

DPS

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

2ª edição | Versão sintetizada | 1 de outubro 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
Web: 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
Web: 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
Web: 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
Web: 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
Web: 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
Web: www.acss.min-saude.pt

Produzido por Ministério da Saúde. © Outubro 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, acessado 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, acessado 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/MetodologiaContratualizacao_USF_UCSP_2010.pdf, acessado em 1-9-2012), onde se estabeleceu a metodologia de contratualização com as USF modelo A e B para o ano de 2010 e onde se introduziu pela primeira vez a contratualização com as UCSP. Operacionalizou-se desta forma a **contratualização interna** efetuada entre a direção do ACES e as respetivas unidades de saúde (USF e UCSP).

Em março de 2010, a ACSS publicou o documento "Agrupamentos de Centros de Saúde - Metodologia de Contratualização para o ano de 2010" (documento disponível em www.acss.min-saude.pt/portals/0/MetodologiaContratualizacaoACES_2010.pdf, acessado em 1-9-2012), onde se operacionalizou pela primeira vez a **contratualização externa** com os recém-criados ACES. Neste documento estabeleceu-se que a contratualização dos ACES se baseava em 14 indicadores definidos a nível nacional, 6 selecionados a nível regional e 2 a nível local. Definiram-se também as regras de cálculo dos 14 indicadores de âmbito nacional bem como a metodologia de atribuição de incentivos.

Em 2011 a ACSS publicou o documento "Processo de contratualização ACES 2011 - Indicadores nacionais, regionais e locais - bilhete de identidade - unidade funcional para os cuidados de saúde primários" (documento disponível em 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 contratualização externa dos ACES.

No início de 2011 e de 2012, a ACSS voltou a definir a metodologia de contratualização externa para os ACES e interna, aplicada às USF e UCSP.

Este documento contém os bilhetes de identidade de indicadores disponíveis e validados para utilização em:

1. Contratualização com ACES, USF e UCSP;
2. Acompanhamento ou monitorização de ACES, USF e UCSP;

Os indicadores aqui especificados estão disponíveis, na sua grande maioria, no SIM@SNS, nos SIARS e no MIM@UF. Uma pequena parte dos indicadores está disponível para noutro(s) sistema(s) de informação (como sucede por exemplo com os indicadores relacionados com os Grupos de Diagnósticos Homogéneos).

Importa referir que a versão do documento agora publicada encerra as definições de um conjunto de indicadores julgados pertinentes para os processos de contratualização e monitorização dos CSP, à luz da evidência científica, normas e orientações atualmente existentes. Caso no futuro venham a ser identificadas outras áreas de atividade cuja avaliação através de indicadores se revele pertinente, serão acrescentados novos indicadores, publicando-se uma nova versão do presente documento. Nessas novas versões do presente documento, a publicar no futuro, não serão feitas alterações aos bilhetes de identidade dos indicadores agora publicados, a não ser as que tenham como objetivo a correção de erros de escrita ou o esclarecimento de conceitos, isto é que não interfiram, no essencial nas fórmulas de cálculo dos indicadores.

Para a elaboração do presente documento foi fundamental a experiência acumulada pelo Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde (DPS) da ACSS ao longo dos últimos 6 anos de contratualização, os contributos de médicos e enfermeiros que individualmente ou através da ex-Missão para os Cuidados de Saúde Primários ou através da ex-Coordenação Estratégica da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e ainda o apoio dos departamentos de contratualização das ARS.

Este documento tem como destinatários, entre outros, os seguintes interlocutores:

- a) Profissionais de saúde das UCSP e USF;
- b) Elementos das direções executivas, dos concelhos clínicos e de saúde e das unidades de apoio à gestão dos ACES;
- c) Conselhos diretivos, departamentos de contratualização e outros departamentos ligados aos sistemas de informação e ao financiamento das ARS;
- d) Empresas fornecedoras de software usado nas USF e UCSP's;
- e) Equipa responsável pela manutenção e desenvolvimento do SAM, SAPE e SINUS;
- f) Equipa responsável pela manutenção e desenvolvimento do SIM@SNS, SIARS e MIM@UF;
- g) SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde;
- h) ACSS - Administração Central de Sistemas de Saúde.

Os indicadores selecionados têm os seguintes objetivos genéricos:

- a) Apoiar os profissionais de saúde na quantificação, qualificação e comparação da respetiva atividade;

- b) Servir de base aos processos de contratualização;
- 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 novos indicadores, apresentam relativamente às regras de cálculo dos indicadores utilizados nos processos de contratualização 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.

Designação
Nome do indicador
Nome abreviado
Nome abreviado do indicador (até 50 caracteres)
ID
Número sequencial do indicador na base de dados de bilhetes de identidade
Código
<p>Código constituído 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 http://www.mcsp.min-saúde.pt/Imgs/content/page_46/Indicadores_desempenho_USF_MCSP20060412.pdf [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">- Os indicadores iniciados por 1 são de informação demográfica;- Os indicadores iniciados por 2 são de caracterização;- Os indicadores iniciados por 3 são de acessibilidade;- Os indicadores iniciados por 4 são de produtividade;- Os indicadores iniciados por 5 são de qualidade técnico-científica;- Os indicadores iniciados por 6 são de efetividade;- Os indicadores iniciados por 7 são de eficiência.- Os indicadores iniciados por 8 são complexos ou do tipo score. <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>
Cód. SIARS
<p>Código que é usado pelo SIARS e pelo SIM@SNS para identificar o indicador.</p> <p>Em 2013, constituído por 3 números separados por pontos, com o seguinte formato: AAAA.nnn.VV</p> <p>O significado dos números é o seguinte:</p> <p>AAAA – Ano de início de validade do indicador;</p> <p>nnn – Número sequencial na base de dados de definição de indicadores;</p> <p>VV – versão do indicador para distinguir variantes do mesmo indicador.</p> <p>Noutros anos usada uma classificação semelhante à de [código].</p>
Objetivo
Especifica com que objetivo o indicador é construído.
Descrição do indicador
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

Trata-se de um ponderador do trabalho dos profissionais de saúde subjacente à atividade monitorizada por cada indicador.

O valor atribuído será tanto maior quanto:

- a) mais complexa for a atividade monitorizada (um indicador de exame de pés nos diabéticos terá por este motivo mais ponderação do que um indicador de registo do peso e altura);
- b) maior for o número de utentes do denominador do indicador (em geral, os indicadores relacionados com hipertensos têm valores superiores a indicadores relacionados com diabéticos;

No entanto a atividade de um indicador ponderado com "4" não é 2 vezes mais complexo nem tem que demorar 2 vezes mais tempo do que um indicador ponderado com "2". Relativamente à atividade subjacente a 2 indicadores, ponderados respetivamente com "4" e com "2", apenas se pode afirmar que a atividade subjacente ao que tem "4" é provavelmente mais complexa ou mais difícil de realizar da subjacente ao que tem "2".

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" do 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. As consultas de [saúde materna] e de [revisão de puerpério] apenas são válidas em mulheres; As consultas de [saúde infantil e juvenil] apenas são válidas em utentes com idade compreendida no intervalo [0; 18[anos.

4. Num 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 (abuso do tabaco) e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas;

D007 | Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool": Rubricas P15 (abuso crónico do álcool), P16 (abuso agudo do álcool) 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 ICPC-2 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).

CNPEM

Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos

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-saúde.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 prescriptor 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, reflete 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 fatura). É importante para a contratualização, pois indica a despesa efetuada 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 $[20 \times 3 + (20 \times 2 - 4 \times 2)]$, 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, reflete a despesa em exames pedidos pelo Médico, embora possam ser ou não efetuados. É importante para contratualização ou monitorização da actividade de ACES, USF, UCSP e profissionais.

Fórmula

$[MCDT - Despesa prescrita (Pr. Conv.)] = Somatório ([Pr. Conv.] \times Q)$

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 $[20 \times 5]$, 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, reflete a despesa em exames pedidos pelo Médico, embora possam ser ou não efetuados. 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]:

$[MCDT - Despesa prescrita (líquida Tx. Mod.)] = \text{Somatório} ([Pr. Conv.] \times Q - [Tx. Mod.] \times Q)$

Nos utentes [isentos]:

$[MCDT - Despesa prescrita (líquida Tx. Mod.)] = \text{Somatório} ([Pr. Conv.] \times Q)$

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 $[20 \times 3 + (20 \times 2 - 4 \times 2)]$, 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 participa 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 faturação, 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 fatura). 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 faturação, 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 fatura). É mais importante para análise contabilística do que para contratualização ou monitorização, pois as participações 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 comparticipação 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 comparticipação 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 o 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 contactos 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 1: As consultas com código C003 são um subconjunto das consultas com código C002.

Nota 2: Quando se pretendem contar ou identificar [Consultas médicas de vigilância] sem especificação do programa de saúde, as regras atrás enunciadas são suficientes. No entanto, quando se pretendem identificar consultas de vigilância no contexto de programas de saúde específicos, é necessário considerar adicionalmente as regras definidas nos conceitos D001 a D008 (ver [Classificação do "A" do SOAP pela ICPC-2] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).

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).

Notas:

1. 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.

2. É possível que exista mais do que um registo de [ato de enfermagem] ou de [consulta de enfermagem] por dia, realizados ao mesmo utente e pelo mesmo profissional. Os registos que reúnam as condições definidas no conceito C005 [Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta)] e que sejam realizados no mesmo dia, ao mesmo utente e pelo mesmo profissional devem ser contados uma única vez.

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.
4. Quando se pretendem contar ou identificar [Consultas de enfermagem de vigilância] sem especificação do programa de saúde, as regras atrás enunciadas são suficientes. No entanto, quando se pretendem identificar consultas de vigilância no contexto de programas de saúde específicos, é necessário considerar adicionalmente as regras definidas nos conceitos E001 a E009 (ver [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).

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

Nota 2: Quando se pretendem contar ou identificar [Consultas médicas de vigilância] sem especificação do programa de saúde, as regras atrás enunciadas são suficientes. No entanto, quando se pretendem identificar consultas de vigilância no contexto de programas de saúde específicos, é necessário considerar adicionalmente as regras definidas nos conceitos D001 a D008 (ver [Classificação do "A" do SOAP pela ICPC-2] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).

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.

Notas:

1. As consultas com código C012 são um subconjunto das consultas com código C011.

2. Quando se pretendem contar ou identificar [Consultas de enfermagem de vigilância] sem especificação do programa de saúde, as regras atrás enunciadas são suficientes. No entanto, quando se pretendem identificar consultas de vigilância no contexto de programas de saúde específicos, é necessário considerar adicionalmente as regras definidas nos conceitos E001 a E009 (ver [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]). Como os enfermeiros que usam MedicineOne podem também codificar o "A" do SOAP das respetivas consultas através do módulo de episódios, é ainda necessário considerar as regras definidas nos conceitos D001 a D008 (ver [Classificação do "A" do SOAP pela ICPC-2] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).

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

Nota 2: Quando se pretendem contar ou identificar [Consultas médicas de vigilância] sem especificação do programa de saúde, as regras atrás enunciadas são suficientes. No entanto, quando se pretendem identificar consultas de vigilância no contexto de programas de saúde específicos, é necessário considerar adicionalmente as regras definidas nos conceitos D001 a D008 (ver [Classificação do "A" do SOAP pela ICPC-2] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).

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;

Notas:

1. As consultas com código C018 são um subconjunto das consultas com código C017.

2. Quando se pretendem contar ou identificar [Consultas de enfermagem de vigilância] sem especificação do programa de saúde, as regras atrás enunciadas são suficientes. No entanto, quando se pretendem identificar consultas de vigilância no contexto de programas de saúde específicos, é necessário considerar adicionalmente as regras definidas nos conceitos E001 a E009 (ver [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).

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

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 "consumo excessivo de álcool":

- 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:

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

Notas

1. As consultas de [Vigilância em saúde materna | E002] e de [Consulta de revisão do puerpério | E005] apenas são válidas em mulheres; As consultas de [Vigilância em saúde infantil e juvenil | E001] apenas são válidas em utentes com idade compreendida no intervalo [0; 18[anos.

DM

Diabetes Mellitus

DM1

Diabetes Mellitus tipo 1

DM2

Diabetes Mellitus tipo 2

DPOC

Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DPP-4

Dipeptidil peptidase-4

DUM

Data da Última Menstruação

EF

Enfermeiro de Família

ENF

Enfermeiro

FeV1

Volume Expiratório Forçado no 1º segundo

GDH

Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HgbA1c

Hemoglobina Glicosada

HTA

Hipertensão arterial

ICC

Insuficiência Cardíaca Congestiva

ICD-9

Classificação Internacional de Doenças, versão 9

ICPC-2

Classificação Internacional Cuidados de Saúde Primários, versão 2

IMC

Índice de Massa Corporal

Inscrição ativa

Permite especificar que o utente tem "Primeira inscrição nos cuidados primários" (código de SINUS 1) ou "Transferido de inscrição primária" (código de SINUS 2).

O conceito de [inscrição ativa] não inclui "utentes esporádicos" (código de SINUS 3), nem "utentes adormecidos" (código de SINUS 9), nem outras formas de inscrição.

Trata-se do tipo de inscrição válido para que o utente seja incluído na generalidade dos indicadores da contratualização.

MCDT

Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MED

Médico

MF

Médico de Família

MIF

Mulheres em Idade Fertil

PA

Pressão Arterial

PF
Planeamento Familiar

PNV
Programa Nacional de Vacinação

PSOF
Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

PVP
Preço de Venda ao Público

RN
Recém-nascidos

RP
Revisão do Puerpério

SAM
Sistema de Apoio ao Médico

SAPE
Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SI
Sistema de Informação

SNS
Serviço Nacional de Saúde

SOAP
Método de registo clínico: Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano 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. 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.

Tipo de contacto
Um [contacto] pode ser classificado quanto ao tipo em: - [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]. - [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].

TSHPKU

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

Código	Cód. SIARS	Nome do Indicador	ID
2.05.01	2013.075.01	Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com compromisso de vigilância	75
5.04.01	2013.038.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	38
5.04.02	2013.088.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre	88
5.07.01	2013.035.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano	35
5.09	2013.040.01	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	2013.041.01	Proporção de utentes com diabetes tipo 2, em terapêutica com insulina	41
5.19	2013.042.01	Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com terapêutica com metformina	42
5.30	2013.097.01	Proporção de utentes com diabetes, com microalbuminúria no último ano	97
6.05.01	2013.039.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0 %	39
6.05.02	2013.091.01	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	2013.036.01	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância e registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	36
6.19.01	2013.037.01	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano	37
6.34	2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado	43
6.39.01	----	Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes	85

7.08.01	2013.096.01	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	2013.080.01	Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de utentes com diabetes (atividades específicas)	80

Área Clínica: Hipertensão

Código	Cód. SIARS	Nome do Indicador	ID
2.06.01	2013.076.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com compromisso de vigilância	76
5.10.01	2013.019.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre	19
5.10.02	2013.089.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial no último semestre	89
5.13.01	2013.018.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	18
5.16	2013.021.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com prescrição de anti-hipertensores do tipo tiazídico	21
5.17	2013.022.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, sem diabetes, com prescrição de antagonistas dos recetores da angiotensina II	22
6.02.01	2013.026.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	26
6.16.01	2013.024.01	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	2013.020.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	20
6.21	2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	23
6.35	2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	25
8.01.01	2013.079.01	Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de utentes com hipertensão arterial (atividades específicas)	79

Área Clínica: Rastreio Oncológico

Código	Cód. SIARS	Nome do Indicador	ID
5.01.01	2013.044.01	Proporção de mulheres entre [50; 70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos	44

5.02.01	2013.045.01	Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos	45
5.03.01	2013.046.01	Proporção de utentes com idade entre [50; 75[anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado	46

Área Clínica: Respiratório

Código	Cód. SIARS	Nome do Indicador	ID
2.07.01	2013.077.01	Proporção de utentes com diagnóstico de asma	77
2.08.01	2013.078.01	Proporção de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	78
5.26	2013.049.01	Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FeV1 nos últimos 3 anos	49

Área Clínica: Saúde adultos

Código	Cód. SIARS	Nome do Indicador	ID
5.22	2013.065.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica inferior a cinco fármacos	65
5.24	2013.067.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem nenhuma prescrição de trimetazidina no último ano	67
5.29	2013.092.01	Proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde	92
6.01.04	2013.030.01	Proporção de utentes 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	2013.098.01	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

Código	Cód. SIARS	Nome do Indicador	ID
3.22.01	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	8
3.22.02	2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar	9
3.22.03	2013.010.01	Taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar	10

6.30	2013.052.01	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	52
8.04.01	2013.082.01	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

Código	Cód. SIARS	Nome do Indicador	ID
5.13.02	2013.059.01	Proporção de crianças com 2 anos, com peso e altura registado no último ano	59
5.13.03	2013.031.01	Proporção de crianças com 7 anos, com peso e altura registados no intervalo [5; 7[anos	31
5.13.04	2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11; 14[anos	32
6.01.01	2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário	27
6.01.02	2013.028.01	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário	28
6.01.03	2013.029.01	Proporção de jovens com 14 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário	29
6.01.05	2013.093.01	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador	93
6.01.06	2013.094.01	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador	94
6.01.07	2013.095.01	Proporção de jovens com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador	95
6.12.01	2013.014.01	Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	14
6.13.01	2013.057.01	Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida	57
6.15	2013.061.01	Proporção de crianças com 7 anos livres de cáries dentárias e de outras doenças dos dentes e gengivas	61
6.22.01	2013.016.01	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	16
6.23.01	2013.017.01	Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida	17
6.31	2013.058.01	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	2013.060.01	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	2013.062.01	Proporção de crianças que completam 6 meses, com aleitamento materno exclusivo até aos três meses de idade	62
6.37.01	2013.063.01	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	2013.064.01	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
6.43.01	2013.015.01	Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida	15
8.05.01	2013.083.01	Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de crianças no 1º ano de vida (atividades específicas)	83
8.06.01	2013.084.01	Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de crianças no 2º ano de vida (atividades específicas)	84

Área Clínica: Saúde Materna

Código	Cód. SIARS	Nome do Indicador	ID
6.04.01	2013.050.01	Proporção de grávidas com consulta de revisão de puerpério efetuada	50
6.09.01	2013.011.01	Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre	11
6.26.01	2013.012.01	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	12
6.33	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	51
6.40	----	Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso	86
6.42.01	2013.013.01	Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem	13
8.03.01	2013.081.01	Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de grávidas (atividades específicas)	81

Área Clínica: Saúde Mental

Código	Cód. SIARS	Nome do Indicador	ID
5.20	2013.055.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão, a quem foi prescrita terapêutica anti-depressiva	55

5.21.01	2013.056.01	Proporção de utentes 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	2013.053.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação do consumo de álcool, registado nos últimos 3 anos	53
6.29	2013.054.01	Proporção de utentes com 14 ou mais anos e com o problema de "consumo excessivo de álcool", a quem foi realizada pelo menos uma consulta relacionada nos últimos 3 anos	54

Área Clínica: Transversal

Código	Cód. SIARS	Nome do Indicador	ID
3.12.01	2013.001.01	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família	1
3.12.02	2013.005.01	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família	5
3.15.01	2013.002.01	Taxa de utilização global de consultas médicas	2
3.15.02	2013.006.01	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	6
3.15.03	2013.099.01	Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos	99
3.15.04	2013.100.01	Taxa de utilização global de consultas médicas ou de enfermagem nos últimos 3 anos	100
4.18.01	2013.003.01	Taxa de consultas médicas no domicílio por 1.000 inscritos	3
4.30.01	2013.004.01	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	4
5.13.05	2013.033.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	33
5.25	2013.047.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	47
5.28	2013.074.01	Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	74
6.27	2013.034.01	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	2013.048.01	Proporção de utentes 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	2013.070.01	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP)	70

7.06.02	2013.068.01	Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	68
7.06.03	2013.090.01	Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no valor participado pelo SNS)	90
7.07.01	2013.071.01	Despesa média de MCDTs prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)	71
7.07.02	2013.069.01	Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	69
7.09.01	2013.066.01	Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	66
7.10	2013.007.01	Proporção de utilizadores referenciados para consulta hospitalar	7
8.07.02	----	Percentagem de utilizadores satisfeitos ou muito satisfeitos	72
8.08.01	----	Número de dias com reclamações por fechar, por cada 1000 consultas médicas ou de enfermagem realizadas	73

001**Código**

3.12.01

Cód. SIARS

2013.001.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

002**Código**

3.15.01

Cód. SIARS

2013.002.01

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 utentes inscritos com pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes 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.

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

003**Código**

4.18.01

Cód. SIARS

2013.003.01

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 utentes 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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

004**Código**

4.30.01

Cód. SIARS

2013.004.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

005**Código**

3.12.02

Cód. SIARS

2013.005.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

006**Código**

3.15.02

Cód. SIARS

2013.006.01

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 inscritos com pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de utentes 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.

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

007**Código**

7.10

Cód. SIARS

2013.007.01

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 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).

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

008**Código**

3.22.01

Cód. SIARS

2013.008.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

009**Código**

3.22.02

Cód. SIARS

2013.009.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

010**Código**

3.22.03

Cód. SIARS

2013.010.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

011**Código**

6.09.01

Cód. SIARS

2013.011.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

012**Código**

6.26.01

Cód. SIARS

2013.012.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

013**Código**

6.42.01

Cód. SIARS

2013.013.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

014**Código**

6.12.01

Cód. SIARS

2013.014.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

015**Código**

6.43.01

Cód. SIARS

2013.015.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

016**Código**

6.22.01

Cód. SIARS

2013.016.01

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 efetuaram pelo menos 6 consultas médicas de vigilância durante o 1º ano de vida, no total de crianças que completaram 1 ano de idade.
Numerador: Contagem de crianças que efetuaram 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 direto) 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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

017**Código**

6.23.01

Cód. SIARS

2013.017.01

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 efetuaram 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 efetuaram 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 direto) 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).

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

018**Código**

5.13.01

Cód. SIARS

2013.018.01

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 inscritos com hipertensão arterial, com registo de IMC nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	1

019**Código**

5.10.01

Cód. SIARS

2013.019.01

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	1

020**Código**

6.20

Cód. SIARS

2013.020.01

Nome abreviado

Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 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 inscritos com hipertensão arterial, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg nos últimos 6 meses.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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").

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

021**Código**

5.16

Cód. SIARS

2013.021.01

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 inscritos com hipertensão arterial, com pelo menos uma prescrição de diurético do tipo tiazídico nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

022**Código**

5.17

Cód. SIARS

2013.022.01

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

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

023**Código**

6.21

Cód. SIARS

2013.023.01

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 inscritos 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 inscritos 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").

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

024**Código**

6.16.01

Cód. SIARS

2013.024.01

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 inscritos com hipertensão arterial, com consulta de enfermagem de vigilância e registo da gestão do regime terapêutico (3 itens).

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

025**Código**

6.35

Cód. SIARS

2013.025.01

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 inscritos com hipertensão arterial com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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] 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.

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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Não	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise

025**Código**

6.35

Cód. SIARS

2013.025.01

Nome abreviado

Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	8

026**Código**

6.02.01

Cód. SIARS

2013.026.01

Nome abreviado

Proporção hipertensos >= 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 inscritos com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos e com vacina antitetânica atualizada.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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").

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

027**Código**

6.01.01

Cód. SIARS

2013.027.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

028**Código**

6.01.02

Cód. SIARS

2013.028.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

029**Código**

6.01.03

Cód. SIARS

2013.029.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

030**Código**

6.01.04

Cód. SIARS

2013.030.01

Nome abreviado

Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe

Designação

Proporção de utentes 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 inscritos com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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 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. 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.
- 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 referência do indicador.
- 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 referência do indicador.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde adultos	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	3

031**Código**

5.13.03

Cód. SIARS

2013.031.01

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.

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

032**Código**

5.13.04

Cód. SIARS

2013.032.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	1

033**Código**

5.13.05

Cód. SIARS

2013.033.01

Nome abreviado

Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos

Designação

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

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

Denominador: Contagem de utentes 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").

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

034**Código**

6.27

Cód. SIARS

2013.034.01

Nome abreviadoProporção obesos $\geq 14A$, 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 utentes 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 utentes 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".

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

035**Código**

5.07.01

Cód. SIARS

2013.035.01

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 inscritos com diabetes com exame dos pés realizado no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

036**Código**

6.16.02

Cód. SIARS

2013.036.01

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 inscritos com diabetes com consulta de enfermagem de vigilância e registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

037**Código**

6.19.01

Cód. SIARS

2013.037.01

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 inscritos com diabetes com consulta de vigilância de enfermagem. Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

038**Código**

5.04.01

Cód. SIARS

2013.038.01

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 inscritos com diabetes com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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).

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise
Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	2

039**Código**

6.05.01

Cód. SIARS

2013.039.01

Nome abreviado

Proporção DM c/ última HgbA1c <= 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 inscritos com diabetes com último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	2

040**Código**

5.09

Cód. SIARS

2013.040.01

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 inscritos 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 inscritos 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".

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

041**Código**

5.18

Cód. SIARS

2013.041.01

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 inscritos com diabetes tipo 2 e com prescrição de insulina nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

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

042**Código**

5.19

Cód. SIARS

2013.042.01

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 inscritos com diabetes tipo 2 e com pelo menos uma prescrição de metformina nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

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

043**Código**

6.34

Cód. SIARS

2013.043.01

Nome abreviado

Proporção DM c/ acompanh. 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 inscritos com diabetes com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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] 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.

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).

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Não	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise

043	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	6.34	2013.043.01	Proporção DM c/ acompanham. adequado
Prazo registos	Fonte de informação		Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP		6

044**Código**

5.01.01

Cód. SIARS

2013.044.01

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 ativa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Rastreio Oncológico	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

045**Código**

5.02.01

Cód. SIARS

2013.045.01

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 ativa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Rastreio Oncológico	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	6

046**Código**

5.03.01

Cód. SIARS

2013.046.01

Nome abreviado

Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR

Designação

Proporção de utentes 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 utentes inscritos com idade compreendida no intervalo [50; 75[anos, com rastreio do cancro do colon e reto efetuado.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com rastreio do cancro do colon e reto efetuado.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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 ativa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Rastreio Oncológico	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

047**Código**

5.25

Cód. SIARS

2013.047.01

Nome abreviado

Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.

Designação

Proporção de utentes 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 inscritos com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de utentes 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 pelo menos 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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

048**Código**

6.28

Cód. SIARS

2013.048.01

Nome abreviado

Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A

Designação

Proporção de utentes 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).

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

049**Código**

5.26

Cód. SIARS

2013.049.01

Nome abreviado

Proporção utentes 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".

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com FeV1

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Respiratório	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	1

050**Código**

6.04.01

Cód. SIARS

2013.050.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

051**Código**

6.33

Cód. SIARS

2013.051.01

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].

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

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

051	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	6.33	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado
Prazo registos	Fonte de informação		Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP		5

052**Código**

6.30

Cód. SIARS

2013.052.01

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).

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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de MIFs

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	5

053**Código**

5.27

Cód. SIARS

2013.053.01

Nome abreviado

Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool

Designação

Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação do consumo de álcool, registado nos últimos 3 anos

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde juvenil e de adultos. Parâmetro "registo do consumo de álcool".

Descrição do indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com pelo menos um registo dos "consumos de álcool", realizado nos últimos 3 anos.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com pelo menos um registo dos "consumos de álcool", realizado nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de utentes 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 "consumos de álcool" efetuado nos últimos 36 meses.

C. O registo de "consumos de álcool" 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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Mental	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

054**Código**

6.29

Cód. SIARS

2013.054.01

Nome abreviado

Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A

Designação

Proporção de utentes com 14 ou mais anos e com o problema de "consumo excessivo de álcool", a quem foi realizada pelo menos uma consulta relacionada nos últimos 3 anos

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde juvenil e de adultos. Parâmetro "consulta relacionada com consumo excessivo de álcool".

Descrição do indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com o problema de "consumo excessivo de álcool", a quem foi realizada consulta relacionada com esse problema, nos últimos 3 anos.

Os utentes com "consumo excessivo de álcool" deveriam ser identificados nos sistemas de registo clínico a partir da informação existente sobre a quantificação dos respetivos consumos semanais. No entanto, os registos sobre "consumos de álcool" existentes nos sistemas informáticos de registo clínico em uso nos cuidados de saúde primários não se encontram padronizados, designadamente em relação às unidades de consumo de álcool usadas. Assim, optou-se por identificar utentes com "consumo excessivo de álcool" através de um "equivalente de registo". Trata-se do registo realizado por médicos (habitualmente os médicos de família), na lista de problemas do doente, de pelo menos um problema de saúde ativo, codificado pelas rubricas da ICPC-2 P15 (Abuso crónico do álcool) ou P16 (Abuso agudo do álcool).

Numerador: Contagem utentes inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com o problema de "consumo excessivo de álcool", a quem foi realizada consulta médica ou de enfermagem relacionada com esse problema de saúde, nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem utentes inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com o problema de "consumo excessivo de álcool".

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 "consumo excessivo de álcool" nos últimos 36 meses.
- C. Existe pelo menos uma [consulta de enfermagem de vigilância] relacionada com o problema "consumo excessivo de álcool" 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".

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Mental	MED / USF e UCSP / ACES

054	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	6.29	2013.054.01	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]	
Não	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador	
Prazo registos	Fonte de informação		Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP		4

055**Código**

5.20

Cód. SIARS

2013.055.01

Nome abreviado

Proporção adultos c/ depres., c/ terap. anti-depr.

Designação

Proporção de utentes 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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Mental	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

056**Código**

5.21.01

Cód. SIARS

2013.056.01

Nome abreviado

Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.

Designação

Proporção de utentes 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 utentes 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 utentes inscritos a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos.

Denominador: Contagem de utentes 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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Mental	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

057**Código**

6.13.01

Cód. SIARS

2013.057.01

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 sexto 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.

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	1

058**Código**

6.31

Cód. SIARS

2013.058.01

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 crianças 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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	6

059**Código**

5.13.02

Cód. SIARS

2013.059.01

Nome abreviado

Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	1

060**Código**

6.32

Cód. SIARS

2013.060.01

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).

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado
Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	4

061**Código**

6.15

Cód. SIARS

2013.061.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	1

062**Código**

6.36

Cód. SIARS

2013.062.01

Nome abreviado

Proporção crianças 6M, c/ aleit. mat. exclus. < 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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de latentes

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	1

063**Código**

6.37.01

Cód. SIARS

2013.063.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

064**Código**

6.38

Cód. SIARS

2013.064.01

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

065**Código**

5.22

Cód. SIARS

2013.065.01

Nome abreviado

Proporção utentes >= 75 A, c/ presc. cró. < 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 inscritos com prescrição crónica inferior a 5 fármacos.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde adultos	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

066**Código**

7.09.01

Cód. SIARS

2013.066.01

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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de embalagens

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	4

067**Código**

5.24

Cód. SIARS

2013.067.01

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 inscritos sem prescrição de trimetazidina no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde adultos	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

068**Código**

7.06.02

Cód. SIARS

2013.068.01

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).

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB	€ / UTI	Despesa com medicamentos

068	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	7.06.02	2013.068.01	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação	
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES	
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]	
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise	
Prazo registos	Fonte de informação		Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP Base de dados de faturação de medicamentos		16

069**Código**

7.07.02

Cód. SIARS

2013.069.01

Nome abreviado

Despesa MCDTs fatur., por utiliz. SNS (p. conv.)

Designação

Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)

Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de MCDTs. Parâmetro "despesa em MCDTs faturados, por utilizador do SNS"

Descrição do indicador

Indicador que exprime a despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS, baseado no [preço].

Numerador: Somatório do [preço] dos MCDTs faturados por entidades convencionadas.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores pertencentes ao SNS.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do [preço] dos MCDTs 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 MCDTs

069	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	7.07.02	2013.069.01	Despesa MCDTs fatur., por utiliz. SNS (p. conv.)
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação	
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES	
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]	
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise	
Prazo registos	Fonte de informação		Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP Base de dados de faturação de MCDTs		8

070**Código**

7.06.01

Cód. SIARS

2013.070.01

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).

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB	€ / UTI	Despesa com medicamentos
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise

070	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	7.06.01	2013.070.01	Despesa medic. prescritos, por utiliz. (PVP)

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	16

071**Código**

7.07.01

Cód. SIARS

2013.071.01

Nome abreviado

Despesa MCDTs prescrit., por utiliz. (p. conv.)

Designação

Despesa média de MCDTs prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)

Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de MCDTs. Parâmetro "despesa em MCDTs prescritos"

Descrição do indicador

Indicador que exprime a despesa média de MCDTs prescritos, por utente utilizador, baseado no [preço].
 Numerador: Somatório do [preço] dos MCDTs prescritos.
 Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do [preço] dos MCDTs 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).

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB	€ / UTI	Despesa com MCDTs
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise

071	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	7.07.01	2013.071.01	Despesa MCDTs prescrit., por utiliz. (p. conv.)
Prazo registos	Fonte de informação		Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP		8

072**Código**

8.07.02

Cód. SIARS**Nome abreviado**

Percent. utiliz. satisfeitos ou muito satisf.

Designação

Percentagem de utilizadores satisfeitos ou muito satisfeitos

Objetivo

Monitorizar a satisfação dos utentes que utilizam os serviços de saúde

Descrição do indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes satisfeitos ou muito satisfeitos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes satisfeitos ou muito satisfeitos

DENOMINADOR (BB):

Contagem de respondentes ao questionário de satisfação.

Fórmula

AA / BB x 100

Unidade de Medida

%

Output

Proporção de utilizadores

Tipo de Indicador

Satisfação

Área clínica

Transversal

Unidades de observação

USF e UCSP / ACES

P. análise flutuante

Não

P. análise fixo

Sim

Método de [inclusão de utentes no indicador]

Utentes utilizadores durante o período em análise

Prazo registos

0 dias

Fonte de informação

Questionário de satisfação

Ponderação

6

073**Código**

8.08.01

Cód. SIARS**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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 1000	DIAS / 1000 CONS	Número de dias de reclamações por fechar por mil consultas realizadas

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Satisfação	Transversal	USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	Numerador: Livro de reclamações da unidade de saúde e base de dados do SGSR Denominador: SI USF/UCSP	6

074**Código**

5.28

Cód. SIARS

2013.074.01

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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de consultas
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise
Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	4

075**Código**

2.05.01

Cód. SIARS

2013.075.01

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 inscritos com diabetes tipo 2 assinalados como vigiados no programa de diabetes.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Caracterização	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	1

076**Código**

2.06.01

Cód. SIARS

2013.076.01

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 inscritos com hipertensão arterial assinalados como vigiados no programa de hipertensão .

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Caracterização	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	1

077**Código**

2.07.01

Cód. SIARS

2013.077.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com diagnóstico de asma

Designação

Proporção de utentes 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 utentes inscritos que têm o diagnóstico de asma registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes 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 R96) 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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Caracterização	Respiratório	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

078**Código**

2.08.01

Cód. SIARS

2013.078.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com diagnóstico DPOC

Designação

Proporção de utentes 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 utentes inscritos que têm o diagnóstico de DPOC registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes 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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Caracterização	Respiratório	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

085**Código**

6.39.01

Cód. SIARS**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 episódios de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, por cada 10000 residentes, no período de tempo considerado.

Numerador: Contagem episódios de internamento 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 da unidade de observação em análise;

C. O utente internado tem diagnóstico principal de diabetes (códigos ICD-9-CM 250.7x).

D. O utente internado tem registo de procedimento de amputação major do membro inferior (códigos ICD-9-CM 84.13 a 84.19).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Residentes numa das freguesias de abrangência da unidade de observação.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB * 10000	por 10000	Incidência (por 10000 utentes com diabetes residentes por ano)

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	ACES

P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes residentes - informação INE

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	Numerador: Base de dados GDH; INE - Indicador população residente	3

086**Código**

6.40

Cód. SIARS**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 (<2500 gramas) ao nascer, entre os recém-nascidos de termo nascidos no período de tempo considerado.>

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 da unidade de observação em análise;

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB * 100	%	Proporção de recém-nascidos
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Materna	ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Não	Utentes residentes - informação INE
Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	Base de dados GDH	1

087**Código**

6.41

Cód. SIARS**Nome abreviado**

Taxa internam. DCV, entre residentes < 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 da unidade de observação em análise;

C. Ter idade inferior a 65 anos à data da alta hospitalar.

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 da unidade de observação.

B. Ter idade inferior a 65 anos.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB * 10000	por 10000	Incidência (por 10000 residentes por ano)

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde adultos	ACES

P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes residentes - informação INE

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	Numerador: Base de dados GDH; INE - Indicador população residente	3

088**Código**

5.04.02

Cód. SIARS

2013.088.01

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 inscritos com diabetes com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	2

089**Código**

5.10.02

Cód. SIARS

2013.089.01

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 inscritos com hipertensão arterial com registo de pelo menos 1 registo de pressão arterial no último semestre.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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".

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	1

090**Código**

7.06.03

Cód. SIARS

2013.090.01

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)

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB	€ / UTI	Despesa com medicamentos

090	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	7.06.03	2013.090.01	Despesa medic. fatur., por utiliz. (v. compart.)
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação	
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES	
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]	
Sim	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise	
Prazo registos	Fonte de informação		Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP Base de dados de faturação de medicamentos		16

091**Código**

6.05.02

Cód. SIARS

2013.091.01

Nome abreviado

Proporção DM < 65 A, c/ HgbA1c <= 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 e idade inferior a 65 anos, com último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 6,5%.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes e idade inferior a 65 anos, com último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 6,5%.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

092**Código**

5.29

Cód. SIARS

2013.092.01

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 inscritos com pelo menos 6 resultados de INR nos últimos 12 meses.
Denominador: Contagem de utentes inscritos 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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde adultos	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

093**Código**

6.01.05

Cód. SIARS

2013.093.01

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 crianças 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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

094**Código**

6.01.06

Cód. SIARS

2013.094.01

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 crianças 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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

095**Código**

6.01.07

Cód. SIARS

2013.095.01

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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de jovens
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes inscritos à data de referência do indicador
Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	2

096**Código**

7.08.01

Cód. SIARS

2013.096.01

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.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Rácio de despesas
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Eficiência	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise
Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	2

097**Código**

5.30

Cód. SIARS

2013.097.01

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 inscritos com diabetes com pelo menos 1 microalbuminúria no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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).

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Sim	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise
Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	2

098**Código**

6.01.08

Cód. SIARS

2013.098.01

Nome abreviado

Proporção utentes >= 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 inscritos com 25 ou mais anos e com vacina antitetânica atualizada.
 Denominador: Contagem de utentes inscritos 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").

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

099**Código**

3.15.03

Cód. SIARS

2013.099.01

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 inscritos com pelo menos uma consulta de enfermagem presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de utentes 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.

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

100**Código**

3.15.04

Cód. SIARS

2013.100.01

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 inscritos com pelo menos uma consulta médica (presencial ou não presencial), ou de enfermagem (presencial ou não presencial), nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de utentes 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.

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

107**Código**

3.12.03

Cód. SIARS

3.12

Nome abreviado

Percent. de consultas realizadas pelo MF

Designação

Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio 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] 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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

110**Código**

3.22.05

Cód. SIARS

3.22M

Nome abreviado

Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)

Designação

Taxa de utilização de consultas de enfermagem em 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 durante pelo menos um dia do período em análise.

B. Ser mulher.

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

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

113**Código**

6.23.02

Cód. SIARS

4.10M 1m

Nome abreviado

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

Designação

Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas médicas 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 efetuaram pelo menos 3 consultas médicas de vigilância durante o 2º ano de vida, no total de crianças associadas ao programa de vigilância que completaram 2 anos de idade.

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

Denominador: Contagem de crianças vigiadas em programa, 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 direto) no intervalo [330, 700[dias.

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

C. Ter compromisso de vigilância na Unidade Funcional no programa de saúde infantil.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

115**Código**

4.18.02

Cód. SIARS

4.18

Nome abreviado

Taxa visit. domic. médicas por 1.000 inscritos

Designação

Taxa de visitas domiciliárias médicas 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 utentes 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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

117**Código**

6.26.03

Cód. SIARS

4.22M

Nome abreviado

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

Designação

Percentagem 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 grávidas vigiadas que realizaram pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância da gravidez.

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

Denominador: Contagem de grávidas vigiadas.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Uteses incluídos no denominador.

B. Uteses que tiveram pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância de gravidez, no período compreendido entre a [data da última menstruação] e a data de referência do indicador.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Sexo feminino.

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

C. Ter pelo menos um destes diagnósticos sinalizado como ativo na sua lista de problemas (classificação ICPC-2 W78, W79 e W84).

D. Ter compromisso de vigilância em Saúde Materna no período em análise.

E. Ter registo de data de parto no período em análise.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	

118**Código**

4.30.02

Cód. SIARS

4.30

Nome abreviado

Taxa visit.domic. enfermagem por 1.000 inscritos

Designação

Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem 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] 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.

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.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Acesso	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

119**Código**

6.42.02

Cód. SIARS

4.33

Nome abreviado

Percent. puérperas vigiadas, c/ domicílio enferm.

Designação

Percentagem de puérperas vigiadas na UF com visita 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 vigiadas que receberam visita domiciliária de enfermagem.

Numerador: Contagem de puérperas com pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem.

Denominador: Contagem de puérperas vigiadas em programa de saúde materna.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Utentes incluídas 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 parto] e o 42º dia de puerpério.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Sexo feminino.

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

C. Ter pelo menos um destes diagnósticos sinalizado como ativo na sua lista de problemas (classificação ICPC-2 W78, W79 e W84).

D. Ter compromisso de vigilância em Saúde Materna no período em análise.

E. Ter completado 6 semanas (42 dias) após a data de parto, no período em análise.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

120**Código**

6.43.02

Cód. SIARS

4.34M

Nome abreviado

Percent. de RN c/ domic. enf. até 15º dia de vida

Designação

Percentagem 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] é verdadeira:

A. Que completam 15 dias de vida durante o período em análise.

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

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	

123**Código**

6.22.02

Cód. SIARS

4.9M 1m

Nome abreviado

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

Designação

Percentagem de crianças com pelo menos 6 consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses

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 efetuaram pelo menos 6 consultas médicas de vigilância durante o 1º ano de vida, no total de crianças associadas ao programa de vigilância que completaram 1 ano de idade.

Numerador: Contagem de crianças que efetuaram pelo menos 6 consultas médicas de vigilância, durante o 1º ano de vida.

Denominador: Contagem de crianças vigiadas em programa, 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 direto) 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. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

C. Ter compromisso de vigilância na Unidade Funcional no programa de saúde infantil.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

127**Código**

5.10.05

Cód. SIARS

5.10M f

Nome abreviado

Percent. de hipertensos com PA em cada semestre

Designação

Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação 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 inscritos com hipertensão arterial, com registo de pelo menos 2 pressões arteriais nos últimos 12 meses (abrangendo 2 semestres).

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, seguidos em programa.

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 e C] é verdadeira:

- A. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. O diagnóstico médico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se sinalizado como ativo na lista de problemas antes 30 de Junho, inclusivé, no período em análise.
- C. Ter compromisso de vigilância no programa de hipertensão.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Não	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise

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

128**Código**

5.10.06

Cód. SIARS

5.10M i

Nome abreviado

Percent. de hipertensos com PA em cada semestre

Designação

Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação 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 inscritos com hipertensão arterial, com registo de pelo menos 2 pressões arteriais nos últimos 12 meses (abrangendo 2 semestres).

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, seguidos em programa.

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 e C] é verdadeira:

- A. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. O diagnóstico médico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se sinalizado como ativo na lista de problemas antes 30 de Junho, inclusivé, no período em análise.
- C. Ter compromisso de vigilância no programa de hipertensão.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Não	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise

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

129**Código**

5.13.07

Cód. SIARS

5.13M1

Nome abreviado

Percent. hipertensos c/ IMC últimos 12 meses

Designação

Percentagem de hipertensos com 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 inscritos com hipertensão arterial, com registo de IMC nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, vigiados em programa.

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. Que tenham pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 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 durante pelo menos um dia do período em análise.

B. O diagnóstico médico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se sinalizado como ativo na lista de problemas.

C. Ter compromisso de vigilância no programa de hipertensão.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

130**Código**

5.13.08

Cód. SIARS

5.13M2

Nome abreviado

Percent. crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano

Designação

Percentagem de inscritos com 2 anos com peso e altura registados nos últimos 12 meses

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 durante o ano civil em curso;

B. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde durante pelo menos um dia do período em análise.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

132**Código**

5.02.02

Cód. SIARS

5.2

Nome abreviado

Percent. mulheres [25; 64[A, c/ colpocit.

Designação

Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada

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, 65[anos.

Numerador: Contagem de mulheres que realizaram colpocitologia nos últimos três anos.

Denominador: Contagem de mulheres com idades compreendidas no intervalo [25, 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. 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; 65[anos.

C. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde durante pelo menos um dia do período em análise.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Rastreio Oncológico	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	

133**Código**

5.02.03

Cód. SIARS

5.2M

Nome abreviado

Percent. mulher. vig. PF [25;50[A, c/ colpo. (3A)

Designação

Percentagem de mulheres entre os 25 e 49 anos, vigiadas na UF, com colpocitologia atualizada

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 vigiadas em PF com idade compreendida no intervalo [25, 50[anos.
Numerador: Contagem de mulheres que realizaram colpocitologia nos últimos três anos.
Denominador: Contagem de mulheres vigiada em PF e idade no intervalo [25, 50[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 e D] é verdadeira:

A. Ser mulher.

B. Ter idade compreendida no intervalo [25; 50[anos.

C. Vigiada em planeamento familiar.

D. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde durante pelo menos um dia do período em análise.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	

136**Código**

5.04.04

Cód. SIARS

5.4M 2

Nome abreviado

Percent. DM c/ 1 HgbA1c por semestre

Designação

Percentagem de utentes com diabetes (vigiados), com 2 ou mais HbA1c registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam 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 inscritos com diabetes com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes vigiados em programa.

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 e C e D] é verdadeira:

- A. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. O diagnóstico médico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) sinalizado como ativo na lista de problemas antes 30 de Junho, inclusivé, no período em análise.
- C. Ter entre [18, 76[anos.
- D. Ter compromisso de vigilância na Unidade Funcional no programa de Diabetes.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Não	Sim	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	

137**Código**

5.07.02

Cód. SIARS

5.7

Nome abreviado

Percent. DM com exame pés último ano

Designação

Percentagem de utentes com diabetes com pelo menos um exame dos pés registado no 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 inscritos com diabetes com exame dos pés realizado no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes vigiados em programa.

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 exame dos pés, nos últimos 12 meses.

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

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

B. O diagnóstico médico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) sinalizado como ativo na lista de problemas.

C. Ter entre [18, 76[anos.

D. Ter compromisso de vigilância na Unidade Funcional no programa de Diabetes.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

139**Código**

6.12.02

Cód. SIARS

6.12

Nome abreviado

Percent. primeiras consultas até 28 dias

Designação

Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias

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 na vida até aos 28 dias e o total de recém-nascidos inscritos.

Numerador: Contagem de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica 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 (contacto direto), nos primeiros 28 dias de vida.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Que completam 28 dias de vida durante o período em análise.

B. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Não	Sim	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise
Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	

140**Código**

6.13.02

Cód. SIARS

6.13

Nome abreviado

Percent. RN com TSHPKU realizado até ao 7º dia

Designação

Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7.º dia de vida do recém-nascido

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 sétimo 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 7 dias de vida.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Que completam 7 dias de vida durante o período em análise.

B. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	MED / USF e UCSP / ACES

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

Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP	

141**Código**

6.19.02

Cód. SIARS

6.19M

Nome abreviado

Percent. DM [18;76[A c/ cons. enf. vigil. DM 12M

Designação

Percentagem de utentes com diabetes dos 18 aos 75 anos abrangidos pela consulta de enfermagem

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "consulta de vigilância de enfermagem".

Descrição do indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes e vigiados em programa, com consulta de vigilância de enfermagem.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com consulta de vigilância de enfermagem.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes, vigiados em programa e idade compreendida no intervalo [18; 76[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. Existe pelo menos uma consulta de enfermagem de vigilância de diabetes, durante o período em análise.

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, durante pelo menos um dia do período em análise.

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 um dia do período em análise.

C. Idade compreendida no intervalo [18; 76[anos.

D. Ter compromisso de vigilância na Unidade Funcional no programa de Diabetes.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com diabetes mellitus

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Diabetes	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

149**Código**

6.02.02

Cód. SIARS

6.2M

Nome abreviado

Percent. hipertensos >= 25A, c/ vacina tétano

Designação

Percentagem de hipertensos com 25 ou mais anos com vacinação 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 inscritos com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos e com vacina antitetânica atualizada.

Denominador: Contagem de utentes inscritos 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.

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 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", durante pelo menos um dia do período em análise.

C. Com compromisso de vigilância em hipertensão no período em análise.

D. Ter idade igual ou superior a 25 anos a 31 de dezembro do ano em curso.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Hipertensão	MED / USF e UCSP / ACES
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]
Não	Sim	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise
Prazo registos	Fonte de informação	Ponderação
5 dias	SI USF/UCSP	

150**Código**

6.04.02

Cód. SIARS

6.4

Nome abreviado

Percent. grávidas c/ consulta RP efetuada

Designação

Percentagem de grávidas com revisão do 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 vigiadas, 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 com compromisso de vigilância.**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 parto] e o 42º dia de puerpério.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ser mulher;

B. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período em análise.

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

D. Com compromisso de vigilância em Saúde Materna no período em análise.

E. O 42º dia de puerpério, contabilizado a partir da [data de parto], pertence ao período em análise.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

152**Código**

6.09.03

Cód. SIARS

6.9M

Nome abreviado

Percent. prim. consult. gravid. 1º trim.

Designação

Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre

Objetivo

Monitorização do programa de vigilância em saúde materna. Parâmetro "1ª consulta no 1º trimestre de gestação".

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] é verdadeira:

A. Ser mulher;

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

C. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período em análise.

D. O final do 1º trimestre (90º dia de gestação a contar da DUM) pertencente ao período em análise.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Saúde Materna	MED / USF e UCSP / ACES

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

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

157**Código**

7.06.08

Cód. SIARS

7.6 d4

Nome abreviado

Custo medic. faturados, por utiliz. (PVP)

Designação

Custo médio de medicamentos faturados por 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).

Fórmula	Unidade de Medida	Output
AA / BB	€ / UTI	Despesa com medicamentos

157	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	7.06.08	7.6 d4	Custo medic. faturados, por utiliz. (PVP)
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação	
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES	
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]	
Não	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise	
Prazo registos	Fonte de informação		Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP Base de dados de faturação de medicamentos		

160**Código**

7.07.04

Cód. SIARS

7.7 d1

Nome abreviado

Custo MCDTs fatur., por utiliz. SNS (p. conv.)

Designação

Custo médio de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)

Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de MCDTs. Parâmetro "despesa em MCDTs faturados, por utilizador do SNS"

Descrição do indicador

Indicador que exprime a despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS, baseado no [preço].

Numerador: Somatório do [preço] dos MCDTs faturados por entidades convencionadas.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores pertencentes ao SNS.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do [preço] dos MCDTs 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	Unidade de Medida	Output
AA / BB	€ / UTI	Despesa com MCDTs

160	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	7.07.04	7.7 d1	Custo MCDTs fatur., por utiliz. SNS (p. conv.)
Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação	
Eficiência	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES	
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]	
Não	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise	
Prazo registos	Fonte de informação		Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP Base de dados de faturação de MCDTs		

179**Código**

8.09

Cód. SIARS

AE.2009.2012

Nome abreviado

Número UCs atividades específicas

Designação

Número de unidades de contratualização relacionadas atividades específicas

Objetivo

Calcular do número de UCs 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, diabetes mellitus, saúde materna, planeamento familiar, saúde infantil 1º e 2ºano de vida (atividades específicas).

Regras de cálculo

No artigo 29.º do Decreto-Lei 298/2007 de 22 de Agosto (Compensação associada às atividades específicas dos médicos), pode ler-se:

1. A compensação prevista na alínea a) do n.º 4 do artigo anterior está associada ao aumento das unidades ponderadas da lista mínima de utentes dos médicos por força das atividades específicas de vigilância a utentes vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde, nos termos seguintes:

a) A vigilância, em planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano: uma unidade;

b) A vigilância de uma gravidez: oito unidades;

c) A vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano: sete unidades;

d) A vigilância de uma criança, no segundo ano de vida, por ano: três unidades;

e) A vigilância de uma pessoa diabética, por ano: quatro unidades;

f) A vigilância de uma pessoa hipertensa, por ano: duas unidades.

2 — As atividades específicas previstas no número anterior são contratualizadas anualmente e constam da carta de compromisso.

3 — Os critérios para atribuição de unidades ponderadas às atividades específicas previstas no n.º 1 são definidos pela Direcção-Geral da Saúde.?

Assim, as 6 áreas de atividade médica em análise neste indicador são as seguintes:

- Planeamento familiar

- Saúde materna:

- Saúde infantil - 1º ano de vida

- Saúde infantil - 2º ano de vida

- Diabetes

- Hipertensão

PLANEAMENTO FAMILIAR (PF)

Uma utente é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E]:

A. Sexo feminino.

B. Ter entre [15; 50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise).

C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica (contacto direto e SOAP) durante o período em análise (12 meses) com registo parametrizado de uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar o planeamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15). Ver alíneas A e B de "OBSERVAÇÕES".

D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registo de resultado de colpocitologia (MCDT com código B003.5) nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.

E. Ter estado inscrita na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período em análise.

SAÚDE MATERNA (SMAT)

Uma utente é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e (E ou F) e G e H e I

e J e K]:

A. Sexo feminino.

B. Ter efetuado consulta médica de revisão do puerpério no período em análise (12 meses) e, no máximo, 42 dias (6 semanas) após o parto (a data de parto deve estar registada no módulo de saúde materna); Essa consulta deve ter um SOAP realizado por um médico, associado a um contacto direto e, na mesma data, um registo de uma observação no módulo de saúde materna, registada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a quadrícula "revisão do puerpério" assinalada.

C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas. Esta deve ser uma consulta médica (registo de um SOAP associado a um contacto direto). Estas consultas devem ter registo parametrizado de uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar gravidez (W78, W79 ou W84).

D. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas (contacto direto e SOAP) de vigilância em saúde materna até à 38ª semana de gravidez ([1; 39[semanas ou [1; 266] dias). Estas consultas devem ter registo parametrizado de uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar gravidez (W78, W79 ou W84).

E. Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica do 1º trimestre com data de realização entre as [11; 14[semanas de gestação (MCDT com código M272.0).

F. Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica morfológica (MCDT com código M291.7 e M292.5), com data de realização entre as [18; 24[semanas de gestação.

G. Ter estado inscrita na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

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

I. Gravidez não classificada como aborto (ver alínea K de OBSERVAÇÕES GERAIS);

J. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo], durante pelo menos um dia do período em análise;

K. Data de parto registada;

SAÚDE INFANTIL – 1.º ANO DE VIDA (SI1)

Um utente é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E]:

A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise.

B. Ter tido a primeira consulta médica até ao 28º dia de vida [0, 28 dias]. Esta deve ser uma consulta médica (registo de um SOAP associado a um contacto direto). É necessária classificação desta consulta pela ICPC-2 (rubrica A98).

C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas (contacto direto e SOAP) de vigilância em saúde infantil até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias. Estas consultas devem ter registo parametrizado da rubrica da ICPC-2 que permite codificar consultas de vigilância (rubrica A98).

D. Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida - [1, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro.

E. Inscrição ativa na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 330 dias de vida;

SAÚDE INFANTIL – 2.º ANO DE VIDA (SI2)

Um utente é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D]:

A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise.

B. Ter realizado pelo menos 3 consultas médicas (contacto direto e SOAP) de vigilância em saúde infantil entre os 11 e os 23 meses de vida -]330, 700] dias. Estas consultas devem ter registo parametrizado da rubrica da ICPC-2 que permite codificar consultas de vigilância (A98).

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. O Sheridan pode ser registado por médico ou por enfermeiro.

D. Ter estado inscrita na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

DIABETES (DM)

Um utente é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H]:

179**Código**

8.09

Cód. SIARS

AE.2009.2012

Nome abreviado

Número UCs atividades específicas

- A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus (rubricas T89 ou T90 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo, durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas (contacto direto e SOAP) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. Estas consultas devem ter registo parametrizado de uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar diabetes (T89 ou T90).
- C. Ter pelo menos 2 registos de pressão arterial (realizados em datas diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. Os registos podem ser realizados por médicos ou por enfermeiros.
- D. Ter pelo menos 2 registos de resultado de hemoglobina A1C (MCDT com código A531.2) realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. Tem que ser de dias diferentes.
- E. Ter pelo menos 1 registo de resultado de hemoglobina A1C (MCDT com código A531.2) inferior ou igual a 8,5 %, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- F. Ter pelo menos 1 registo de resultado de microalbuminúria, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- G. Ter pelo menos 1 registo de resultados de colesterol total (MCDT com código A410.3), colesterol HDL (MCDT com código A412.0) e triglicéridos (MCDT com código A620.3) realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- H. Ter estado inscrito na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

HIPERTENSÃO (HT)

Um utente é considerado neste grupo se forem verdadeira a condição [A e B e C e D (F ou F) e G]:

- A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (rubricas K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo, durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas (contacto direto e SOAP) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. Estas consultas devem ter registo parametrizado de uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar hipertensão arterial (K86 ou K87).
- C. Ter pelo menos 2 registos de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. Os registos podem ser realizados por médicos ou por enfermeiros.
- D. Ter pelo menos 1 registo de pressão arterial durante o período em análise com valores de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 150 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg.
- E. Ter pelo menos 1 registo de resultado de microalbuminúria, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- F. Ter pelo menos 1 registo de resultados de colesterol total (MCDT com código A410.3), colesterol HDL (MCDT com código A412.0) e triglicéridos (MCDT com código A620.3) realizados durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise. Ver alínea G de "OBSERVAÇÕES".
- G. Ter estado inscrito na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

CONTAGEM DE MÉDICOS (BB):

- A. Número de médicos de família que constituem a equipa, na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de Medida	Output
(PF + 8 SMAT + 7 SI1 + 3 SI2 + 4 DM + 2 HT) / BB	UC	Score: Unidade de contratualização

Tipo de Indicador	Área clínica	Unidades de observação
Desempenho assistencial	Transversal	MED / USF e UCSP / ACES

179	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	8.09	AE.2009.2012	Número UCs atividades específicas
P. análise flutuante	P. análise fixo	Método de [inclusão de utentes no indicador]	
Não	Sim	Utentes utilizadores durante o período em análise	
Prazo registos	Fonte de informação		Ponderação
30 dias	SI USF/UCSP		