidade de saúde durante o período em análise.

C. Se a unidade de observação é um ACES: ter [inscrição ativa] numa das USF ou UCSP do ACES, durante pelo menos um dia do período em análise.

D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde).

E. Se a unidade de observação é um médico: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador).

F. Se a unidade de observação é um ACES: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise, realizada por qualquer médico ou interno do ACES, incluindo também as realizadas em [consultas de reforço] e as realizadas em [serviço de apoio permanente] (ou outros equivalentes).

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB	€ / UTI	Despesa com medicamentos

<b>068</b>	<b>Código 1</b>	<b>Código 2</b>	<b>Nome abreviado</b>
	7.06.02	2013.068.V1	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>	
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES	
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>	
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise	
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>		<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP Base de dados de faturação de medicamentos		16

**069****Código 1**

7.07.02

**Código 2**

2013.069.V1

**Nome abreviado**

Despesa MCDT's fatur., por utiliz. SNS (p. conv.)

**Designação**

Despesa média de MCDT's faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)

**Objetivo**

Monitorizar programa de prescrição de MCDT's. Parâmetro "despesa em MCDT's faturados, por utilizador do SNS"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a despesa média de MCDT's faturados, por utente utilizador do SNS, baseado no [preço].

Numerador: Somatório do [preço] dos MCDT's faturados por entidades convencionadas.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores pertencentes ao SNS.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Somatório do [preço] dos MCDT's em que a expressão [A e (B ou C ou D) e E] é verdadeira:

A. Prescritos a utentes com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

B. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa credencial com código identificador dessa unidade de saúde;

C. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador, numa credencial com código identificador dessa unidade de saúde;

D. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa credencial com código identificador de qualquer unidade do ACES;

E. Cujos registos de realização foram enviados pelas entidades convencionadas para faturação junto do ministério da saúde e foram aceites para faturação durante o período em análise.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [(A ou B ou C) e (D ou E ou F) e G] é verdadeira:

A. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter [inscrição ativa] nessa unidade, durante pelo menos um dia do período em análise.

B. Se a unidade de observação é um médico: ter [inscrição ativa] na lista do médico, à data de referência do indicador, ou ter falecido ou sido transferido para outra unidade de saúde durante o período em análise.

C. Se a unidade de observação é um ACES: ter [inscrição ativa] numa das USF ou UCSP do ACES, durante pelo menos um dia do período em análise.

D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde).

E. Se a unidade de observação é um médico: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador).

F. Se a unidade de observação é um ACES: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise, realizada por qualquer médico ou interno do ACES, incluindo também as realizadas em [consultas de reforço] e as realizadas em [serviço de apoio permanente] (ou outros equivalentes).

G. Ser um utente do SNS.

**Fórmula**

AA / BB

**Unidade de Medida**

€ / UTI

**Output**

Despesa com MCDT's

<b>069</b>	<b>Código 1</b>	<b>Código 2</b>	<b>Nome abreviado</b>
	7.07.02	2013.069.V1	Despesa MCDTs fatur., por utiliz. SNS (p. conv.)
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>	
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES	
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>	
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise	
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>		<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP Base de dados de faturação de MCDT's		8

**070****Código 1**

7.06.01

**Código 2**

2013.070.V1

**Nome abreviado**

Despesa medic. prescritos, por utiliz. (PVP)

**Designação**

Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP)

**Objetivo**

Monitorizar programa de prescrição de fármacos. Parâmetro "despesa em medicamentos prescritos"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a despesa média de medicamentos prescritos, por utente utilizador, baseado no preço de venda ao público.

Numerador: Somatório do PVP de medicamentos prescritos.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Somatório do PVP dos medicamentos em que a expressão [A e (B ou C ou D)] é verdadeira:

- A. Prescritos durante o período em análise, a utentes incluídos no denominador;
- B. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa receita com código identificador dessa unidade de saúde;
- C. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador, numa receita com código identificador dessa unidade de saúde;
- D. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa receita com código identificador de qualquer unidade do ACES;

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [(A ou B ou C) e (D ou E ou F)] é verdadeira:

- A. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter [inscrição ativa] nessa unidade, durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. Se a unidade de observação é um médico: ter [inscrição ativa] na lista do médico, à data de referência do indicador, ou ter falecido ou sido transferido para outra unidade de saúde durante o período em análise.
- C. Se a unidade de observação é um ACES: ter [inscrição ativa] numa das USF ou UCSP do ACES, durante pelo menos um dia do período em análise.
- D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde).
- E. Se a unidade de observação é um médico: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador).
- F. Se a unidade de observação é um ACES: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise, realizada por qualquer médico ou interno do ACES, incluindo também as realizadas em [consultas de reforço] e as realizadas em [serviço de apoio permanente] (ou outros equivalentes).

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB	€ / UTI	Despesa com medicamentos
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise



**070****Código 1**

7.06.01

**Código 2**

2013.070.V1

**Nome abreviado**

Despesa medic. prescritos, por utiliz. (PVP)

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	16

**071****Código 1**

7.07.01

**Código 2**

2013.071.V1

**Nome abreviado**

Despesa MCDT's prescrit., por utiliz. (p. conv.)

**Designação**

Despesa média de MCDT's prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)

**Objetivo**

Monitorizar programa de prescrição de MCDT's. Parâmetro "despesa em MCDT's prescritos"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a despesa média de MCDT's prescritos, por utente utilizador, baseado no [preço].

Numerador: Somatório do [preço] dos MCDT's prescritos.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Somatório do [preço] dos MCDT's em que a expressão [A e (B ou C ou D)] é verdadeira:

- A. Prescritos durante o período em análise, a utentes incluídos no denominador;
- B. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa credencial com código identificador dessa unidade de saúde;
- C. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador, numa credencial com código identificador dessa unidade de saúde;
- D. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa credencial com código identificador de qualquer unidade do ACES;

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [(A ou B ou C) e (D ou E ou F)] é verdadeira:

- A. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter [inscrição ativa] nessa unidade, durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. Se a unidade de observação é um médico: ter [inscrição ativa] na lista do médico, à data de referência do indicador, ou ter falecido ou sido transferido para outra unidade de saúde durante o período em análise.
- C. Se a unidade de observação é um ACES: ter [inscrição ativa] numa das USF ou UCSP do ACES, durante pelo menos um dia do período em análise.
- D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde).
- E. Se a unidade de observação é um médico: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador).
- F. Se a unidade de observação é um ACES: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise, realizada por qualquer médico ou interno do ACES, incluindo também as realizadas em [consultas de reforço] e as realizadas em [serviço de apoio permanente] (ou outros equivalentes).

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB	€ / UTI	Despesa com MCDT's
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise

**071****Código 1**

7.07.01

**Código 2**

2013.071.V1

**Nome abreviado**

Despesa MCDTs prescrit., por utiliz. (p. conv.)

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	8

**072****Código 1**

8.07

**Código 2**

2013.072.V1

**Nome abreviado**

Proporção utiliz. muito satisfeitos

**Designação**

Proporção de utilizadores muito satisfeitos

**Objetivo**

Monitorizar a satisfação dos utentes que utilizam os serviços de saúde

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes muito satisfeitos, calculado pelo rácio entre a soma das respostas "muito satisfeito" (ou equivalentes) e o número de respostas válidas nos questionários de satisfação realizados durante o período em análise.

Numerador: Contagem de perguntas com resposta equivalente a "muito satisfeito" nos questionários de satisfação realizados.

Denominador: Contagem de perguntas com resposta válida nos questionários de satisfação realizados.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de respostas em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O utente assinalou a resposta [muito satisfeito] ou equivalente.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de respostas em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira:

A. Pertencentes ao questionário de satisfação descrito no ANEXO A de OBSERVAÇÕES GERAIS.

B. Respondidas por utentes que acederam presencialmente à unidade de saúde durante a realização de questionário de satisfação (durante o período em análise).

C. O questionário de satisfação foi realizado nas condições definidas no ANEXO C de OBSERVAÇÕES GERAIS.

D. Classificadas como válidas.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utilizadores

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Satisfação	Transversal	USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
0 dias	Questionário de satisfação	6

**073****Código 1**

8.08

**Código 2**

2013.073.V1

**Nome abreviado**

Núm. dias c/ reclam. por fechar, por 1000 cons.

**Designação**

Número de dias com reclamações por fechar, por cada 1000 consultas médicas ou de enfermagem realizadas

**Objetivo**

Monitorizar a satisfação dos utentes que utilizam os serviços de saúde; Monitorizar a velocidade de resposta dos serviços às reclamações.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a razão entre o somatório do número de dias necessários para encerrar cada reclamação e cada 1000 consultas médicas ou de enfermagem realizadas.

Numerador: somatório do número de dias necessários para encerrar cada reclamação.

Denominador: Contagem de consultas médicas ou de enfermagem, presenciais ou não presenciais

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Somatório do [número de dias] que medeia entre a [data de entrada da reclamação nos serviços] e a [data de fecho da reclamação por parte dos serviços], para cada uma das reclamações em que a expressão [A e B e (C ou D ou E) e F] é verdadeira:

A. Recebida pelos serviços durante o período em análise;

B. Refletindo insatisfação;

C. Se a unidade de observação é uma USF ou UCSP: Relacionada com a unidade de saúde em análise;

D. Se a unidade de observação é um ACES: Relacionada com uma USF ou UCSP do ACES em análise;

E. Relacionada com utentes com [inscrição ativa] ou esporádica na unidade de observação, durante pelo menos um dia do período em análise;

F. Registada no Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações (SGSR);

DENOMINADOR (BB):

Soma das consultas médicas (presenciais ou não presenciais) com as consultas de enfermagem (presenciais ou não presenciais), realizadas nos últimos 12 meses, a utentes em que a expressão [A ou B] é verdadeira:

A. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter [inscrição ativa] ou esporádica nessa unidade, durante pelo menos um dia do período em análise.

B. Se a unidade de observação é um ACES: ter [inscrição ativa] ou esporádica numa das USF ou UCSP do ACES, durante pelo menos um dia do período em análise.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 1000	DIAS / 1000 CONS	Número de dias de reclamações por fechar por mil consultas realizadas

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Satisfação	Transversal	USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	Numerador: Livro de reclamações da unidade de saúde e base de dados do SIM-Cidadão Denominador: SI USF/UCSP	6

**074****Código 1**

5.28

**Código 2**

2013.074.V1

**Nome abreviado**

Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2

**Designação**

Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2

**Objetivo**

Monitorizar a qualidade dos registos clínicos. Parâmetro "Codificação do A do SOAP pela ICPC-2"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de consultas médicas presenciais que possuem pelo menos uma codificação ICPC-2 no A do SOAP.

Numerador: Contagem de consultas médicas presenciais com codificação do A do SOAP.

Denominador: Contagem de consultas médicas presenciais.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de contactos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O A do SOAP possui pelo menos 1 codificação pela ICPC-2.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de contactos em que a expressão [(A ou B ou C) e D] é verdadeira:

A. Compatível com o código C002 [Consulta médica presencial - SAM].

B. Compatível com o código C008 [Consulta médica presencial - MedicineOne].

C. Compatível com o código C014 [Consulta médica presencial - VitaCare].

D. Realizado a utente com [inscrição] ativa durante pelo menos um dia do período em análise.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de consultas
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	4

**075****Código 1**

2.05

**Código 2**

2013.075.V1

**Nome abreviado**

Proporção de DM2 com compromisso de vigilância

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com compromisso de vigilância

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "utentes com diabetes tipo 2 vigiados na unidade de saúde".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes tipo 2 assinalados como vigiados no programa de diabetes à data de referência do indicador.

Numerador: Contagem de utentes com diabetes tipo 2 assinalados como vigiados no programa de diabetes.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes tipo 2.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, o utente encontra-se associado ao programa de vigilância de diabetes.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Caracterização	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	1

**076****Código 1**

2.06

**Código 2**

2013.076.V1

**Nome abreviado**

Proporção hipertensos com compromisso vigilância

**Designação**

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com compromisso de vigilância

**Objetivo**

Monitorizar o programa de hipertensão. Parâmetro "utentes com hipertensão arterial vigiados na unidade de saúde"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial assinalados como vigiados no programa de hipertensão (à data de referência do indicador).

Numerador: Contagem de utentes com hipertensão arterial assinalados como vigiados no programa de hipertensão .

Denominador: Contagem de utentes com hipertensão arterial.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, o utente encontra-se associado ao programa de vigilância de hipertensão.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Caracterização	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	1



**077****Código 1**

2.07

**Código 2**

2013.077.V1

**Nome abreviado**

Proporção de inscritos com diagnóstico de asma

**Designação**

Proporção de inscritos com diagnóstico de asma

**Objetivo**

Monitorizar o programa de cuidados respiratórios. Parâmetro "prevalência de asma entre a população inscrita"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos que têm o diagnóstico de asma registado na lista de problemas (à data de referência do indicador).

Numerador: Contagem de inscritos que têm o diagnóstico de asma registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de inscritos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de asma (rubrica da ICPC-2 R92) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo". DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Caracterização	Respiratório	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**078****Código 1**

2.08

**Código 2**

2013.078.V1

**Nome abreviado**

Proporção de inscritos com diagnóstico DPOC

**Designação**

Proporção de inscritos com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)

**Objetivo**

Monitorizar o programa de cuidados respiratórios. Parâmetro "prevalência de DPOC entre a população inscrita"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos que têm o diagnóstico de DPOC registado na lista de problemas (à data de referência do indicador).

Numerador: Contagem de inscritos que têm o diagnóstico de DPOC registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de inscritos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de DPOC (rubrica da ICPC-2 R95) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de inscritos

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Caracterização	Respiratório	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**079****Código 1**

8.01.01

**Código 2**

2013.079.V1

**Nome abreviado**

Número UC's hipertensos (act. especif.)

**Designação**

Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de utentes com hipertensão arterial (atividades específicas)

**Objetivo**

Monitorizar o programa de hipertensão e cálculo do número de UC's a pagar mensalmente aos médicos das USF modelo B por "atividades específicas".

**Descrição do indicador**

Score que exprime o número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância adequada de utentes com hipertensão arterial (atividades específicas).

Numerador: Produto entre o [número de utentes com hipertensão arterial com acompanhamento adequado] e o [fator de ponderação 2].

Denominador: Contagem de médicos da unidade.

**Regras de cálculo**

UTENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL COM ACOMPANHAMENTO ADEQUADO (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e (F ou G)] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período em análise.

B. O diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", na data de referência do indicador.

C. Ter pelo menos 2 consultas médicas de vigilância em hipertensão, realizadas nos últimos 12 meses.

D. Com pelo menos 2 registos de pressão arterial nos últimos 12 meses, realizados em dias diferentes.

E. Ter pelo menos um registo de pressão arterial inferior a 150/90 mmHg nos últimos 12 meses.

F. Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 12 meses.

G. Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 24 meses.

CONTAGEM DE MÉDICOS (BB):

A. Número de médicos de família que constituem a equipa, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA x 2 / BB	UC	Score: Unidade de contratualização

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	0

**080****Código 1**

8.02.01

**Código 2**

2013.080.V1

**Nome abreviado**

Número UC's diabéticos (act. especif.)

**Designação**

Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de utentes com diabetes (atividades específicas)

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes e cálculo do número de UC's a pagar mensalmente aos médicos das USF modelo B por "atividades específicas".

**Descrição do indicador**

Score que exprime o número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância adequada de utentes com diabetes (atividades específicas).

Numerador: Produto entre o [número de utentes com diabetes com acompanhamento adequado] e o [fator de ponderação 4].

Denominador: Contagem de médicos da unidade.

**Regras de cálculo**

UTENTES utentes com diabetes COM ACOMPANHAMENTO ADEQUADO (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período em análise.

B. O diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", na data de referência do indicador.

C. Ter pelo menos 2 consultas médicas de vigilância da diabetes, realizadas nos últimos 12 meses, em dias diferentes.

D. Com pelo menos 2 registos de pressão arterial registados nos últimos 12 meses.

E. Com pelo menos 2 registo de resultado de HgbA1c nos últimos 12 meses, em dias diferentes.

F. Com pelo menos um resultado de HgbA1c inferior ou igual a 8.5%, registado nos últimos 12 meses.

G. Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 12 meses.

H. Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 12 meses.

CONTAGEM DE MÉDICOS (BB):

A. Número de médicos de família que constituem a equipa, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA x 4 / BB	UC	Score: Unidade de contratualização

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	0

**081****Código 1**

8.03.01

**Código 2**

2013.081.V1

**Nome abreviado**

Número UC's grávidas (act. especif.)

**Designação**

Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de grávidas (atividades específicas)

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde materna e cálculo do número de UC's a pagar mensalmente aos médicos das USF modelo B por "atividades específicas".

**Descrição do indicador**

Score que exprime o número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância adequada de grávidas(atividades específicas).

Numerador: Produto entre o [número de grávidas com acompanhamento adequado] e o [fator de ponderação 8].

Denominador: Contagem de médicos da unidade.

**Regras de cálculo**

GRÁVIDAS COM ACOMPANHAMENTO ADEQUADO (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J e (K ou L)] é verdadeira:

A. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período compreendido entre a DUM e o 42º dia do puerpério.

B. Ser mulher.

C. Gravidez registada por um médico ou interno da unidade de saúde, no módulo ou no programa de saúde materna ;

D. Gravidez não classificada como aborto;

E. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo];

F. Data de parto registada;

G. O 42º dia de puerpério, contabilizado a partir da [data de parto], pertence ao período em análise do numerador.

H. Uteses que tiveram pelo menos uma consulta médica de vigilância de gravidez nos primeiros 90 dias de gestação.

I. Uteses que tiveram pelo menos 5 consultas médicas de vigilância de gravidez, no período compreendido entre a DUM e a 38ª semana de gravidez ([1; 39[ semanas ou [1; 266] dias).

J. Uteses que tiveram pelo menos 1 consulta médica de revisão do puerpério, realizada entre a [data de parto] e o 42º dia de puerpério.

K. Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica do 1.º trimestre, com data de realização entre as [11; 14[ semanas ([71; 91] dias) de gestação.

L. Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica morfológica, com data de realização entre as [18; 24[ semanas ([120; 161] dias) de gestação.

CONTAGEM DE MÉDICOS (BB):

A. Número de médicos de família que constituem a equipa, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA x 8 / BB	UC	Score: Unidade de contratualização

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Uteses inscritos em pelo menos um dia do período em análise

<b>081</b>	<b>Código 1</b>	<b>Código 2</b>	<b>Nome abreviado</b>
	8.03.01	2013.081.V1	Número UC's grávidas (act. especific.)

  

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	0

**082****Código 1**

8.04.01

**Código 2**

2013.082.V1

**Nome abreviado**

Número UC's PF (act. especif.)

**Designação**

Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância em planeamento familiar nas mulheres em idade fértil (atividades específicas)

**Objetivo**

Monitorizar o programa de planeamento familiar e cálculo do número de UC's a pagar mensalmente aos médicos das USF modelo B por "atividades específicas".

**Descrição do indicador**

Score que exprime o número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância adequada em planeamento familiar nas mulheres em idade fértil (atividades específicas).

Numerador: Produto entre o [número de mulheres em idade fértil com acompanhamento adequado relacionado com "planeamento familiar"] e o [fator de ponderação 1].

Denominador: Contagem de médicos da unidade.

**Regras de cálculo**

MULHERES EM IDADE FÉRTIL COM ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM PF (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E] é verdadeira:

A. Ser mulher.

B. Ter idade pertencente ao intervalo [15; 50[ anos. C. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, válida durante pelo menos um dia dos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

D. Ter pelo menos uma consulta médica de PF realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos últimos 12 meses.

E. Para mulheres com idades entre [25,50[ anos, ter pelo menos um registo de resultado de colpocitologia, nos últimos 36 meses.

CONTAGEM DE MÉDICOS (BB):

A. Número de médicos de família que constituem a equipa, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB	UC	Score: Unidade de contratualização

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	0

**083****Código 1**

8.05.01

**Código 2**

2013.083.V1

**Nome abreviado**

Número UC's s. infantil 1º ano (act. especif.)

**Designação**

Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de crianças no 1º ano de vida (atividades específicas)

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil (1º ano de vida) e cálculo do número de UC's a pagar mensalmente aos médicos das USF modelo B por "atividades específicas".

**Descrição do indicador**

Score que exprime o número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância adequada de crianças durante o seu 1º ano de vida (atividades específicas).

Numerador: Produto entre o [número de crianças com acompanhamento adequado em saúde infantil durante o 1º ano de vida] e o [fator de ponderação 7].

Denominador: Contagem de médicos da unidade.

**Regras de cálculo**

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E] é verdadeira:

A. Crianças que completam 1 ano de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. Com pelo menos 1 consulta médica de vigilância (contacto direto), nos primeiros 28 dias de vida.

C. Ter pelo menos 5 consultas médicas de vigilância (contacto direto) até aos 11 meses de vida ([1, 330[ dias).

D. Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida ([1, 330[ dias).

E. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período compreendido entre o [1; 330[ dias de vida. CONTAGEM DE MÉDICOS (BB):

A. Número de médicos de família que constituem a equipa, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA x 7 / BB	UC	Score: Unidade de contratualização

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	0



**084****Código 1**

8.06.01

**Código 2**

2013.084.V1

**Nome abreviado**

Número UC's s. infantil 2º ano (act. especif.)

**Designação**

Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de crianças no 2º ano de vida (atividades específicas)

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil (2º ano de vida) e cálculo do número de UC's a pagar mensalmente aos médicos das USF modelo B por "atividades específicas".

**Descrição do indicador**

Score que exprime o número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância adequada de crianças durante o seu 2º ano de vida (atividades específicas).

Numerador: Produto entre o [número de crianças com acompanhamento adequado em saúde infantil durante o 2º ano de vida] e o [fator de ponderação 3].

Denominador: Contagem de médicos da unidade.

**Regras de cálculo**

CRIANÇAS COM ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM SAÚDE INFANTIL NO 2º ANO DE VIDA (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira:

A. Crianças que completam 2 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. Ter pelo menos 3 consultas médicas de vigilância (contacto direto) entre os 11 e os 23 meses de vida ([330, 700[ dias).

C. Ter pelo menos 1 registo parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) entre os 11 e os 23 meses de vida ([330, 700[ dias).

D. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período compreendido entre o [330; 730[ dias de vida. CONTAGEM DE MÉDICOS (BB):

A. Número de médicos de família que constituem a equipa, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA x 3 / BB	UC	Score: Unidade de contratualização

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	0

**085****Código 1**

6.39

**Código 2**

2013.085.V1

**Nome abreviado**

Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes

**Designação**

Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "incidência de amputações major de membro inferior"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime o número de novos casos de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, por cada 10000 residentes, no período de tempo considerado.

Numerador: Contagem de novos casos de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes.

Denominador: Contagem de utentes residentes.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira:

A. Internados em unidade hospitalar com data de alta incluída no período em análise;

B. O registo da freguesia de residência no internamento hospitalar pertence à área de abrangência do ACES em análise;

C. O utente internado tem diagnóstico de diabetes (código ICD9 250.7x);

D. Com registo de amputação major do membro inferior (procedimentos GDH 84.13 a 84.19).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Residentes numa das freguesias de abrangência do ACES na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB * 10000	por 10000	Incidência (por 1000 utentes com diabetes residentes por ano)

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes residentes - informação INE

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	Numerador: Base de dados GDH; INE - Indicador população residente	3

**086****Código 1**

6.40

**Código 2**

2013.086.V1

**Nome abreviado**

Proporção de RN de termo, de baixo peso

**Designação**

Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde materna. Parâmetro "recém-nascidos de termo, de baixo peso"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de recém-nascidos de baixo peso (&lt;2500 gramas) ao nascer, entre os recém-nascidos inscritos no período de tempo considerado.&gt;

Numerador: Contagem de recém-nascidos de termo e de baixo peso.

Denominador: Contagem de recém-nascidos de termo.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Com baixo peso à nascença.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira:

A. Nascidos em unidade hospitalar;

B. Com alta durante o período em análise;

C. Resultantes de gravidez de termo, de duração igual ou superior a 37 semanas;

D. O registo da freguesia de residência no internamento hospitalar pertence à área de abrangência do ACES em análise;

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB * 100	%	Proporção de recém-nascidos
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Materna	ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Não	Utentes residentes - informação INE
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	Base de dados GDH	1

**087****Código 1**

6.41

**Código 2**

2013.087.V1

**Nome abreviado**

Taxa internam. DCV, entre residentes &lt; 65 A

**Designação**

Taxa de internamentos por doença cerebro-vascular, entre residentes com menos de 65 anos

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde de adultos. Parâmetro "internamentos por doença cerebro-vascular em residentes com menos de 65 anos"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos por ano com doença cerebro-vascular e o número de utentes residentes com menos de 65 anos.

Numerador: Contagem de internamentos com doença cerebro-vascular.

Denominador: Contagem de utentes residentes com menos de 65 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira:

A. Internados em unidade hospitalar com data de alta incluída no período em análise;

B. O registo da freguesia de residência no internamento hospitalar pertence à área de abrangência do ACES em análise;

C. Ter idade inferior a 65 anos (medida na data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo").

D. O utente internado tem diagnóstico compatível com doença cerebro-vascular.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Residentes numa das freguesias de abrangência do ACES na data de referência do indicador.

B. Ter idade inferior a 65 anos (medida na data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo").

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB * 10000	por 10000	Incidência (por 10000 residentes por ano)

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde adultos	ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes residentes - informação INE

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	Numerador: Base de dados GDH;; INE - Indicador população residente	3

**088****Código 1**

5.04.02

**Código 2**

2013.088.V1

**Nome abreviado**

Proporção DM c/ registo HgbA1c 6 meses

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "registo de resultado de HgbA1c".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre.

Numerador: Contagem de utentes com diabetes com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos um registo de HgbA1c realizada no último semestre.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	2

**089****Código 1**

5.10.02

**Código 2**

2013.089.V1

**Nome abreviado**

Proporção hipertensos c/ PA 6 meses

**Designação**

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial no último semestre

**Objetivo**

Monitorizar o acompanhamento dos utentes com hipertensão arterial - parâmetro registo de pressão arterial.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial com registo de pelo menos 1 registo de pressão arterial no último semestre.

Numerador: Contagem de utentes com hipertensão arterial com registo de pelo menos 1 registo de pressão arterial no último semestre.

Denominador: Contagem de utentes com hipertensão arterial.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	1

**090****Código 1**

7.06.03

**Código 2**

2013.090.V1

**Nome abreviado**

Despesa medic. fatur., por utiliz. (v. compart.)

**Designação**

Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no valor participado pelo SNS)

**Objetivo**

Monitorizar programa de prescrição de fármacos. Parâmetro "despesa em medicamentos faturados, baseado no valor participado pelo SNS"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador, baseado no valor participado pelo SNS.

Numerador: Somatório da despesa com participações de medicamentos faturados.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Somatório do valor participado pelo estado dos medicamentos em que a expressão [A e (B ou C ou D) e E] é verdadeira:

- A. Prescritos a utentes com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise;
- B. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa receita com código identificador dessa unidade de saúde;
- C. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador, numa receita com código identificador dessa unidade de saúde;
- D. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa receita com código identificador de qualquer unidade do ACES;
- E. Cujos registos de venda foram enviados pelas farmácias para faturação junto do ministério da saúde e foram aceites para faturação durante o período em análise.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [(A ou B ou C) e (D ou E ou F)] é verdadeira:

- A. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter [inscrição ativa] nessa unidade, durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. Se a unidade de observação é um médico: ter [inscrição ativa] na lista do médico, à data de referência do indicador, ou ter falecido ou sido transferido para outra unidade de saúde durante o período em análise.
- C. Se a unidade de observação é um ACES: ter [inscrição ativa] numa das USF ou UCSP do ACES, durante pelo menos um dia do período em análise.
- D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde).
- E. Se a unidade de observação é um médico: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador).
- F. Se a unidade de observação é um ACES: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise, realizada por qualquer médico ou interno do ACES, incluindo também as realizadas em [consultas de reforço] e as realizadas em [serviço de apoio permanente] (ou outros equivalentes)

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB	€ / UTI	Despesa com medicamentos

<b>090</b>			
<b>Código 1</b>	<b>Código 2</b>	<b>Nome abreviado</b>	
7.06.03	2013.090.V1	Despesa medic. fatur., por utiliz. (v. compart.)	
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>	
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES	
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>	
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise	
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>	
5 dias	SI USF/UCSP Base de dados de faturação de medicamentos	16	



**091****Código 1**

6.05.02

**Código 2**

2013.091.V1

**Nome abreviado**

Proporção DM &lt; 65 A, c/ HgbA1c &lt;= 6,5 %

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes, com idade inferior a 65 anos, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 6,5 %

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "resultado da HgbA1c".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com idade inferior a 65 anos, com último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 6,5%.

Numerador: Contagem de utentes com diabetes com uma HgbA1c inferior ou igual a 6,5%.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes com idade inferior a 65 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos um registo de HgbA1c no último semestre.

C. O último resultado registado de HgbA1c é inferior ou igual a 6.5%.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

C. Ter idade inferior a 65 anos.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	2

**092****Código 1**

5.29

**Código 2**

2013.092.V1

**Nome abreviado**

Proporção hipocoagulados controlados na unidade

**Designação**

Proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde de adultos. Parâmetro "realização do controlo da hipocoagulação na unidade de saúde"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes hipocoagulados que efetuam controlo na unidade de saúde

Numerador: Contagem de utentes com pelo menos 6 resultados de INR nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes hipocoagulados.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos 6 resultados de INR nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C)] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. A terapêutica crónica teve registo de anticoagulante oral durante pelo menos 6 dos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

C. Existem pelo menos 2 prescrições de anticoagulante oral, nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador, abrangendo 2 semestres.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Adultos	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	2

**093****Código 1**

6.01.05

**Código 2**

2013.093.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução

**Designação**

Proporção de crianças com 2 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador

**Objetivo**

Monitorizar o Programa Nacional de Vacinação (PNV) - coorte dos 2 anos.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de jovens que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução, entre as que completam 2 anos.

Numerador: Contagem de crianças que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução.

Denominador: Contagem de crianças que completam 2 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Na data de referência do indicador, não possuem vacinas do PNV em atraso.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 2 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**094****Código 1**

6.01.06

**Código 2**

2013.094.V1

**Nome abreviado**

Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução

**Designação**

Proporção de crianças com 7 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador

**Objetivo**

Monitorizar o Programa Nacional de Vacinação (PNV) - coorte dos 7 anos.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de jovens que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução, entre as que completam 7 anos.

Numerador: Contagem de crianças que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução.

Denominador: Contagem de crianças que completam 7 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Na data de referência do indicador, não possuem vacinas do PNV em atraso.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 7 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador

<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**095****Código 1**

6.01.07

**Código 2**

2013.095.V1

**Nome abreviado**

Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução

**Designação**

Proporção de jovens com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador

**Objetivo**

Monitorizar o Programa Nacional de Vacinação (PNV) - coorte dos 14 anos.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de jovens que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução, entre os que completam 14 anos.

Numerador: Contagem de jovens que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução.

Denominador: Contagem de jovens que completam 14 anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Na data de referência do indicador, não possuem vacinas do PNV em atraso.

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 14 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de jovens
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**096****Código 1**

7.08

**Código 2**

2013.096.V1

**Nome abreviado**

Rácio despesa faturada DPP4 e antidiabét. orais

**Designação**

Rácio entre a despesa faturada com inibidores DPP-4 e a faturada com antidiabéticos orais, em doentes com diabetes mellitus tipo 2

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "Rácio de despesas faturadas com terapêutica com inibidores DPP-4".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime o rácio entre as despesas faturadas com inibidores DPP-4 e as despesas faturadas com antidiabéticos orais, em doentes com diabetes mellitus tipo 2, nos últimos 12 meses.  
 Numerador: Somatório das despesas faturadas com inibidores DPP-4 em doentes com diabetes mellitus tipo 2.  
 Denominador: Somatório das despesas faturadas com com antidiabéticos orais, em doentes com diabetes mellitus tipo 2.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Somatório do PVP dos medicamentos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Incluídos no denominador.

B. Pertencentes ao grupo dos inibidores DPP-4.

DENOMINADOR (BB):

Somatório do PVP dos medicamentos em que a expressão [A e B e C e D e (E ou F ou G)] é verdadeira:

A. Cujos registos de venda foram enviados pelas farmácias para faturação junto do ministério da saúde e foram aceites para faturação durante o período em análise.

B. Pertencentes ao grupo dos antidiabéticos orais.

C. Prescritos a utentes com [inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período em análise.

D. Prescritos a utentes com o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) na lista de problemas, com o estado de "ativo" (na data de referência do indicador).

E. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa receita com código identificador dessa unidade de saúde.

F. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador, numa receita com código identificador dessa unidade de saúde.

G. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa receita com código identificador de qualquer unidade do ACES.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Rácio de despesas
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Eficiência	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2

**097****Código 1**

5.30

**Código 2**

2013.097.V1

**Nome abreviado**

Proporção DM c/ microalbum. último ano

**Designação**

Proporção de utentes com diabetes, com microalbuminúria no último ano

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "registo de resultado da microalbuminúria".

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com pelo menos 1 microalbuminúria no último ano.

Numerador: Contagem de utentes com diabetes com pelo menos 1 microalbuminúria no último ano.

Denominador: Contagem de utentes com diabetes.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. O diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo" (na data de referência do indicador).

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
30 dias	SI USF/UCSP	2

**098****Código 1**

6.01.08

**Código 2**

2013.098.V1

**Nome abreviado**

Proporção utentes &gt;= 25 A, c/ vacina tétano

**Designação**

Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada

**Objetivo**

Monitorizar o Programa Nacional de Vacinação (PNV): parâmetro "vacina antitetânica"

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com 25 ou mais anos, com vacina antitetânica atualizada.  
 Numerador: Contagem de utentes com 25 ou mais anos e com vacina antitetânica atualizada.  
 Denominador: Contagem de utentes com 25 ou mais anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos uma inoculação de tétano (vacina com código Td, DT ou T) nos 10 anos anteriores, com registo de 3ª dose ou superior.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Ter idade igual ou superior a 25 anos (medida na data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo").

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Desempenho assistencial	Saúde Adultos	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	2



**099****Código 1**

3.15.03

**Código 2**

2013.099.V1

**Nome abreviado**

Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos

**Designação**

Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos

**Objetivo**

Avaliar o acesso a consultas de enfermagem pela população inscrita.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta de enfermagem, de qualquer tipo, nos últimos 3 anos.

Numerador: Contagem de utentes com pelo menos uma consulta de enfermagem presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de inscritos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta de enfermagem, presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	7

**100****Código 1**

3.15.04

**Código 2**

2013.100.V1

**Nome abreviado**

Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos

**Designação**

Taxa de utilização global de consultas médicas ou de enfermagem nos últimos 3 anos

**Objetivo**

Avaliar o acesso a consultas médicas ou de enfermagem pela população inscrita.

**Descrição do indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica ou de enfermagem, de qualquer tipo, nos últimos 3 anos.

Numerador: Contagem de utentes com pelo menos uma consulta médica (presencial ou não presencial), ou de enfermagem (presencial ou não presencial), nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de inscritos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica, presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos.

C. Ter pelo menos uma consulta de enfermagem, presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Output</b>
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>	<b>Unidades Observação</b>
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES
<b>P. análise flutuante</b>	<b>P. análise fixo</b>	<b>Método de [inclusão de utentes no indicador]</b>
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
<b>Prazo registos</b>	<b>Fonte de informação</b>	<b>Ponderação</b>
5 dias	SI USF/UCSP	7