

DPS

BILHETE DE IDENTIDADE DOS INDICADORES DE
CONTRATUALIZAÇÃO COM AS UNIDADES DE
CUIDADOS NA COMUNIDADE PARA ANO DE 2015

17 de julho de 2015

Produzido por Ministério da Saúde | ACSS. © Julho 2015. Todos os direitos reservados.

Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ÍNDICE GERAL

Lista de Indicadores	1
Legenda de Campos	2
Conceitos	6
Bilhetes de Identidade de Indicadores	20

LISTA DE INDICADORES

ID	Código	Nome
279	3.16.01	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado
280	3.17.01	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h
281	3.18.01	Número médio visitas domic. por utente, por mês
282	3.19.01	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar
283	3.21.01	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar
284	6.49.01	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos
285	6.60.01	Taxa de efetividade prevenção de úlceras pressão
286	6.51.01	Taxa de cicatrização de úlceras de pressão
287	2.15.01	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI
288	6.52.01	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT
289	6.53.01	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor
290	6.54.01	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."
291	6.55.01	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.
292	7.18.01	Taxa de ocupação da ECCI
293	7.19.01	Tempo médio de permanência em ECCI

LEGENDA DE CAMPOS

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

Código constituído por 2 ou por 3 números: X.YY[.ZZ].

O 1º número deste código (X), respeita as seguintes regras:

- 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.

O segundo número deste código (YY), identifica cada indicador dentro do grupo definido por X. Para novos indicadores é atribuída uma numeração sequencial.

O terceiro número, caso exista, permite especificar versões do mesmo indicador.

Cód. SIARS

Código que é usado pelo SIARS e pelo SIM@SNS para identificar o indicador.

Em 2013, constituído por 3 números separados por pontos, com o seguinte formato:

AAAA.nnn.VV

O significado dos números é o seguinte:

AAAA – Ano de início de validade do indicador;

nnn – Número sequencial na base de dados de definição de indicadores;

VV – versão do indicador para distinguir variantes do mesmo indicador.

Noutros anos usada uma classificação semelhante à de [código].

Objetivo

Especifica com que objetivo o indicador é construído.

Descrição do indicador

Descreve, de forma extensa do que a designação, o que está a ser medido. Especifica, sempre que aplicável, de forma resumida, o numerador e o denominador do indicador.

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 (ao numerador, ao denominador e sempre que necessário, às variáveis específicas que os constituem).

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. Aditem-se os seguintes atributos:

- USF ou UCSP;
- UCSP-M;
- MED (médico);
- UCC;
- 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.

- **UCSP-M:** Atividade realizada sobre os ficheiros de utentes com médico de família de uma UCSP. Contabiliza-se a atividade realizada sobre todos os utentes inscritos na UCSP que tenham médico de família à data de referência do indicador e realizada por profissionais dessa unidade. Não se contabilizam no denominador os utentes que não tenham médico de família nem se contabiliza no numerador a atividade realizada sobre esses utentes.

- **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.

- **UCC:** Existem genericamente 3 tipos de indicadores: (1) Aqueles que medem a atividade realizada sobre utentes integrados na(s) ECCI relacionada. (2) Aqueles que medem a atividade sobre utentes residentes na área de abrangência da UCC; (3) Os que medem atividade sobre elementos da comunidade (p.e., turmas).

- **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 fixo] e [Análise flutuante] devem ser iguais.

Os resultados possíveis para este campo são:

Sim / Não

P. análise fixo

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 fixo], 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 fixo] 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:

- Uteses utilizadores durante o período em análise.
- Uteses inscritos em pelo menos um dia do período em análise.
- Uteses 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.

Nos registos de resultados de exames complementares de diagnóstico, são aceites os que forem registados até 1 mês após a data de referência do indicador. Nos indicadores que analisam atividade relacionada com resultados de análises ou de exames, o "prazo para registos" é de 30 dias e o SIARS recalcula os respetivos resultados de 31 de dezembro tendo em conta os registos inseridos em janeiro do ano seguinte e republica-os até 15 de fevereiro. O facto de só recalcular os indicadores com data de referência a 31-DEZ pode justificar pequenas subidas nos resultados dessa data quando se analisam dados históricos de indicadores relacionados com MCDT's, sendo esse efeito mais evidente na metodologia de [análise flutuante].

Nos restantes registos (SOAP, receitas médicas, dados biométricos, codificação do A do SOAP, notas de enfermagem, etc), o prazo para registos é de 5 dias após a data de agendamento da consulta (nas consultas presenciais) e de 10 dias nas consultas não presenciais. Exceptuam-se, nas consultas não presenciais, as agendadas para os últimos 5 dias de cada mês, que terão respetivamente, 10, 9, 8, 7 e 6 dias de prazo para registos, pelo facto de os carregamentos do SIARS a partir dos sistemas fonte ocorrerem a partir do dia 6 de cada mês.

Assim, para que um resultado de um exame complementar ou de uma análise seja aceite para um indicador é necessário:

- A. Que a data em que o exame foi realizado (data do resultado) esteja dentro do período em análise do indicador;
- B. Que o registo desse resultado seja feito até a data de referência do indicador (nos indicadores cujos resultados se referem aos meses de janeiro a novembro de cada ano);
- C. Que o registo desse resultado seja feito até 31 de janeiro do ano seguinte (nos indicadores cujos resultados se referem ao mês de dezembro);

Para que um dado biométrico (peso, pressão arterial, exame de pés, etc), ou um diagnóstico associado a uma consulta, sejam usados para os cálculos dos indicadores é necessário que:

- A. A respetiva "data" (data de resultado ou data de diagnóstico) esteja dentro do período em análise do indicador.
- B. Que o registo tenha sido efetuado em associação a uma consulta presencial ou não presencial.
- C. Que o registo seja efetuado até 5 dias após a data de agendamento da consulta (nas consultas presenciais) e de 10 dias nas consultas não presenciais. As consultas não presenciais agendadas nos últimos 5 dias de cada mês aceitam este tipo de registos no máximo até ao dia 5 do mês seguinte.

Fonte de informação

Base(s) de dados fonte da informação

Ponderação

Estabelece a importância relativa de cada indicador. O seu valor correlaciona-se com o volume de trabalho (dos profissionais de saúde) subjacente à atividade monitorizada por cada indicador e com a importância dessa atividade para a melhoria do nível de saúde dos utentes.

Pode afirmar-se que o peso relativo de cada indicador será tanto maior quanto:

- a) Mais complexa for a atividade monitorizada;
- b) Maior for o número de utentes alvo;
- c) Maior for o impacto dessa atividade sobre o nível de saúde da população;
- d) Maior for o alinhamento do indicador com as áreas prioritárias do plano nacional de saúde;
- f) Maior for o respetivo potencial para a indução de ganhos de eficiência.

Uma vez que existem vários fatores a concorrerem para a determinação do valor da ponderação de cada indicador, não é possível afirmar que um indicador ponderado com "4" seja 2 vezes mais complexo ou que exija 2 vezes mais trabalho do que um indicador ponderado com "2". Apenas se pode afirmar que o indicador ponderado com "4" é provavelmente mais complexo ou que a atividade que lhe está subjacente exige mais recursos ou que é mais eficiente na indução de ganhos em saúde do que o que está ponderado com "2".

Também pode suceder que a relação entre ponderações possa ser alterada ao longo do tempo, caso se alterem as prioridades ou o potencial para indução de ganhos de eficiência respetivos.

Legenda

Legenda específica das abreviaturas usadas nos diversos campos do registo

CONCEITOS

R125

Nome

Alta da ECCI

Descrição

É considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI e deixa de ser beneficiário da intervenção da equipa.

A [Alta da ECCI] é efetuada no SAPE/SClinico através do painel de "utentes referenciados da ECCI", através do botão de [Termo].

A [Alta da ECCI] pode ser qualificada no sistema de informação SAPE/SClinico da seguinte forma:

- Internamento Hospitalar;
- Óbito;
- Objetivos atingidos;
- Transferência para outra tipologia;
- Outros.

R047

Nome

Consulta

Descrição

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 contacto], 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 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.

Nota: Apenas se contabilizam os registos referidos em D, E, F, G, H e I efetuados até 10 dias após a data para a qual a consulta foi agendada e no máximo até ao 5º dia do mês seguinte (nas consultas agendadas para os 5 últimos dias de cada mês).

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.

Nota: Apenas se contabilizam os registos de SOAP (referidos em D) efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.

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).

Notas:

1. As consultas com código C003 são um subconjunto das consultas com código C002.
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 D010 (ver [Classificação do "A" do SOAP pela ICPC-2] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).

3. Apenas se contabilizam os registos referidos em D, E e F efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.

C004 | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - 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 [sem a presença do utente] e [terminado];
- B. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem], ou pelo menos uma [medicação] ou pelo menos uma [atitude terapêutica] (prescrição de outro técnico), codificadas pela CIPE.
- C. Existência de uma [consulta de enfermagem], classificada como [sem a presença do utente] e [terminado];
- D. Associação a um [programa de saúde];
- E. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE.

Notas:

- 1. Para classificar uma [consulta] ou um [ato 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 se procede à [Ativação do contacto] no SAPE.
- 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 C004 [Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta)] e que sejam realizados no mesmo dia, ao mesmo utente e pelo mesmo profissional são contados uma única vez.
- 3. A expressão E. não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
- 4. Apenas se contabilizam os registos referidos em B e E efetuados até 10 dias após a data para a qual a consulta foi agendada e no máximo até ao 5º dia do mês seguinte (nas consultas agendadas para os 5 últimos dias de cada mês).

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

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

- A. Existência de pelo menos um [ato de enfermagem], classificado como [direto] e [terminado];
- B. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem], ou pelo menos uma [medicação] ou pelo menos uma [atitude terapêutica] (prescrição de outro técnico), codificadas pela CIPE.
- C. Existência de uma [consulta de enfermagem], classificada como [direta] e [terminado];
- D. Associação a um [programa de saúde];
- 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 que, quando se procede à [Ativação do contacto] no SAPE, selecionar em [local da consulta], qualquer dos itens lá existentes exceto os referidos para [consulta] ou [ato de enfermagem] [sem a presença do utente].
- 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 são contados uma única vez.
- 3. A expressão E. inclui [intervenção], [medicação], [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
- 4. Apenas se contabilizam os registos referidos em B e E efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.

C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SAPE

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e (C ou D)] 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. Pelo menos um novo registo de [status ou diagnóstico de enfermagem] (codificado pela CIPE);
- D. 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. A expressão D. não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
- 3. As consultas de vigilância não podem ser registadas como [Atos de enfermagem] nem como [não presencial].
- 4. As consultas com código C006 são um subconjunto das consultas com código C005.
- 5. Apenas se contabilizam os registos referidos em B, C e D efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.

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].

Nota: Apenas se contabilizam os registos referidos em B, C, D, E e F efetuados até 10 dias após a data para a qual a consulta foi agendada e no máximo até ao 5º dia do mês seguinte (nas consultas agendadas para os 5 últimos dias de cada mês).

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].

Nota: Apenas se contabilizam os registos referidos em B, efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.

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.

Notas

1. As consultas com código C009 são um subconjunto das consultas com código C008.
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 D010 (ver [Classificação do "A" do SOAP pela ICPC-2] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).
3. Apenas se contabilizam os registos referidos em B, D, e E efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.

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 E] 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].

Nota: Apenas se contabilizam os registos referidos em B, C e D efetuados até 10 dias após a data para a qual a consulta foi agendada e no máximo até ao 5º dia do mês seguinte (nas consultas agendadas para os 5 últimos dias de cada mês).

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].

Nota: Apenas se contabilizam os registos referidos em B efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.

C012 | Consulta de enfermagem 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 enfermeiro da unidade de saúde;
- C. Não ter assinalado a quadrícula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto];
- D. Registo de observação na ficha do programa ou do problema de saúde correspondente, realizado por qualquer enfermeiro;
- E. 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 ainda necessário considerar as regras definidas nos conceitos D001 a D010 (ver [Classificação do "A" do SOAP pela ICPC-2] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).
3. O MedicineOne tem instalada uma versão incompletada CIPE-2 pelo que não é possível especificar regras para a identificação de consultas de vigilância de enfermagem a partir dos registos com esta classificação.
4. Apenas se contabilizam os registos referidos em B, D e E efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.

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;

Nota: Apenas se contabilizam os registos referidos em B, C, D e E efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.

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;

Nota: Apenas se contabilizam os registos referidos em B efetuados até 10 dias após a data para a qual a consulta foi agendada e no máximo até ao 5º dia do mês seguinte (nas consultas agendadas para os 5 últimos dias de cada mês).

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.

Notas:

1. As consultas com código C015 são um subconjunto das consultas com código C014.
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 D010 (ver [Classificação do "A" do SOAP pela ICPC-2] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).
3. Apenas se contabilizam os registos referidos em B, C e D efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.

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;.

Nota: Apenas se contabilizam os registos referidos em B, C e D efetuados até 10 dias após a data para a qual a consulta foi agendada e no máximo até ao 5º dia do mês seguinte (nas consultas agendadas para os 5 últimos dias de cada mês).

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;.

Nota: Apenas se contabilizam os registos referidos em B, C e D efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.

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]).
- 4: Apenas se contabilizam os registos referidos em B, C e D efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.

R056

Nome

Contacto

Descrição

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.

R031

Nome

Data de referência do indicador

Descrição

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.

R065

Nome

Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE

Descrição

A CIPE pode ser usada pelos enfermeiros para codificar [diagnósticos] e [intervenções de enfermagem]. Especificam-se os códigos da CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos] e [intervenções de enfermagem] e que permitem detetar a realização de uma [consulta de enfermagem de vigilância]. O que aqui se descreve 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. Acresce que em Portugal, o SAPE usa a CIPE-B2 e os outros 2 sistemas (MedicineOne e VitaCare) usam a CIPE 2011 (www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx), pelo que se indicam os códigos específicos de cada [área de vigilância] quer para realização de [diagnósticos] quer para [intervenções], nas 2 versões da CIPE.

E001 | CIPE-B2 | Fenómenos específicos de [Vigilância em saúde infantil e juvenil]:

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

Notas:

1. Apenas são válidos em utentes com idade compreendida no intervalo [0; 18[anos.

E001 | CIPE-B2 | Alvos de ações de enfermagem específicas de [Vigilância em saúde infantil e juvenil]:

- Inexistentes;

E001 | CIPE-2 | Diagnósticos/resultados específicos de [Vigilância em saúde infantil e juvenil]:

- Défice de conhecimento sobre o desenvolvimento da criança (código: 10029962);
- Desenvolvimento da criança comprometido (código: 10023294);
- Desenvolvimento do adolescente comprometido (código: 10023304);
- Desenvolvimento do recém-nascido comprometido (código: 10023273);
- Desenvolvimento infantil comprometido (código: 10023287);
- Desenvolvimento infantil efectivo (código: 10030222);
- Risco de compromisso do desenvolvimento infantil (código: 10033375);
- Atraso de crescimento (código: 10034926);
- Atraso no Crescimento (código: 10000611);

- Crescimento efectivo (código: 10028419);
- Risco de atraso de crescimento (código: 10034935);
- Risco de Atraso no Crescimento (código: 10015076);
- Risco de crescimento desproporcionado (código: 10034957);
- Risco de Crescimento Desproporcionado (código: 10015095);
- Ligação prestador de cuidados - criança comprometida (código: 10027219);
- Ligação prestador de cuidados - criança efectiva (código: 10028658);
- Risco de ligação prestador de cuidados - criança comprometida (código: 10027235);

Notas:

1. Apenas são válidos em utentes com idade compreendida no intervalo [0; 18[anos.

E001 | CIPE-2 | Intervenções de Enfermagem específicas de [Vigilância em saúde infantil e juvenil]:

- Avaliar o desenvolvimento da criança (código: 10030570);
- Promover o desenvolvimento da criança (código: 10032454);
- Providenciar serviço de promoção de saúde para o desenvolvimento da criança (código: 10032533);
- Rastrear desenvolvimento da criança (código: 10032695);
- Rastrear desenvolvimento infantil (código: 10032719);
- Ligação prestador de cuidados - criança efectiva (código: 10027183);

Notas:

1. Apenas são válidos em utentes com idade compreendida no intervalo [0; 18[anos.

E001 | CIPE-2 | Focos específicos de [Vigilância em saúde infantil e juvenil]:

- Conhecimento sobre o desenvolvimento da criança (código: 10031626);
- Desenvolvimento da criança (código: 10004324);
- Desenvolvimento do adolescente (código: 10023343);
- Desenvolvimento do recém-nascido (código: 10023971);
- Atraso de crescimento (código: 10034919);
- Atraso no Crescimento (código: 10005685);
- Crescimento (código: 10008563);
- Crescimento comprometido (código: 10034903);
- Crescimento desproporcionado (código: 10034942);
- Crescimento Desproporcionado (código: 10006071);
- Processo de crescimento normal (código: 10019709);

Notas:

1. Apenas são válidos em utentes com idade compreendida no intervalo [0; 18[anos.

E002 | CIPE-B2 | Fenómenos específicos de [Vigilância em saúde materna]:

- Adaptação à Gravidez (código: 1A.1.2.1.1.3.);
- Gravidez (código: 1A.1.1.1.15.3.);
- Desenvolvimento Fetal (código: 1A.1.1.1.16.1.1.);
- Promoção da Gravidez: Risco de Aborto (código: 1A.1.2.1.1.2.1.2.);
- Gravidez não Planeada (código: 1A.1.2.1.1.2.2.);
- Interrupção da Gravidez (código: 1A.1.2.1.1.2.4.);

Notas:

1. Válidos em mulheres.

E002 | CIPE-B2 | Alvos de acções de enfermagem específicas de [Vigilância em saúde materna]:

- Inexistentes;

E002 | CIPE-2 | Intervenções de Enfermagem específicas de [Vigilância em saúde materna]:

- Inexistentes;

E002 | CIPE-2 | Diagnósticos/resultados específicos de [Vigilância em saúde materna]:

- Risco de complicações durante a gravidez (código: 10023225);
- Risco de gravidez não desejada (código: 10023182);
- Sem complicações durante a gravidez (código: 10029357);

Notas:

1. Válidos em mulheres.

E002 | CIPE-2 | Focos específicos de [Vigilância em saúde materna]:

- Gravidez (código: 10015421);
- Gravidez comprometida (código: 10012836);
- Gravidez não planeada (código: 10020292);
- Desenvolvimento fetal (código: 10007890);

Notas:

1. Válidos em mulheres.

E003 | CIPE-B2 | Fenómenos específicos de [Vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar]:

- Planeamento Familiar (código: 1A.1.2.1.1.);
- Promoção da Gravidez (código: 1A.1.2.1.1.2.1.);
- Promoção da Gravidez: Infertilidade (código: 1A.1.2.1.1.2.1.1.);
- Prevenção da Gravidez (código: 1A.1.2.1.1.2.3.);
- Uso de Contraceptivos (código: 1A.1.1.2.2.1.9.1.1.1.);

Notas:

1. Válidos em mulheres.

E003 | CIPE-B2 | Alvos de ações de enfermagem específicas de [Vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar]:

- Inexistentes;

E003 | CIPE-2 | Diagnósticos/resultados específicos de [Vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar]:

- Risco de complicações com o uso de contraceptivos (código: 10023202);

Notas:

1. Válidos em mulheres.

E003 | CIPE-2 | Intervenções de Enfermagem específicas de [Vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar]:

- Ensinar sobre o planeamento familiar (código: 10032925);
- Referenciar para o serviço de planeamento familiar (código: 10032580);
- Prevenir a gravidez (código: 10025213);
- Promover a gravidez (código: 10025221);
- Uso de contraceptivos (código: 10005103);

Notas:

1. Válidos em mulheres.

E003 | CIPE-2 | Focos específicos de [Vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar]:

- Planeamento familiar (código: 10007622);
- Contração uterina (código: 10020523);
- Contraceptivo (código: 10025428);

Notas:

1. Válidos em mulheres.

E004 | CIPE-B2 | Fenómenos específicos de [Vigilância em hipertensão]:

- Hipertensão (código: 1A.1.1.1.2.2.1.1.);

E004 | CIPE-B2 | Alvos de ações de enfermagem específicas de [Vigilância em hipertensão]:

- Inexistentes;

E004 | CIPE-2 | Diagnósticos/resultados específicos de [Vigilância em hipertensão]:

- Inexistentes;

E004 | CIPE-2 | Intervenções de Enfermagem específicas de [Vigilância em hipertensão]:

- Inexistentes;

E004 | CIPE-2 | Focos específicos de [Vigilância em hipertensão]:

- Hipertensão (código: 10009394);

E005 | CIPE-B2 | Fenómenos específicos de [Consulta de revisão do puerpério]:

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

E005 | CIPE-B2 | Alvos de acções de enfermagem específicas de [Consulta de revisão do puerpério]:

- Inexistentes;

E005 | CIPE-2 | Diagnósticos/resultados específicos de [Consulta de revisão do puerpério]:

- Capacidade parental efectiva (código: 10027955);
- Disponibilidade para parentalidade adequada (código: 10001521);
- Parentalidade comprometida (código: 10000939);
- Risco de compromisso no desempenho do papel parental (código: 10015198);
- Stress parental (código: 10001385);
- Risco de ligação mãe/pai-filho comprometida (código: 10027203);
- Amamentação adequada (código: 10001411);
- Amamentação interrompida (código: 10000774);
- Défice de conhecimento sobre amamentação (código: 10029958);
- Padrão de amamentação comprometido (código: 10001098);

E005 | CIPE-2 | Intervenções de Enfermagem específicas de [Consulta de revisão do puerpério]:

- Ensinar sobre os cuidados à mama durante o período pós-parto (código: 10032885);

E005 | CIPE-2 | Focos específicos de [Consulta de revisão do puerpério]:

- Adaptação à parentalidade (código: 10004284);
- Capacidade parental (código: 10000109);
- Papel parental (código: 10014068);
- Parentalidade (código: 10014052);
- Parentalidade efectiva (código: 10014902);
- Vinculação (código: 10003548);
- Ligação mãe/pai-filho (código: 10027196);
- Papel de mãe (código: 10012235);
- Amamentação (código: 10003645);
- Amamentação exclusiva (código: 10007273);
- Conhecimento sobre amamentação (código: 10031619);
- Regime de cuidados à mama (código: 10030850);
- Regime de cuidados pós-parto (código: 10032262);

E006 | CIPE-B2 | Fenómenos específicos de [Consulta relacionada com tabagismo]:

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

E006 | CIPE-B2 | Alvos de acções de enfermagem específicas de [Consulta relacionada com tabagismo]:

- Inexistentes;

E006 | CIPE-2 | Diagnósticos/resultados específicos de [Consulta relacionada com tabagismo]:

- Abuso de tabaco (código: 10022247);

E006 | CIPE-2 | Intervenções de Enfermagem específicas de [Consulta relacionada com tabagismo]:

- Inexistentes;

<p>E006 CIPE-2 Focos específicos de [Consulta relacionada com tabagismo]: - Abuso do tabaco (código: 10019766);</p> <p>E007 CIPE-B2 Fenómenos específicos de [Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool"]: - Uso de Álcool (código: 1A.1.1.2.2.1.3.1.2.);</p> <p>E007 CIPE-B2 Alvos de ações de enfermagem específicas de [Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool"]: - Inexistentes;</p> <p>E007 CIPE-2 Diagnósticos/resultados específicos de [Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool"]: - Abuso de álcool (código: 10002137);</p> <p>E007 CIPE-2 Intervenções de Enfermagem específicas de [Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool"]: - Inexistentes;</p> <p>E007 CIPE-2 Focos específicos de [Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool"]: - Abuso do álcool (código: 10022234);</p> <p>E008 CIPE-B2 Fenómenos específicos de [Consulta relacionada com obesidade]: - Obesidade (código: 1A.1.1.1.4.2.2.1.);</p> <p>E008 CIPE-B2 Alvos de ações de enfermagem específicas de [Consulta relacionada com obesidade]: - Inexistentes;</p> <p>E008 CIPE-2 Diagnósticos/resultados específicos de [Consulta relacionada com obesidade]: - Inexistentes;</p> <p>E008 CIPE-2 Intervenções de Enfermagem específicas de [Consulta relacionada com obesidade]: - Inexistentes;</p> <p>E008 CIPE-2 Focos específicos de [Consulta relacionada com obesidade]: - Obeso (código: 10013457);</p> <p>E009 CIPE-B2 Fenómenos específicos de [Vigilância em diabetes]: - Inexistentes;</p> <p>E009 CIPE-B2 Alvos de ações de enfermagem específicas de [Vigilância em diabetes]: - Diabetes (código: 2B.2.2.1.5.6.);</p> <p>E009 CIPE-2 Diagnósticos/resultados específicos de [Vigilância em diabetes]: - Inexistentes;</p> <p>E009 CIPE-2 Intervenções de Enfermagem específicas de [Vigilância em diabetes]: - Inexistentes;</p> <p>E009 CIPE-2 Focos específicos de [Vigilância em diabetes]: - Diabetes (código: 10005876);</p>
--

Inscrição ativa

Descrição

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 não frequentadores" (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.

R124

Nome

Integração de utente na ECCI

Descrição

Utente beneficiário da intervenção da equipe da ECCI.
No sistema SAPE/SClínico, a admissão é efetuada no painel de "utentes referenciados da ECCI", através do botão de [Admissão].
Todos os utentes que tenham sido admitidos através deste processo, são considerados utentes [integrados na ECCI].
Quando num determinado dia existir mais do que uma integração do mesmo doente, O SIARS assume que as mais curtas sejam erro, contabilizando apenas a mais longa nos indicadores.

R126

Nome

Suspensão de vaga na ECCI

Descrição

Define o momento sob o qual se procede a uma interrupção da integração na ECCI e nas intervenções de enfermagem. A suspensão de vaga pode ser qualificada no sistema de informação SAPE/SClínico da seguinte forma:

- Internamento Hospitalar;
- Óbito;
- Objetivos atingidos;
- Transferência para outra tipologia;
- Outros.

A suspensão de vaga tem uma duração máxima de 8 dias. Para efeitos de análise de informação e processamento de indicadores, os utentes cujo período de suspensão se prolongue por mais do que 8 dias (sem reintegração) serão considerados como tendo tido "alta" 8 dias após a data de suspensão, atribuindo-se automaticamente como motivo de alta "outros".
Caso as equipas das UCC retifiquem esta informação até ao final do mês seguinte, o SIARS passará a usar (a partir do mês da retificação) a informação introduzida pelos profissionais no SAPE/SClínico, independentemente dessa retificação ser feita através de uma "alteração da data de suspensão", de "reintegração", de uma "alta", ou de uma combinação das anteriores.
Caso a retificação seja feita pelos profissionais após o final do mês seguinte, o SIARS já não atualiza a informação do mês N-2 e apenas considera uma nova integração no mês atual.

R057

Nome

Tipo de contacto

Descrição

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].

BILHETES DE IDENTIDADE DE INDICADORES

279	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.16.01		Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado

Designação

Proporção de visitas domiciliárias de enfermagem efetuadas no período de fim-de-semana ou em dias de feriado

Objetivo

Monitorizar a acessibilidade aos cuidados de enfermagem no período fim-de-semana ou em dias de feriado.

Descrição do Indicador

Exprime a proporção de visitas domiciliárias no ano a utentes [integrados na ECCI] no período fim-de-semana ou em dias de feriado.
Numerador: Contagem de visitas domiciliárias de enfermagem a realizadas a utentes [integrados na ECCI] no período fim-de-semana ou em dias de feriado.
Denominador: Contagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a utentes [integrados na ECCI].

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. Realizados ao fim-de-semana ou em dias de feriado nacional (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Realizados aos utentes [integrados na ECCI], durante o período em análise do denominador.

B. Realizados no domicílio, por qualquer enfermeiro da UCC (ver alíneas B e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Que estão de acordo com as definições de [Consulta enfermagem com a presença do utente (direta)] com os código C005 (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS e [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS).

Observações Gerais

A. Não se contabilizam para o numerador os domicílios realizados em dias de feriado municipal.

B. Apenas são contabilizados os contactos realizados por enfermeiros da UCC, excluindo contactos de enfermeiros de outras unidades funcionais do ACES.

C. Os registos de [Consulta enfermagem com a presença do utente (direta)] devem estar de acordo com um dos seguintes códigos de consulta, definidos na secção GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

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

D. Os registos podem ser realizados até 5 dias após a data de agendamento. Por exemplo uma consulta realizada a um sábado pode ser registada até à 5ª feira da semana seguinte.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. No SAPE/SClínico, considera-se visita domiciliária desde que seja selecionado o item [domicílio], em [local da consulta], na janela de [marcação]. É irrelevante assinalar [ato de enfermagem] ou [consulta de enfermagem]. A consulta não pode ficar [pendente]. Deve ser [terminada].

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE

- Numerador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO

- Numerador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de visitas domiciliárias	3

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Acesso	Transversal	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	Quanto mais próximo de determinado valor, melhor

Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade.

280	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.17.01		Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h

Designação

Proporção de utentes com contacto pela equipa multiprofissional nas primeiras 48h

Objetivo

Permite monitorizar a acessibilidade à primeira avaliação das necessidades em cuidados por parte da equipa multiprofissional.

Descrição do Indicador

Exprime a proporção de utentes [integrados na ECCI] no ano, com contacto nas primeiras 48h pela equipa multiprofissional.
Numerador: Contagem de utentes [integrados na ECCI], com contacto nas primeiras 48h pela equipa multiprofissional.
Denominador: Contagem de utentes [integrados na ECCI].

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições do denominador.

B. Com pelo menos dois contactos realizados nas primeiras 48h após [data de admissão], por elementos de grupos profissionais diferentes, pertencentes à equipa multiprofissional (ver alíneas B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Com pelo menos um dos contactos contabilizados na alínea B deverá ser do tipo [visita domiciliária].

DENOMINADOR (BB):

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

A. Pertencentes a utentes com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Não se contabilizam utentes com [suspensão de vaga] (independentemente do motivo), até ao 2º dia após a [data de admissão].

Observações Gerais

A. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI.

B. Os grupos profissionais admissíveis para análise neste indicador são: enfermeiros; assistentes sociais; médicos; fisioterapeutas; nutricionistas; psicólogos. Os registos de consulta de elementos de quaisquer destes grupos profissionais são recolhidos no SAM/SAPE/SClínico. Não se recolhe informação de consultas a partir do GestCare.

C. As consultas contabilizadas no numerador são do tipo [Consulta presencial no domicílio] ou [Consulta não presencial] de um dos tipos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

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

- C005 | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - SAPE (inclui domicílios)
- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico:
- C002 | Consulta médica presencial - SAM (inclui domicílios)
- Consulta presencial realizada por fisioterapeuta (inclui domicílios)
- Consulta não presencial realizada por fisioterapeuta
- Consulta presencial realizada por assistente social (inclui domicílios)
- Consulta não presencial realizada por assistente social
- Consulta presencial realizada por psicólogo (inclui domicílios)
- Consulta não presencial realizada por psicólogo
- Consulta presencial realizada por nutricionista (inclui domicílios)
- Consulta não presencial realizada por nutricionista

D. A data de realização dos contactos contabilizadas no numerador deve ocorrer até ao segundo dia após a [data de admissão na ECCI].

Significa que se um utente for admitido na ECCI no dia 23 de outubro (independentemente da hora de realização), os 2 contactos contabilizáveis para o numerador, devem ser realizados até ao final do dia 25 de outubro.

E. Enquanto os sistemas de informação não permitirem os registos por profissionais que não médicos ou enfermeiros, o indicador entra apenas em linha de conta com os registos destes 2 grupos.

F. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da fórmula seguinte:

$$[\text{Duração da integração}] = [\text{Data de alta}] - [\text{Data de admissão}] + 1$$

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. A admissão é registada no painel de utentes referenciados da ECCI através do botão [Admissão].

B. A alta é registada no painel de utentes referenciados da ECCI através do botão [Termo].

C. Considera-se domicílio desde que seja selecionado o item [domicílio], em [local da consulta], na janela de [marcação]. É irrelevante assinalar [ato de enfermagem] ou [consulta de enfermagem]. A consulta não pode ficar [pendente]. Deve ser [terminada].

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "data de admissão"): Para cada utente incluído no denominador, analisam-se as "datas de admissão" até 24 meses antes da data de referência do indicador.

- Numerador (variável "data de contacto"): Para cada utente incluído no denominador, analisam-se as "datas de contacto" até ao 2º dia após a "data de admissão".

- Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "data de admissão"): Para cada utente incluído no denominador, analisam-se as "datas de admissão" entre 1 de janeiro do ano N-1 e a data de referência do indicador.

- Numerador (variável "data de contacto"): Para cada utente incluído no denominador, analisam-se as "datas de contacto" até ao 2º dia após a "data de admissão".

- Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N e termina na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	3

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Acesso	Transversal	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

281	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.18.01		Número médio visitas domic. por utente, por mês

Designação

Número médio de visitas domiciliárias por qualquer elemento da equipa, por utente, por mês de internamento

Objetivo

Monitorizar a frequência de cuidados da equipa multiprofissional aos utentes integrados na ECCI

Descrição do Indicador

Indicador que exprime o número médio de visitas domiciliárias por qualquer elemento da equipa, por utente, por mês.

Fator 1: Contagem de domicílios realizados a utentes [integrados na ECCI].

Fator 2: Somatório do número de dias de internamento de utentes [integrados na ECCI].

Fórmula: $[\text{Fator 1}] / [\text{Fator 2}] \times 365,25 / 12$

Regras de cálculo

Fator 1 (AA):

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

A. Uteses com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias.

C. Realizados por qualquer elemento da equipa multiprofissional, durante o período de integração do utente na ECCI (ver alíneas C, D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS)

Fator 2 (BB):

Somatório do número de dias de internamento de utentes [integrados na ECCI], em que a expressão [A e B e C] é verdadeira (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS):

A. Uteses com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Não se contabilizam os dias de [suspensão de vaga] (independentemente do motivo), que decorram entre a [data de internamento] e a [data de alta].

C. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias.

Observações Gerais

A. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da fórmula seguinte:

$[\text{Duração da integração}] = [\text{Data de alta}] - [\text{Data de admissão}] + 1$

B. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI.

C. Os grupos profissionais admissíveis para análise neste indicador são: enfermeiros; assistentes sociais; médicos; fisioterapeutas; nutricionistas; psicólogos. Os registos de consulta de elementos de quaisquer destes grupos profissionais são recolhidos no SAM/SAPE/SClínico. Não se recolhe informação de consultas a partir do GestCare.

D. As consultas contabilizadas no numerador são do tipo [Consulta presencial no domicílio] de um dos tipos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

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

- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico:

- Consulta presencial (domicílio) realizada por psicólogo

- Consulta presencial (domicílio) realizada por fisioterapeuta

- Consulta presencial (domicílio) realizada por assistente social

- Consulta presencial (domicílio) realizada por nutricionista

E. Enquanto os sistemas de informação não permitirem os registos por profissionais que não médicos ou enfermeiros, o indicador entra apenas em linha de conta com os registos destes 2 grupos.

F. Podem ser contabilizados mais do que 1 domicílio por dia pelo mesmo profissional.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. A admissão é registada no painel de utentes referenciados da ECCI através do botão [Admissão].

B. A alta é registada no painel de utentes referenciados da ECCI através do botão [Termo].

C. Os contactos devem ser associados à equipa ECCI.

SAM/SClínico:

A. São contabilizados todos os domicílios médicos realizados durante o período de integração do utente na ECCI, desde que o registo clínico

seja feito no local de trabalho da UCC. O médico deve, após login no SClínico/SAM, escolher o local de trabalho correspondente à UCC.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Fator 1 (variável "contacto no domicílio"): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os domicílios que decorram entre o período temporal de cada integração na ECCI.
- Fator 2 (variável "data alta da ECCI") : Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Fator 2 (variável "data de integração na ECCI") : Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. A data de admissão pode ser analisada até 1 ano antes da data de alta.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Fator 1 (variável "contacto no domicílio"): Duração de 13 a 24 meses, iniciando a 1 de janeiro do ano N-1 e terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os domicílios que decorram entre o período temporal de cada integração na ECCI.
- Fator 2 (variável "data alta da ECCI") : Duração de 1 a 12 meses, entre 1 de janeiro do ano em curso e a data de referência do indicador.
- Fator 2 (variável "data de integração na ECCI") : Duração de 13 a 24 meses, entre 1 de janeiro do ano N-1 e a data de referência do indicador. A data de admissão pode ser analisada até 1 ano antes da data de alta.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 365,25 / 12	DOM / UTE / MES	Média de domicílios por utente por mês de integração	3

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Acesso	Transversal	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	Quanto mais próximo de determinado valor, melhor

Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

282	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.19.01		Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar

Designação

Proporção de turmas abrangidas pelo Programa Nacional de Saúde Escolar

Objetivo

Monitorizar a acessibilidade aos cuidados previstos no Programa Nacional de Saúde Escolar.

Descrição do Indicador

Exprime a proporção de turmas do parque escolar na área de abrangência da UCC que são abrangidas por cuidados previstos no Programa Nacional de Saúde Escolar.

Numerador: Contagem de turmas do parque escolar na área de abrangência da UCC, abrangidas pelos cuidados previstos no Programa Nacional de Saúde Escolar.

Denominador: Contagem de turmas do parque escolar na área de abrangência da UCC.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições definidas no denominador;

B. Com pelo menos um registo de "consulta de enfermagem de âmbito comunitário", realizada por um dos elementos da UCC, durante o ano letivo (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. A consulta referida no ponto B. encontra-se associada ao PNSE.

D. A consulta referida no ponto B. deve ter pelo menos uma intervenção de enfermagem, classificada pela CIPE.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Pertencentes ao parque escolar na área de abrangência da UCC (ver alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Pertencentes ao ensino pré-escolar, básico (1º, 2º ou 3º ciclos) ou ao ensino secundário.

C. Inseridas no sistema de informação com referência ao ano letivo que termina no período em análise (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para indicadores com mês de referência entre janeiro e junho, são contabilizadas as "consulta de enfermagem de âmbito comunitário" realizadas entre setembro do ano anterior e o mês de referência do indicador;

B. Para indicadores com mês de referência entre julho e dezembro, são contabilizadas as "consulta de enfermagem de âmbito comunitário" realizadas entre setembro do ano anterior junho do próprio ano;

C. Serão contabilizadas as turmas registadas no sistema de informação em que o [ano letivo inicial] seja igual ao ano anterior ao da data de referência do indicador e o [ano letivo final] seja igual ao ano da data de referência do indicador.

D. As equipas devem operacionalizar o registo de turmas do parque escolar indexadas ao ano letivo no sistema de informação no início de cada ano letivo.

E. O Conselho Clínico e de Saúde do ACES tem a responsabilidade de garantir que até 31 de dezembro de cada ano (do ano N-1 do ano lectivo), ficam registadas no sistema de informação em uso pela UCC, todas as turmas do parque escolar, que tenham sido contratualizadas.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. As turmas que entram para o denominador deste indicador são as que forem tipificadas por um dos tipos seguintes:

TJl - Turma de jardim-de-infância

T1ºcic - Turma 1º ciclo

T2ºcic - Turma 2º ciclo

T3ºcic - Turma 3º ciclo

TSec - Turma do secundário

TOutra - Turma de outra tipologia.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE

- Numerador (variável "consultas de enfermagem comunitárias"): Coincidente com o ano letivo que termina no ano do mês em referência. Para os indicadores calculados para os meses de janeiro a dezembro de determinado ano, analisam-se as "consultas comunitárias" entre setembro do ano anterior e junho do próprio ano.

- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de turmas	5

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Acesso	Não aplicável	Não aplicável	Quanto mais alto, melhor

Legenda

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

283	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.21.01		Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar

Designação

Proporção de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) que foram alvo de intervenção de enfermagem no âmbito da saúde escolar

Objetivo

Monitorizar a acessibilidade das crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) aos cuidados no âmbito do Programa de Saúde Escolar

Descrição do Indicador

Exprime a proporção de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) que foram alvo de intervenção de enfermagem no âmbito da saúde escolar.

Numerador: Contagem de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) que foram alvo de intervenção de enfermagem no âmbito da saúde escolar.

Denominador: Contagem crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE).

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições definidas no denominador;

B. Pelo menos um contacto realizado durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador, por qualquer enfermeiro da UCC (ver alínea A e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. O contacto referido no ponto B deve ter uma associação ao [Programa Nacional de Saúde Escolar].

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com idade inferior a 18 anos.

B. Com [inscrição ativa] numa unidade de saúde do ACES a que pertence a UCC (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Com residência numa das freguesias de abrangência da UCC (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. O diagnóstico de "Problema com a educação" (rubrica ICPC Z07) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador.

E. Com referenciação para o SNIPI, ativa à data de referência do indicador.

Observações Gerais

A. Não existem utentes inscritos nas UCC. São considerados os utentes que tenham [inscrições ativas] SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária") numa das unidades funcionais do ACES a que pertence a UCC. Excluem-se utentes que nos locais de inscrição pertencentes ao ACES, apenas possuam inscrições "esporádicos".

B. As consultas contabilizadas no numerador são do tipo [Consulta presencial] de um dos tipos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

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

C. Devem ser contabilizadas as consultas realizadas no contexto de inscrições "esporádicas" nas bases de dados, desde que o utente tenha pelo menos uma [inscrição ativa] num dos locais de inscrição pertencente ao ACES a que pertence a UCC, na data de referência do indicador;

D. Apenas são considerados no denominador os utentes inscritos num dos locais pertencentes ao ACES a que pertence a UCC e residentes numa das freguesias da área de abrangência da UCC. Esta parametrização de freguesias de abrangência das UCC é comunicada definida e atualizada anualmente, em sede de carta de compromisso.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. O SAPE e o SClínico possuem um [Programa Nacional de Saúde Escolar] que deve ser associado aos contactos/consultas no âmbito da intervenção crianças e jovens com NSE.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "consulta de enfermagem"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "consulta de enfermagem"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	3

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Acesso	Saúde Escolar	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

NSE - Necessidades de Saúde Especiais;

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

284	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.49.01		Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos

Designação

Proporção de utentes com alta da ECCI com objetivos atingidos

Objetivo

Avaliar a capacidade da ECCI para implementar o [plano individual de intervenção multidisciplinar] de cada utente, de forma a atingir os objetivos inicialmente estabelecidos.

Descrição do Indicador

Exprime a proporção de utentes [integrados na ECCI] no ano, com alta e [objetivos atingidos].
Numerador: Contagem de utentes [integrados na ECCI] no ano, com alta e [objetivos atingidos].
Denominador: Contagem de utentes [integrados na ECCI].

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições do denominador.

B. A alta foi qualificada no sistema de informação como "Atingidos os objetivos" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Utenes com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. São consideradas as altas qualificadas no sistema de informação como "Atingidos os objetivos". Não são contabilizadas as que são qualificadas como um dos seguintes ou equivalentes:

- Óbito
- Internamento hospitalar
- Transferência para outra tipologia
- Outros

B. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI.

C. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da fórmula seguinte:

[Duração da integração] = [Data de alta] - [Data de admissão] + 1

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. A alta é efetuada no painel "utentes referenciados (ECCI)", através do botão "Termo".

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N e termina na data de referência do indicador.

- Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N e termina na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	5

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Desempenho assistencial	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

285	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.60.01		Taxa de efetividade prevenção de úlceras pressão

Designação

Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão

Objetivo

Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão

Descrição do Indicador

Exprime a proporção de utentes [integrados na ECCI] que, apresentando risco de desenvolver de úlcera de pressão, nunca chegou a ser diagnosticada a presença de úlcera de pressão durante a integração.

Numerador: Contagem de utentes [integrados na ECCI] com risco de úlcera de pressão e sem registo de presença de úlcera de pressão durante a integração.

Denominador: Contagem de utentes [integrados na ECCI] com risco de úlcera de pressão.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições do denominador.

B. A quem não foi diagnosticada a presença de úlcera de pressão (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Utentes com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Utentes que apresentaram risco de desenvolver úlcera de pressão durante o período em que estiveram [integrados na ECCI] (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Só são contabilizados os diagnósticos de enfermagem úlcera de pressão registados a partir do 2º dia de integração ou de readmissão na ECCI.

B. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI.

C. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da fórmula seguinte:

[Duração da integração] = [Data de alta] - [Data de admissão] + 1

D. O risco de úlcera de pressão deve ser avaliado pela escala de Braden (ver orientação da DGS nº 17/2011 de 19 de Maio).

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico sem normalização:

A. Os grupos de status necessários à obtenção de dados para este indicador são os seguintes: UP ausente; UP presente em grau reduzido; UP presente em grau moderado; UP presente em grau elevado; UP presente em grau muito elevado. Os gestores locais da parametrização devem garantir que esta parametrização não sofre alterações.

B. A avaliação do Risco de Úlcera de Pressão é efetuada através da intervenção de enfermagem: Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de Braden".

SClínico com normalização:

A. O SClínico com normalização encontra-se parametrizado com os status: sem úlcera de pressão (8001447) e úlcera de pressão (8000233).

B. A avaliação do Risco de Úlcera de Pressão é efetuada através da intervenção de enfermagem: Avaliar risco de úlcera de pressão (9003822) ou Avaliar risco de úlcera de pressão na criança (9003886).

SAPE/SClínico:

A. A alta é efetuada no painel "utentes referenciados (ECCI)", através do botão "Termo".

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "úlcera de pressão"): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os

novos diagnósticos de enfermagem de [úlceras de pressão] que sejam registados entre o 2º dia de integração e a data de alta da ECCI.

- Denominador (variável "data alta da ECCI") : Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "risco de úlcera de pressão") : Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os diagnósticos de enfermagem de risco de úlcera de pressão que decorram entre o período temporal de cada integração na ECCI.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "úlceras de pressão"): Duração de 13 a 24 meses, iniciando a 1 de janeiro do ano N-1 e terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os novos diagnósticos de enfermagem de [úlceras de pressão] que sejam registados entre o 2º dia de integração e a data de alta da ECCI.
- Denominador (variável "data alta da ECCI") : Duração de 1 a 12 meses, entre 1 de janeiro do ano em curso e a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "risco de úlcera de pressão") : Duração de 13 a 24 meses, entre 1 de janeiro do ano N-1 e a data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os diagnósticos de enfermagem de risco de úlcera de pressão que decorram entre o período temporal de cada integração na ECCI.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	5

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Desempenho assistencial	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

286	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.51.01		Taxa de cicatrização de úlceras de pressão

Designação

Taxa de resolução (cicatrização) de úlceras de pressão

Objetivo

Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na cicatrização de úlcera de pressão.

Descrição do Indicador

Exprime a proporção de diagnósticos de enfermagem de úlcera de pressão documentados em utentes [integrados na ECCI] com resolução. Numerador: Contagem de diagnósticos de enfermagem de úlcera de pressão documentados em utentes [integrados na ECCI] com resolução. Denominador: Contagem de diagnósticos de enfermagem de úlcera de pressão documentados em utentes [integrados na ECCI].

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de diagnósticos de enfermagem de "úlcera de pressão ausente" ou "Sem úlcera de pressão" em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições do denominador.

B. Posterior ao diagnóstico de "úlcera de pressão presente" ou "úlcera de pressão" contabilizado no denominador e pertencente ao mesmo foco. DENOMINADOR (BB):

Contagem de diagnósticos de enfermagem de "úlcera de pressão", "úlcera de pressão presente em grau reduzido", "úlcera de pressão presente em grau moderado", "úlcera de pressão presente em grau elevado" e "úlcera de pressão presente em grau muito elevado" em que a expressão [A e B] é verdadeira (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS):

A. Documentados em utentes com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Não se contabilizam os documentados em utentes com duração de internamento superior a 365 dias (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Pode ser contabilizado no denominador mais do que um diagnóstico por utente. os diagnósticos contabilizados no numerador são um subconjunto dos do denominador.

B. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI.

C. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da fórmula seguinte:

$[Duração da integração] = [Data de alta] - [Data de admissão] + 1$

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico sem normalização:

A. Os grupos de status necessários à obtenção de dados para este indicador são os seguintes: UP ausente; UP presente em grau reduzido; UP presente em grau moderado; UP presente em grau elevado; UP presente em grau muito elevado. Os gestores locais da parametrização devem garantir que esta parametrização não sofre alterações.

SClínico com normalização:

A. O SClínico com normalização encontra-se parametrizado com os status: sem úlcera de pressão (8001447) e úlcera de pressão (8000233).

SAPE/SClínico:

A. A alta é efetuada no painel "utentes referenciados (ECCI)", através do botão "Termo".

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "úlceras de pressão ausente" ou "Sem úlcera de pressão"): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os diagnósticos de enfermagem de [úlceras de pressão ausente] ou [Sem úlcera de pressão] que decorram durante o período temporal de cada integração na ECCI.

- Denominador (variável "data alta da ECCI"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "úlceras de pressão"): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os diagnósticos de enfermagem de [úlceras de pressão] que decorram durante o período temporal de cada integração na ECCI.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável úlcera de pressão): Duração de 13 a 24 meses, iniciando a 1 de janeiro do ano N-1 e terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os diagnósticos de enfermagem de [úlceras de pressão] que decorram durante o período temporal de cada integração na ECCI.

- Denominador (variável "data alta da ECCI"): Duração de 1 a 12 meses, entre 1 de janeiro do ano em curso e a data de referência do indicador.

- Denominador (variável úlcera de pressão): Duração de 13 a 24 meses, entre 1 de janeiro do ano N-1 e a data de referência do indicador.

Apenas se contabilizam os diagnósticos de enfermagem de [úlceras de pressão] que decorram durante o período temporal de cada integração na ECCI.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de diagnósticos de enfermagem	6

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Desempenho assistencial	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

287

Código

2.15.01

Código SIARS

Nome abreviado

Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI

Designação

Taxa de incidência de úlcera de pressão durante a integração na ECCI

Objetivo

Determinar a ocorrência de novos casos de úlcera de pressão.

Descrição do Indicador

Exprime a proporção de novos casos de úlcera de pressão documentados em utentes [integrados na ECCI].

Numerador: Contagem de utentes [integrados na ECCI] a quem foi documentado novo diagnóstico de enfermagem de [úlcera de pressão].

Denominador: Contagem de utentes [integrados na ECCI].

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições do denominador.

B. Com novo diagnóstico de enfermagem "úlcera de pressão", "úlcera de pressão presente em grau reduzido", "úlcera de pressão presente em grau moderado", "úlcera de pressão presente em grau elevado" e "úlcera de pressão presente em grau muito elevado", documentado entre o 2º dia de integração e a data da alta.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Uteses com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI.

B. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da fórmula seguinte:

[Duração da integração] = [Data de alta] - [Data de admissão] + 1

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico sem normalização:

A. Os grupos de status necessários à obtenção de dados para este indicador são os seguintes: UP ausente; UP presente em grau reduzido; UP presente em grau moderado; UP presente em grau elevado; UP presente em grau muito elevado. Os gestores locais da parametrização devem garantir que esta parametrização não sofre alterações.

SClínico com normalização:

A. O SClínico com normalização encontra-se parametrizado com o status "sem úlcera de pressão" (8001447) e "úlcera de pressão" (8000233).

SAPE/SClínico:

A. A alta é efetuada no painel "uteses referenciados (ECCI)", através do botão "Termo".

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável úlcera de pressão): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os diagnósticos de enfermagem de [úlcera de pressão] que decorram durante o período temporal de cada integração na ECCI.

- Denominador (variável "data alta da ECCI"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável úlcera de pressão): Duração de 13 a 24 meses, iniciando a 1 de janeiro do ano N-1 e terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os diagnósticos de enfermagem de [úlcera de pressão] que decorram durante o período temporal de cada integração na ECCI.

- Denominador (variável "data alta da ECCI"): Duração de 1 a 12 meses, entre 1 de janeiro do ano em curso e a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	6
Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Desempenho assistencial	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	Quanto mais baixo, melhor

Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

288	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.52.01		Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT

Designação

Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT

Objetivo

Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na resolução da ineficácia/compromisso da GRT.

Descrição do Indicador

Exprime a proporção de utentes com diagnóstico de enfermagem de "GRT Ineficaz/comprometido" com modificação positiva do diagnóstico para "sem GRT comprometido" ou de "GRT eficaz".

Numerador: Contagem de utentes com diagnóstico de enfermagem de "GRT comprometido" com modificação positiva do diagnóstico para "sem GRT comprometido" ou de "GRT ineficaz" com modificação positiva do diagnóstico para "GRT eficaz".

Denominador: Contagem de utentes com diagnóstico de enfermagem de "GRT comprometido" ou de "GRT ineficaz".

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições do denominador.

B. Com diagnóstico de enfermagem documentado como "sem GRT comprometido", após um diagnóstico de "GRT comprometido" e com associação de ambos ao mesmo foco.

C. Com diagnóstico de enfermagem documentado como "GRT eficaz", após um diagnóstico de "GRT ineficaz" e com associação de ambos ao mesmo foco.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com pelo um contacto de enfermagem realizado durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador, por qualquer enfermeiro da UCC.

B. Com diagnóstico de enfermagem documentado como "GRT comprometido"

C. Com diagnóstico de enfermagem documentado como "GRT ineficaz".

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico sem normalização:

A. Os grupos de status necessários à obtenção de dados para este indicador são os seguintes: Gestão do Regime Terapêutico Ineficaz; Gestão do Regime Terapêutico Eficaz. Os gestores locais da parametrização devem garantir que esta parametrização não sofre alterações.

SClínico com normalização:

A. O SClínico com normalização encontra-se parametrizado com o status: Gestão do regime terapêutico comprometida (8000316); Sem gestão do regime terapêutico comprometida (8000317)

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N e termina na data de referência do indicador.

- Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N e termina na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	6

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Desempenho assistencial	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

GRT - Gestão do Regime Terapêutico

289

Código

6.53.01

Código SIARS

Nome abreviado

Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor

Designação

Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor

Objetivo

Avaliar os ganhos expressos no controlo da intensidade da dor nos utentes com consulta de enfermagem realiza por enfermeiros da UCC

Descrição do Indicador

Exprime a proporção de utentes com diagnóstico de enfermagem relacionados com o foco "dor" com modificação positiva do mesmo.
Numerador: Contagem de utentes com pelo menos uma consulta de enfermagem na UCC, com diagnóstico de enfermagem relacionado com o foco "dor" com modificação positiva do mesmo.
Denominador: Contagem de utentes com pelo menos uma consulta de enfermagem na UCC, com pelo menos um diagnóstico de enfermagem relacionados com o foco "dor".

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições definidas no denominador.

B. Com pelo menos 2 diagnósticos de enfermagem relacionados com o foco "dor" documentados durante o período em análise.

C. O último diagnóstico de enfermagem relacionado com o foco "dor" documentado no período em análise tem um nível inferior ao valor máximo documentado para esse doente durante o período em análise (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa] numa unidade de saúde do ACES a que pertence a UCC (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Com pelo menos uma consulta de enfermagem na UCC (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Com pelo menos um diagnóstico de enfermagem relacionados com o foco "dor", documentado durante o período em análise (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. As consultas contabilizadas no numerador são do tipo [Consulta presencial] de um dos tipos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

- C005 | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) – SAPE.

B. As escalas de dor contemplam a documentação dos seguintes grupos de status de diagnóstico:

1. Sem dor ou dor ausente;
2. Dor presente em grau reduzido;
3. Dor presente em grau moderado;
4. Dor presente em grau elevado;
5. Dor presente em grau muito elevado.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico sem normalização:

A. Os grupos de status necessários à obtenção de dados para este indicador são os seguintes: Dor ausente; Dor presente em grau reduzido; Dor presente em grau moderado; Dor presente em grau elevado; Dor presente em grau muito elevado. Os gestores locais da parametrização devem garantir que esta parametrização não sofre alterações.

SClínico com normalização:

A. O SClínico com normalização encontra-se parametrizado com os seguintes status: Sem dor (8003349); Dor presente em grau reduzido (8003345); Dor presente em grau moderado (8003346); Dor presente em grau elevado (8003347); Dor presente em grau muito elevado (8003348).

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador.

Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 13 a 24 meses, iniciando a 1 de janeiro do ano N-1 e terminando na data de referência do indicador.

- Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N e termina na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	4

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Desempenho assistencial	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

290	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.54.01		Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."

Designação

Proporção de utentes com melhoria no nível de "dependência no autocuidado"

Objetivo

Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na melhoria do nível de "dependência no autocuidado" nos utentes integrados na ECCI.

Descrição do Indicador

Exprime a proporção de utentes integrados na ECCI com melhoria do nível de "dependência no autocuidado"
 Numerador: Contagem de utentes integrados na ECCI que apresentam diminuição do nível de dependência no autocuidado ao longo da integração na ECCI.
 Denominador: Contagem de utentes integrados na ECCI, com pelo menos uma avaliação do nível de dependência.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):
 Contagem de utentes, em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:
 A. Todas as condições definidas no denominador.
 B. Com pelo menos duas avaliações do índice de dependência documentadas durante o período de integração na ECCI.
 C. A última avaliação do índice de dependência, documentada durante o período de integração na ECCI, é superior à primeira avaliação. (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).
 DENOMINADOR (BB):
 Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] são verdadeiras:
 A. Utesntes com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).
 B. Apenas se contabilizam utentes com duração de integração no intervalo [30 e 365] dias (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).
 C. Utesntes com pelo menos uma avaliação do nível de dependência durante o período de integração na ECCI (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. A avaliação do nível de dependência deve efectuado através do índice de Barthel.
 B. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI.
 C. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da fórmula seguinte:
 $[Duração da integração] = [Data de alta] - [Data de admissão] + 1$

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico sem normalização:
 A. A avaliação do Índice de dependência é documentada através da intervenção de enfermagem: Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel (90506).
 SClínico com normalização:
 A. A avaliação do Índice de dependência é documentada através da intervenção de enfermagem: Avaliar auto cuidado (9002385).

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"
 - Numerador: Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam as avaliações do índice de dependência que sejam registados durante a integração na ECCI.
 - Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
 INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"
 - Numerador: Duração de 13 a 24 meses, iniciando a 1 de janeiro do ano N-1 e terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam as avaliações do índice de dependência que sejam registados durante a integração na ECCI.
 - Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N e termina na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	6
Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Desempenho assistencial	Transversal	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

291	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.55.01		Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.

Designação

Proporção de utentes com internamento hospitalar durante a integração na ECCI

Objetivo

Monitorizar a capacidade da ECCI para prevenir internamentos hospitalares.

Descrição do Indicador

Exprime a proporção de utentes [integrados na ECCI] no ano, com "alta por internamento hospitalar" ou "suspensão de vaga por internamento hospitalar".
 Numerador: Contagem de utentes [integrados na ECCI] no ano, com "alta por internamento hospitalar" ou "suspensão de vaga por internamento hospitalar".
 Denominador: Contagem de utentes [integrados na ECCI].

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):
 Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C)] é verdadeira:
 A. Todas as condições do denominador.
 B. A "alta" foi qualificada no sistema de informação como "internamento hospitalar" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).
 C. A "suspensão de vaga" foi qualificada no sistema de informação como "internamento hospitalar" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).
 DENOMINADOR (BB):
 Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:
 A. Utentes com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).
 B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. São consideradas as "altas" e as "suspensões de vaga" qualificadas no sistema de informação como "internamento hospitalar". Não são contabilizadas as que são qualificadas como um dos seguintes ou equivalentes:
 - Óbito
 - Objetivos atingidos
 - Transferência para outra tipologia
 - Outros
 B. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI.
 C. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da fórmula seguinte:
 [Duração da integração] = [Data de alta] - [Data de admissão] + 1

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

- A. A "alta" é efetuada no painel "utentes referenciados (ECCI)", através do botão "Termo".
B. A "suspensão de vaga" é efetuada no painel "utentes referenciados (ECCI)", através da checkbox "susp."

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N e termina na data de referência do indicador.
- Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N e termina na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	5

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Desempenho assistencial	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	Quanto mais baixo, melhor

Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

292	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.18.01		Taxa de ocupação da ECCI

Designação

Taxa de ocupação da ECCI

Objetivo

Monitorizar a acessibilidade e a eficiência da equipa.

Descrição do Indicador

Exprime a taxa de ocupação da ECCI.

Numerador: Somatório de dias de integração dos utentes na ECCI durante o período em análise.

Denominador: Produto entre o número de vagas e o número de dias no período em análise.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório de dias de integração na ECCI em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Contabilizam-se os dias de integração que intersectam o período em análise (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Em utentes integrados na ECCI durante pelo menos um dia no período em análise (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Produto entre o número de vagas e o número de dias no período em análise (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Não se contabilizam os dias de internamento que sejam anteriores ao início do período em análise nem os que são posteriores à data de referência do indicador.

B. Incluem-se os utentes integrados antes do início do período em análise e aqueles que no final do período continuam integrados.

C. As vagas das UCCI são contratualizadas anualmente e carregadas no sistema de informação, de forma a que o indicador possa ser medido.

D. A acessibilidade dos utentes à ECCI é influenciada pela taxa de ocupação. Taxas de ocupação próximas dos 100% podem dificultar a acessibilidade. Por outro lado taxas de ocupação muito baixas podem estar associadas a baixa eficiência da equipa.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N e termina na data de referência do indicador.

- Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N e termina na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Taxa de ocupação	5

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Eficiência	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	Quanto mais próximo de determinado valor, melhor

Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

293	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.19.01		Tempo médio de permanência em ECCI

Designação

Tempo médio de permanência em ECCI

Objetivo

Monitorizar a duração da permanência na ECCI.

Descrição do Indicador

Exprime o tempo médio de permanência na ECCI, em dias.

Numerador: Somatório do número de dias de internamento dos utentes integrados na ECCI.

Denominador: Número de utentes integrados na ECCI, com alta durante o período em análise.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório de dias de integração na ECCI nos utentes contabilizados no denominador.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Utesntes com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI.

B. Os resultados deste indicador devem ser analisados em conjunto com outros, designadamente com a "taxa de ocupação" e interpretados em função do tipo de problemas de saúde dos doentes internados.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.

- Denominador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N e termina na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB	DIA / UTE	Média de dias	5

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de indicador
Eficiência	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	Quanto mais próximo de determinado valor, melhor

Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

