



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

OTIMIZAR RECURSOS
GERAR EFICIÊNCIA



**BILHETE DE IDENTIDADE DOS INDICADORES DE
CONTRATUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS PROPOSTOS PARA O ANO DE 2016**

ACES (USF, UCSP e UCC)

março de 2016

Produzido por Ministério da Saúde | ACSS. © março 2016. Todos os direitos reservados

ÍNDICE GERAL

Lista de Indicadores 2016	1
Lista de Indicadores 2017	4
Legenda de Campos	5
Conceitos	10
Bilhetes de Identidade de Indicadores 2016.....	35
Novos Indicadores Previstos para 2017.....	215

LISTA DE INDICADORES 2016

ID	Cód. SIARS	Código	Nome	I-N	I-R	F	AE	UC	E-N	E-R
6	2013.006.01	3.15.02	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	X					X	
4	2013.004.01	4.30.01	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	X					X	
270	2013.270.01	6.33.02	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	X						X
267	2013.267.01	6.30.02	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	X					X	
268	2013.268.01	6.31.02	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	X						X
56	2013.056.01	5.21.01	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	X					X	
47	2013.047.01	5.25	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	X					X	
20	2013.020.01	6.20.01	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	X						X
39	2013.039.01	6.05.01	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %	X						X
72	---	8.07.02	Satisfação de utilizadores de UF	X					X	
73	---	8.08.01	Núm. dias c/ reclam. por fechar, por 1000 cons.	X	X				X	X
70	2013.070.01	7.06.01	Despesa medic. prescr. compart. p/ utiliz. (PVP)	X						
71	2013.071.01	7.07.01	Despesa MCDT prescrit., por utiliz. (p. conv.)	X					X	
9	2013.009.01	3.22.02	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)		X	X				X
12	2013.012.01	6.26.01	Propor. grav. c/ 6+ cons. vig. enf. grav./puerp.		X	X				X
13	2013.013.01	6.42.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem		X	X				X
50	2013.050.01	6.04.01	Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada		X	X				X
15	2013.015.01	6.42.04	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida		X	X				X
16	2013.016.01	6.22.01	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano		X	X				X
17	2013.017.01	6.23.01	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano		X	X				X
27	2013.027.01	6.01.01	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido até 2A		X	X				X
18	2013.018.01	5.13.01	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)		X	X				X
19	2013.019.01	5.10.01	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre		X	X				X
35	2013.035.01	5.07.01	Proporção DM com exame pés último ano		X	X				X
36	2013.036.01	6.16.02	Proporção utentes DM com registo de GRT		X	X				X
37	2013.037.01	6.19.01	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano		X	X				X
45	2013.045.01	5.02.01	Proporção mulheres [25; 60] A, c/ colpoc. atuali.		X	X				X
98	2013.098.01	6.01.08	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano		X	X				X
33	2013.033.01	5.13.05	Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos		X	X				X
99	2013.099.01	3.15.03	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos		X	X				X
79	2013.079.01	8.01.01	Número UCs hipertensos (ativ. especif.)				X			
80	2013.080.01	8.02.01	Número UCs diabéticos (ativ. especif.)				X			
81	2013.081.01	8.03.01	Número UCs grávidas (ativ. especif.)				X			
82	2013.082.01	8.04.01	Número UCs PF (ativ. especif.)				X			
83	2013.083.01	8.05.01	Número UCs s. infantil 1º ano (ativ. especif.)				X			
84	2013.084.01	8.06.01	Número UCs s. infantil 2º ano (ativ. especif.)				X			
179	AE.2009.2012	8.09	Número UCs atividades específicas				X			
279	2013.279.01	3.16.01	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado					X		
280	2013.280.01	3.17.01	Proporção ute. aval. equi. múltip. prim. 48h					X		
281	2013.281.01	3.18.01	Número médio visitas domic. por utente, por mês					X		

ID	Cód. SIARS	Código	Nome	I-N	I-R	F	AE	UC	E-N	E-R
282	2013.282.01	3.19.01	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar					X		
283	2013.283.01	3.21.01	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar					X		
284	2013.284.01	6.49.01	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos					X		
285	2013.285.01	6.60.01	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão					X		
286	2013.286.01	6.51.01	Taxa de cicatrização de úlceras de pressão					X		
287	2013.287.01	2.15.01	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI					X		
288	2013.288.01	6.52.01	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT					X		
289	2013.289.01	6.53.01	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor					X		
290	2013.290.01	6.54.01	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."					X		
291	2013.291.01	6.55.01	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.					X		
292	2013.292.01	7.18.01	Taxa de ocupação da ECCI					X		
293	2013.293.01	7.19.01	Tempo médio de permanência em ECCI					X		
278	2013.278.01	7.09.04	Proporção medicam. prescritos, que são genéricos		X				X	
74	2013.074.01	5.28	Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2		X				X	
87	---	6.41	Taxa internam. DCV, entre residentes < 65 A						X	
86	---	6.40	Proporção de RN de termo, de baixo peso						X	
64	2013.064.01	6.38	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV		X				X	
85	---	6.39.01	Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes						X	
68	2013.068.01	7.06.02	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)		X				X	
264	2013.264.01	7.07.05	Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (preço conven.)		X				X	
1	2013.001.01	3.12.01	Proporção de consultas realizadas pelo MF		X					X
5	2013.005.01	3.12.02	Proporção de consultas realizadas pelo EF		X					X
2	2013.002.01	3.15.01	Taxa de utilização global de consultas médicas		X					X
100	2013.100.01	3.15.04	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos		X					X
8	2013.008.01	3.22.01	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)		X					X
10	2013.010.01	3.22.03	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)		X					X
3	2013.003.01	4.18.01	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos		X					X
44	2013.044.01	5.01.01	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)		X					X
46	2013.046.01	5.03.01	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR		X					X
38	2013.038.01	5.04.01	Proporção DM c/ 1 HgbA1c por semestre		X					X
88	2013.088.01	5.04.02	Proporção DM c/ registo HgbA1c 6 meses		X					X
91	2013.091.01	6.05.02	Proporção DM < 65 A, c/ HgbA1c <= 6,5 %		X					X
40	2013.040.01	5.09	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano		X					X
89	2013.089.01	5.10.02	Proporção hipertensos c/ PA 6 meses		X					X
59	2013.059.01	5.13.02	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano		X					X
31	2013.031.01	5.13.03	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A		X					X
32	2013.032.01	5.13.04	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A		X					X
21	2013.021.01	5.16	Proporção hipertensos, c/ prescrição de tiazidas		X					X
22	2013.022.01	5.17	Proporção hipertensos sem DM c/ prescrição ARA II		X					X
274	2013.274.01	6.46.01	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada		X					X
275	2013.275.01	6.47.01	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.		X					X
55	2013.055.01	5.20	Proporção adultos c/ depres., c/ terap. anti-depr.		X					X
65	2013.065.01	5.22.01	Proporção utentes >= 75 A, c/ presc. cró. < 5 fár.		X					X
67	2013.067.01	5.24	Proporção idosos, sem prescrição trimetaz. (1 ano)		X					X

ID	Cód. SIARS	Código	Nome	I-N	I-R	F	AE	UC	E-N	E-R
49	2013.049.01	5.26	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos		X					X
53	2013.053.01	5.27	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool		X					X
92	2013.092.01	5.29	Proporção hipocoagulados controlados na unidade		X					X
97	2013.097.01	5.30	Proporção DM c/ microalbum. último ano		X					X
28	2013.028.01	6.01.02	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido até 7A		X					X
29	2013.029.01	6.01.03	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido até 14A		X					X
30	2013.030.01	6.01.04	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe		X					X
11	2013.011.01	6.09.01	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.		X					X
14	2013.014.01	6.12.01	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida		X					X
57	2013.057.01	6.13.01	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia		X					X
24	2013.024.01	6.16.01	Proporção hipertensos com registo de GRT		X					X
23	2013.023.01	6.21	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)		X					X
34	2013.034.01	6.27	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A		X					X
277	2013.277.01	6.28.02	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A		X					X
54	2013.054.01	6.29	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A		X					X
269	2013.269.01	6.32.02	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano		X					X
271	2013.271.01	6.34.02	Índice de acompanhamento adequado utentes DM		X					X
272	2013.272.01	6.35.02	Índice de acompanham. adequado de hipertensos		X					X
63	2013.063.01	6.37.01	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV		X					X
90	2013.090.01	7.06.03	Despesa medic. fatur., por utiliz. (v. compart.)		X					X
96	2013.096.01	7.08.01	Rácio despesa faturada DPP-4 e antidiabét. orais		X					X

Legenda da lista de indicadores (títulos das colunas):

I-N – Contratualização Interna, incentivos institucionais, eixo nacional;

I-R – Contratualização Interna, incentivos institucionais, eixo regional ou local;

F - Contratualização Interna, incentivos financeiros;

AE – Atividades específicas

UC – Indicadores de UCC

E-N – Contratualização Externa, eixo nacional;

E-R – Contratualização Externa, eixo regional ou local;

LISTA DE INDICADORES 2017

ID	Cód. SIARS	Código	Nome
93	2013.093.01	6.01.05	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução
94	2013.094.01	6.01.06	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução
95	2013.095.01	6.01.07	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução
276	2013.276.01	6.48.01	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais
294	2013.294.01	4.30.03	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos
295	2013.295.01	6.26.04	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP
297	2013.297.01	5.21.03	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót
298	2013.298.01	7.07.06	Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.)
299	2013.299.01	7.07.07	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)
300	2013.300.01	7.07.08	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.
302	2013.302.01	6.31.04	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano

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 SCLínico / 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;
- Auditoria.

Área clínica

Classificação de indicadores segundo os atributos seguintes:

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

Unidades observação

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

- USF ou UCSP;
- 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.
- Uteses inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise.
- Uteses inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado.
- Uteses inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado.
- Uteses 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/SClínico 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/SClínico da seguinte forma:

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

R127

Nome

Atributos e métricas relacionados com Receitas Renováveis

Descrição

ATRIBUTOS:

Atributo	Valores possíveis
Tipo de Receita Médica	- Não renovável; - Renovável.

MÉTRICAS:

Nome da métrica	Fórmula
Nº de receitas não renováveis	Contagem de receitas não renováveis
Nº de receitas renováveis	Contagem de receitas renováveis. É contada 1 unidade independentemente de o médico prescrever a receita com 1, 2 ou 3 vias.
Nº de receitas	Soma de [Nº de receitas não renováveis] com [Nº de receitas renováveis].
Nº de vias nas receitas renováveis	Contagem de vias das receitas renováveis. Trata-se da soma de registos de "receitas renováveis" marcadas como "1ª via" com as marcadas como "2ª via", com as marcadas como "3ª via". Nota: O [Nº de vias nas receitas renováveis] não é o triplo de [Nº de receitas renováveis] porque nem sempre os médicos prescrevem "receitas renováveis" com 3 vias. Por vezes prescrevem com 2 vias e mais raramente apenas com 1 via. Isto sucede porque as "receitas renováveis" com 1 via têm 6 meses de validade e as "receitas não renováveis" têm 30 dias de validade.
Nº de folhas de receita	Soma de [Nº de receitas não renováveis] com [Nº de vias de receitas renováveis].

R063

Nome

Classificação de problemas de saúde na consulta pela ICPC-2

Descrição

Os problemas de saúde da consulta que se registam no campo [avaliação] do SOAP ("A" do SOAP) podem ser classificados pela ICPC-2 utilizando o 1º componente, de sinais e sintomas (rubricas entre -01 e -29) e o 7º componente, de diagnósticos (rubricas entre -71 e -99).

Do ponto de vista das regras de utilização da ICPC-2, devem ser classificados como problemas de saúde da consulta, todos os sinais, sintomas e diagnósticos, que não sejam redundantes (não existe necessidade de classificar sinais ou sintomas explicados por diagnósticos) e relativamente aos quais exista pelo menos um procedimento.

Os procedimentos e os motivos de consulta podem também ser classificados pela ICPC-2, embora de forma opcional, não existindo indicadores que tenham como fonte de registo nem a classificação de motivos nem a classificação de procedimentos. Quando se está a avaliar qualidade dos registos de consultas de vigilância, é boa prática que para além da classificação dos "problemas de saúde associados às consultas de vigilância", se procedam a outros registos complementares, designadamente:

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

No entanto, para efeitos da deteção sensível (com poucos falsos negativos), das [consultas de vigilância], opta-se por aceitar que um médico realizou uma [consulta de vigilância] quando a condição [A e B e (C ou D)] é verdadeira.

A. Existência de um contacto direto;

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

C. Codificação de problemas de saúde na consulta (associado ao A do SOAP referido em B), com rubrica da ICPC-2 compatível com o programa de saúde em questão;

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

Notas:

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

2. Aceita-se consulta de vigilância quando é verdadeira uma das seguintes condições:

A. [contacto direto] e [SOAP médico] e [codificação de "problema de saúde" compatível, associado à consulta];

B. [contacto direto] e [SOAP médico] e [Registo em módulo de programa de saúde].

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

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

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

D001 | Vigilância em saúde infantil e juvenil: Rubrica A98 e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas (A98.XX). Aplicável apenas a utentes com idade inferior a 18 anos;

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

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

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

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

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

D006 | Consulta relacionada com tabagismo: Rubrica P17 (abuso do tabaco) e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas;

D007 | Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool": Rubricas P15 (abuso crónico do álcool), P16 (abuso agudo do álcool) e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas.

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

D009 | Consulta de revisão do puerpério: Não existem códigos ICPC-2 específicos da consulta de revisão do puerpério, pelo que não é possível codificar este tipo de consulta recorrendo apenas à ICPC-2; A identificação deste tipo de consulta é dependente das aplicações de registo clínico e será especificada no bilhete de identidade de cada indicador, no campo OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE.

D010 | Vigilância em saúde de adultos: Rubrica A98 e eventuais sub-rubricas que estejam ou possam vir a ser criadas (A98.XX). Aplicável apenas a utentes com idade igual ou superior a 18 anos

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

R110

Nome

Conceitos de métricas relacionadas com MCDT's

Descrição

Nome do conceito

Preço convencionado do MCDT

Nome curto

MCDT – Pr. Conv.

Código

M001

Descrição

Valor monetário unitário que o convencionado cobra ao estado. É um valor independente da [taxa moderadora] e de o utente ser ou não isento.

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

Nome do conceito

Taxa moderadora do MCDT

Nome curto

MCDT – Tx. Mod.

Código

M002

Descrição

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

Os utentes [isentos] não pagam [Taxa moderadora].

Nome do conceito

Número de exames requisitados

Nome curto

MCDT – N° exames

Código

M003

Descrição

Esta métrica é usada quer sobre dados de prescrição quer sobre dados de faturação de MCDT.

Quando é usada sobre dados de prescrição, permite obter o número de exames distintos prescritos aos doentes, em requisições distintas. Quer isto dizer que se um médico prescreve "pesquisa de sangue oculto nas fezes" a um doente num determinado dia, contabiliza "um" nesta métrica, independentemente do n° de amostras requisitadas. Se um médico prescreve um exame ao mesmo doente em 2 requisições diferentes (por exemplo um INR), contabiliza "dois" nesta métrica.

Quando é usada sobre dados de faturação, permite obter informação sobre os exames aceites para faturação (pelo CCF), utilizando a mesma lógica referida sobre os dados de prescrição. Devolve o número vezes que um exame foi requisitado a utentes durante o período em análise, contando apenas "um", mesmo quando a quantidade requisitada de determinado exame é superior a "um" numa determinada requisição.

Nome antigo da métrica

Nos relatórios de faturação: N° de exames aceites

Nome do conceito

Número de atos ou sessões requisitados

Nome curto

MCDT – N° atos

Código

M004

Descrição

Esta métrica é usada quer sobre dados de prescrição quer sobre dados de faturação de MCDT, fornecendo no 1º caso

informação sobre os exames prescritos pelos médicos e no 2º sobre os exames que são aceites para faturação. Na área convencionada das análises (área A), soma o número de amostras requisitadas para cada análise. Na área convencionada da [medicina física e de reabilitação] (área G), soma o número de sessões requisitadas para cada procedimento.

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

Nome antigo da métrica

Nos relatórios de faturação: N° de actos aceites

Nome do conceito

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

Nome curto

MCDT - Despesa faturada (Pr. Conv.)

Código

M005

Nome do indicador para monitorização ou contratualização

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

Fonte de dados

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

Descrição

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

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

Fórmula

$[MCDT - Despesa faturada (Pr. Conv.)] = \text{Somatório} ([Pr. Conv.] \times Q)$

Em que:

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

Pr. Conv.: Preço convencionado.

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

Exemplo

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

Nome antigo da métrica

Esta métrica não existia

Nome do conceito

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

Nome curto

MCDT - Despesa faturada (líquida Tx. Mod.)

Código

M006

Nome do indicador para monitorização ou contratualização

Não aplicável

Fonte de dados

Base de dados do CCF

Descrição

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

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

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

Fórmula

Nos utentes [não isentos]:

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

Nos utentes [isentos]:

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

Em que:

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

Pr. Conv.: Preço convencionado.

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

Exemplo

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

Nome antigo da métrica

MCDT (SNS Aceite)

Nome do conceito

MCDT - Receita de taxas moderadoras

Nome curto

MCDT - Receita Tx. Mod.

Código

M007

Nome do indicador para monitorização ou contratualização

Não aplicável

Fonte de dados

Base de dados do CCF

Descrição

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

Nome antigo da métrica

MCDT (Tx. Moderadora)

Nome do conceito

Despesa de MCDT's prescritos, baseada no preço convencionado

Nome curto

MCDT - Despesa prescrita (Pr. Conv.)

Código

M008

Nome do indicador para monitorização ou contratualização

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

Fonte de dados

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

Descrição

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

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

Fórmula

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

Em que:

Somatório: Somatório de todos os MCDT's prescritos.

Pr. Conv.: Preço convencionado.

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

Exemplo

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

Nome antigo da métrica

Esta métrica não existia

Nome do conceito

Despesa de MCDT's prescritos, líquida de taxa moderadora

Nome curto

MCDT - Despesa prescrita (líquida Tx. Mod.)

Código

M009

Nome do indicador para monitorização ou contratualização

Não aplicável

Fonte de dados

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

Descrição

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

Do ponto de vista estritamente contabilístico, trata-se da diferença entre dois fluxos: uma despesa potencial ([preço convencionado] x quantidade) e uma receita potencial ([taxa moderadora] x quantidade).
O valor calculado por esta métrica, reflete a despesa em exames pedidos pelo Médico, embora possam ser ou não efetuados. No entanto, é mais importante para análise contabilística do que para contratualização por força da variação da proporção de [utentes isentos] existentes nas listas das várias USF e UCSP.

Fórmula

Nos utentes [não isentos]:

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

Nos utentes [isentos]:

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

Em que:

Somatório: Somatório de todos os MCDT's prescritos.

Pr. Conv.: Preço convencionado.

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

Exemplo

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

Nome antigo da métrica

Esta métrica não existia

R111

Nome

Conceitos de métricas relacionadas com medicamentos

Descrição

Nome do conceito

Preço de venda ao público do medicamento

Nome curto

Medic. - PVP

Código

M010

Descrição

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

Nome antigo da métrica

Preço de venda ao público do medicamento

Nome do conceito

Comparticipação do medicamento

Nome curto

Medic. - Compartic.

Código

M011

Descrição

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

Nome antigo da métrica

Comparticipação do medicamento

Nome do conceito

Valor pago pelo utente, por medicamento

Nome curto

Medic. - Valor pago pelo utente

Código

M012

Descrição

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

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

Nome antigo da métrica

Preço de venda ao utente - PVU

Nome do conceito

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

Nome curto

Medic. faturados (PVP)

Código

M013

Nome do indicador para monitorização ou contratualização

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

Fonte de dados

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

Descrição

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

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

Fórmula

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

Em que:

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

PVP: Preço de venda ao público.

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

Nome antigo da métrica

Medic (PVP Aceite)

Nome do conceito

Despesa de medicamentos faturados, baseada no valor participado

Nome curto

Medic. faturados (v. compart.)

Código

M014

Nome do indicador para monitorização ou contratualização

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

Fonte de dados

Base de dados do CCF

Descrição

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

O valor calculado por esta métrica ou pelo indicador respetivo, reflete a despesa dos estados em participações com os medicamentos aceites para faturação, isto é, dos prescritos os que foram aviados e posteriormente aceites para faturação pelo CCF (quer de imediato, quer após os esclarecimentos necessários sobre a fatura). É mais importante para análise contabilística do que para contratualização ou monitorização, pois as participações dependem dos escalões de isenção dos utentes a quem são prescritos os medicamentos.

Fórmula

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

Em que:

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

V. Compart.: Valor participado.

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

Nome antigo da métrica

Esta métrica não existia

Nome do conceito

Despesa de medicamentos faturados, baseado no valor pago pelo utente

Nome curto

Medic. faturados (VPU)

Código

M015

Nome do indicador para monitorização ou contratualização

Não aplicável

Fonte de dados

Base de dados do CCF

Descrição

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

Fórmula

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

Em que:

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

PVP: Preço de venda ao público.

V. Compart.: Valor participado

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

Nome antigo da métrica

Medic (PVU Aceite)

Nome do conceito

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

Nome curto

Medic. prescritos (PVP)

Código

M016

Nome do indicador para monitorização ou contratualização

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

Fonte de dados

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

Descrição

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

O valor calculado por esta métrica, reflete a despesa associada aos medicamentos prescritos pelo médico, embora possam ser ou não aviados.

Fórmula

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

Em que:

Somatório: Somatório de todos os medicamentos prescritos.

PVP: Preço de venda ao público.

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

Nome antigo da métrica

Esta métrica não existia

Nome do conceito

Despesa de medicamentos prescritos, baseado no valor participado

Nome curto

Medic. prescritos (v. compart.)

Código

M017

Nome do indicador para monitorização ou contratualização

Não aplicável

Fonte de dados

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

Descrição

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

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

Fórmula

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

Em que:

Somatório: Somatório de todos os medicamentos prescritos.

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

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

Nome antigo da métrica

Esta métrica não existia

Nome do conceito

Despesa em medicamentos prescritos, baseado no valor pago pelo utente

Nome curto

Medic. prescritos (VPU)

Código

M018

Nome do indicador para monitorização ou contratualização

Não aplicável

Fonte de dados

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

Descrição

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

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

Fórmula

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

Em que:

Somatório: Somatório de todos os medicamentos prescritos.

VPU: Valor pago pelo utente.

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

Nome antigo da métrica

Esta métrica não existia

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 ([SClínico - Perfil Médico], [SAPE | SClínico (Perfil Enfermagem)], VitaCare, MedicineOne). Note-se que o SClínico substituiu em 2015 o SAM e o SAPE, usados até então. As regras que neste documento se referem ao [SClínico - Perfil Médico] aplicam-se historicamente ao SAM e as que se referem ao [SAPE e SClínico (Perfil Enfermagem)] aplicam-se historicamente ao 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, de enfermagem ou de outros profissionais de saúde;

4. De se tratar ou não de uma consulta de vigilância (de programa de saúde ou de problema de saúde).

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

1. Consulta sem a presença do utente (indireta);

2. Consulta com a presença do utente (direta);

2.1. Consulta com a presença do utente, de vigilância.

2.1.1. Saúde infantil e juvenil;

2.1.2. Saúde materna;

2.1.3. Saúde reprodutiva e planeamento familiar;

2.1.4. Hipertensão;

2.1.5. Revisão do puerpério;

2.1.6. Tabagismo;

2.1.7. Consumo excessivo de álcool;

2.1.8. Obesidade;

2.1.9. Diabetes;

2.1.10. Saúde de Adultos.

A hierarquia de classificação de consultas anteriormente referida (pontos 1 a 2.1.10), tem as seguintes regras adicionais:

a) Todas as consultas terão que ser classificadas como tipo 1 (indiretas ou não presenciais) ou tipo 2 (diretas ou presenciais).

não podendo ser simultaneamente classificadas das 2 formas.

- b) As consultas domiciliárias são sempre incompatíveis com as consultas do tipo 1 (não presenciais). Pelo contrário, qualquer das consultas entre os pontos 2 e pontos 2.1.10 podem ou não ser classificadas como domiciliários.
- c) As consultas do tipo 2.1 (de vigilância) são sempre um subconjunto das consultas do tipo 2 (diretas). Não existem consultas do tipo 1 (não presenciais) simultaneamente classificadas como de "vigilância". As consultas do tipo 2 (presenciais) podem também ser classificadas como qualquer dos tipos de consultas entre os tipos 2.1 e os pontos 2.1.10.
- d) Só existem consultas do tipo 2.1 (de vigilância) se simultaneamente existit uma subclassificação num dos tipos 2.1.1 a 2.1.10.
- e) Uma consulta classificada como um dos tipos entre 2.1.1 e 2.1.10 tem obrigatoriamente que estar classificada como 2.1 e como 2.
- f) Uma consulta classificada como 2.1 (de vigilância) pode ser subclassificada em mais do que um dos subtipos entre 2.1.1 e 2.1.10.

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

SClínico - Perfil Médico

O [SClínico - Perfil Médico] corresponde à nova versão do SAM (Sistema de Apoio ao Médico), usado em Portugal até ao 1º semestre de 2015. No [SClínico - Perfil Médico], 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 [SClínico - Perfil Médico] 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 [SClínico - Perfil Médico] (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 e SClínico - Perfil Enfermagem

O [SClínico (Perfil Enfermagem)] corresponde à nova versão do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), usado em Portugal até ao 1º semestre de 2015. No [SAPE] e no [SClínico (Perfil Enfermagem)], os enfermeiros podem proceder a registos clínicos classificando-os previamente quanto ao tipo de contacto, 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] nem para o [SClínico (Perfil Enfermagem)]. Assim, o [SAPE] e o [SClínico (Perfil Enfermagem)] permitem 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 uma intervenção junto do cliente visando a realização de uma avaliação e diagnóstico, ou estabelecimento de um plano de cuidados ou intervenção de enfermagem (ou procedimento). Devem conter pelo menos dados de avaliação e 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). No [SAPE] e no [SClínico (Perfil Enfermagem)], um registo de [Ato de enfermagem] deve ter pelo menos uma "intervenção de enfermagem" ou pelo menos uma "medicação" ou pelo menos uma "atitude terapêutica". 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] e o [SClínico (Perfil Enfermagem)] não impedem que o enfermeiro classifique um contacto como [ato de enfermagem] e posteriormente proceda a registos estruturados através da classificação CIPE (foco ou diagnóstico e intervenção). No entanto, ambas as atividades de enfermagem (as codificadas como [consultas de enfermagem] ou como [atos de enfermagem]) são [consultas], no sentido em que se estabelece um contato entre profissional de saúde e um utente de onde resulta uma avaliação ou juízo, procedimentos e comunicação. No entanto, quando [termina] o contacto, tem a possibilidade de alterar a classificação para [consulta de enfermagem].

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

MEDICINEONE

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

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

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

VITACARE

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

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

Assim sendo, operacionalizam-se a seguir os diversos tipos de consulta nos diversos sistemas de informação utilizados em Portugal.

C001 | Consulta médica não presencial - [SClínico - Perfil Médico]

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 [SClínico - Perfil Médico], 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 (ver nota 2);
- 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.

Notas:

1. 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).
2. Apenas se contabilizam registos de consultas em que a especialidade ou área profissional seja do tipo "médico" (para distinguir das consultas de outros profissionais de saúde como psicólogos, assistentes sociais, entre outros).

C002 | Consulta médica presencial - [SClínico - Perfil Médico]

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 (ver notas 1 e 2).

Notas:

1. Apenas se contabilizam os registos de SOAP (referidos em D) efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada.
2. Apenas se contabilizam registos de consultas em que a especialidade ou área profissional seja do tipo "médico" (para distinguir das consultas de outros profissionais de saúde como psicólogos, assistentes sociais, entre outros).

C003 | Consulta médica de vigilância - [SClínico - Perfil Médico]

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 (ver nota 6);
E. Codificação do "A" do SOAP referido em D, com código da ICPC-2 compatível com o programa ou problema de saúde em questão (ver nota 4);
F. Registo de informação no programa de saúde em questão (ver notas 4 e 5).

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.
4. São monitorizados os registos de códigos ICPC-2 e de programas ou "tipos de consultas" referidos em cima nos pontos 2.1.1 a 2.1.10.
5. 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.
6. Apenas se contabilizam registos de consultas em que a especialidade ou área profissional seja do tipo "médico" (para distinguir das consultas de outros profissionais de saúde como psicólogos, assistentes sociais, entre outros).

C004 | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - [SAPE] e [SClínico (Perfil Enfermagem)]

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] ou no [SClínico (Perfil Enfermagem)].
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. inclui as intervenções de avaliação 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] e [SClínico (Perfil Enfermagem)]

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] codificada pela CIPE, ou pelo menos uma [medicação] ou pelo menos uma [atitude terapêutica] (prescrição de outro técnico).
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] ou no [SClínico (Perfil Enfermagem)], 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] e [SClínico (Perfil Enfermagem)]

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 (ver nota 6);
C. Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver nota 7);

D. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver nota 7).

Notas:

1. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial].
2. A expressão D. inclui as intervenções de avaliação e 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.
6. São monitorizados os registos nos programas ou "tipos de consultas" referidos em cima nos pontos 2.1.1 a 2.1.10.
7. Os códigos CIPE definidos nas alíneas C e D não têm que ser específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se apenas a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem].

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 caraterísticas 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 caraterísticas 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 caraterísticas 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 (ver nota 4);
- E. Registo de observação no programa de saúde correspondente, ou na ficha específica do problema de saúde, realizado por qualquer médico ou interno (ver nota 4 e nota 5).

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.
4. São monitorizados os registos de códigos ICPC-2 e de programas ou "tipos de consultas" referidos em cima nos pontos 2.1.1 a 2.1.10.
5. O MedicineOne tem fichas ou módulos de: saúde infantil e juvenil; hipertensão; diabetes; hipertensão; planeamento familiar; saúde materna.

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 quadricula [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 (ver nota 5);
- 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 (ver nota 6).

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.
5. São monitorizados os registos de códigos ICPC-2 e de programas ou "tipos de consultas" referidos em cima nos pontos 2.1.1 a 2.1.10.
6. O MedicineOne tem fichas ou módulos de: saúde infantil e juvenil; hipertensão; diabetes; hipertensão; planeamento familiar; saúde materna.

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 (ver nota 4);
- D. Registo de observação na ficha do programa ou do problema de saúde correspondente, realizado por qualquer médico ou interno (ver nota 4).

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.

4. São monitorizados os registos de códigos ICPC-2 e de programas ou "tipos de consultas" referidos em cima nos pontos 2.1.1 a 2.1.10.

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). Ver nota 4.
- 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). Ver nota 4.
- D. Registo de observação no módulo do programa ou do problema de saúde correspondente, realizado por qualquer enfermeiro (ver nota 5);

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]).
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.
4. São monitorizados os registos de códigos CIPE-2 definidos nos conceitos E001 a E009.
5. São monitorizados os registos de programas ou "tipos de consultas" referidos em cima nos pontos 2.1.1 a 2.1.10.

C019 | Consulta de "outro profissional" não presencial - [SClínico - Perfil "outro profissional"]

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e D] 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. O profissional de saúde que irá realizar a consulta, deverá [efetivar] o contacto referido em A.
- D. Nota de seguimento registada por profissional de saúde que não é médico nem enfermeiro (ver nota 2);

Notas:

1. Apenas se contabilizam os registos de notas de seguimento definidas em 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).
2. Apenas se contabilizam registos de consultas em que a área profissional do titular dos registos seja do tipo "outro profissional de saúde", como por exemplo psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, entre outros.

C020 | Consulta presencial de "outro profissional" - [SClínico - Perfil "outro profissional"]

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 direto registado no SINUS;

- B. O contacto referido em A deve ter [registo administrativo de contacto];
C. O profissional de saúde que irá realizar a consulta, deverá [efetivar] o contacto referido em A.
D. Nota de seguimento registada por profissional de saúde que não é médico nem enfermeiro (ver nota 2);

Notas:

1. Apenas se contabilizam os registos de notas de seguimento definidas em 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).
2. Apenas se contabilizam registos de consultas em que a área profissional do titular dos registos seja do tipo "outro profissional de saúde", como por exemplo psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, entre outros.

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].

Os sistemas de informação usados nos cuidados de saúde primários em Portugal usaram historicamente 2 versões da CIPE: CIPE-B2 e a CIPE-2 (versão 2011 disponível para consulta em www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx).

As versões da CIPE usadas em Portugal são as seguintes:

1. SAPE - CIPE-B2.
2. SClinico, Perfil Enfermagem, versão não normalizada - CIPE-B2.
3. SClinico, Perfil Enfermagem, versão normalizada - usa códigos e termos da CIPE-B2 e da CIPE-2 (2011). Esta versão do SClinico começou a ser instalada em Portugal a partir de junho de 2015. Usa as regras de definição de diagnósticos da CIPE-2 (2011).
4. MedicineOne - Não possui qualquer versão normalizada da CIPE.
5. VitaCare - CIPE-2 (2011).

Especificam-se os códigos da CIPE-B2 e CIPE-2 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.

Esses códigos da CIPE são agrupados "áreas de vigilância" numeradas de E001 a E009 seguintes:

- E001 - Códigos CIPE específicos de [Vigilância em saúde infantil e juvenil];
- E002 - Códigos CIPE específicos de [Vigilância em saúde materna];
- E003 - Códigos CIPE específicos de [Vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar];
- E004 - Códigos CIPE específicos de [Vigilância em hipertensão];
- E005 - Códigos CIPE específicos de [Consulta de revisão do puerpério];
- E006 - Códigos CIPE específicos de [Consulta relacionada com tabagismo];
- E007 - Códigos CIPE específicos de [Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool"];
- E008 - Códigos CIPE específicos de [Consulta relacionada com obesidade];
- E009 - Códigos CIPE específicos de [Vigilância em diabetes].

Cada um dos 9 grupos acima referidos é subdividido em 5 subgrupos

1. CIPE-B2 - "Fenómenos" específicos;
2. CIPE-B2 - "Alvos" específicos;
3. CIPE-2 - "diagnósticos/resultados" específicos;
4. CIPE-2 - "intervenções" Alvos específicos;
5. CIPE-2 - "focos" específicos.

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;

Nota: O eixo "alvo" foi descontinuado na versão normalizada do SClinico.

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 efectivo (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;

Nota: O eixo "alvo" foi descontinuado na versão normalizada do SClínico.

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 acções de enfermagem específicas de [Vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar]:

- Inexistentes;

Nota: O eixo "alvo" foi descontinuado na versão normalizada do SClínico.

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);

- Contracção 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 acções de enfermagem específicas de [Vigilância em hipertensão]:

- Inexistentes;

Nota: O eixo "alvo" foi descontinuado na versão normalizada do SClínico.

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;

Nota: O eixo "alvo" foi descontinuado na versão normalizada do SClínico.

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;

Nota: O eixo "alvo" foi descontinuado na versão normalizada do SClínico.

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;

E006 | CIPE-2 | Focos específicos de [Consulta relacionada com tabagismo]:

- Abuso do tabaco (código: 10019766);

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.);

E007 | CIPE-B2 | Alvos de acções de enfermagem específicas de [Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool"]:

- Inexistentes;

Nota: O eixo "alvo" foi descontinuado na versão normalizada do SClínico.

E007 | CIPE-2 | Diagnósticos/resultados específicos de [Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool"]:

- Abuso de álcool (código: 10002137);

E007 | CIPE-2 | Intervenções de Enfermagem específicas de [Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool"]:

- Inexistentes;

E007 | CIPE-2 | Focos específicos de [Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool"]:

- Abuso do álcool (código: 10022234);

E008 | CIPE-B2 | Fenómenos específicos de [Consulta relacionada com obesidade]:

- Obesidade (código: 1A.1.1.1.4.2.2.1.);

E008 | CIPE-B2 | Alvos de acções de enfermagem específicas de [Consulta relacionada com obesidade]:

- Inexistentes;

Nota: O eixo "alvo" foi descontinuado na versão normalizada do SClínico.

E008 | CIPE-2 | Diagnósticos/resultados específicos de [Consulta relacionada com obesidade]:

- Inexistentes;

E008 | CIPE-2 | Intervenções de Enfermagem específicas de [Consulta relacionada com obesidade]:

- Inexistentes;

E008 | CIPE-2 | Focos específicos de [Consulta relacionada com obesidade]:

- Obeso (código: 10013457);

E009 | CIPE-B2 | Fenómenos específicos de [Vigilância em diabetes]:

- Inexistentes;

E009 | CIPE-B2 | Alvos de ações de enfermagem específicas de [Vigilância em diabetes]:

- Diabetes (código: 2B.2.2.1.5.6.);

Nota: O eixo "alvo" foi descontinuado na versão normalizada do SClínico.

E009 | CIPE-2 | Diagnósticos/resultados específicos de [Vigilância em diabetes]:

- Inexistentes;

E009 | CIPE-2 | Intervenções de Enfermagem específicas de [Vigilância em diabetes]:

- Inexistentes;

E009 | CIPE-2 | Focos específicos de [Vigilância em diabetes]:

- Diabetes (código: 10005876);

R132

Nome

Enfermeiro de Família (operacionalização dos registos)

Descrição

O registo dos enfermeiros que trabalham nas unidades funcionais dos ACES deve ser efetuado no SINUS e deve contemplar quer o número mecanográfico quer a cédula profissional do enfermeiro. O número mecanográfico tem o formato inteiro e a cédula profissional tem o formato de número com 5 dígitos. No SINUS, cada enfermeiro fica associado a uma base de dados e o número mecanográfico do enfermeiro identifica-o aí univocamente. A associação dos enfermeiros de família (EF) aos utentes é efetuada no SClínico/SAPE, no MedicineOne ou no VitaCare, da forma como se especifica a seguir:

SClínico/SAPE - Quando se pretende atribuir um EF a um utente, a lista de enfermeiros disponíveis para atribuição, é a que tenha sido parametrizada na base de dados SINUS de inscrição do utente. O SClínico/SAPE não possui qualquer lista própria de enfermeiros que não seja a parametrizada no SINUS.

MedicineOne - O MedicineOne possui uma parametrização própria dos profissionais de saúde. Essa parametrização, na componente de enfermagem, permite criar logins de acesso e também definir a lista de enfermeiros que estão disponíveis para atribuição de EF aos utentes. Quando se parametrizam os enfermeiros neste sistema, as respetivas fichas devem ser preenchidas quer com o número mecanográfico quer com a cédula profissional e os mesmos devem coincidir com os registos do SINUS.

Para efeitos de indicadores, no caso de unidades MedicineOne, serão também considerados válidos os enfermeiros registados neste software clínico mesmo que não se encontrem registados no SINUS desde que as fichas dos respetivos enfermeiros tenham corretamente registados quer o número mecanográfico, quer a cédula profissional. Estes enfermeiros ficarão associados à base de dados SINUS correspondente e serão identificados igualmente pelo número mecanográfico.

VitaCare - Tem módulo próprio de registo de enfermeiros. A ficha de cada enfermeiro deve ser preenchida quer com o número mecanográfico quer com a cédula profissional e os mesmos devem coincidir com os registos do SINUS.

IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO SIARS:

O código identificador do EF no SIARS é um número com 14 dígitos, resultante da concatenação de:

a) 5 primeiros dígitos do código RNU de inscrição de utente

b) seguido de 2 zeros

c) seguido do número mecanográfico do enfermeiro precedido de zeros de forma a que fique com a dimensão de 7 dígitos.

O SIARS lê a informação dos utentes inscritos, registados no SINUS, ainda sem a informação do enfermeiro de família atribuído, por norma, no dia 1 de cada mês. A informação dos EF atribuídos a cada utente e registados em tabelas próprias do SClínico/SAPE, no MedicineOne ou no VitaCare, é também recolhida, por norma, no dia 1 de cada mês.

Para efeitos de relatórios e indicadores produzidos no SIARS, são considerados, num determinado mês, utentes com enfermeiro de família, aqueles em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira:

A. Inscrição ativa na unidade de saúde;

B. Enfermeiro de família atribuído ao utente em questão, no sistema de registo clínico usado pela unidade funcional (SClínico/SAPE, MedicineOne ou VitaCare);

C. Registo do enfermeiro no SINUS com número mecanográfico e com cédula profissional;

D. Registo do enfermeiro no software de registo clínico usado pela unidade funcional, com número mecanográfico e com cédula profissional (aplicável apenas a MedicineOne e a VitaCare).

R122

Nome

Estabelecimento

Descrição

O conceito de [estabelecimento] foi criado nos sistemas de informação do SNS numa altura em que coexistiam [centros de saúde] (constituídos por [extensões]), hospitais e outras entidades de saúde públicas e privadas para criar agrupadores de "locais de prescrição".

Assim, os [centros de saúde] foram considerados [estabelecimentos]. Cada [centro de saúde] era habitualmente constituído por várias [extensões] e a cada [extensão] correspondia um [local de prescrição]. Os centros de saúde tinham sempre uma sede (uma das [extensões]). Nos sistemas de informação, a morada que se atribuía aos [estabelecimentos] do tipo [centro de saúde] era a morada da respetiva sede (fisicamente equivalente a um dos locais de prescrição).

Existem atualmente 47 tipos diferentes de [estabelecimentos] (no PRVR);

Assim, concetualmente, um [estabelecimento] deve possuir as seguintes propriedades principais:

1. ID
2. Nome
3. Data de início de atividade
4. Data de fim de atividade
5. Endereço e outros contatos
6. ARS
7. Tipo

R049

Nome

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.

R121

Nome

Local de prescrição

Descrição

Trata-se de um "local" onde se agrupam um ou mais prescritores com um código de prescrição de medicamentos e de requisição de MCDT único. Esse código é colocado nas receitas de medicamentos e nas requisições de MCDT na área específica criada para o identificar.

A cada hospital (público ou privado) correspondem habitualmente vários locais de prescrição, um para a urgência, outro para as consultas externas, outro para o internamento, etc. No entanto, existem hospitais que têm um local de prescrição para cada serviço.

A cada unidade funcional de um ACES pode corresponder um ou mais locais de prescrição, dependendo do tipo de unidade funcional em questão. A cada USF corresponde habitualmente um local de prescrição (existem exceções). A cada UCSP corresponde um ou mais locais de prescrição em função da mesma estar funcionar respetivamente num ou mais edifícios, mas o inverso também se verifica (existência de UCSP com apenas 1 local de prescrição).

A cada serviço de urgência básica (SUB) pode corresponder ou não um local de prescrição. Existem hospitais que têm um código de prescrição único para a urgência de adultos, pediátrica, obstétrica e para o serviço de urgência básica. Existem serviços de urgência básica com local de prescrição associados a ACES, o que é incongruente pois o SUB não é uma unidade funcional dos ACES.

Assim, conceitualmente, um local de prescrição deve possuir as seguintes propriedades principais:

1. ID
2. Nome
3. Data de início de atividade
4. Data de fim de atividade
5. Endereço e outros contatos
6. SNS (S/N)
7. Tipo

Os locais de prescrição integrados nos ACES devem ter correspondência com uma unidade funcional (UF) e consequentemente com um ACES.

Um local de prescrição integrado no SNS deve ser "terminado", com criação de um ou mais em substituição, sempre que existam "alterações substâncias" do respetivo funcionamento, como sejam:

1. Alteração do tipo de unidade funcional a operar no edifício (passagem de UCSP a USF);
2. Alteração da morada de funcionamento;
3. Alteração substancial do número de utentes inscritos (p.e. porque parte dos médicos anteriormente associados a uma UCSP passam a integrar outra UCSP ou uma USF).

Um local de prescrição integrado no SNS deve ser "terminado", sem criação de outro(s) em substituição, sempre que deixe de ter, cumulativamente, todos os seguintes:

1. Uteses inscritos;
2. Atividade médica associada;
3. Atividade de enfermagem associada;
4. Atividade de outros profissionais de saúde associada

R131

Nome

Médico de Família (operacionalização dos registos)

Descrição

O registo do médico de família (MF) é efetuado no RNU e sincronizado para o SINUS.

O código identificador do MF no RNU, no SINUS e no SIARS é a respetiva cédula profissional (número com 5 dígitos).

O SIARS lê a informação registada no SINUS, habitualmente no dia 1 de cada mês.

A fonte do SIARS é o SINUS, independentemente do software usado para o registo clínico (SClinico, MedicineOne ou VitaCare).

Para efeitos de relatórios e indicadores produzidos no SIARS, são considerados utentes sem médico de família, aqueles em que o valor registado no campo da cédula profissional do médico seja igual ou superior a 90000. Pelo contrário, consideram-se utentes com médico de família, aqueles em que o valor registado no referido campo seja inferior a 90000. Nos relatórios em que seja possível consultar os "uteses sem médico de família por opção", os mesmos correspondem aos que tenham o referido campo preenchido com o número 98765.

R078

Nome

MIF

Descrição

Mulheres em Idade Fértil. Tratam-se de mulheres com idade pertencente ao intervalo [15; 50[anos.

R042

Nome

SOAP

Descrição

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

Quando ao longo do documento se refere que "é necessário SOAP", tal significa que é necessário que o profissional de saúde crie o SOAP, sendo irrelevante (para efeitos de indicadores) a quantidade ou qualidade da informação lá colocada.

O sistema de indicadores contabiliza SOAP's, quer tenham, quer não tenham conteúdo, pois não é objetivo deste sistema, medir a qualidade dos registos efetuados pelos profissionais de saúde.

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 2016

001	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.12.01	2013.001.01	Proporção de consultas realizadas pelo MF

Designação

Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de consultas presenciais realizadas por qualquer médico da unidade de saúde.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O contacto foi realizado pelo Médico de Família (MF) do utente ou por um dos respetivos internos.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Compatível com o código C002 [Consulta médica presencial - SAM/SClínico]. Ver [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS

B. Compatível com o código C008 [Consulta médica presencial - MedicineOne]. Ver [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS

C. Compatível com o código C014 [Consulta médica presencial - VitaCare]. Ver [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS

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

E. Realizado a utente com MF atribuído (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Tanto no numerador como no denominador, apenas se contabiliza uma consulta realizada ao mesmo utente, por dia.

B. Para que as consultas dos internos realizadas aos utentes dos respetivos orientadores, sejam consideradas no numerador, é necessário que as aplicações possibilitem o registo temporal da relação entre internos e orientadores e que as equipas procedam ao registo desta informação.

C. Contabilizam-se consultas programadas e não programadas.

D. Contabilizam-se consultas realizadas no horário normal ou no horário alargado da unidade de saúde.

E. Quando a unidade de observação é o médico, a USF ou a UCSP, não se contabilizam para o denominador (nem para o numerador) as consultas que se realizam fora da USF (p.e., no contexto do atendimento complementar, de serviços de apoio permanente, CDP, etc). No entanto, contabilizam-se as consultas de intersubstituição e as consultas de reforço.

F. Quando a unidade de observação é ACES, não se contabilizam no numerador as consultas que os médicos realizem no contexto do atendimento complementar ou de serviços de apoio permanente, mesmo que tenham sido realizadas pelo médico de família do utente. Desta forma, variações nos resultados do indicador ficam mais dependentes do esforço das equipas para que os utentes sejam observados pelo respetivo MF na própria unidade de saúde, sem recurso aos horários das "urgências".

G. Ao limitar o denominador (e consequentemente o numerador) aos utentes que têm Médico de Família atribuído, tornam-se os resultados do indicador imunes à proporção de utentes sem MF. Desta forma, variações nos resultados do indicador ficam mais dependentes do esforço das equipas para que os utentes sejam observados pelo respetivo MF.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. Para que as consultas dos internos realizadas aos utentes dos respetivos orientadores, sejam consideradas no numerador, é necessário que no módulo de configuração a ficha de cada interno tenha o registo do nome do orientador.

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 contactos	2

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

Legenda

MF - Médico de Família

002	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.15.01	2013.002.01	Taxa de utilização global de consultas médicas

Designação

Taxa de utilização global de consultas médicas

Objetivo

Avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita.

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica, presencial ou não presencial, nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Quando a unidade de observação é um médico ou uma unidade de saúde (USF / UCSP), pelo menos uma das consultas tem que ser

efetuada na própria unidade de saúde. Quer isto dizer que se um utente tiver uma única consulta no ano fora da sua unidade de saúde (num atendimento complementar, CDP, etc), não é contabilizado no numerador deste indicador.

B. Quando a unidade de observação é um ACES, um utente ativo que tenha apenas uma consulta no período em análise realizada num atendimento complementar também é incluído no numerador.

C. Quando a unidade de observação é um ACES, se um utente com [inscrição ativa] tiver, durante o período em análise, uma única consulta numa unidade de saúde diferente da sua, mas pertencente ao ACES, utilizando para isso uma inscrição esporádica, é contabilizado uma única vez no denominador e também no numerador (desde que ambas as inscrições tenham o registo do nº de utente). Se uma das inscrições não tiver registo de nº de utente, o mesmo será contabilizado no denominador e não será contabilizado no numerador.

D. Os utentes contabilizados no numerador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta médica presencial] ou pelo menos uma [Consulta médica não presencial] com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico
- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico
- C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne
- C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne
- C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare
- C014 | Consulta médica presencial - VitaCare

E. Ver conceito de [inscrição ativa] na secção deste documento [Glossário e Legenda de Outros Termos].

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	7

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

Legenda

SOAP - Subjetivo Objetivo Avaliação Plano

003	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	4.18.01	2013.003.01	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos

Designação

Taxa de consultas médicas no domicílio por 1.000 inscritos

Objetivo

Permite monitorizar produtividade relacionada com a realização de domicílios médicos.

Descrição do Indicador

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

Numerador: Contagem de domicílios médicos realizados por ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

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

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

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

DENOMINADOR (BB):

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

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

Observações Gerais

A. Apenas se contabiliza um contacto, por utente, por dia;

B. No denominador, contabilizam-se utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise, pois existe um número significativo de consultas domiciliárias que são realizadas a utentes que acabam por falecer antes do último dia do período em análise, o que provocaria uma quebra significativa de domicílios no numerador (quando comparada com os domicílios efetivamente realizados pelos profissionais no período em análise).

C. As consultas contabilizadas no numerador estão de acordo com as definições de [Consulta médica presencial] com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico

- C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne

- C014 | Consulta médica presencial - VitaCare

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. São considerados domicílios as consultas que se encontram no painel de domicílios na agenda do médico. Este registo deve ser efetuado aquando da marcação da consulta no SINUS

B. Apenas se contabilizam as consultas que tenham sido efetivadas pelo médico.

MEDICINEONE:

A. Um contacto fica como [domicílio] se o respetivo [Tipo de contacto] foi definido como [domicílio].

B. O SIARS não lê informação que tenha sido registada no módulo de domicílios, a não ser que em simultâneo seja gerado um contacto do tipo [domicílio] e um SOAP.

C. Apenas se contabilizam as consultas que não tenham sido assinalados como [Sem atividade clínica] em [Outras características do contacto].

D. Apenas se contabilizam consultas relativamente às quais: a) não tenha sido assinalado que o utente faltou; b) não tenha sido anulada; c) não tenha sido desmarcada.

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 1.000	por 1.000	Taxa de consultas domiciliárias (Méd.)	4

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

Legenda

SOAP - Subjetivo Objetivo Avaliação Plano

004	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	4.30.01	2013.004.01	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos

Designação

Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

Numerador: Contagem de domicílios de enfermagem realizados no período em análise.

Denominador: Contagem de utentes com [inscrição ativa] durante pelo menos um dia do período em análise.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

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

B. Realizados no domicílio, por qualquer enfermeiro da unidade de saúde (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Que estão de acordo com as definições de [Consulta enfermagem com a presença do utente (direta)] com os códigos C005, C011 e C017 (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS e [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

Observações Gerais

A. Apenas se contabiliza um contacto, por utente, por dia;

B. No denominador, contabilizam-se utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise, pois existe um número significativo de consultas domiciliárias que são realizadas a utentes que acabam por falecer antes do último dia do período em análise, o que provocaria uma quebra significativa de domicílios no numerador (quando comparada com os domicílios efetivamente realizados pelos profissionais no período em análise).

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

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

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

D. Quando a unidade de observação é um ACES, contabilizam-se as visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros das UCC a utentes a utentes com [inscrição ativa] numa das unidades (USF ou UCSP) do ACES. Esses domicílios realizados por enfermeiros da UCC não são contabilizadas nos indicadores em que a unidade de observação é uma USF, uma UCSP ou um médico.

Observações Sobre Software

SClínico/SAPE:

A. No SAPE, 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].

MEDICINEONE:

A. Um contacto fica como [domicílio] se o respetivo [Tipo de contacto] foi definido como [domicílio].

B. O SIARS não lê informação que tenha sido registada no módulo de domicílios, a não ser que em simultâneo seja gerado um contacto do tipo [domicílio] e um [SOAP].

C. Apenas se contabilizam as consultas que não tenham sido assinalados como [Sem atividade clínica] em [Outras características do contacto].

D. Apenas se contabilizam consultas relativamente às quais: a) não tenha sido assinalado que o utente faltou; b) não tenha sido anulada; c) não tenha sido desmarcada.

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 1.000	por 1.000	Taxa de consultas domiciliárias (Enf.)	4

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

Legenda

EF - Enfermeiro de Família

005	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.12.02	2013.005.01	Proporção de consultas realizadas pelo EF

Designação

Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de consultas presenciais realizadas por qualquer enfermeiro da unidade de saúde.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

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

DENOMINADOR (BB):

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

A. Compatível com o código C005 [Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - SAPE]. Ver [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS

B. Compatível com o código C011 [Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne]. Ver [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS

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

GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS

- D. Realizado a utente com [inscrição ativa] durante pelo menos um dia do período em análise.
E. Realizado a utente com enfermeiro de família atribuído (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

- A. Tanto no numerador como no denominador, apenas se contabiliza uma consulta realizada ao mesmo utente, por dia.
B. Contabilizam-se consultas programadas e não programadas.
C. Contabilizam-se consultas realizadas no horário normal ou no horário alargado da unidade de saúde.
D. Quando a unidade de observação é o enfermeiro, a USF ou a UCSP, não se contabilizam consultas que os enfermeiros realizem no contexto do atendimento complementar ou de serviços de apoio permanente.
E. Quando a unidade de observação é ACES, não se contabilizam no numerador as consultas que os enfermeiros realizem no contexto do atendimento complementar ou de serviços de apoio permanente, mesmo que tenham sido realizadas pelo enfermeiro de família do utente. Desta forma, variações nos resultados do indicador ficam mais dependentes do esforço das equipas para que os utentes sejam observados pelo respetivo EF na própria unidade de saúde, sem recurso aos horários das "urgências".
F. Ao limitar o denominador (e consequentemente o numerador) aos utentes que têm Enfermeiro de Família atribuído, tornam-se os resultados do indicador imunes à proporção de utentes sem EF. Desta forma, variações nos resultados do indicador ficam mais dependentes do esforço das equipas para que os utentes sejam observados pelo respetivo EF.
G. 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
- C011 | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne
- C017 | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - VitaCare

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

- A. No SAPE não existe a possibilidade de registar SOAPS

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 contactos	2

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

Legenda

EF - Enfermeiro de Família

006	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.15.02	2013.006.01	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos

Designação

Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos

Objetivo

Avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita.

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica, de qualquer tipo, nos últimos 3 anos.
Numerador: Contagem de utentes inscritos com pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos.
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica, presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Quando a unidade de observação é um médico ou uma unidade de saúde (USF ou UCSP), pelo menos uma das consultas tem que ser efetuada na própria unidade de saúde. Quer isto dizer que se, durante o período em análise, um utente tiver uma única consulta num atendimento complementar (ou afim), não é contabilizado no numerador deste indicador.

B. Quando a unidade de observação é um ACES, um utente com [inscrição ativa] que tenha apenas uma consulta no período em análise realizada num atendimento complementar é incluído no numerador.

C. Quando a unidade de observação é um ACES, se um utente com [inscrição ativa] tiver, durante o período em análise, uma única consulta numa unidade de saúde diferente da sua, mas pertencente ao ACES, utilizando para isso uma inscrição esporádica, é contabilizado uma única vez no denominador e também no numerador (desde que ambas as inscrições tenham o registo do nº de utente). Se uma das inscrições não tiver registo de nº de utente, o mesmo será contabilizado no denominador e não será contabilizado no numerador.

D. Os utentes contabilizados no numerador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta médica presencial] ou pelo menos uma [Consulta médica não presencial] com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico:

- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico

- C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne

- C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne

- C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare

- C014 | Consulta médica presencial - VitaCare

E. Ver conceito de [inscrição ativa] na secção deste documento [Glossário e Legenda de Outros Termos].

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	7

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

008	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.22.01	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de MIF.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica de PF (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS) realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos últimos 12 meses.

C. Ter pelo menos uma consulta de enfermagem de PF (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS) realizada por qualquer enfermeiro da unidade de saúde, nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Ser mulher.

C. Ter idade pertencente ao intervalo [15; 50[anos (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta Médica de Vigilância] de PF, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClinico:

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, os códigos ICPC-2 específicos de saúde reprodutiva e planeamento familiar, que podem ser usados para o classificar como "problema de saúde da consulta" são W10, W11, W12, W13, W14, W15 ou sub-rubricas.

B. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em PF, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClinico/SAPE

- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E003 | Vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar]

Nota 2: Na norma C012, os códigos ICPC-2 específicos de saúde reprodutiva e planeamento familiar, que podem ser usados para o classificar como "problema de saúde da consulta" são W10, W11, W12, W13, W14, W15 ou sub-rubricas.

C. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

Nos automatismos de codificação do SAM (aquando do registo do método contraceutivo), a correspondência entre os métodos de contraceção e os códigos ICPC é a seguinte:

- Barreira, natural ou nenhum - W14
- Disp. intra-uterino - W12
- Esterilização - W13
- Hormonal - W11

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

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

MIF - Mulheres em Idade Fértil; PF - Planeamento Familiar

009	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.22.02	2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)

Designação

Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar

Objetivo

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

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de MIF, que tiveram uma consulta de enfermagem de planeamento familiar nos últimos 12 meses.
Numerador: Contagem de MIF que tiveram pelo menos uma consulta de enfermagem de planeamento familiar nos últimos 12 meses.
Denominador: Contagem de MIF.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta de enfermagem de PF (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS) realizada por qualquer enfermeiro da unidade de saúde, nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Ser mulher.

C. Ter idade pertencente ao intervalo [15; 50[anos (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em PF, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClinico/SAPE

- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E003 | Vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar]

Nota 2: Na norma C012, os códigos ICPC-2 específicos de saúde reprodutiva e planeamento familiar, que podem ser usados para o classificar como "problema de saúde da consulta" são W10, W11, W12, W13, W14, W15 ou sub-rubricas.

B. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

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

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no	Tipo de resultado
-------------------	--------------	-----------------------------------	-------------------

		indicador]	
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

MIF - Mulheres em Idade Fértil; PF - Planeamento Familiar

010	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.22.03	2013.010.01	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)

Designação

Taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de MIF.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica de PF (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS) realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Ser mulher.

C. Ter idade pertencente ao intervalo [15; 50[anos (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta Médica de Vigilância] de PF, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, os códigos ICPC-2 específicos de saúde reprodutiva e planeamento familiar, que podem ser usados para o classificar como "problema de saúde da consulta" são W10, W11, W12, W13, W14, W15 ou sub-rubricas.

B. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

Nos automatismos de codificação do SAM (aquando do registo do método contraceutivo), a correspondência entre os métodos de contraceção e os códigos ICPC é a seguinte:

- Barreira, natural ou nenhum - W14

- Disp. intra-uterino - W12

- Esterilização - W13
- Hormonal - W11

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

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

MIF - Mulheres em Idade Fértil; PF - Planeamento Familiar

011	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.09.01	2013.011.01	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de grávidas.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Utentes que tiveram pelo menos uma consulta médica de vigilância de gravidez nos primeiros 90 dias de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ser mulher;

B. Gravidez registada no módulo ou no programa de saúde materna;

C. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo] durante pelo menos um dia do período compreendido entre a [Data início] e a [data de fim da gravidez] (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS);

- D. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos um dia do primeiro trimestre de gestação ([1; 90] dias) (ver alíneas B e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- E. O final do 1º trimestre (90º dia de gestação) pertencente ao período em análise (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta Médica de Vigilância] em saúde materna, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico;
- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne
- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, os códigos ICPC-2 específicos de gravidez, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são W78, W79, W84 ou sub-rubricas.

B. A datação da gravidez faz-se a partir da data da última menstruação (DUM), registada no módulo ou programa de saúde materna. Na contagem de [dias de gravidez] que é efetuada neste indicador, a DUM corresponde ao 1º dia de gravidez (D1), não existindo dia "zero". Na prática clínica de seguimento de grávidas utiliza-se uma escala de datação de gravidez que junta "semanas" e "dias de gravidez" (p.e. 13S+0D, 13S+1D, 13S+2D, 13S+3D, 13S+4D, 13S+5D, 13S+6D, 14S+0D, ...), que pode ser reduzida a uma escala ordinal com início em "zero". Essa redução da escala de datação de gravidez que junta "semanas" e "dias de gravidez" para uma escala ordinal com início em "zero", a ser feita, origina um desvio de uma unidade relativamente à escala que é usada neste indicador (p.e. o dia 24 de uma datação que começa no "zero" corresponde ao 25º dia de gravidez usado neste indicador). No entanto, garante-se que todas as escalas (as usadas na clínica e neste indicador) fazem uma datação correta da gravidez e que são convertíveis umas nas outras sem erros.

C. O registo de gravidez na lista de problemas, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração, definida pelos campos [Data início] e [Data fim] seja coincidente em pelo menos um dia com a duração da gravidez respetiva no módulo ou programa de saúde materna, devendo verificar-se as 2 condições seguintes:

- a) a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [data de fim da gravidez]).
- b) a [Data fim] do diagnóstico de gravidez ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

D. Nas grávidas, a [data de fim da gravidez] é determinada da seguinte forma:

- a) Se existe uma [data de parto], a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto].
- b) Se não existe uma [data de parto] e existe uma [data de parto corrigida], a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto corrigida].
- c) Se não existe uma [data de parto] e não existe uma [data de parto corrigida], a [data de fim da gravidez] é igual à soma de [39 semanas e 6 dias] (280 dias) com a DUM.

E. Excluem-se do denominador (e consequentemente do numerador) as grávidas que não tenham estado inscritas na unidade de saúde durante pelo menos um dia do 1º trimestre de gravidez.

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. No SAM, existem poucos registos de gravidez de lista de problemas, porque esta aplicação apenas faz o registo automático dos códigos ICPC-2 de gravidez no sistema de episódios (não os transpondo para a lista de problemas). Assim, nesta aplicação de registo clínico, a alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS deve ter a seguinte leitura:

O registo de gravidez na lista de problemas ou no sistema de episódios, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração seja coincidente em pelo menos um dia com a duração do registo no módulo ou programa de saúde materna, devendo ser verdadeira a condição [AA ou (BB e CC)]:

AA. Existe pelo menos um registo de um dos códigos ICPC-2 relacionados com gravidez, no sistema de episódios, entre a DUM e a [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [data de fim da gravidez]).

BB. a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [data de fim da gravidez]).

CC. a [Data fim] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 90 dias, coincidente como 1º trimestre de gravidez de cada utente incluída no denominador.
- Denominador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

Legenda

SOAP - Subjetivo Objetivo Avaliação Plano; DUM - Data da Última Menstruação

012

Código

6.26.01

Código SIARS

2013.012.01

Nome abreviado

Propor. gráv. c/ 6+ cons. vig. enf. grav./puerp.

Designação

Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna (gravidez e puerpério)

Objetivo

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

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de puérperas que realizaram pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância da gravidez ou puerpério. Numerador: Contagem de puérperas que realizaram pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância da gravidez e puerpério. Denominador: Contagem de puérperas.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Utentes que tiveram pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância de gravidez ou de revisão do puerpério, no período compreendido entre a DUM e o 42º dia de puerpério (ver alíneas A, B, C, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ser mulher;

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

C. Gravidez não classificada como aborto (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS);

D. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo] durante pelo menos um dia do período compreendido entre a [Data início] e o [42º dia de puerpério] (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS);

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

F. O 42º dia de puerpério, contabilizado a partir da [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador (ver alíneas E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em saúde materna, é necessária a existência de registos compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] que sejam realizados entre a DUM e a [data de fim da gravidez]:

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClínico/SAPE

- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E002 | Vigilância em saúde materna]

Nota 2: Na norma C012, os códigos ICPC-2 específicos de gravidez, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da

consulta" são W78, W79, W84 ou sub-rubricas.

B. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] de apoio à Revisão do Puerpério, é necessária a existência de registos compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] que sejam realizados durante o puerpério (entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia seguinte a essa data):

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClinico/SAPE

- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E005 | Consulta de revisão do puerpério]

Nota 2: Nas normas C012 e C18 é possível a criação de um registo no módulo ou programa de saúde materna onde se assinala [revisão do puerpério].

C. Contabiliza-se no máximo uma consulta de enfermagem de RP por grávida.

D. O registo de gravidez na lista de problemas, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração, definida pelos campos [Data início] e [Data fim] seja coincidente em pelo menos um dia com a duração da gravidez respetiva no módulo ou programa de saúde materna, devendo verificar-se as 2 condições seguintes:

a) a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim da gravidez] (ver definição mais à frente em OBSERVAÇÕES GERAIS).

b) a [Data fim] do diagnóstico de gravidez ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

E. A [data de fim da gravidez] corresponde ao 1º dia do puerpério e é determinada da seguinte forma:

a) se a [data de parto] estiver registada, a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto].

b) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data de parto corrigida] em 8 semanas (56 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto corrigida].

c) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] não estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data da última menstruação] em 48 semanas (336 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à soma da [data da última menstruação] com [39 semanas e 6 dias] (280 dias).

F. Para efeitos de contabilização do puerpério, considera-se que a [data de fim da gravidez], tal como definida na alínea anterior, é o 1º dia de puerpério (P1).

G. A classificação do registo de gravidez como [aborto], exclui a utente do denominador. Caso a gravidez termine em aborto (espontâneo ou provocado), tal deve ser registado no módulo ou programa de saúde materna (ver OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE), para que seja detetado pelo SIARS. Embora o aborto possa e deva ser registado no A do SOAP e classificado pela ICPC-2 como [episódio], tal não é detetado pelo SIARS.

Observações Sobre Software

SAM/SClinico:

A. É possível registar [Aborto] na janela [Revisão do puerpério]. Esta funcionalidade está acessível a partir do botão [RP] do [programa de saúde materna]. O [aborto] é selecionado na mesma lista em que é possível escolher o [tipo de parto].

B. No SAM, existem poucos registos de gravidez de lista de problemas, porque esta aplicação apenas faz o registo automático dos códigos ICPC-2 de gravidez no sistema de episódios (não os transpõe para a lista de problemas). Assim, nesta aplicação de registo clínico, a alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS deve ter a seguinte leitura: D. O registo de gravidez na lista de problemas ou no sistema de episódios, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração seja coincidente em pelo menos um dia com a duração do registo no módulo ou programa de saúde materna, devendo ser verdadeira a condição [AA ou (BB e CC)]:

AA. Existe pelo menos um registo de um dos códigos ICPC-2 relacionados com gravidez, no sistema de episódios, entre a DUM e a [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [data de fim da gravidez]).

BB. a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [data de fim da gravidez]).

CC. a [Data fim] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

MEDICINEONE:

A. O [aborto] pode ser registado no módulo de saúde materna (por baixo da zona de registo da [data da última menstruação] e da [data de parto]).

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O denominador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o período em análise do denominador a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de novembro inicia o período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.

- A principal variável de "ancoragem" de cada grávida a este indicador é o facto de o 42º dia de puerpério pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Para cada utente incluída no denominador, o período em análise inicia-se na DUM e termina no 42º dia do puerpério.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Materna	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

Legenda

DUM - Data da Última Menstruação; RP - Revisão do Puerpério

013	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.42.01	2013.013.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem

Designação

Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem

Objetivo

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

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de puérperas que receberam visita domiciliária de enfermagem.

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

Denominador: Contagem de puérperas.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Utentes que tiveram pelo menos 1 consulta domiciliária de enfermagem realizada durante o período do puerpério, ou seja, entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia de puerpério (ver condições de registo de um domicílio de enfermagem para este indicador nas alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS e regras para datação do puerpério nas alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ser mulher;

B. Gravidez registada no módulo ou no programa de saúde materna;

C. Gravidez não classificada como aborto (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS);

D. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo] durante pelo menos um dia do período compreendido entre a [Data início] e o [42º dia de puerpério] (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS);

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

F. O 42º dia de puerpério, contabilizado a partir da [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador (ver alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para contabilizar este tipo de consultas (domicílios de enfermagem em puérperas) é necessário que:

a) O [tipo de contato] seja classificado como [domicílio].

b) Os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS

TERMOS:

- C005 | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SAPE
- C011 | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne
- C017 | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - VitaCare

B. Algumas aplicações permitem que os enfermeiros assinalem que consultas por si realizadas são consultas de "REVISÃO DO PUERPÉRIO". Não é obrigatório o registo de [consulta de revisão do puerpério] para que um domicílio efetuado por enfermeiros seja considerado nas regras de inclusão desde indicador.

C. O registo de gravidez na lista de problemas, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração, definida pelos campos [Data início] e [Data fim] seja coincidente em pelo menos um dia com a duração da gravidez respetiva no módulo ou programa de saúde materna, devendo verificar-se as 2 condições seguintes:

a) a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim da gravidez] (ver definição mais à frente em OBSERVAÇÕES GERAIS).

b) a [Data fim] do diagnóstico de gravidez ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

D. A [data de fim da gravidez] corresponde ao 1º dia do puerpério e é determinada da seguinte forma:

a) se a [data de parto] estiver registada, a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto].

b) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data de parto corrigida] em 8 semanas (56 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto corrigida].

c) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] não estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data da última menstruação] em 48 semanas (336 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à soma da [data da última menstruação] com [39 semanas e 6 dias] (280 dias).

E. Para efeitos de contabilização do puerpério, considera-se que a [data de fim da gravidez], tal como definida na alínea anterior, é o 1º dia de puerpério (P1).

F. A classificação do registo de gravidez como [aborto], exclui a utente do denominador. Caso a gravidez termine em aborto (espontâneo ou provocado), tal deve ser registado no módulo ou programa de saúde materna (ver OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE), para que seja detetado pelo SIARS. Embora o aborto possa e deva ser registado no A do SOAP e classificado pela ICPC-2 como [episódio], tal não é detetado pelo SIARS.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. No SAPE, 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].

SAM/SClínico:

A. É possível registar [Aborto] na janela [Revisão do puerpério]. Esta funcionalidade está acessível a partir do botão [RP] do [programa de saúde materna]. O [aborto] é selecionado na mesma lista em que é possível escolher o [tipo de parto].

B. No SAM, existem poucos registos de gravidez de lista de problemas, porque esta aplicação apenas faz o registo automático dos códigos ICPC-2 de gravidez no sistema de episódios (não os transpondo para a lista de problemas). Assim, nesta aplicação de registo clínico, a alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS deve ter a seguinte leitura: C. O registo de gravidez na lista de problemas ou no sistema de episódios, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração seja coincidente em pelo menos um dia com a duração do registo no módulo ou programa de saúde materna, devendo ser verdadeira a condição [AA ou (BB e CC)]:

AA. Existe pelo menos um registo de um dos códigos ICPC-2 relacionados com gravidez, no sistema de episódios, entre a DUM e a [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [data de fim da gravidez]).

BB. a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [data de fim da gravidez]).

CC. a [Data fim] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

MEDICINEONE:

A. Um contacto fica como [domicílio] se o respetivo [Tipo de contacto] foi definido como [domicílio].

B. O SIARS não lê informação que tenha sido registada no módulo de domicílios, a não ser que em simultâneo seja gerado um contacto do tipo [domicílio].

C. O [aborto] pode ser registado no módulo de saúde materna (por baixo da zona de registo da [data da última menstruação] e da [data de parto]).

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O denominador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o período em análise do denominador a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de novembro inicia o período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.

- A principal variável de "ancoragem" de cada grávida a este indicador é o facto de o 42º dia de puerpério pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Para cada utente incluída no denominador, o período em análise inicia-se na [data de fim da gravidez] e termina no 42º dia do puerpério.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de puérperas	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

Legenda

RP - Revisão do Puerpério

014	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.12.01	2013.014.01	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida

Designação

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

Objetivo

Monitorizar a vigilância precoce dos recém-nascidos.

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de recém-nascidos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Com pelo menos uma consulta médica de vigilância (contacto direto), nos primeiros 28 dias de vida (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Que completam 30 dias de vida durante o período em análise (ver alíneas D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Com [inscrição ativa] ou [esporádica] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 28 dias de vida (ver alíneas D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 60 dias de vida (ver alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] de recém-nascido, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, o código ICPC-2 que pode ser usado para classificar a atividade de vigilância em saúde infantil em associação à consulta realizada é o A98 ou sub-rubricas.

- B. Contabilizam-se no numerador os domicílios médicos realizados a recém-nascidos.
- C. Para efeitos de datação das consultas e outros procedimentos em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido já no fim do dia.
- D. Contabilizam-se crianças que se inscrevam antes do 28º dia de vida na unidade de saúde como esporádicas (p.e. por o nome ainda não estar registado na conservatória do registo civil), desde que o registo da [inscrição ativa] seja feito até ao 60º dia de vida e desde que se processe a uma alteração do registo de [inscrição esporádica] para [inscrição ativa] (ver conceito de [inscrição ativa] na secção [Glossário e Legenda de Outros Termos]). Caso o procedimento seja o da anulação do registo "esporádico", com criação de um novo registo com "inscrição ativa", a criança será contabilizada no denominador mas a entrada para o numerador fica dependente da existência de uma consulta médica de vigilância associada a esta novo registo de utente. Assim, o prazo para registos neste indicador é de 30 dias por forma a possibilitar os registos de [inscrição ativa] até ao 60º dia de vida.
- E. Se uma criança apenas se inscrever na unidade de saúde após os 28 dias de vida (p.e. por internamento hospitalar até aos 30 dias de vida), não é contabilizada no denominador (nem no numerador).

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- 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. São incluídas crianças que completam 30 dias de vida nesse período.
- Numerador: Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas inicia-se com o nascimento (D1) e termina ao 28º dia de vida (D28).

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

Legenda

RN - recém-nascidos

015	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.42.04	2013.015.01	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida

Designação

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

Objetivo

Monitorizar os cuidados prestados aos recém-nascidos. Parâmetro "domicílios de enfermagem a recém-nascidos".

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de recém-nascidos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Uteses incluídos no denominador.

B. Com pelo menos um domicílio de enfermagem, nos primeiros 15 dias de vida (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Que completam 30 dias de vida durante o período em análise (ver alíneas B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Com [inscrição ativa] ou [esporádica] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 15 dias de vida (ver alíneas B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 60 dias de vida (ver alíneas B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para contabilizar este tipo de consultas (domicílios a recém-nascidos) é necessário que:

a) O [tipo de contato] seja classificado como [domicílio].

b) Os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

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

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

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

B. Para efeitos de datação das consultas e outros procedimentos em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido no final do dia.

C. Contabilizam-se crianças que se inscrevam antes do 15º dia de vida na unidade de saúde como esporádicas (p.e. por o nome ainda não estar registado na conservatória do registo civil), desde que o registo da [inscrição ativa] seja feito até ao 60º dia de vida e desde que se processe a uma alteração do registo de [inscrição esporádica] para [inscrição ativa] (ver conceito de [inscrição ativa] na secção [Glossário e Legenda de Outros Termos]). Caso o procedimento seja o da anulação do registo "esporádico", com criação de um novo registo com [inscrição ativa], a criança será contabilizada no denominador mas não será possível a contabilização para o numerador pois o novo registo não terá um domicílio de enfermagem até ao 15º dia de vida. Assim, o prazo para registos neste indicador é de 30 dias por forma a possibilitar os registos de [inscrição ativa] até ao 60º dia de vida.

D. Se uma criança apenas se inscrever na unidade de saúde após os 15 dias de vida (p.e. por internamento hospitalar até aos 20 dias de vida), não é contabilizada no denominador (nem no numerador).

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. No SAPE, 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].

MEDICINEONE:

- A. Um contacto fica como [domicílio] se o respetivo [Tipo de contacto] foi definido como [domicílio].
B. O SIARS não lê informação que tenha sido registada no módulo de domicílios, a não ser que em simultâneo seja gerado um contacto do tipo [domicílio].

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- 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. São incluídas crianças que completam 30 dias de vida nesse período.
- Numerador: Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas inicia-se com o nascimento (D1) e termina ao 15º dia de vida (D15).

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

Legenda

RN - recém-nascidos

016	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.22.01	2013.016.01	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção entre o número de crianças que efetuaram pelo menos 6 consultas médicas de vigilância durante o 1º ano de vida, no total de crianças que completaram 1 ano de idade.

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

Denominador: Contagem de crianças que completaram 1 ano de idade.

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Ter pelo menos 6 consultas médicas de vigilância (contacto direto) até aos 11 meses de vida ([1, 330[dias). Ver alíneas A, B, C e E de OBSERVAÇÕES GERAIS.

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

GERAIS);

C. [Inscrição ativa] durante a totalidade do período compreendido entre os 45 e os 330 dias de vida (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em saúde infantil, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico;
- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne
- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, o código ICPC-2 que pode ser usado para classificar a atividade de vigilância em saúde infantil em associação à consulta realizada é o A98 ou sub-rubricas.

B. Apenas se contabiliza uma consulta médica, por utente, por dia.

C. Para efeitos de datação das consultas e outros procedimentos em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido já no fim do dia.

D. Contabilizam-se crianças que se inscrevam precocemente na unidade de saúde como esporádicas (p.e. por o nome ainda não estar registado na conservatória do registo civil), desde que o registo da [inscrição ativa] seja feito até ao 45º dia de vida e desde que se processe a uma alteração do registo de [inscrição esporádica] para [inscrição ativa]. Deve ser evitado o procedimento de "anular" a inscrição esporádica e criar de novo "inscrição ativa", pois as consultas entretanto efetuadas (associadas à inscrição esporádica) não migram para a nova [inscrição ativa].

E. O intervalo de tempo [1, 330[dias, definido no numerador, destina-se a detetar as 6 consultas de vigilância em saúde infantil previstas pela DGS para o 1º ano de vida:

- 1ª consulta da vida;
- Consulta do 1º mês;
- Consulta dos 2 meses;
- Consulta dos 4 meses;
- Consulta dos 6 meses;
- Consulta dos 9 meses.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O denominador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o período em análise do denominador a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de novembro inicia o período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.

- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto de completar 1 ano de vida durante o período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas inicia-se com o nascimento e termina ao 330º dia de vida.

- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, cada criança tem [1, 2[anos de idade.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- 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.

- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto de completar 1 ano de vida durante o ano civil em curso.

- Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas inicia-se com o nascimento e termina ao 330º dia de vida.

- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso, cada criança tem [1, 2[anos de idade.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

017	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.23.01	2013.017.01	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

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

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Ter pelo menos 3 consultas médicas de vigilância (contacto direto) realizadas entre os 11 e os 23 meses de vida ([330; 700[dias). Ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS.

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em saúde infantil, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico;

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, o código ICPC-2 que pode ser usado para classificar a atividade de vigilância em saúde infantil em associação à consulta realizada é o A98 ou sub-rubricas.

B. Apenas se contabiliza uma consulta médica, por utente, por dia.

C. Para efeitos de datação das consultas e outros procedimentos em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido já no fim do dia.

D. O intervalo de tempo [330; 700[dias, definido no numerador, destina-se a detetar as 3 consultas de vigilância em saúde infantil previstas pela DGS para o 2º ano de vida:

- Consulta dos 12 meses;

- Consulta dos 15 meses;

- Consulta dos 18 meses.

E. O numerador faz referência aos 11 meses (330º dia de vida) como limite inferior para a deteção de consultas pois só assim é possível garantir que se contabilizam para o numerador consultas dos "12 meses" feitas um pouco antes da idade chave proposta pela DGS, isto é, efetuadas entre o D330 e o D365. Por outro lado, o limite inferior do intervalo usado para a deteção de consultas neste indicador tem que ser igual ao limite superior do intervalo usado no numerador do indicador "Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano" (2013.016.01), para que em cada criança uma determinada consulta de vigilância apenas influencie um dos 2 indicadores. Ficou assim definido que o dia 330 de vida seria o limiar superior para aceitar consultas de vigilância do 1º ano de vida (a última recomendada pela DGS é aos 9 meses) e simultaneamente o limiar inferior para aceitar consultas de vigilância do 2º ano de vida (a 1ª recomendada pela DGS é aos 12 meses).

Quanto ao facto de no denominador, na sua alínea B, referir a necessidade de uma criança ter de estar com "[Inscrição ativa] na unidade de saúde, durante a totalidade do período compreendido entre os 12 e os 23 meses de vida ([365; 700[dias)" e não a partir dos 11 meses (como no numerador): O limiar inferior para esse intervalo é 12 meses e não 11 (como no numerador) porque se fosse 11, as crianças só entrariam para o

denominador se estivessem inscritas durante a totalidade do 11º mês de vida. Isso faria com que crianças que se inscrevessem entre o 300º e do 365º dia de vida, não entrassem para o denominador. Assim, os "12 meses" para o limiar inferior deste intervalo no denominador é o que maximiza a inclusão de crianças no denominador com condições para a realização das consultas previstas no numerador.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O denominador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o período em análise do denominador a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de novembro inicia o período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.

- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto de completar 2 anos de vida durante o período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas coincide com o intervalo etário [330; 700[dias de vida.

- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, cada criança tem [2, 3[anos de idade.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- 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.

- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto de completar 2 anos de vida durante o ano civil em curso.

- Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas coincide com o intervalo etário [330; 700[dias de vida.

- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso, cada criança tem [2, 3[anos de idade.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

018	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.13.01	2013.018.01	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Que tenham pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Que tenham pelo menos um registo parametrizado do peso, nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado após os 20 anos de idade do utente (ver alíneas A, B e C de

OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado nos 2 anos que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. Quando a unidade de observação é o médico ou a unidade de saúde, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Quando a unidade de observação é o ACES, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde. Os registos de estatura podem ter sido registados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde (independentemente da unidade de observação do indicador). Os registos médicos tornam prescindíveis os de enfermagem e vice-versa.

B. Os registos de IMC, peso e estatura podem ser realizados nos módulos ou programas de hipertensão, diabetes, planeamento familiar, saúde infantil e saúde materna. Podem também ser registados noutros módulos das aplicações destinadas a registar parâmetros do exame objetivo, tal como especificado em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. Não são contabilizados registos de texto livre no O do SOAP.

C. Não é obrigatório que o peso e altura sejam registados no mesmo dia. O peso deve ser registado durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. A estatura deve estar registada pelo menos uma vez com data de medição posterior aos 20 anos de idade, ou, caso o utente tenha menos de 22 anos, deve existir um registo nos 24 meses que antecedem a data de referência do indicador.

D. Não é obrigatório que os profissionais registem manualmente o valor do IMC. Basta que existam registos do peso e da estatura conforme descrito nas REGRAS DE CÁLCULO. Os sistemas de informação calculam de forma automática o IMC.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados neste sistema.

SAM/SClínico:

A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, saúde infantil e planeamento familiar.

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados nas biometrias e nos módulos de hipertensão, diabetes, saúde materna, saúde infantil e planeamento familiar.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

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

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

- Numerador (variável estatura): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

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

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

- Numerador (variável estatura): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	1

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

IMC - Índice de Massa Corporal;

019	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.10.01	2013.019.01	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).

C. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. São contabilizados no numerador os registos de pressão arterial realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Se existir um registo de PA no período em análise, realizado por um enfermeiro, não é necessário, nesse período em análise, a existência de registos médicos e vice-versa.

B. Só se contabilizam registos de pressão arterial em que tanto a pressão sistólica como a diastólica tenham sido avaliadas e registadas na mesma data.

C. Não se contabilizam registos de pressão arterial realizados em texto livre no SOAP;

D. Os utentes com hipertensão arterial diagnosticados de novo só são incluídos no denominador 6 meses após o registo do diagnóstico, por forma a que passe tempo suficiente para a realização das atividades avaliadas no numerador.

E. A data que conta para determinar os "6 meses" é a [data de registo] do problema de saúde e não a [data de início] do problema de saúde.

Assim, caso um médico saiba em determinado dia que um doente é hipertenso desde há diversos meses no passado, pode assinalar essa data na lista de problemas pois o utente só entrará para o denominador deste indicador 6 meses após o registo.

Observações Sobre Software

SClínico/SAM/SAPE:

A. A pressão arterial pode ser registada na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil. Pode também ser registada no SAPE.

MEDICINEONE

A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. A pressão arterial pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne (campos de PA sistólica e PA diastólica):

- Biometrias;
- Módulo de hipertensão;
- Módulo de diabetes;
- Módulo de saúde infantil;
- Módulo de saúde materna;
- Módulo de planeamento familiar.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "HTA na lista de problemas"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

Os resultados do indicador calculado pelo método PERÍODO EM ANÁLISE FIXO crescem progressivamente entre 31 de janeiro e 30 de junho e novamente entre 31 de julho e 31 de dezembro. Está construído para acumular resultados a partir de 1 de janeiro e a partir de 1 de julho. Os resultados de determinado mês são comparáveis com os resultados calculados 6 meses antes.

Quando a data de referência do indicador pertence aos meses entre janeiro e junho, entram para o denominador os utentes com hipertensão arterial diagnosticados nos anos anteriores e para o numerador os que têm uma pressão arterial entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano anterior e outra pressão arterial entre 1 de Janeiro do ano em curso e a data de referência do indicador.

Quando a data de referência do indicador pertence aos meses julho e dezembro entram para o denominador os utentes com hipertensão arterial com diagnóstico anterior a 30 de junho e para o numerador os que têm uma pressão arterial entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso e outra pressão arterial entre 1 de julho do ano em curso e a data de referência do indicador.

- Numerador: Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de Julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de Julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "HTA na lista de problemas"): Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Se a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano corrente e o diagnóstico de HTA deve estar registado como "ativo" na lista de problemas com data anterior a 1 de janeiro até à data de referência do indicador, para que se considere verdadeira a condição B do denominador (assume-se que se manterá "ativo" até 30 de junho). Se a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o período em análise inicia-se a 1 de Julho do ano corrente e o diagnóstico de HTA deve estar registado como "ativo" na lista de problemas com data anterior a 1 de Julho até à data de referência do indicador, para que se considere verdadeira a condição B do denominador (assume-se que se manterá "ativo" até 31 de dezembro).

INDICADORES COMPLEMENTARES

- Para analisar, entre janeiro e junho de cada ano, os hipertensos que têm e que não têm uma PA nesse período (independentemente de terem ou não registo de TA no último semestre do ano anterior), deve ser usado o indicador 2013.089.01 FX (Proporção hipertensos c/ PA 6 meses).

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	1

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Hipertensão	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

PA - Pressão arterial;

020

Código

6.20.01

Código SIARS

2013.020.01

Nome abreviado

Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

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

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O último registo de pressão arterial, registado no semestre que antecede a data de referência do indicador, deve ser inferior a 150/90 mmHg (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS)

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

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

Observações Gerais

A. São contabilizados no numerador os registos de pressão arterial realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

B. Só se contabilizam registos de pressão arterial em que tanto a pressão sistólica como a diastólica tenham sido avaliadas e registadas na mesma data.

C. Não se contabilizam registos realizados em texto livre no SOAP.

D. Quando existe mais do que um registo de pressão arterial no período em análise, apenas se contabiliza o último registado, que deve ser inferior ao limiar definido no numerador.

E. Apenas são considerados no numerador os utentes com registo de PAS inferior a 150 e PAD inferior a 90. Basta que a PAS seja igual ou superior a 150 ou que a PAD seja igual ou superior a 90 mmHg, para que esse registo não seja considerado.

Observações Sobre Software

SClínico/SAM/SAPE:

A. A pressão arterial pode ser registada na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil. Pode também ser registada no SAPE.

MEDICINEONE

A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. A pressão arterial pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne (campos de PA sistólica e PA diastólica):

- Biometrias;
- Módulo de hipertensão;
- Módulo de diabetes;
- Módulo de saúde infantil;
- Módulo de saúde materna;
- Módulo de planeamento familiar;

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador se situa nos primeiros 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano em curso. Quando a data de referência do indicador se situa nos últimos 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de julho do ano em curso.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

PA - Pressão arterial; PAS - Pressão arterial sistólica; PAD - Pressão arterial diastólica

021

Código

5.16

Código SIARS

2013.021.01

Nome abreviado

Proporção hipertensos, c/ prescrição de tiazidas

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, existe pelo menos um diurético do tipo tiazídico registado na terapêutica crónica (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Existe pelo menos um diurético do tipo tiazídico prescrito nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

- A. São contabilizados todas as prescrições e registos na terapêutica crónica de medicamentos diuréticos pertencentes ao grupo 3.4.1.1 da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT).
 B. Contabilizam-se medicamentos diuréticos tiazídicos isolados ou em associação.
 C. Não se contabilizam no numerador utentes a quem tenham sido prescritos diuréticos no ano anterior se não coexistirem diuréticos registados na terapêutica crónica.
 D. Não se contabilizam no numerador utentes que à data de referência do indicador tenham diuréticos registados na terapêutica crónica, se nenhum diurético tiver sido prescrito no último ano.
 E. Os medicamentos pertencentes à classe CFT acima referida podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

- A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".
 B. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

SAM/SClínico:

- A. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "registo de medicamento na terapêutica crónica"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Numerador (variável "prescrição de medicamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "registo de medicamento na terapêutica crónica"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Numerador (variável "prescrição de medicamento"): 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: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos; DCI - Denominação Comum Internacional

022	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.17	2013.022.01	Proporção hipertensos sem DM c/ prescrição ARA II

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

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

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, existe pelo menos um ARA II registado na terapêutica crónica (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Existe pelo menos um ARA II nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

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

Observações Gerais

A. São contabilizados todas as prescrições e registos na terapêutica crónica de medicamentos ARA II pertencentes ao grupo 3.4.2.2 da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT).

B. Contabilizam-se ARA II isolados ou em associação.

C. Não se contabilizam no numerador utentes a quem tenham sido prescritos ARA II no ano anterior se não coexistirem ARA II registados na terapêutica crónica.

D. Não se contabilizam no numerador utentes que à data de referência do indicador tenham ARA II registados na terapêutica crónica, se nenhum ARA II tiver sido prescrito no último ano.

E. Os medicamentos pertencentes à classe CFT acima referida podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

SAM/SClínico:

A. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "registro de medicamento na terapêutica crónica"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Numerador (variável "prescrição de medicamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "registro de medicamento na terapêutica crónica"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Numerador (variável "prescrição de medicamento"): 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: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais baixo, melhor

Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos; DCI - Denominação Comum Internacional; ARA II - Antagonistas dos Recetores da Angiotensina II

023

Código

6.21

Código SIARS

2013.023.01

Nome abreviado

Proporção hipertensos com risco CV (3 A)

Designação

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

Objetivo

Monitorizar o programa de hipertensão: parâmetro "risco cardiovascular"

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

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

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

estado de "ativo".

C. Na data de referência do indicador, nenhum dos diagnósticos seguintes está ativo na lista de problemas: diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90); enfarte agudo do miocárdio (K75); doença cardíaca isquémica sem angina (K74); doença cardíaca isquémica com angina (K76); trombose ou acidente vascular cerebral (K90); doença vascular cerebral (K91); aterosclerose ou doença vascular periférica (K92).

D. Ter idade igual ou superior a 40 anos (medida na data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo").

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. O risco cardiovascular pode ser registado quer na ficha individual quer na ficha de hipertensão, sendo contabilizado para este indicador independentemente da ficha onde é registado.

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. O risco cardiovascular pode ser registado no módulo de hipertensão.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; CV - cardiovascular

024

Código

6.16.01

Código SIARS

2013.024.01

Nome abreviado

Proporção hipertensos com registo de GRT

Designação

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

Objetivo

Monitorizar o programa de hipertensão: parâmetro "gestão do regime terapêutico"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo da gestão do regime terapêutico (3 itens), no último ano.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, com registo da gestão do regime terapêutico (3 itens).

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

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

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. O registo resultante da avaliação no âmbito da gestão do regime terapêutico varia em função do software e versões disponibilizadas. Existe todavia, de forma transversal, a necessidade de avaliar e registar dados relativos às componentes:

- Exercício físico/regime de exercício.
- Hábitos alimentares/regime alimentar.
- Regime medicamentoso.

A forma como devem ser registados os dados, em função do software, está operacionalizada em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE.

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico sem normalização:

A. A leitura deste indicador é baseada nos registos da [Especificação] do [Fenómeno].

Apenas são contabilizados fenómenos parametrizados a partir do registo da CIPE (versão beta) com o código 1A.1.1.2.2.1.1.9.1.5 (Gestão do Regime Terapêutico).

O indicador não verifica o juízo associado ao fenómeno, isto é, não verifica se foi ou não "demonstrado". Apenas verifica se ao longo do período em análise do indicador existem registos de GRT para cada um dos 3 eixos avaliados:

- Conhecimento sobre exercício físico. A expressão "exercício físico" pode estar escrita com ou sem acentos. A expressão "exercício físico" pode ser substituída pela expressão "actividade física" ou pela expressão "atividade física".
- Conhecimento sobre hábitos alimentares. A palavra "hábitos" pode estar escrita com ou sem acentos. A expressão "hábitos alimentares" pode ser substituída pela palavra "alimentação" ou pela expressão "regime alimentar".
- Conhecimento sobre regime medicamentoso. A expressão "regime medicamentoso" pode ser substituída pela palavra "medicamento" ou pela palavra "fármaco" (com ou sem acentos).

Esta ação não implica que seja necessário dar termo aos diagnósticos anteriores. É possível proceder a um novo registo, mantendo o histórico de diagnósticos.

SAPE/SClinico com normalização:

A leitura deste indicador é baseada nos registos da intervenção de enfermagem "Avaliar gestão do regime terapêutico" (código 9004025), onde se encontram especificados dados relativos às componentes:

- Capacidade para gerir regime de exercício.
- Capacidade para gerir regime dietético.
- Capacidade para gerir regime medicamentoso.

A intervenção "Avaliar gestão do regime terapêutico" (código 9004025) está disponível no [SClinico com normalização], associada ao foco de atenção "Gestão do Regime Terapêutico".

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. O registo de GRT nos 3 eixos (exercício físico, alimentação e terapêutica) pode ser feito no módulo de hipertensão, devendo ser assinaladas as 3 "checkbox". Não é necessário que as 3 estejam assinaladas no mesmo dia.

VITACARE:

A. AVALIAÇÃO DE GRT - ATIVIDADE FÍSICA

Contabiliza caso haja registo de alguma das seguintes intervenções de enfermagem:

1. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Hipertensão - Intervenções/Ensinos
 - a. Educar sobre hábitos de exercício
 - b. Incentivar a atividade física

B. AVALIAÇÃO DE GRT - ALIMENTAÇÃO

Contabiliza caso haja registo de alguma das seguintes intervenções de enfermagem:

1. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Hipertensão - Intervenções/Ensinos
 - a. Educar sobre hábitos alimentares

C. AVALIAÇÃO DE GRT - MEDICAÇÃO

Contabiliza caso haja registo de alguma das seguintes intervenções de enfermagem:

1. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Hipertensão - Intervenções/Ensino
a. Instruir sobre regime medicamentoso

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

GRT - Gestão de Regime Terapêutico

027	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.01.01	2013.027.01	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido até 2A

Designação

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

Objetivo

Monitorizar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) nos utentes com inscrição ativa - coorte dos 2 anos.

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de crianças que completam 2 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 2 anos (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Os registos de vacinas devem ser efetuados no SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

B. São incluídos no numerador, as crianças que à data de referência do indicador, tenham registos de inoculações de vacinas que permitam afirmar que às zero horas do dia em que completam 2 anos de idade, tinham o PNV totalmente cumprido pelo [esquema cronológico recomendado] ou pelo [esquema cronológico de recurso] adaptado à idade. Assim, as datas de inoculação devem ser anteriores à data do 2º aniversário de cada criança, mas as datas de registo podem ir até à data de referência do indicador.

C. Aceita-se a realização de [registo completo] ou de [registo simplificado]. No [registo completo], todas as inoculações de cada tipo de vacina devem estar registadas. No [registo simplificado], apenas é necessário que a última dose da vacina esteja registada, com especificação da data de inoculação e do nº de ordem da inoculação. Aceita-se que umas vacinas estejam com [registo completo] e outras com [registo simplificado]

D. Quando uma criança tem serologia positiva para uma doença prevenível por uma das vacinas do PNV, é possível registar no SINUS o estado de [Imunizado], associado a essa vacina. Da mesma forma, se uma criança tiver contra-indicação para a administração de uma vacina, é possível registar que a mesma se encontra [contra-indicada]. As vacinas relativamente às quais é colocado o atributo [imunizado] ou o atributo [contra-indicado] são classificadas como cumpridas. Não são incluídos no numerador os utentes que recusam uma ou mais inoculações de vacina.

E. Uma criança é incluída no numerador se a condição [AA e (BB ou CC) e (DD ou EE) e (FF ou GG) e (HH ou II) e (JJ ou KK) e (LL ou MM) e (NN ou OO ou PP)] for verdadeira:

AA. Pelo menos 1 inoculação e registo de BCG ou um registo de cicatriz de BCG ou um registo de prova tuberculínica (inoculação ou realização até data do 2º aniversário). Esta regra deixa de ser aplicável para indicadores com data de referência igual ou superior a maio de 2015 (por rutura de stock nacional da BCG a partir desse mês).

BB. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB até à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

CC. Registo de VHB ou VHAB com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

DD. Inoculação de Hib ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPwHibVIP, realizada no intervalo [15; 24[meses de idade (registo até à data de referência do indicador).

EE. Registo de Hib ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPwHibVIP com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

FF. Inoculação da 4ª dose (ou superior) de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP até à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

GG. Registo de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

HH. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP até à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

II. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

JJ. Nas crianças nascidas antes de 1-12-2010, é necessária pelo menos uma inoculação de MenC após a data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador); Nas crianças nascidas em 1-12-2010 ou depois, pelo menos uma inoculação de MenC anterior à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador);

KK. Registo de MenC com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

LL. Inoculação de VASPR até à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

MM. Registo de VASPR com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

NN. Nascido antes de 1 de janeiro de 2015.

OO. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de PN13 (ou equivalente anti-pneumocócica) até à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

PP. Registo de PN13 (ou equivalente anti-pneumocócica) com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

F. São incluídos no denominador deste indicador todos os utentes inscritos na unidade de observação à data de referência do indicador. O SIARS contabiliza no denominador também os utentes [excluídos] do módulo de vacinação do SINUS;

G. Os códigos SINUS equivalentes à vacina PN13 são as seguintes: "PNEUMO 23"; "PN10"; "PN23"; "PN7"; "PREVENAR";

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "inoculação de vacinas do PNV"): Coincidente com os 2 primeiros anos de vida de cada criança incluída no denominador.

- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, tem [2, 3[anos.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "inoculação de vacinas do PNV"): Coincidente com os 2 primeiros anos de vida de cada criança incluída no denominador.

- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso tem [2, 3[anos.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

028	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.01.02	2013.028.01	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido até 7A

Designação

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

Objetivo

Monitorizar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) nos utentes com inscrição ativa - coorte dos 7 anos.

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de crianças que completam 7 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 7 anos (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Os registos de vacinas devem ser efetuados no SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

B. São incluídos no numerador, as crianças que à data de referência do indicador, tenham registos de inoculações de vacinas que permitam afirmar que às zero horas do dia em que completam 7 anos de idade, tinham o PNV totalmente cumprido pelo [esquema cronológico recomendado] ou pelo [esquema cronológico de recurso] adaptado à idade. Assim, as datas de inoculação devem ser anteriores à data do 7º aniversário de cada criança, mas as datas de registo podem ir até à data de referência do indicador.

C. Aceita-se a realização de [registo completo] ou de [registo simplificado]. No [registo completo], todas as inoculações de cada tipo de vacina devem estar registadas. No [registo simplificado], apenas é necessário que a última dose da vacina esteja registada, com especificação da data de inoculação e do nº de ordem da inoculação. Aceita-se que umas vacinas estejam com [registo completo] e outras com [registo simplificado].

D. Quando uma criança tem serologia positiva para uma doença prevenível por uma das vacinas do PNV, é possível registar no SINUS o estado de [Imunizado], associado a essa vacina. Da mesma forma, se uma criança tiver contra-indicação para a administração de uma vacina, é possível registar que a mesma se encontra [contra-indicada]. As vacinas relativamente às quais é colocado o atributo [imunizado] ou o atributo [contra-indicado] são classificadas como cumpridas. Não são incluídos no numerador os utentes que recusam uma ou mais inoculações de vacina.

E. Uma criança é incluída no numerador se a condição [AA e (BB ou CC) e (DD ou EE) e (FF ou GG ou HH) e (II ou JJ) e (KK ou LL)] for verdadeira:

AA. Pelo menos 1 inoculação e registo de BCG ou um registo de cicatriz de BCG ou um registo de prova tuberculínica (inoculação ou realização até data do 7º aniversário). Esta regra deixa de ser aplicável para indicadores com data de referência igual ou superior a maio de 2015 (por rutura de stock nacional da BCG a partir desse mês).

BB. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB até à data do 7º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

CC. Registo de VHB ou VHAB com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 DD. Inoculação da 4ª dose (ou superior) de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP, no intervalo [0; 7[anos de idade (registo até à data de referência do indicador).
 EE. Registo de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 FF. Inoculação da 4ª dose (ou superior) de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP, no intervalo [0; 7[anos de idade (registo até à data de referência do indicador).
 GG. Inoculação 3ª dose de VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP, no intervalo [0; 7[anos de idade (registo até à data de referência do indicador) e nem a 2ª nem a 1ª dose foram feitas com VAP.
 HH. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 II. Pelo menos uma inoculação de MenC até à data do 7º aniversário (registo até à data de referência do indicador).
 JJ. Registo de MenC com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 KK. Inoculação da 2ª dose (ou superior) de VASPR até à data do 7º aniversário (registo até à data de referência do indicador).
 LL. Registo de VASPR com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 F. São incluídos no denominador deste indicador todos os utentes inscritos na unidade de observação à data de referência do indicador. O SIARS contabiliza no denominador também os utentes [excluídos] do módulo de vacinação do SINUS;
 G. Para o cumprimento deste indicador não é necessário ter qualquer dose de vacina anti Haemophilus influenzae b, porque acima dos 5 anos, não está prevista a administração desta vacina.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "inoculação de vacinas do PNV"): Coincidente com os 7 primeiros anos de vida de cada criança incluída no denominador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, tem [7; 8[anos.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "inoculação de vacinas do PNV"): Coincidente com os 7 primeiros anos de vida de cada criança incluída no denominador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso tem [7; 8[anos.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

029	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.01.03	2013.029.01	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido até 14A

Designação

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

Objetivo

Monitorizar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) nos utentes com inscrição ativa - coorte dos 14 anos.

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de jovens que completam 14 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 14 anos (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Os registos de vacinas devem ser efetuados no SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

B. São incluídos no numerador, os jovens que à data de referência do indicador, tenham registos de inoculações de vacinas que permitam afirmar que às zero horas do dia em que completam 14 anos de idade, tinham o PNV totalmente cumprido pelo [esquema cronológico recomendado] ou pelo [esquema cronológico de recurso] adaptado à idade. Assim, as datas de inoculação devem ser anteriores à data do 14º aniversário de cada jovem, mas as datas de registo podem ir até à data de referência do indicador.

C. Aceita-se a realização de [registo completo] ou de [registo simplificado]. No [registo completo], todas as inoculações de cada tipo de vacina devem estar registadas. No [registo simplificado], apenas é necessário que a última dose da vacina esteja registada, com especificação da data de inoculação e do nº de ordem da inoculação. Aceita-se que umas vacinas estejam com [registo completo] e outras com [registo simplificado]

D. Quando um jovem tem serologia positiva para uma doença prevenível por uma das vacinas do PNV, é possível registar no SINUS o estado de [Imunizado], associado a essa vacina. Da mesma forma, se um jovem tiver contra-indicação para a administração de uma vacina, é possível registar que a mesma se encontra [contra-indicada]. As vacinas relativamente às quais é colocado o atributo [imunizado] ou o atributo [contra-indicado] são classificadas como cumpridas. Não são incluídos no numerador os utentes que recusam uma ou mais inoculações de vacina.

E. Um jovem é incluído no numerador se a condição [AA e (BB ou CC) e (DD ou EE) e (FF ou GG ou HH) e (II ou JJ) e (KK ou LL) e (MM ou NN ou OO)] for verdadeira:

AA. Pelo menos 1 inoculação e registo de BCG ou um registo de cicatriz de BCG ou um registo de prova tuberculínica (inoculação ou realização até data do 14º aniversário). Esta regra deixa de ser aplicável para indicadores com data de referência igual ou superior a maio de 2015 (por rutura de stock nacional da BCG a partir desse mês).

BB. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB até à data do 14º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

CC. Registo de VHB ou VHAB com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

DD. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de Td, no intervalo [10; 14] anos de idade (registo até à data de referência do indicador).

EE. Registo de Td com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

FF. Inoculação da 4ª dose (ou superior) de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP, no intervalo [0; 14] anos de idade (registo até à data de referência do indicador).

GG. Inoculação da 3ª dose de VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP, no intervalo [0; 14] anos de idade (registo até à data de referência do indicador) e nem a 2ª nem a 1ª dose foram feitas com VAP).

HH. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência

do indicador).

II. Pelo menos uma inoculação de MenC até à data do 14º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

JJ. Registo de MenC com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

KK. Inoculação da 2ª dose (ou superior) de VASPR até à data do 14º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

LL. Registo de VASPR com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

MM. Sexo masculino.

NN. Inoculação da 2ª dose (ou superior) de HPV no intervalo [9; 14[anos de idade (registo até à data de referência do indicador).

OO. Registo de HPV com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

F. São incluídos no denominador deste indicador todos os utentes inscritos na unidade de observação à data de referência do indicador. O SIARS contabiliza no denominador também os utentes [excluídos] do módulo de vacinação do SINUS;

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "inoculação de vacinas do PNV"): Coincidente com os 14 primeiros anos de vida de cada criança incluída no denominador.

- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, tem [14, 15[anos.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "inoculação de vacinas do PNV"): Coincidente com os 14 primeiros anos de vida de cada criança incluída no denominador.

- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso tem [14, 15[anos.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de jovens	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

030	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.01.04	2013.030.01	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

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

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos uma prescrição de vacina da gripe nos últimos 12 meses (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários sobre esta variável em PERÍODO EM ANÁLISE).

C. Pelo menos uma inoculação de vacina da gripe nos últimos 12 meses (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários sobre esta variável em PERÍODO EM ANÁLISE).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

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

D. Pelo menos um dos diagnósticos de DPOC, asma ou bronquite crónica (rubricas da ICPC-2 R95 ou R96 ou R79) encontra-se registado na lista de problemas, com o estado de "ativo", na data de referência do indicador.

E. Pelo menos um dos diagnósticos de cardiopatia isquémica ou ICC (rubricas da ICPC-2 K74 ou K75 ou K76 ou K77) encontra-se registado na lista de problemas, com o estado de "ativo", na data de referência do indicador.

Observações Gerais

A. Incluem-se as prescrições pertencentes ao grupo 18.1 (Vacinas simples e conjugadas) da classificação CFT e com um dos códigos seguintes da classificação ATC:

- J07BB01 INFLUENZA, INativaTED, WHOLE VIRUS

- J07BB02 (INFLUENZA, INativaTED, SPLIT VIRUS OR SURFACE ANTIGEN)

- J07BB03 INFLUENZA, LIVE ATTENUATED

B. A inoculação de vacinas da gripe deve ser registada no SINUS. O SIARS apenas faz leitura de informação contida na base de dados do SINUS. Contabilizam-se também os utentes com registo de prescrição médica de vacina.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnósticos podem estar inseridos quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. Necessitam estar classificados como "ativo" e não ter sido classificados como "inválido".

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "inoculação de vacina" e variável "prescrição de vacina"): Duração de 12 meses. Termina data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, tem 65 ou mais anos.

- Denominador (variáveis "códigos ICPC-2 na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "inoculação de vacina" e variável "prescrição de vacina"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de Janeiro e termina data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "idade"): A 31 de Dezembro tem 65 ou mais anos.

- Denominador (variáveis "códigos ICPC-2 na lista de problemas"): Coincidente 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 resultado
Desempenho assistencial	Saúde adultos	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;

ICC - Insuficiência cardíaca congestiva;
CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos;
DCI - Denominação Comum Internacional;
ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical"

031	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.13.03	2013.031.01	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de crianças que completam 7 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm pelo menos um registo de peso com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [5; 7[anos (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Têm pelo menos um registo de estatura (ou altura) com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [5; 7[anos (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. São contabilizados no numerador os utentes com registos de peso e estatura realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

B. Os registos de peso e estatura podem ser realizados nos módulos ou programas de hipertensão, diabetes e saúde infantil. Podem também ser registados noutros módulos das aplicações destinadas a registar parâmetros do exame objetivo, tal como especificado em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. Não são contabilizados registos de texto livre no O do SOAP.

C. Não é obrigatório que os profissionais registem manualmente o valor do IMC. Basta que existam registos do peso e da estatura conforme descrito nas REGRAS DE CÁLCULO. Os sistemas de informação calculam de forma automática o IMC.

D. Não é obrigatório que o peso e altura sejam registados no mesmo dia.

Observações Sobre Software

SClínico / SAM / SAPE

A. No SAM, o peso e a estatura podem ser registados na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes e saúde infantil. O peso e a estatura podem também ser registados no SAPE.

MEDICINEONE:

A. O peso e a estatura podem ser registados nas biometrias e nos módulos de hipertensão, diabetes e saúde infantil.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variáveis "peso e altura"): Coincidente com o intervalo etário [5; 7[anos de cada criança incluída no denominador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, tem [7; 8[anos.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variáveis "peso e altura"): Coincidente com o intervalo etário [5; 7[anos de cada criança incluída no denominador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso tem [7; 8[anos.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	1

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

032	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.13.04	2013.032.01	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de jovens que completam 14 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm pelo menos um registo de peso com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [11; 14[anos (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Têm pelo menos um registo de estatura (ou altura) com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [11; 14[anos (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. São contabilizados no numerador os utentes com registos de peso e estatura realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

- B. Os registos de peso e estatura podem ser realizados nos módulos ou programas de hipertensão, diabetes e saúde infantil. Podem também ser registados noutros módulos das aplicações destinadas a registar parâmetros do exame objetivo, tal como especificado em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. Não são contabilizados registos de texto livre no O do SOAP.
- C. Não é obrigatório que os profissionais registem manualmente o valor do IMC. Basta que existam registos do peso e da estatura conforme descrito nas REGRAS DE CÁLCULO. Os sistemas de informação calculam de forma automática o IMC.
- D. Não é obrigatório que o peso e altura sejam registados no mesmo dia.

Observações Sobre Software

SAM / SAPE

A. No SAM, o IMC, o peso e a estatura podem ser registados na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil. O IMC, o peso e a estatura podem também ser registados no SAPE.

MEDICINEONE:

A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados nas biometrias e nos módulos de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variáveis "peso e altura"): Coincidente com o intervalo etário [11; 14[anos de cada criança incluída no denominador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, tem [14, 15[anos.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variáveis "peso e altura"): Coincidente com o intervalo etário [11; 14[anos de cada criança incluída no denominador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso tem [14, 15[anos.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de jovens	1

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

033	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.13.05	2013.033.01	Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

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

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Que tenham pelo menos um registo parametrizado do IMC, nos 36 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Que tenham pelo menos um registo parametrizado do peso, nos 36 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado após os 20 anos de idade do utente (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado nos 36 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. Quando a unidade de observação é o médico ou a unidade de saúde, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Quando a unidade de observação é o ACES, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde. Os registos de estatura podem ter sido registados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde (independentemente da unidade de observação do indicador).

B. Os registos de IMC, peso e estatura podem ser realizados nos módulos ou programas de hipertensão, diabetes, saúde infantil, planeamento familiar e saúde materna. Podem também ser registados noutros módulos das aplicações destinadas a registar parâmetros do exame objetivo, tal como especificado em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. Não são contabilizados registos de texto livre no O do SOAP.

C. Não é obrigatório que o peso e altura sejam registados no mesmo dia. O peso deve ser registado durante os 36 meses que antecedem a data de referência do indicador. A estatura deve estar registada pelo menos uma vez com data de medição posterior aos 20 anos de idade, ou, caso o utente tenha menos de 23 anos, deve existir um registo nos 36 meses que antecedem a data de referência do indicador.

D. Não é obrigatório que os profissionais registem manualmente o valor do IMC. Basta que existam registos do peso e da estatura conforme descrito nas REGRAS DE CÁLCULO. Os sistemas de informação calculam de forma automática o IMC.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados neste sistema.

SAM/SClínico:

A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.

MEDICINEONE:

A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados nas biometrias e nos módulos de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável IMC): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável peso): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável estatura): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

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

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

- Numerador (variável estatura): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
-------------------	--------------	--	-------------------

Desempenho assistencial	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor
-------------------------	-------------	---	--------------------------

Legenda

IMC - Índice de Massa Corporal

034	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.27	2013.034.01	Proporção obesos $\geq 14A$, c/ cons. vigil. obesid. 2A

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

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

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância da obesidade, em 24 meses (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Ter pelo menos 1 consulta de enfermagem de vigilância da obesidade, em 24 meses (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

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

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em obesidade, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, o código ICPC-2 específico de obesidade, que pode ser usado para a classificar como "problema de saúde da consulta" é o T82 ou sub-rubricas.

B. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em obesidade, é necessária a existência de registos compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClínico/SAPE

- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou

[intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E008 | Consulta relacionada com obesidade]

Nota 2: Na norma C012, o código ICPC-2 específico de obesidade, que pode ser usado para a classificar como "problema de saúde da consulta" é o T82 ou sub-rubricas.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de obesidade pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variáveis "consulta médica" e "consulta de enfermagem"): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "obesidade na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, tem [14, +INF[anos.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variáveis "consulta médica" e "consulta de enfermagem"): Duração de 13 a 24 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-1 e termina na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "obesidade na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso tem [14, +INF[anos.

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 resultado
Desempenho assistencial	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

DUM - Data da Última Menstruação;

035	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.07.01	2013.035.01	Proporção DM com exame pés último ano

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos um registo de exame dos pés, nos últimos 12 meses (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. O [exame de pés] pode ser registado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Se num determinado ano existir um registo médico, não é necessário existir nesse ano registo de enfermagem, e vice-versa.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. O exame de enfermagem dos pés é feito na ficha de diabetes do SAPE, utilizando a intervenção "Monitorizar o risco de úlcera do pé diabético".

SAM/SClínico:

A. O registo médico do exame aos pés é feito exclusivamente na ficha de diabetes.

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. Os registos de exame dos pés devem ser realizados no módulo de diabetes, usando um dos campos seguintes: a) rastreio do pé; b) exames dos pés.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

DM - Diabetes Mellitus

036

Código

6.16.02

Código SIARS

2013.036.01

Nome abreviado

Proporção utentes DM com registo de GRT

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "gestão do regime terapêutico".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano.
Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano.
Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

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

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. O registo resultante da avaliação no âmbito da gestão do regime terapêutico varia em função do software e versões disponibilizadas. Existe todavia, de forma transversal, a necessidade de avaliar e registar dados relativos às componentes:

- Exercício físico/regime de exercício.
- Hábitos alimentares/regime alimentar.
- Regime medicamentoso.

A forma como devem ser registados os dados, em função do software, está operacionalizada em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE.

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico sem normalização:

A. A leitura deste indicador é baseada nos registos da [Especificação] do [Fenómeno].

Apenas são contabilizados fenómenos parametrizados a partir do registo da CIPE (versão beta) com o código 1A.1.1.2.2.1.1.9.1.5 (Gestão do Regime Terapêutico).

O indicador não verifica o juízo associado ao fenómeno, isto é, não verifica se foi ou não "demonstrado". Apenas verifica se ao longo do período em análise do indicador existem registos de GRT para cada um dos 3 eixos avaliados:

- Conhecimento sobre exercício físico. A expressão "exercício físico" pode estar escrita com ou sem acentos. A expressão "exercício físico" pode ser substituída pela expressão "actividade física" ou pela expressão "atividade física".
- Conhecimento sobre hábitos alimentares. A palavra "hábitos" pode estar escrita com ou sem acentos. A expressão "hábitos alimentares" pode ser substituída pela palavra "alimentação" ou pela expressão "regime alimentar".
- Conhecimento sobre regime medicamentoso. A expressão "regime medicamentoso" pode ser substituída pela palavra "medicamento" ou pela palavra "fármaco" (com ou sem acentos).

Esta ação não implica que seja necessário dar termo aos diagnósticos anteriores. É possível proceder a um novo registo, mantendo o histórico de diagnósticos.

SAPE/SClinico com normalização:

A leitura deste indicador é baseada nos registos da intervenção de enfermagem "Avaliar gestão do regime terapêutico" (código 9004025), onde se encontram especificados dados relativos às componentes:

- Capacidade para gerir regime de exercício.

- Capacidade para gerir regime dietético.

- Capacidade para gerir regime medicamentoso.

A intervenção "Avaliar gestão do regime terapêutico" (código 9004025) está disponível no [SClínico com normalização], associada ao foco de atenção "Gestão do Regime Terapêutico".

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido"

B. O registo de GRT nos 3 eixos (exercício físico, alimentação e terapêutica) pode ser feito no módulo de diabetes, devendo ser assinaladas as 3 "checkbox". Não é necessário que as 3 estejam assinaladas no mesmo dia.

VITACARE

A. AVALIAÇÃO DE GRT - ATIVIDADE FÍSICA

Contabiliza caso haja registo de alguma das seguintes intervenções de enfermagem:

1. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Diabetes - Analisar sobre auto-cuidado atividade física

a. Analisar sobre auto-cuidado atividade física

b. Incentivar a atividade física

c. Negociar o tipo de atividade física

d. Ensinar sobre atividade física aconselhada

e. Ensinar sobre importância da atividade física no controle da diabetes

2. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Hipertensão - - Intervenções/Ensinos

a. Educar sobre hábitos de exercício

b. Incentivar a atividade física

B. AVALIAÇÃO DE GRT - ALIMENTAÇÃO

Contabiliza caso haja registo de alguma das seguintes intervenções de enfermagem:

1. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Diabetes - Analisar sobre auto-cuidado alimenta-se

a. Planear alimentação equilibrada

b. Incentivar à alimentação equilibrada

c. Ensinar sobre hábitos alimentares

d. Instruir sobre elaboração de refeições equilibradas

e. Facultar informação escrita sobre como alimentar-se

C. AVALIAÇÃO DE GRT - MEDICAÇÃO

Contabiliza caso haja registo de alguma das seguintes intervenções de enfermagem:

1. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Diabetes - Ensinar sobre auto-cuidado: Adesão ao regime terapêutico

a. Identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico

b. Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão

c. Encorajar a tomada de decisão

d. Encorajar a tomada de decisão relativa a comportamentos de adesão

e. Incentivar adesão ao regime terapêutico

f. Negociar adesão ao regime terapêutico

g. Negociar com a pessoa um contrato de saúde

h. Elogiar adesão ao regime terapêutico

i. Orientar para serviços de saúde.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

DM - Diabetes Mellitus; GRT - Gestão de Regime Terapêutico

037

Código

6.19.01

Código SIARS

2013.037.01

Nome abreviado

Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano

Objetivo

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

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com consulta de vigilância de enfermagem.

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos uma consulta de enfermagem de vigilância de diabetes (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS), nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em diabetes, é necessária a existência de registos compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClinico/SAPE

- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E009 | Vigilância em diabetes]

Nota 2: Na norma C012, os códigos ICPC-2 específicos de diabetes, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são o T89 ou o T90 ou sub-rubricas.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

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

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

DM - Diabetes Mellitus

038	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.04.01	2013.038.01	Proporção DM c/ 1 HgbA1c por semestre

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "registo de resultado de HgbA1c".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres. Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres. Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos um registo de HgbA1c no último semestre (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).

C. Com pelo menos um registo de HgbA1c no penúltimo semestre (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. O diagnóstico médico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 190 dias que antecedem a data de referência do indicador (metodologia período em análise flutuante) ou pelo menos desde 7 dias antes do início de cada semestre (período em análise fixo) (ver alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. O código da tabela de MCDT, válido para registar HgbA1c é o A531.2. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando doseadores próprios) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

B. Apenas se contabilizam HgbA1c com resultado registado.

C. A data que deve ser usada para verificar se a HgbA1c está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise. Quer isto dizer que para o indicador com data de referência de 31 de Dezembro, a HgbA1c do segundo semestre deve ser realizada no laboratório entre 1 de Julho e 31 de Dezembro, a data de realização registada no sistema de informação deve estar compreendida nesse intervalo, e o registo do resultado deve ocorrer, no máximo, até 31 de Janeiro do ano seguinte.

D. Pela metodologia de cálculo [período em análise flutuante], os utentes com diabetes diagnosticados de novo só são incluídos no denominador 190 dias (6 meses e 7 dias) após o registo do diagnóstico, por forma a que existam 7 dias para a realização da primeira HgbA1c ainda naquele que será o 1º semestre do indicador calculado a 31 de Dezembro. Pela metodologia [período em análise fixo], determina-se que quando a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o diagnóstico de diabetes deve ser anterior a 25 de dezembro do ano precedente e que quando a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o diagnóstico de diabetes deve ser anterior a 24 de junho do ano em curso.

E. A data que conta para determinar os "6 meses" é a [data de registo] do problema de saúde e não a [data de início] do problema de saúde. Assim, caso um médico saiba em determinado dia que um doente tem diabetes desde há vários meses, pode assinalar essa data na lista de problemas pois o utente só entrará para o denominador deste indicador 6 meses após o registo.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. A HgbA1c pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne:

- Módulo de análises - Análise "Hemoglobina glicada"
- Módulo Diabetes - Campo "Hemoglobina glicada"

C. A HgbA1c podem ser registada quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS apenas contabiliza os registados no módulo de análises.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.
- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "Diabetes na lista de problemas"): Duração de 190 dias, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

Os resultados do indicador calculado pelo método PERÍODO EM ANÁLISE FIXO crescem progressivamente entre 31 de janeiro e 30 de junho e novamente entre 31 de julho e 31 de dezembro. Está construído para acumular resultados a partir de 1 de janeiro e a partir de 1 de julho. Os resultados de determinado mês são comparáveis com os resultados calculados 6 meses antes.

Quando a data de referência do indicador pertence aos meses entre janeiro e junho, entram para o denominador os utentes com diabetes com diagnóstico anterior a 25 de Dezembro e para o numerador os que têm uma HgbA1c entre 1 de Julho e 31 de dezembro do ano anterior e outra entre 1 de Janeiro do ano em curso e a data de referência do indicador.

Quando a data de referência do indicador pertence aos meses julho e dezembro entram para o denominador os utentes com diabetes com diagnóstico anterior a 24 de junho e para o numerador os que têm uma HgbA1c entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso e outra entre 1 de julho do ano em curso e a data de referência do indicador.

- Numerador: Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "Diabetes na lista de problemas"): Duração de 1 mês e 7 dias a 6 meses e 7 dias, terminando na data de referência do indicador. Se a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o período em análise inicia-se a 25 de dezembro do ano precedente e o diagnóstico de diabetes deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde essa data até à data de referência do indicador. Se a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o período em análise inicia-se a 24 de junho do ano corrente e o diagnóstico de diabetes deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde essa data até à data de referência do indicador.

INDICADORES COMPLEMENTARES

- Para analisar, entre janeiro e junho de cada ano, os diabéticos que têm e que não têm uma HgbA1c nesse período (independentemente de terem ou não registo de HgbA1c no último semestre do ano anterior), deve ser usado o indicador 2013.088.01 FX (Proporção DM c/ registo HgbA1c 6 meses).

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
---------	-------------------	--------	---------------------

AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	2
---------------	---	--	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

HgbA1c - Hemoglobina glicosada; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - Diabetes Mellitus;

039	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.05.01	2013.039.01	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0 %

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "resultado da HgbA1c".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos um registo de HgbA1c no último semestre (ver alíneas A, B, C, e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. O último resultado registado de HgbA1c é inferior ou igual a 8.0% (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. O código da tabela de MCDT, válido para registar HgbA1c é o A531.2. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando doseadores próprios) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

B. Apenas se contabilizam HgbA1c com resultado registado.

C. A data que deve ser usada para verificar se a HgbA1c está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

D. Se em determinada data existir um resultado de HgbA1c que cumpre a condição B do numerador (último semestre) e também a condição C (inferior ou igual a 8.0%) e posteriormente a essa data e ainda antes da data de referência do indicador, existir uma requisição de HgbA1c ainda sem resultado, tal não invalida que se contabilize o utente no numerador. No entanto, se até 30 dias após a data de referência do indicador, o resultado dessa HgbA1c for registado e for superior a 8.0%, esse utente já não pode ser incluído no numerador.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. A HgbA1c pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne:

- Módulo de análises - Análise "Hemoglobina glicada"

- Módulo Diabetes - Campo "Hemoglobina glicada"

C. A HgbA1c podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS apenas contabiliza os registados no módulo de análises.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador se situa nos primeiros 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano em curso. Quando a data de referência do indicador se situa nos últimos 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de julho do ano em curso.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

HgbA1c - Hemoglobina glicosada; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - Diabetes Mellitus;

040	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.09	2013.040.01	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos uma referência ou pelo menos um registo de realização de exame à retina, no último ano

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "referência para oftalmologia".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com pelo menos uma referência para oftalmologia ou pelo menos um resultado de exame à retina no último ano.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com pelo menos uma referência para oftalmologia ou pelo menos um resultado de exame à retina no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador.
- B. Com pelo menos um registo de referência para oftalmologia, nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- C. Com pelo menos um registo de referência para exame à retina, nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- D. Com pelo menos um resultado de exame à retina, nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

- A. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.
- B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

Observações Gerais

A. Neste indicador pretende-se medir a intenção dos médicos de família de procederem ao encaminhamento dos utentes com diabetes para rastreio de retinopatia e não a acessibilidade dos utentes à realização do exame. Por esse motivo, o utente entra para o numerador caso tenha sido referenciado, mesmo que não tenha conseguido a realização do exame.

B. Para que um utente seja incluído no numerador, basta que esteja incluído no denominador e que uma das seguintes condições seja verdadeira no período em análise:

i) foi-lhe emitida uma credencial de MCDT relacionada com consulta de oftalmologia (códigos N41.8, N42.6, N100.7 e N101.5); ii) No módulo ou área do sistema de registo clínico, relacionado com referências destinadas aos sistema "consulta a tempo e horas" ou ao setor privado ou social, existe pelo menos um registo para a especialidade de "oftalmologia" ou para "técnico de retinografia" ou para "Oftalmologia - Rastreio da Retinopatia Diabética" (código CTH 154);

iii) Existe resultado de "rastreio de retinopatia" ou resultado de "retinografia" ou resultado de "fundoscopia" ou resultado de "observação oftalmológica" ou resultado de "exame à retina" ou resultado de "exame oftalmológico" ou outro que seja sinónimo dos anteriores.

C. São contabilizados os registos de resultados, feitos por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

SAM/SClínico:

Na ficha de diabetes, na zona de registo da [consulta corrente], no campo [Ofal.], existe a possibilidade de se fazer o registo de [referência] ou [consulta], sendo esta informação lida pelo SIARS para este indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - Diabetes Mellitus;

044	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.01.01	2013.044.01	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)

Designação

Proporção de mulheres entre [50; 70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos

Objetivo

Monitorizar o programa de rastreio oncológico - parâmetro "rastreio e deteção precoce do cancro da mama".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção entre as mulheres com registo de mamografia nos últimos dois anos e as mulheres com idades compreendidas no intervalo [50, 70[anos.

Numerador: Contagem de mulheres com registo de mamografia nos últimos dois anos.

Denominador: Contagem de mulheres com idades compreendidas no intervalo [50, 70[anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos um resultado de mamografia nos últimos 2 anos (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ser mulher.

B. Ter idade compreendida no intervalo [50; 70[anos (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.

Observações Gerais

A. Os MCDT válidos para este indicador, pela tabela de MCDT convencionados são os seguintes:

- [Mamografia], código 446.4, área M.

- [Mamografia unilateral], código 447.2, área M.

São também contabilizados códigos historicamente pertencentes à tabela de MCDT convencionados, usados no passado para requisitar e registar mamografias, designadamente o M449.9 (Mamografia de rastreio) e o M116.3 (Mamografia - 4 incidências 2 de cada lado).

B. Para que uma mamografia seja contabilizada deve ter um resultado.

C. A data que deve ser usada para verificar se o exame está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

D. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. Os resultados da mamografia devem ser registados no módulo de MCDT.

MEDICINEONE:

A. Para que sejam contabilizados neste indicador, as mamografias podem ser registadas quer no módulo de MCDT quer no módulo de rastreio oncológico.

B. O resultado da mamografia pode ser registado quer em formato de texto, quer em formato parametrizado, quer em formato multimédia.

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: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 13 a 24 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-1 e termina na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Rastreio Oncológico	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

045	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.02.01	2013.045.01	Proporção mulheres [25; 60[A, c/ colpoc. atuali.

Designação

Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia atualizada

Objetivo

Monitorizar o programa de rastreio oncológico - parâmetro "rastreio e deteção precoce do cancro do colo do útero".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção entre as mulheres com colpocitologia atualizada e as mulheres com idades compreendidas no intervalo [25, 60[anos.

Numerador: Contagem de mulheres com colpocitologia atualizada.

Denominador: Contagem de mulheres com idades compreendidas no intervalo [25, 60[anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos um resultado de colpocitologia **em lâmina** nos últimos 3 anos (ver alíneas A, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Pelo menos um resultado de colpocitologia **em meio líquido** nos últimos 5 anos (ver alíneas B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ser mulher.

B. Ter idade compreendida no intervalo [25; 60[anos (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.

Observações Gerais

A. O código da tabela de MCDT convencionados válido para registar "colpocitologias em lâmina" é o seguinte:

- [Exame citológico cervico-vaginal], código 008.6, área B.

B. O código da tabela de MCDT convencionados válido para registar "colpocitologias em meio líquido" é o seguinte:

- [Exame citológico cervico-vaginal com processamento automatizado em camada fina], código 012.4, área B.

C. Para que uma colpocitologia seja contabilizada deve ter um resultado.

D. A data que deve ser usada para verificar se o exame está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

E. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. Os resultados da colpocitologia devem ser registados no módulo de MCDT.

B. O exame B012.4 (colpocitologia em meio líquido) não pode ser prescrito, pois não é participado. Apenas o seu resultado pode ser registado.

MEDICINEONE:

A. Para que sejam contabilizados neste indicador, as colpocitologias podem ser registadas quer no módulo de MCDT quer no módulo de Rastreio Oncológico.

B. O resultado da colpocitologia pode ser registado quer em formato de texto, quer em formato parametrizado, quer em formato multimédia.

C. O exame B012.4 (colpocitologia em meio líquido) não pode ser prescrito, pois não é participado. Apenas o seu resultado pode ser registado.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "Colpocitologia em lâmina"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "Colpocitologia em meio líquido"): Duração de 60 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "Colpocitologia em lâmina"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "Colpocitologia em meio líquido"): Duração de 49 a 60 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-4 e termina na data de referência do indicador.

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

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Rastreio Oncológico	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

046	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.03.01	2013.046.01	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR

Designação

Proporção de utentes com idade entre [50; 75[anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado

Objetivo

Monitorizar o programa de rastreio oncológico. Parâmetro "rastreio e deteção precoce do cancro do colon e reto".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos com idade compreendida no intervalo [50; 75] anos, com rastreio do cancro do colon e reto efetuado.

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos com idade compreendida no intervalo [50; 75] anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos um resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), nos últimos 2 anos (ver alíneas A, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Pelo menos um resultado de retossigmoidoscopia, nos últimos 5 anos (ver alíneas B, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. Pelo menos um resultado de colonoscopia, nos últimos 10 anos (ver alíneas C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ter idade compreendida no intervalo [50; 75] anos (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.

Observações Gerais

A. O exame da tabela de MCDT convencionados, válido para identificar [PSOF] é o seguinte:

- [Sangue oculto nas fezes, fezes], código 607.6, área A.

B. Os exames da tabela de MCDT convencionados, válidos para identificar [retossigmoidoscopia] são os seguintes:

- [Rectossigmoidoscopia flexível], código 007.8, área F.

- [Colonoscopia esquerda], código 006.0, área F.

- [Colonoscopia esquerda], código 102.3, área F.

C. O exames da tabela de MCDT convencionados, válidos para identificar [colonoscopia] são os seguintes:

- [Colonoscopia total], código 005.1, área F.

- [Colonoscopia total], código 101.5, área F.

- [Colonoscopia, pacote de procedimentos], código 100.7, área F.

D. Para que um exame seja contabilizado, deve ter um resultado.

E. A data que deve ser usada para verificar se o exame está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

F. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. Os resultados dos exames de rastreio devem ser registados no módulo de MCDT.

MEDICINEONE:

A. Para que sejam contabilizados neste indicador, os exames [colonoscopia] e [retossigmoidoscopia] podem ser registadas quer no módulo de MCDT quer no módulo de Rastreio Oncológico.

B. O [PSOF] poder ser registado quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT quer no módulo de rastreio oncológico (o SIARS procede à leitura a partir dos 3 módulos).

C. Os resultados da [colonoscopia] e [retossigmoidoscopia] podem ser registados quer em formato de texto, quer em formato parametrizado, quer em formato multimédia.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "PSOF"): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "retossigmoidoscopia"): Duração de 60 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "colonoscopia"): Duração de 120 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "PSOF"): Duração de 13 a 24 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-1 e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "retossigmoidoscopia"): Duração de 49 a 60 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-4 e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "colonoscopia"): Duração de 109 a 120 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-9 e termina na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Rastreio Oncológico	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; PSOF - Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

047	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.25	2013.047.01	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.

Designação

Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde juvenil e de adultos. Parâmetro "registo de hábitos tabágicos".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos.

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

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos um registo de hábitos tabágicos efetuado nos últimos 36 meses (ver alíneas B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Ter idade igual ou superior a 14 anos (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

B. Os locais de registo de "hábitos tabágicos" que são analisados pelo SIARS dependem do software e encontram-se especificados nas OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. No entanto, o SIARS não procede à leitura de "consumos de tabaco" por via dos registos que possam ser feitos por profissionais de saúde no "A" do SOAP, com a rubrica da ICPC-2 P17 (abuso do tabaco).

C. Por princípio, os registos de hábitos tabágicos podem ser feitos por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde (ver especificações em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE).

D. Se um utente mantém os mesmos hábitos (relativamente ao uso de tabaco) que os assinalados no último registo e esse último registo está próximo de ultrapassar 36 meses de duração, é prudente proceder-se a um novo registo de hábitos com a mesma informação, por forma a garantir que no fim do período em análise "existe pelo menos um registo de hábitos nos últimos 36 meses".

E. Se um utente "não fuma", tal deve ser explicitamente registado no sistema de informação, pois a "ausência de registo" não significa "ausência

do hábito".

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. Os hábitos tabágicos podem ser registados na [ficha individual] e nas diversas fichas de programas de saúde ([diabetes], [hipertensão], [planeamento familiar] e [saúde materna]).

Podem ser usados os seguintes campos:

1. Campo "Tabaco" no grupo "Hábitos", que tem os seguintes itens para escolha: Sim; Não; Sem preenchimento. O SAM/SClínico registam as datas em que os médicos procedem a alterações a este campo.

2. Campo "Tabaco" no grupo "Consultas". Campo usado para registar o nº de [cigarros por dia] que o doente consome na data em que é feito o registo.

3. Campo "Carga tabágica" no grupo "Consultas". Campo usado para registar o nº unidades-massa-ano (UMA) calculadas na data em que é feito o registo.

SAPE/SClínico:

A. Não existe forma de proceder ao registo normalizado da informação de hábitos tabágicos.

MEDICINEONE:

A. Os hábitos tabágicos são registados no módulo de hábitos. O registo de utente "sem hábitos tabágicos" faz-se colocando um 0 (zero) no campo da quantidade.

VITACARE

A. Para os hábitos tabágicos é possível registar:

- Se fuma? (Sim/Não);
- Número de cigarros/dia;
- Data de início;
- Data de termo;
- Carga tabágica (calculado automaticamente pelo sistema).

Qualquer destes é interpretado pelo SIARS como sendo um registo de hábitos tabágicos.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "consulta médica ou consulta de enfermagem"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador;
- Numerador (variável "registo dos hábitos tabágicos"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador;
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "consulta médica ou consulta de enfermagem"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "registo dos hábitos tabágicos"): 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: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

049

Código

5.26

Código SIARS

2013.049.01

Nome abreviado

Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos

Designação

Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FeV1 nos últimos 3 anos

Objetivo

Monitorizar o programa de acompanhamento de doenças respiratórias. Parâmetro "FeV1 nos doentes cm DPOC".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de doentes com DPOC, com pelo menos um registo de FeV1 nos últimos 3 anos.

Numerador: Contagem de doentes com DPOC e com pelo menos um registo de FeV1 nos últimos 3 anos.

Denominador: Contagem de doentes com DPOC.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos um registo de FeV1 nos últimos 3 anos (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de DPOC (rubrica da ICPC-2 R95) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

Observações Gerais

A. O exame da tabela de MCDT convencionados, válido para identificar [FeV1] é o seguinte:

- [Espirometria, incluindo gráficos, curva débito volume, capacidade vital, volume expiratório máximo no 1º segundo, débito expiratório máximo e médio e ventilação voluntária máxima por minuto], código 1504.5, área Z. Nas situações em que o exame seja requisitado por outra instituição, a unidade pode registar o resultado do exame, usando o código acima referido, sem qualquer incremento da despesa com MCDT para a unidade.

B. Para que um exame seja contabilizado, deve ter um resultado.

C. Nas situações em que o exame seja efetuado na própria unidade de saúde, o resultado pode ser registado em campo próprio, criado para o efeito pelas aplicações de registo clínico eletrónico. O resultado pode ser registado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

D. A data que deve ser usada para verificar se o exame está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. O FEV1 pode ser registado através da ficha individual

B. O FEV1 pode também ser registado através do módulo de análises/MCDT, utilizando o exame "espirometria", sem requisição, por forma a não ser contabilizado como despesa no indicadores relacionados com "prescrição de MCDT".

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de DPOC pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. Embora o FeV1 possa ser registado quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT, o SIARS apenas contabiliza os registados no módulo de análises.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "registo de FeV1"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "DPOC na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"
- Numerador (variável "registo de FeV1"): Duração de 25 a 36 meses, iniciando a 1 de Janeiro do ano N-2 e terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "DPOC na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com FeV1	1

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Respiratório	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; FeV1 - Volume Expiratório Forçado no 1º segundo.

050	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.04.01	2013.050.01	Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada

Designação

Proporção de grávidas com consulta de revisão de puerpério efetuada

Objetivo

Monitorização do programa de vigilância em saúde materna. Parâmetro "consulta médica de revisão do puerpério".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de puérperas com pelo menos uma consulta médica de revisão do puerpério.

Numerador: Contagem de puérperas com pelo menos uma consulta médica de revisão do puerpério.

Denominador: Contagem de puérperas.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Utentes que tiveram pelo menos 1 consulta médica de revisão do puerpério, realizada entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia de puerpério (ver condições de registo de uma consulta de revisão do puerpério na alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS e regras para datação do puerpério nas alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ser mulher;

B. Gravidez registada por um médico ou interno da unidade de saúde, no módulo ou no programa de saúde materna (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. Gravidez não classificada como aborto (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS);

D. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo] durante pelo menos um dia do período compreendido entre a [Data início] e o [42º dia de puerpério] (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS);

E. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período compreendido entre 1º e o 42º dia a contar da [data de fim da gravidez] (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

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

de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica] de revisão do puerpério, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] e que sejam realizados durante o puerpério (entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia seguinte a essa data):

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico;
- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne
- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, não existem códigos ICPC-2 específicos de "revisão do puerpério". A identificação deste tipo de consulta faz-se assinalando [revisão do puerpério] nos registos de consulta efetuados nos módulos ou programas de saúde materna.

B. O registo de gravidez na lista de problemas, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração, definida pelos campos [Data início] e [Data fim] seja coincidente em pelo menos um dia com a duração da gravidez respetiva no módulo ou programa de saúde materna, devendo verificar-se as 2 condições seguintes:

a) a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim da gravidez] (ver definição mais à frente em OBSERVAÇÕES GERAIS).

b) a [Data fim] do diagnóstico de gravidez ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

C. A [data de fim da gravidez] corresponde ao 1º dia do puerpério e é determinada da seguinte forma:

a) se a [data de parto] estiver registada, a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto].

b) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data de parto corrigida] em 8 semanas (56 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto corrigida].

c) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] não estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data da última menstruação] em 48 semanas (336 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à soma da [data da última menstruação] com [39 semanas e 6 dias] (280 dias).

D. Para efeitos de contabilização do puerpério, considera-se que a [data de fim da gravidez], tal como definida na alínea anterior, é o 1º dia de puerpério (P1).

E. A classificação do registo de gravidez como [aborto], exclui a utente do denominador. Caso a gravidez termine em aborto (espontâneo ou provocado), tal deve ser registado no módulo ou programa de saúde materna (ver OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE), para que seja detetado pelo SIARS. Embora o aborto possa e deva ser registado no A do SOAP e classificado pela ICPC-2 como [episódio], tal não é detetado pelo SIARS.

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. É possível registar [Aborto] na janela [Revisão do puerpério]. Esta funcionalidade está acessível a partir do botão [RP] do [programa de saúde materna]. O [aborto] é selecionado na mesma lista em que é possível escolher o [tipo de parto].

B. No SAM, existem poucos registos de gravidez de lista de problemas, porque esta aplicação apenas faz o registo automático dos códigos ICPC-2 de gravidez no sistema de episódios (não os transpondo para a lista de problemas). Assim, nesta aplicação de registo clínico, a alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS deve ter a seguinte leitura: C. O registo de gravidez na lista de problemas ou no sistema de episódios, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração seja coincidente em pelo menos um dia com a duração do registo no módulo ou programa de saúde materna, devendo ser verdadeira a condição [AA ou (BB e CC)]:

AA. Existe pelo menos um registo de um dos códigos ICPC-2 relacionados com gravidez, no sistema de episódios, entre a DUM e a [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver como se determina a [data de fim da gravidez] nas OBSERVAÇÕES GERAIS).

BB. a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna.

CC. a [Data fim] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de gravidez pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico não necessita estar classificado como "ativo", mas não pode ter sido classificado como "inválido".

B. O [aborto] pode ser registado no módulo de saúde materna (por baixo da zona de registo da [data da última menstruação] e da [data de parto]).

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O denominador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o período em análise do denominador a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de novembro inicia o período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.

- A principal variável de "ancoragem" de cada grávida a este indicador é o facto de o 42º dia de puerpério pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Para cada utente incluída no denominador, o período em análise inicia-se na [data de fim da gravidez] e termina no 42º dia do puerpério.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

Legenda

RP - Revisão do Puerpério

053	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.27	2013.053.01	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

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

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter um registo de "consumos de álcool" efetuado nos últimos 36 meses (ver alíneas B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Ter idade igual ou superior a 14 anos (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

B. Os locais de registo dos hábitos de consumo de álcool que são analisados pelo SIARS dependem do software e encontram-se especificados nas OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. No entanto, o SIARS não procede à leitura de "consumos de álcool" por via dos registos que possam ser feitos por profissionais de saúde no "A" do SOAP, com as rubricas da ICPC-2 P15 (abuso crónico do álcool) nem P16 (abuso agudo do álcool).

C. Por princípio, os registos de "consumos de álcool" podem ser feitos por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde (ver especificações em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE).

D. Se um utente mantém os mesmos hábitos (relativamente ao uso de álcool) que os assinalados no último registo e esse último registo está próximo de ultrapassar 36 meses de duração, é prudente proceder-se a um novo registo de hábitos com a mesma informação, por forma a garantir que no fim do período em análise "existe pelo menos um registo de hábitos nos últimos 36 meses".

E. Se um utente "não bebe", tal deve ser explicitamente registado no sistema de informação (em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE explicita-se o local de registo dos "hábitos de consumo"), pois a ausência de registo não significa ausência do hábito.

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. Os hábitos alcoólicos podem ser registados na [ficha individual] e nas diversas fichas de programas de saúde ([diabetes], [hipertensão], [planeamento familiar] e [saúde materna]).

Podem ser usados os seguintes campos:

1. Campo "Álcool" no grupo "Hábitos", que tem os seguintes itens para escolha: Sim; Não; Sem preenchimento. O SAM/SClínico registam as datas em que os médicos procedem a alterações a este campo.

2. Campo "Álcool" no grupo "Consultas". Campo usado para registar o nº de [gramas de álcool por semana] que o doente consome na data em que é feito o registo.

SAPE/SClínico:

A. Não existe forma de proceder ao registo normalizado da informação de "consumos de álcool".

MEDICINEONE:

A. Os "consumos de álcool" são registados no módulo de "hábitos". O registo de utente "sem hábitos alcoólicos" faz-se colocando um 0 (zero) no campo da quantidade.

VITACARE

A. Para os "consumos de álcool" é possível registar:

- Se consome bebidas alcoólicas (Sim/Não);
- Tipo de bebidas (vinho, cerveja, bebidas destiladas, cocktails e shots, bebidas generosas);
- Data de início;
- Data de termo.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "consulta médica ou consulta de enfermagem"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador;
- Numerador (variável "registo dos consumos de álcool"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador;
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "consulta médica ou consulta de enfermagem"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "registo dos consumos de álcool"): 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: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	2

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

054	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.29	2013.054.01	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

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

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

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

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

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos uma [consulta médica de vigilância] relacionada com o problema "consumo excessivo de álcool" nos últimos 36 meses (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Existe pelo menos uma [consulta de enfermagem de vigilância] relacionada com o problema "consumo excessivo de álcool" nos últimos 36 meses (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Ter idade igual ou superior a 14 anos (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de "Abuso crónico do álcool" (rubrica da ICPC-2 P15) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

D. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de "Abuso agudo do álcool" (rubrica da ICPC-2 P16) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica] relacionada com "consumo excessivo de álcool", é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, os códigos ICPC-2 específicos de "consumo excessivo de álcool", que podem ser usados para o classificar como "problema de saúde da consulta" são o P15, o P16 ou sub-rubricas.

B. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem] relacionada com "consumo excessivo de álcool", é necessária a existência de registos compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClínico/SAPE

- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E007 | Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool"]

Nota 2: Na norma C012, os códigos ICPC-2 específicos de "consumo excessivo de álcool", que podem ser usados para o classificar como "problema de saúde da consulta" são o P15, o P16 ou sub-rubricas.

C. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

D. Os registos de hábitos alcoólicos são irrelevantes para a "inclusão" ou "não inclusão" dos utentes no denominador.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de "Abuso de álcool" pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "consulta médica ou consulta de enfermagem"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador;
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "consulta médica ou consulta de enfermagem"): 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: Coincidente com a 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 resultado
Desempenho assistencial	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

055	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.20	2013.055.01	Proporção adultos c/ depres., c/ terap. anti-depr.

Designação

Proporção de utentes com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão, a quem foi prescrita terapêutica anti-depressiva

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde mental. Parâmetro "Prescrição de terapêutica anti-depressiva em adultos com depressão".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de adultos com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão, a quem foi prescrita terapêutica antidepressiva.

Numerador: Contagem de adultos com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão e a quem foi prescrita terapêutica antidepressiva.

Denominador: Contagem de adultos com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, existe pelo menos um medicamento anti-depressivo registado na terapêutica crónica (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Existe pelo menos um medicamento anti-depressivo prescrito nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de depressão (rubrica da ICPC-2 P76) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo" (ver alíneas H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Ter idade compreendida no intervalo [18; +INF[anos (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. São contabilizados todas as prescrições e registos na terapêutica crónica de medicamentos pertencentes ao grupo 2.9.3 (antidepressores) da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT).

B. Contabilizam-se medicamentos anti-depressivos isolados ou em associação.

C. Não se contabilizam no numerador utentes a quem tenham sido prescritas anti-depressivos no ano anterior se não coexistirem anti-depressivos registados na terapêutica crónica.

D. Não se contabilizam no numerador utentes que à data de referência do indicador tenham anti-depressivos registados na terapêutica crónica, se nenhum anti-depressivo tiver sido prescrito no último ano.

E. A prescrição e o registo na terapêutica crónica não necessitam ter a mesma [forma farmacêutica], nem o mesmo [nome do medicamento] nem a mesma [dosagem].

F. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

G. Os medicamentos pertencentes à classe CFT acima referida podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

H. A norma de orientação clínica da DGS nº 34/2012 sobre "Terapêutica Farmacológica da Depressão maior e da sua Recorrência no Adulto", estabelece as indicações e critérios para utilização de fármacos nestas patologias.

I. Por outro lado, a ICPC-2 estabelece as seguintes classes ICD-10 como mapeáveis com a respetiva rubrica P70:

F32.0 - Episódio depressivo leve

F32.1 - Episódio depressivo moderado

F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

F32.3 - Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

F32.8 - Outros episódios depressivos

F32.9 - Episódio depressivo não especificado

F33.0 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

F33.1 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

F33.2 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

F33.3 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

F33.4 - Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

F33.8 - Outros transtornos depressivos recorrentes

F33.9 - Transtorno depressivo recorrente sem especificação

F34.1 - Distímia

F34.8 - Outros transtornos do humor [afetivos] persistentes

F34.9 - Transtorno do humor [afetivo] persistente não especificado

F38.0 - Outros transtornos do humor [afetivos] isolados

F38.1 - Outros transtornos do humor [afetivos] recorrentes

F38.8 - Outros transtornos especificados do humor [afetivos]

F39 - Transtorno do humor [afetivo] não especificado

F41.2 - Transtorno misto ansioso e depressivo

F53.0 - Transtornos mentais e comportamentais leves associados ao puerpério não classificados em outra parte

Uma vez que nem todos os problemas de saúde acima referidos têm uma indicação clara para terapêutica anti-depressiva de forma mantida, existirão sempre utentes no denominador do indicador que não beneficiariam em estar no numerador.

Por outro lado algumas depressões maior limitadas no tempo e não recorrentes, permanecem, por erro de registo, nas listas de problemas dos utentes, até muito tempo depois do tratamento e cura (sem recorrência). Também estes utentes não beneficiariam em estar no numerador.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de depressão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

SAM/SClínico:

A. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "registo de medicamento na terapêutica crónica"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Numerador (variável "prescrição de medicamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "registo de medicamento na terapêutica crónica"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Numerador (variável "prescrição de medicamento"): 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: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais próximo de determinado valor, melhor

Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos; DCI - Denominação Comum Internacional

056	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.21.01	2013.056.01	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.

Designação

Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde mental. Parâmetro "Prescrição de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos em idosos".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos com idade igual ou superior a 65 anos a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise.

Numerador: Contagem de utentes inscritos a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com idade igual ou superior a 65 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, não existem ansiolíticos nem sedativos nem hipnóticos registados na terapêutica crónica (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Não existem ansiolíticos nem sedativos nem hipnóticos prescritos nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver

alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Ter idade igual ou superior a 65 anos (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. São contabilizados todas as prescrições e registos na terapêutica crónica de medicamentos pertencentes ao grupo 2.9.1 (Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos) da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT).

B. Basta que exista um registo de um medicamento ansiolítico, sedativo ou hipnótico na [terapêutica crónica] à data de referência do indicador ou um registo de prescrição de um medicamento ansiolítico, sedativo ou hipnótico durante o período em análise, para que o utente não seja contabilizado no numerador.

C. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

D. Os medicamentos pertencentes a esta classe CFT podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

SAM/SClínico:

A. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "registo de medicamento na terapêutica crónica"): Coincidente com a data de referência do indicador.

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

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "registo de medicamento na terapêutica crónica"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Numerador (variável "prescrição de medicamento"): 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: Coincidente 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 resultado
Desempenho assistencial	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos; DCI - Denominação Comum Internacional

057	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.13.01	2013.057.01	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia

Designação

Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde infantil. Parâmetro "realização de diagnóstico precoce".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de recém-nascidos com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida.
Numerador: Contagem de recém-nascidos com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida.
Denominador: Contagem de recém-nascidos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Utentes incluídos no denominador.

B. Com realização de diagnóstico precoce (TSHPKU), nos primeiros 6 dias de vida (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Que completam 30 dias de vida durante o período em análise (ver alíneas A, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Com [inscrição ativa] ou [esporádica] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 30 dias de vida (ver alíneas A, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 60 dias de vida (ver alíneas A, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para efeitos de datação do tempo de vida em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido no final do dia.

B. Contabilizam-se registos de TSHPKU (ou teste de Guthrie) desde que a respetiva data de realização ocorra até ao 7º dia de vida da criança, e desde que o registo ocorra até 30 dias após a data de referência do indicador. Os registos podem ser feitos por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Aceitam-se registos até ao D7 porque os sistemas fonte não registam a hora de nascimento da criança, nem a hora de realização do teste. Desta forma garante-se que os utentes incluídos no numerador, realizam o exame até, em média, 144 horas (6 dias completos) após a hora de nascimento.

C. Contabilizam-se crianças que se inscrevam antes do 30º dia de vida na unidade de saúde como esporádicas (p.e. por o nome ainda não estar registado na conservatória do registo civil), desde que o registo da [inscrição ativa] seja feito até ao 60º dia de vida e desde que se processe a uma alteração do registo de [inscrição esporádica] para [inscrição ativa] (ver conceito de [inscrição ativa] na secção [Glossário e Legenda de Outros Termos]). Caso o procedimento seja o da anulação do registo "esporádico", com criação de um novo registo com [inscrição ativa], a criança será contabilizada no denominador mas não será possível a contabilização para o numerador pois o novo registo não terá o TSHPKU registado. Assim, o prazo para registos neste indicador é de 30 dias por forma a possibilitar os registos de [inscrição ativa] até ao 60º dia de vida.

D. Se uma criança apenas se inscrever na unidade de saúde após os 30 dias de vida (p.e. por internamento hospitalar até aos 35 dias de vida), não é contabilizada no denominador (nem no numerador).

E. O teste do pezinho pode também ser designado por teste de Guthrie.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. Registo de TSHPKU deve ser feito na [avaliação inicial], em [saúde infantil] > [desenvolvimento infantil] > [diagnóstico precoce].

B. São desde sempre lidos pelos SIARS os itens da [avaliação inicial] com código "TREDIAP"

SAM/SClínico:

A. Não existe campo de registo de TSHPKU.

MEDICINEONE:

A. O registo de TSHPKU deve ser feito no módulo de saúde infantil, tabulador [pré/neo-natal].

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O denominador tem um período em análise de 1 ano. No denominador são incluídas crianças que completam 30 dias durante o respetivo período em análise.

- Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de TSHKPU inicia-se com o nascimento e termina 30 dias após a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos	1

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

Legenda

TSHPKU - Diagnóstico precoce ou teste do pezinho; RN - Recém-nascidos

059	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.13.02	2013.059.01	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano

Designação

Proporção de crianças com 2 anos, com peso e altura registado no último ano

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde infantil, 2º ano de vida, parâmetro "registo de peso e altura".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de crianças com peso e altura avaliados no intervalo [1; 2[anos (entre as que completam 2 anos).

Numerador: Contagem de crianças com peso e altura avaliados no intervalo [1; 2[anos.

Denominador: Contagem de crianças que completam 2 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm pelo menos um registo de peso com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [1; 2[anos (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Têm pelo menos um registo de estatura (ou altura) com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [1; 2[anos (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

análise fixo");
B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

Observações Gerais

- A. São contabilizados no numerador os utentes com registos de peso e estatura realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Se existir um registo de peso e altura no período em análise, realizado por um enfermeiro, não é necessário, nesse período em análise, a existência de registos médicos e vice-versa.
- B. Os registos de peso e estatura podem ser realizados nos módulos ou programas de hipertensão, diabetes e saúde infantil. Podem também ser registados noutros módulos das aplicações destinadas a registar parâmetros do exame objetivo, tal como especificado em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. Não são contabilizados registos de texto livre no O do SOAP.
- C. Não é obrigatório que os profissionais registem manualmente o valor do IMC. Basta que existam registos do peso e da estatura conforme descrito nas REGRAS DE CÁLCULO. Os sistemas de informação calculam de forma automática o IMC.
- D. Não é obrigatório que o peso e altura sejam registados no mesmo dia.
- E. Se existir um registo de peso e altura no período em análise, realizado por um enfermeiro, não é necessário, nesse período em análise, a existência de registos médicos e vice-versa.

Observações Sobre Software

SAM / SAPE

A. No SAM, o peso e a estatura podem ser registados na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes e saúde infantil. O peso e a estatura podem também ser registados no SAPE.

MEDICINEONE:

A. O peso e a estatura podem ser registados nas biometrias e nos módulos de hipertensão, diabetes e saúde infantil.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variáveis "peso e altura"): Coincidente com o intervalo etário [1; 2[anos de cada criança incluída no denominador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, cada criança tem [2, 3[anos de idade.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variáveis "peso e altura"): Coincidente com o intervalo etário [1; 2[anos de cada criança incluída no denominador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso, cada criança tem [2, 3[anos de idade.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	1

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

063	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.37.01	2013.063.01	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV

Designação

Proporção de crianças com 7 anos, com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [5; 7[anos e PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde infantil (coorte dos 7 anos). Parâmetros "consulta médica de vigilância" e "PNV cumprido"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de crianças com consulta médica de vigilância realizada entre [5; 7[anos e com PNV totalmente cumprido na data do 7º aniversário (entre as que completam 7 anos).

Numerador: Contagem de crianças com consulta médica de vigilância realizada entre [5; 7[anos e com PNV totalmente cumprido na data do 7º aniversário.

Denominador: Contagem de crianças que completam 7 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 7 anos. Ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS.

C. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância (contacto direto) entre no intervalo [5; 7[anos de vida. Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador. Ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS.

Observações Gerais

A. Os registos de vacinas devem ser efetuados no SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

B. São incluídos no numerador, as crianças que à data de referência do indicador, tenham registos de inoculações de vacinas que permitam afirmar que às zero horas do dia em que completam 7 anos de idade, tinham o PNV totalmente cumprido pelo [esquema cronológico recomendado] ou pelo [esquema cronológico de recurso] adaptado à idade. Assim, as datas de inoculação devem ser anteriores à data do 7º aniversário de cada criança, mas as datas de registo podem ir até à data de referência do indicador.

C. Aceita-se a realização de [registo completo] ou de [registo simplificado]. No [registo completo], todas as inoculações de cada tipo de vacina devem estar registadas. No [registo simplificado], apenas é necessário que a última dose da vacina esteja registada, com especificação da data de inoculação e do nº de ordem da inoculação. Aceita-se que umas vacinas estejam com [registo completo] e outras com [registo simplificado]

D. Quando uma criança tem serologia positiva para uma doença prevenível por uma das vacinas do PNV, é possível registar no SINUS o estado de [Imunizado], associado a essa vacina. Da mesma forma, se uma criança tiver contra-indicação para a administração de uma vacina, é possível registar que a mesma se encontra [contra-indicada]. As vacinas relativamente às quais é colocado o atributo [imunizado] ou o atributo [contra-indicado] são classificadas como cumpridas. Não são incluídos no numerador os utentes que recusam uma ou mais inoculações de vacina.

E. Uma criança é incluída no numerador se a condição [AA e (BB ou CC) e (DD ou EE) e (FF ou GG ou HH) e (II ou JJ) e (KK ou LL)] for verdadeira:

AA. Pelo menos 1 inoculação e registo de BCG ou um registo de cicatriz de BCG ou um registo de prova tuberculínica (inoculação ou realização até data do 7º aniversário). Esta regra deixa de ser aplicável para indicadores com data de referência igual ou superior a maio de 2015 (por rutura de stock nacional da BCG a partir desse mês).

BB. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB até à data do 7º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

CC. Registo de VHB ou VHAB com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

DD. Inoculação da 4ª dose (ou superior) de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP, no intervalo [0; 7[anos de idade (registo até à data de referência do indicador).

EE. Registo de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

FF. Inoculação da 4ª dose (ou superior) de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP, no intervalo [0; 7[anos de idade (registo até à data de referência do indicador).

GG. Inoculação 3ª dose de VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP, no intervalo [0; 7[anos de idade (registo até à data de referência do indicador) e nem a 2ª nem a 1ª dose foram feitas com VAP.

HH. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

II. Inoculação de MenC até à data do 7º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

JJ. Registo de MenC com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

KK. Inoculação da 2ª dose (ou superior) de VASPR até à data do 7º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

LL. Registo de VASPR com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

F. São incluídos no denominador deste indicador todos os utentes inscritos na unidade de observação à data de referência do indicador. O SIARS contabiliza no denominador também os utentes [excluídos] do módulo de vacinação do SINUS;

G. Para o cumprimento deste indicador não é necessário ter qualquer dose de vacina anti Haemophilus influenzae b, porque acima dos 5 anos, não está prevista a administração desta vacina.

H. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em saúde infantil, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico;
- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne
- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, o código ICPC-2 que pode ser usado para classificar a atividade de vigilância em saúde infantil em associação à consulta realizada é o A98 ou sub-rubricas.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O indicador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o seu período em análise a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de Novembro inicia o seu período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.

- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto completar 7 anos de vida durante o período em análise.
- Numerador (variável "consulta de vigilância"): Coincidente com o intervalo etário [5; 7[anos de cada criança incluída no denominador.
- Numerador (variável "inoculação de vacinas"): Coincidente com o intervalo etário [0;7[anos de cada criança incluída no denominador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, tem [7; 8[anos.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- O indicador tem um período em análise de 1 a 12 meses, iniciando-se sempre a 1 de janeiro e terminando na data de referência do indicador.
- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto completar 7 anos de vida no ano civil em curso.
- Numerador (variável "consulta de vigilância"): Coincidente com o intervalo etário [5; 7[anos de cada criança incluída no denominador.
- Numerador (variável "inoculação de vacinas"): Coincidente com o intervalo etário [0;7[anos de cada criança incluída no denominador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso tem [7; 8[anos.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

064

Código

6.38

Código SIARS

2013.064.01

Nome abreviado

Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV

Designação

Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde infantil (coorte dos 14 anos). Parâmetros "consulta médica de vigilância" e "PNV cumprido

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de jovens com consulta médica de vigilância realizada entre [11; 14[anos e com PNV totalmente cumprido na data do 14º aniversário (entre os que completam 14 anos).

Numerador: Contagem de jovens com consulta médica de vigilância realizada entre [11; 14[anos e com PNV totalmente cumprido na data do 14º aniversário.

Denominador: Contagem de jovens que completam 14 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Têm o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 14 anos. Ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS.

C. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância (contacto direto) entre no intervalo [11; 14[anos de vida. Ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS.

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador. Ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS.

Observações Gerais

A. Os registos de vacinas devem ser efetuados no SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

B. São incluídos no numerador, os jovens que à data de referência do indicador, tenham registos de inoculações de vacinas que permitam afirmar que às zero horas do dia em que completam 14 anos de idade, tinham o PNV totalmente cumprido pelo [esquema cronológico recomendado] ou pelo [esquema cronológico de recurso] adaptado à idade. Assim, as datas de inoculação devem ser anteriores à data do 14º aniversário de cada jovem, mas as datas de registo podem ir até à data de referência do indicador.

C. Aceita-se a realização de [registo completo] ou de [registo simplificado]. No [registo completo], todas as inoculações de cada tipo de vacina devem estar registadas. No [registo simplificado], apenas é necessário que a última dose da vacina esteja registada, com especificação da data de inoculação e do nº de ordem da inoculação. Aceita-se que umas vacinas estejam com [registo completo] e outras com [registo simplificado]

D. Quando um jovem tem serologia positiva para uma doença prevenível por uma das vacinas do PNV, é possível registar no SINUS o estado de [Imunizado], associado a essa vacina. Da mesma forma, se um jovem tiver contra-indicação para a administração de uma vacina, é possível registar que a mesma se encontra [contra-indicada]. As vacinas relativamente às quais é colocado o atributo [imunizado] ou o atributo [contra-indicada] são classificadas como cumpridas. Não são incluídos no numerador os utentes que recusam uma ou mais inoculações de vacina.

E. Um jovem é incluído no numerador se a condição [AA e (BB ou CC) e (DD ou EE) e (FF ou GG ou HH) e (II ou JJ) e (KK ou LL) e (MM ou NN ou OO)] for verdadeira:

AA. Pelo menos 1 inoculação e registo de BCG ou um registo de cicatriz de BCG ou um registo de prova tuberculínica (inoculação ou realização até data do 14º aniversário). Esta regra deixa de ser aplicável para indicadores com data de referência igual ou superior a maio de 2015 (por rutura de stock nacional da BCG a partir desse mês).

BB. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB até à data do 14º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

CC. Registo de VHB ou VHAB com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

DD. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de Td, no intervalo [10; 14[anos de idade (registo até à data de referência do indicador).

EE. Registo de Td com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

FF. Inoculação da 4ª dose (ou superior) de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP, no intervalo [0; 14[anos de idade (registo até à data de referência do indicador).

GG. Inoculação da 3ª dose de VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP, no intervalo [0; 14[anos de idade (registo até à data de referência do indicador) e nem a 2ª nem a 1ª dose foram feitas com VAP).

HH. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

II. Inoculação de MenC até à data do 14º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

JJ. Registo de MenC com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

KK. Inoculação da 2ª dose (ou superior) de VASPR até à data do 14º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

LL. Registo de VASPR com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

MM. Sexo masculino.

NN. Inoculação da 2ª dose (ou superior) de HPV no intervalo [9; 14[anos de idade (registo até à data de referência do indicador).

OO. Registo de HPV com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

F. São incluídos no denominador deste indicador todos os utentes inscritos na unidade de observação à data de referência do indicador. O SIARS contabiliza no denominador também os utentes [excluídos] do módulo de vacinação do SINUS;

G. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em saúde infantil, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico;
- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne
- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, o código ICPC-2 que pode ser usado para classificar a atividade de vigilância em saúde infantil em associação à consulta realizada é o A98 ou sub-rubricas.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O indicador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o seu período em análise a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de novembro inicia o seu período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.
- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto completar 14 anos de vida durante o período em análise.
- Numerador (variável "consulta de vigilância"): Coincidente com o intervalo etário [11; 14[anos de cada criança incluída no denominador.
- Numerador (variável "inoculação de vacinas"): Coincidente com o intervalo etário [0; 14[anos de cada criança incluída no denominador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, tem [14, 15[anos (já fez 14 e ainda não fez 15 anos).

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- O indicador tem um período em análise de 1 a 12 meses, iniciando-se sempre a 1 de janeiro e terminando na data de referência do indicador.
- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto completar 14 anos de vida durante o período em análise.
- Numerador (variável "consulta de vigilância"): Coincidente com o intervalo etário [11; 14[anos de cada criança incluída no denominador.
- Numerador (variável "inoculação de vacinas"): Coincidente com o intervalo etário [0; 14[anos de cada criança incluída no denominador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso tem [14, 15[anos (já fez 14 e ainda não fez 15 anos).

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de jovens	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

065	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.22.01	2013.065.01	Proporção utentes >= 75 A, c/ presc. cró. < 5 fár.

Designação

Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica inferior a cinco fármacos

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde de adultos. Parâmetro "prescrição crónica inferior a cinco fármacos em grandes idosos".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com 75 ou mais anos de idade, com prescrição crónica inferior a 5 fármacos.
Numerador: Contagem de utentes inscritos com prescrição crónica inferior a 5 fármacos.
Denominador: Contagem de utentes inscritos com 75 ou mais anos de idade.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, existem menos de 5 substâncias ativas nos medicamentos registados na terapêutica crónica (ver alíneas A, B, C, D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Ter idade superior ou igual a 75 anos (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. São contabilizados todos os registos na terapêutica crónica de medicamentos pertencentes aos grupos (e respetivos subgrupos) da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT) a seguir apresentados:

- Grupo 2 - Sistema nervoso central;
- Grupo 3 - Aparelho cardiovascular;
- Grupo 4 - Sangue;
- Grupo 5 - Aparelho respiratório;
- Grupo 6 - Aparelho digestivo;
- Grupo 7 - Aparelho geniturinário;
- Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas;

- Grupo 9 - Aparelho locomotor;
- Grupo 10 - Medicação antialérgica.

- Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores;

B. Não se contabilizam registos na terapêutica crónica de medicamentos pertencentes aos grupos (e respetivos subgrupos) da classificação CFT a seguir apresentados:

- Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos;
- Grupo 12 - Correctivos da volémia e das alterações electrolíticas;
- Grupo 13 - Medicamentos usados em afecções cutâneas;
- Grupo 14 - Medicamentos usados em afecções otorrinolaringológicas;
- Grupo 15 - Medicamentos usados em afecções oculares;
- Grupo 17 - Medicamentos usados no tratamento de intoxicações;
- Grupo 18 - Vacinas e imunoglobulinas;
- Grupo 19 - Meios de diagnóstico;
- Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos.

C. Sempre que os medicamentos registados correspondam a associações de medicamentos, somam-se o número de substâncias ativas associadas a cada registo na terapêutica crónica. Assim, p.e., se um utente tiver na terapêutica crónica um medicamento com o DCI

"Glibenclamida + Metformina", contabiliza 2 substâncias ativas por esse medicamento.

D. Sempre que o mesmo DCI esteja em 2 ou mais registos (medicamentos) diferentes na terapêutica crónica, é apenas contabilizada uma vez.

E. Caso um medicamento esteja na terapêutica crónica, pertença a um dos grupos da classificação CFT referido na alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS e não tenha prescrições no ano anterior, é igualmente contabilizado para efeitos da condição B das REGRAS DE CÁLCULO do numerador. Isto pode ser gerador de falsos positivos no numerador, caso os utilizadores médicos ou internos não apaguem da terapêutica crónica os medicamentos que deixaram de ser prescritos.

F. Caso um medicamento pertencente a um dos grupos da classificação CFT referido na alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS e seja repetidamente prescrito ao longo do ano anterior, mas não conste da terapêutica crónica na data de referência do indicador, não pode ser contabilizado para efeitos da condição B das REGRAS DE CÁLCULO do numerador. Isto pode ser gerador de falsos negativos no numerador, pelo que também aqui os utilizadores médicos e internos devem ter o cuidado de atualizar a terapêutica crónica sempre que prescrevam a um utente um medicamento "crónico".

G. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

H. Os medicamentos pertencentes a estas classes CFT podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

SAM/SClínico:

A. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "registo de medicamento na terapêutica crónica"): Coincidente com a data de referência do indicador.

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "registo de medicamento na terapêutica crónica"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador: Coincidente com a 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 resultado
Desempenho assistencial	Saúde adultos	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos; DCI - Denominação Comum Internacional

067	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.24	2013.067.01	Proporção idosos, sem prescrição trimetaz. (1 ano)

Designação

Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem nenhuma prescrição de trimetazidina no último ano

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde adultos. Parâmetro "Prescrição de trimetazidina em idosos".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com 65 ou mais anos de idade, sem prescrição de trimetazidina no último ano.
Numerador: Contagem de utentes inscritos sem prescrição de trimetazidina no último ano.
Denominador: Contagem de utentes inscritos com 65 ou mais anos de idade.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, não existe trimetazidina registada na terapêutica crónica (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Não existe qualquer prescrição de trimetazidina nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Ter idade compreendida no intervalo [65; +INF[anos (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. São contabilizados todas as prescrições e registos na terapêutica crónica de medicamentos pertencentes ao grupo 3.5.1 (Antianginosos) da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT) e à classe C01EB15 TRIMETAZIDINA da classificação Terapêutica Anatómica e Química (ATC):

B. Não se conhecem trimetazidinas em associação.

C. Não se contabilizam no numerador utentes a quem não tenham sido prescritas trimetazidinas no ano anterior se coexistirem trimetazidinas registadas na terapêutica crónica.

D. Não se contabilizam no numerador utentes que à data de referência do indicador não tenham trimetazidinas registadas na terapêutica crónica, se tiver sido prescrita pelo menos uma trimetazidina no último ano.

E. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

F. Os medicamentos pertencentes a esta classe CFT podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

SAM/SClínico:

A. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "registro de medicamento na terapêutica crônica"): Coincidente com a data de referência do indicador.
 - Numerador (variável "prescrição de medicamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
 - Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.
- INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"
- Numerador (variável "registro de medicamento na terapêutica crônica"): Coincidente com a data de referência do indicador.
 - Numerador (variável "prescrição de medicamento"): 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: Coincidente com a data de referência do indicador.

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

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

Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos; DCI - Denominação Comum Internacional; ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical"

068	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.06.02	2013.068.01	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)

Designação

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

Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de fármacos. Parâmetro "despesa de medicamentos faturados, baseada no PVP"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador, baseado no PVP.

Numerador: Somatório do PVP de medicamentos faturados.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do PVP dos medicamentos em que a expressão [A e (B ou C ou D) e E] é verdadeira:

A. Prescritos a utentes com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa receita com código identificador dessa unidade de saúde;

C. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador, numa receita com código identificador dessa unidade de saúde;

D. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa receita com código identificador de qualquer unidade do ACES;

E. Cujos registos de venda foram enviados pelas farmácias para faturação junto do ministério da saúde (ver alíneas C, D, E, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS) e foram aceites para faturação durante o período em análise (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

- A. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter [inscrição ativa] nessa unidade, durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. Se a unidade de observação é um médico: ter [inscrição ativa] na lista do médico, à data de referência do indicador, ou ter falecido ou sido transferido para outra unidade de saúde durante o período em análise.
- C. Se a unidade de observação é um ACES: ter [inscrição ativa] numa das USF ou UCSP do ACES, durante pelo menos um dia do período em análise.
- D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde). Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- E. Se a unidade de observação é um médico: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador). Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- F. Se a unidade de observação é um ACES: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise, realizada por qualquer médico ou interno do ACES, incluindo também as realizadas em [consultas de reforço] e as realizadas em [serviço de apoio permanente] (ou outros equivalentes). Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.

Observações Gerais

- A. A despesa com medicamentos é contabilizada a partir dos utentes inscritos durante pelo menos um dia do período em análise e com pelo menos um medicamento faturado nesse período. Os utentes incluídos no denominador são os utentes inscritos durante pelo menos um dia do período em análise e utilizadores de consultas médicas presenciais ou não presenciais. No numerador podem existir utentes não utilizadores no ano em análise (receita prescrita no ano N-1 e faturada no ano N).
- B. Contabiliza-se o PVP do medicamento em vigor na data de venda. Caso a marca do medicamento dispensado seja diferente da marca do medicamento prescrito ou a prescrição for CNPEM contabiliza-se o PVP do medicamento dispensado. Caso o PVP na data da venda seja diferente do PVP na data de prescrição, contabiliza-se o da data da venda. A métrica que serve de base a este indicador está definida na especificação M013 dos [conceitos e métricas relacionadas com medicamentos] na seção deste documento designada [Glossário e Legenda de Outros Termos].
- C. A data que importa para verificar se determinado medicamento está ou não dentro do período em análise e assim decidir incluir ou não o respetivo [PVP] no somatório do numerador do indicador é a [data de aceitação da receita pelo CCF]. A [data de prescrição] e a [data de venda] são ignoradas.
- D. Existem alguns medicamentos contabilizados no numerador (aceites para faturação durante o período em análise) que foram prescritos no ano anterior. Existem medicamentos prescritos durante o período em análise que só serão aceites para faturação depois desse período.
- E. Até 31 de março de 2013 as farmácias enviavam para o CCF as receitas de utentes do SNS e de utentes da ADSE prescritas em locais de prescrição do SNS. A partir de 1 de abril passou a ser considerada despesa do SNS todas as receitas prescritas a utentes dos subsistemas públicos, ou seja, ADSE (independentemente do local de prescrição), IASFA, SAD-PSP e SAD-GNR.
- F. Caso uma farmácia pertencente a uma ARS receba uma receita de uma unidade de saúde de outra ARS, isso não constitui impedimento para que o SIARS contabilize essa despesa para a unidade de saúde respetiva.
- G. Não são contabilizados no numerador as despesas relacionadas com:
- Medicamentos prescritos e não dispensados (p.e. por recusa do utente em fazer a compra);
 - Medicamentos não participados: são prescritos nas unidades de saúde, dispensados nas farmácias, mas não são enviados pelas farmácias para faturação junto do ministério da saúde;
 - Medicamentos de alguns subsistemas, designadamente SAD-PSP, SAD-GNR, IASFA, SS CGD e SAMS (até 31 de março de 2013): eram prescritos nas unidades de saúde, dispensados nas farmácias, mas a faturação era efetuada junto dos respetivos subsistemas;
 - Medicamentos prescritos no final do ano a utentes que saem da unidade de saúde e cujas receitas entram na faturação no ano seguinte: no ano seguinte o doente já não pertence à unidade de saúde pelo que a receita não pode ser contabilizada.
- H. Os utentes contabilizados no denominador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta médica presencial] ou pelo menos uma [Consulta médica não presencial] com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:
- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico
 - C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico
 - C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne
 - C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne
 - C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare
 - C014 | Consulta médica presencial - VitaCare
- I. Os valores calculados para a unidade de observação [MED (médico)] são obtidos por desagregação dos resultados da respetiva unidade de saúde, tal como especificado no [Glossário e Legenda de Outros Termos] > [Unidades de observação]. No caso do centro de conferência de faturas não identificar o utente, o valor fica associado ao um [médico desconhecido] por não ser possível identificar o utente e, por consequência, o médico de família.
- H. Os valores calculados para o numerador de uma unidade funcional não têm que ser iguais aos valores obtidos através de relatórios do SIARS, relacionados com medicamentos faturados, porque as regras de inclusão de despesa no numerador do indicador são mais restritivas das que as regras para o relatório. Por exemplo, o relatório de faturação de medicamentos do SIARS considera a despesa com doentes "esporádicos", que não é incluída no numerador do indicador.
- I. Sempre que a informação que é remetida pelo CCF não contenha o número de utente registado (o que sucede com frequência nas receitas prescritas manualmente), não é possível ao SIARS identificar o respetivo médico de família. Nestes casos, os relatórios do MIM@UF associam esta despesa a um médico designado como "DESCONHECIDO", sendo a respetiva despesa contabilizada integralmente no numerador do

indicador. "MÉDICO DESCONHECIDO" apenas significa que o médico de família do utente é "desconhecido". Existe a garantia, nestes utentes, que o "médico prescriptor" é um médico ou interno da unidade de saúde.
J. É natural que o denominador deste indicador dê resultados ligeiramente superiores aos do numerador do indicador 2013.002.01 (Taxa de utilização global de consultas médicas), porque o primeiro mede utilizadores entre inscritos durante pelo menos um dia do período em análise e o último utilizadores entre inscritos na data de referência.

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	€ / UTI	Despesa com medicamentos	16

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

Legenda

€/UTI - Euros por utente utilizador;
PVP - Preço de venda ao público; CCF - Centro de conferência de faturas

070	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.06.01	2013.070.01	Despesa medic. prescr. compart. p/ utiliz. (PVP)

Designação

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

Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de fármacos. Parâmetro "despesa em medicamentos prescritos, comparticipados"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a despesa média de medicamentos prescritos, comparticipados pelo SNS, por utente utilizador, baseado no preço de venda ao público.

Numerador: Somatório do PVP de medicamentos prescritos, comparticipados pelo SNS.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do [PVP equivalente] dos medicamentos comparticipados pelo SNS (ver alíneas A, B, C, D, E e H de OBSERVAÇÕES GERAIS) em que a expressão [A e (B ou C ou D)] é verdadeira:

A. Prescritos durante o período em análise, a utentes incluídos no denominador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa receita com código identificador dessa unidade de saúde;

C. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data

de referência do indicador, numa receita com código identificador dessa unidade de saúde;

D. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa receita com código identificador de qualquer unidade do ACES;

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

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

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

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

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

Observações Gerais

A. Caso a prescrição seja por DCI:

1. Contabiliza-se o PVP do "3º medicamento mais barato" de entre os que possuem o mesmo CNPEM que o medicamento prescrito.

2. Para a determinação do "3º medicamento mais barato" excluem-se os que têm PVP igual a zero.

3. A determinação do 3º mais barato por CNPEM é feita a partir dos dados de faturação de medicamentos recolhidos a partir do CCF e referentes a um mês tão próximo quanto possível da data de referência do indicador.

4. Se um CNPEM tiver menos do que 3 preços distintos, escolhe-se o mais elevado (o 2º mais barato ou o preço único de faturação).

B. Caso a prescrição não seja por DCI, contabiliza o preço do medicamento efetivamente prescrito, independentemente de:

1. Ser um genérico de marca;

2. Ser um medicamento de marca "original" (não genérico), pertencente a um grupo farmacológico com genéricos no mercado português;

3. Ser um medicamento de marca "original" (não genérico), pertencente a um grupo farmacológico sem genéricos no mercado português;

C. A data que importa para verificar se determinado medicamento está ou não dentro do "período em análise" e assim decidir incluir ou não o respetivo PVP no somatório do numerador do indicador é a [data de prescrição].

D. São contabilizados no numerador as despesas relacionados com medicamentos comparticipados, independentemente de serem ou não dispensados nas farmácias (p.e. por recusa do utente em fazer a compra).

E. Não são contabilizados no numerador as despesas relacionados com:

- Medicamentos "não comparticipados";

- Medicamentos prescritos e pertencentes a receitas anuladas até 30 dias após a data de prescrição, desde que essa data seja anterior aquela em que o SIARS faz a recolha mensal da informação;

- Medicamentos prescritos em receitas manuais (p.e. por falência do sistema eletrónico de prescrição).

- Medicamentos prescritos na área de "outros medicamentos" dos software de prescrição. Esta área apenas deve ser usada para prescrever medicamentos não existentes na tabela de medicamentos do Infarmed.

F. Os utentes contabilizados no denominador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta médica presencial] ou pelo menos uma [Consulta médica não presencial] com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico;

- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico

- C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne

- C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne

- C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare

- C014 | Consulta médica presencial - VitaCare

G. É natural que o denominador deste indicador dê resultados ligeiramente superiores aos do numerador do indicador 2013.002.01 (Taxa de utilização global de consultas médicas), porque o primeiro mede utilizadores entre inscritos durante pelo menos um dia do período em análise e o último utilizadores entre inscritos na data de referência.

H. Os medicamentos "não comparticipados" são definidos a partir da informação contida na base de dados de medicamentos do Infarmed para o mês em que é efetuada a prescrição. São considerados "não comparticipados":

a) os medicamentos ou "outros produtos" disponíveis nas bases de dados de prescrição sem CNPEM (e sem preço atribuído);

b) os que pertencem a um CNPEM em que a totalidade (100%) dos medicamentos lá incluídos são "não comparticipados".

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	€/ UTI	Despesa com medicamentos	16

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

Legenda

€/UTI - Euros por utente utilizador
PVP - Preço de venda ao público
CNPEM - Código Nacional de Prescrição Eletrónica de Medicamentos

071	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.07.01	2013.071.01	Despesa MCDT prescrit., por utiliz. (p. conv.)

Designação

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

Objetivo

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

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador, baseado no [preço].

Numerador: Somatório do [preço] dos MCDT prescritos.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do [preço] dos MCDT (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS) em que a expressão [A e (B ou C ou D)] é verdadeira:

A. Prescritos durante o período em análise, a utentes incluídos no denominador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa credencial com código identificador dessa unidade de saúde;

C. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador, numa credencial com código identificador dessa unidade de saúde;

D. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa credencial com código identificador de qualquer unidade do ACES;

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

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

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

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

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

Observações Gerais

A. Contabiliza-se o [preço] do MCDT que foi prescrito (em vigor na data de prescrição). Entende-se por [preço], o valor que consta da coluna "preço" da tabela oficial de MCDT convencionados (www.acss.min-saude.pt). A coluna "preço" da tabela de MCDT convencionados da ACSS é o valor que os convencionados devem receber do estado por cada exame efetuado e faturado. A [taxa moderadora] é o valor que o utente paga ao estado pelo exame. Como a [taxa moderadora] é recebida pelo convencionado, o que este acaba por faturar e efetivamente receber do estado é a diferença entre o [preço] e a [taxa moderadora]. Assim, para um exame com 2 euros de [taxa moderadora] e 20 euros de [preço], o convencionado fatura 18 euros se o utente paga [taxa moderadora] e 20 euros se o utente é isento. Em qualquer das 2 situações atrás referidas, o SIARS contabiliza 20 euros. A métrica que serve de base a este indicador está definida na especificação M008 dos [Conceitos e métricas relacionadas com MCDT] na seção deste documento designada [Glossário e Legenda de Outros Termos].

B. A data que importa para verificar se determinado MCDT está ou não dentro do período em análise e assim decidir incluir ou não a respetiva despesa no somatório do numerador do indicador é a [data de prescrição].

C. São contabilizados no numerador as despesas relacionados com MCDT prescritos e pertencentes à tabela de MCDT convencionados, quer sejam realizados quer não;

D. Não são contabilizados no numerador as despesas relacionados com:

- MCDT prescritos que não pertencem à tabela de convencionados (MCDT não participados);
- MCDT prescritos e pertencentes a credenciais apagadas ou invalidadas até 5 dias após a data de referência do indicador;
- MCDT prescritos manualmente (p.e. por falência do sistema eletrónico de prescrição).

E. Os utentes contabilizados no denominador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta médica presencial] ou pelo menos uma [Consulta médica não presencial] com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico;
- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico
- C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne
- C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne
- C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare
- C014 | Consulta médica presencial - VitaCare

F. É natural que o denominador deste indicador dê resultados ligeiramente superiores aos do numerador do indicador 2013.002.01 (Taxa de utilização global de consultas médicas), porque o primeiro mede utilizadores entre inscritos durante pelo menos um dia do período em análise e o último utilizadores entre inscritos na data de referência.

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. Não são contabilizados os exames requisitados fora da UF, desde que os respetivos resultados sejam registados sem prévia "emissão de requisição".

B. São contabilizados os exames emitidos no contexto de "requisições internas".

MEDICINEONE:

A. São contabilizados todos os exames prescritos quer através do módulo de análises quer através do módulo de MCDT.

B. Não são contabilizados os exames requisitados fora da UF, desde que os respetivos resultados sejam registados sem prévia "impressão de requisição".

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	€ / UTI	Despesa com MCDT	8

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

Legenda

MCDT - Meio complementar de diagnóstico e terapêutica
€/UTI - Euros por utente utilizador

072	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	8.07.02	---	Satisfação de utilizadores de UF

Designação

Satisfação de utilizadores de unidades funcionais

Objetivo

Monitorizar a satisfação dos utentes que utilizam os serviços de saúde

Descrição do Indicador

Indicador que exprime um índice de satisfação de utilizadores da unidade calculado de acordo com a metodologia apresentada nas REGRAS DE CÁLCULO.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Soma das "ponderações de satisfação" atribuídas às respostas válidas assinaladas pelos utilizadores (ver alíneas B, C e D do ANEXO A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de respostas válidas (ver alínea D do ANEXO A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

ANEXO A

A. O questionário utilizado neste indicador (apresentado no ANEXO B de OBSERVAÇÕES GERAIS) foi desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). É baseado no questionário europeu Europep, que foi testado e validado em Portugal e em vários contextos internacionais da medicina geral e familiar.

B. Para as questões com 5 respostas possíveis, as ponderações de satisfação são definidas como a seguir se especifica:

- 1. Excelente: 100%
- 2. 75%
- 3. Razoável: 50%
- 4. 25%
- 5. Mau: 0%

C. Para as questões com 4 respostas possíveis, as ponderações de satisfação são definidas como a seguir se especifica:

- 1. Concordo muito: 100%
- 2. Concordo: 67%
- 3. Discordo: 33%
- 4. Discordo muito: 0%

D. Para o somatório de "respostas válidas" do denominador, são excluídas as respostas "não aplicável" e "não sei".

ANEXO B - QUESTIONÁRIO

1. Esta é a sua primeira consulta nesta Unidade de Saúde?

- ☐ 1 - Sim
☐ 2 - Não

2. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Fazê-lo/a sentir que tem tempo durante a consulta.

- ☐ 5 - Excelente
☐ 4
☐ 3
☐ 2
☐ 1 - Mau
☐ 6 - Não se aplica

3. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Interesse mostrado pela sua situação pessoal.

- ☐ 5 - Excelente
☐ 4
☐ 3
☐ 2
☐ 1 - Mau
☐ 6 - Não se aplica

4. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Facilidade com que se sentiu à vontade para lhe contar os seus problemas.

- ☐ 5 - Excelente
☐ 4
☐ 3
☐ 2
☐ 1 - Mau
☐ 6 - Não se aplica

5. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou.

- ☐ 5 - Excelente
☐ 4
☐ 3
☐ 2
☐ 1 - Mau
☐ 6 - Não se aplica

6. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Forma como o médico o/a ouviu.

- ☐ 5 - Excelente
☐ 4
☐ 3
☐ 2
☐ 1 - Mau
☐ 6 - Não se aplica

7. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Confidencialidade da informação sobre o seu processo.

- ☐ 5 - Excelente
☐ 4
☐ 3
☐ 2
☐ 1 - Mau
☐ 6 - Não se aplica

8. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Forma como lhe foi prestado alívio rápido dos seus sintomas.

- ☐ 5 - Excelente
☐ 4
☐ 3
☐ 2
☐ 1 - Mau
☐ 6 - Não se aplica

9. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Ajuda que recebeu para se sentir suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

10. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Atenção dispensada aos seus problemas.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

11. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Exame clínico feito pelo médico.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

12. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, pedidos de exames e vacinas).

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

13. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Explicação sobre os medicamentos, tratamentos e exames prescritos.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

14. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Forma como foi suficientemente informado/a sobre os seus sintomas e a sua doença.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

15. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o seu estado de saúde.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

16. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:

Apoio que recebeu para compreender porque é importante seguir os conselhos do seu médico.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

17. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Conhecimento sobre o que foi feito e dito em anteriores contactos nesta Unidade de Saúde.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

18. Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 12 meses em relação a:
Preparação sobre o que esperar dos cuidados hospitalares, de outros especialistas ou outros prestadores de cuidados.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

19. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
Tempo que lhe foi dedicado pelo pessoal de enfermagem.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

20. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
As explicações dadas pelos enfermeiros sobre os procedimentos e cuidados executados.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

21. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
O tempo que lhe foi dedicado no atendimento administrativo.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

22. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
A forma como foi esclarecido/a quando solicitou uma informação ao Secretariado Clínico.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

23. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
A competência, cortesia e carinho do pessoal médico.

- ☐ 5 - Excelente

- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

23. 24. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
A competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

25. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
A competência, cortesia e carinho do pessoal do Secretariado Clínico.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

26. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
Apoio, em geral, que recebeu do pessoal desta Unidade de Saúde, além dos médicos.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

27. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
Facilidade em marcar uma consulta que lhe convenha nesta Unidade de Saúde.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

28. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
Possibilidade de falar pelo telefone para esta Unidade de Saúde.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

29. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
Possibilidade de falar pelo telefone com o médico de família.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

30. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
O horário de atendimento desta Unidade de Saúde.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3

- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

31. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
Tempo que esperou na sala de espera.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

32. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
O respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

33. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
A liberdade de escolha de profissional de saúde e a possibilidade de segunda opinião.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

34. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
A rapidez com que os problemas urgentes de saúde foram resolvidos.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

35. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
O conforto geral desta Unidade de Saúde (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações).

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

36. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
A limpeza das instalações desta Unidade de Saúde.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau
- ☐ 6 - Não se aplica

37. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:
Os serviços ao domicílio fornecidos por esta Unidade de Saúde.

- ☐ 5 - Excelente
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 - Mau

☐ 6 - Não se aplica

38. Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses em relação a:

A organização geral dos serviços oferecidos por esta Unidade de Saúde.

☐ 5 - Excelente

☐ 4

☐ 3

☐ 2

☐ 1 - Mau

☐ 6 - Não se aplica

39. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmação:

Esta Unidade de Saúde responde às necessidades dos utilizadores (por exemplo, de crianças, idosos e portadores de deficiência).

☐ 1 - Concordo muito

☐ 2 - Concordo

☐ 3 - Discordo

☐ 4 - Discordo muito

☐ 5 - Não sei

40. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmação:

Recomendo fortemente esta Unidade de Saúde aos meus amigos.

☐ 1 - Concordo muito

☐ 2 - Concordo

☐ 3 - Discordo

☐ 4 - Discordo muito

☐ 5 - Não sei

41. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmação:

Não vejo qualquer razão para mudar para outra Unidade de Saúde.

☐ 1 - Concordo muito

☐ 2 - Concordo

☐ 3 - Discordo

☐ 4 - Discordo muito

☐ 5 - Não sei

42. Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados por esta Unidade de Saúde?

43. Qual é o seu sexo?

☐ 1 - Feminino

☐ 2 - Masculino

44. Qual é a sua idade?

_____ anos.

45. Qual é a sua situação familiar?

☐ 1 - Casado/a com registo

☐ 2 - Em união de facto

☐ 3 - Solteiro/a

☐ 4 - Viúvo/a

☐ 5 - Divorciado/a

☐ 6 - Separado/a

46. Qual a sua situação profissional?

☐ 1 - Ativo. Qual a profissão? _____

☐ 2 - Reformado/Aposentado

☐ 3 - Desempregado

☐ 4 - Estudante

☐ 5 - Outra. Qual? _____

47. Que grau de ensino é que completou?

☐ 1 - Não sabe ler nem escrever

☐ 2 - Só sabe ler e escrever

- [] 3 - 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- [] 4 - 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- [] 5 - 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- [] 6 - Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- [] 6 - Ensino Médio
- [] 6 - Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração coincidente com a(s) data(s) de realização do questionário.

- Denominador: Duração coincidente com a(s) data(s) de realização do questionário.

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

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

073	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	8.08.01	---	Núm. dias c/ reclam. por fechar, por 1000 cons.

Designação

Número de dias com reclamações por fechar, por cada 1000 consultas médicas ou de enfermagem realizadas

Objetivo

Monitorizar a satisfação dos utentes que utilizam os serviços de saúde; Monitorizar a velocidade de resposta dos serviços às reclamações.

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o somatório do número de dias necessários para encerrar cada reclamação e cada 1.000 consultas médicas ou de enfermagem realizadas.

Numerador: somatório do número de dias necessários para encerrar cada reclamação.

Denominador: Contagem de consultas médicas ou de enfermagem, presenciais ou não presenciais

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do [número de dias] que medeia entre a [data de entrada da reclamação nos serviços] e a [data de fecho da reclamação por parte dos serviços], para cada uma das reclamações em que a expressão [A e B e (C ou D ou E) e F] é verdadeira (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS):

A. Recebida pelos serviços durante o período em análise;

B. Refletindo insatisfação (ver alíneas E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. Se a unidade de observação é uma USF ou UCSP: Relacionada com a unidade de saúde em análise (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS);

D. Se a unidade de observação é um ACES: Relacionada com uma USF ou UCSP do ACES em análise (ver alíneas G e H de OBSERVAÇÕES GERAIS);

E. Relacionada com utentes com [inscrição ativa] ou esporádica na unidade de observação, durante pelo menos um dia do período em análise;

F. Registada no Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações (SGSR);

DENOMINADOR (BB):

Soma das consultas médicas (presenciais ou não presenciais) com as consultas de enfermagem (presenciais ou não presenciais), realizadas

nos últimos 12 meses, a utentes em que a expressão [A ou B] é verdadeira (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS):

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

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

Observações Gerais

A. Um utente insatisfeito que reclama constitui uma excelente oportunidade de aprendizagem para a organização que recebeu a reclamação. Para além disso, por cada dia que passa depois de uma reclamação, o utente divulga junto de familiares e amigos o que se passou, denegrindo a imagem da(s) pessoas envolvidas, da instituição e do SNS.

O processo de gestão de uma reclamação deve ter como objetivos:

1. Deixar o utente tão satisfeito quanto possível no mais curto espaço de tempo.
2. Introduzir melhorias nos processos que conduziram à reclamação de forma a evitar novas reclamações no futuro.

Um ACES (A) que receba 366 reclamações por ano e demore em média 7 dias a resolver cada uma delas, tem todos os dias, em média, 7 utentes insatisfeitos.

Outro ACES (B) que receba 183 reclamações por ano e demore em média 14 dias a resolver cada uma delas, tem todos os dias, em média, também 7 utentes insatisfeitos.

Se ambos os ACES (A e B) tiverem sensivelmente o mesmo número de consultas médicas e de enfermagem por ano, ficarão com o mesmo resultado neste indicador.

Este é assim um indicador que valoriza tanto o número de reclamações, como o número de dias que a organização demora concluir o processo de gestão interna da reclamação (que inclui a audição do utente e a de todos os intervenientes).

Este processo de gestão interna de uma reclamação é habitualmente feito pelo gabinete do cidadão do ACES. No entanto, existem unidades de saúde que possuem também processos estruturados de gestão de reclamações, que antecipam e complementam o processo do gabinete do cidadão.

B. As reclamações têm origem em contactos entre o utente e a organização, surgindo principalmente no contexto de [contactos médicos], [contactos de enfermagem] e [contactos administrativos]. Na impossibilidade de medir [contactos administrativos], optou-se por construir o denominador deste indicador a partir da soma do número de consultas médicas (presenciais ou não presenciais) com o número de consultas de enfermagem (presenciais ou não presenciais).

C. O [número de dias] que medeia entre a [data de entrada da reclamação nos serviços] e a [data de fecho da reclamação por parte dos serviços] é calculado para cada reclamação, através da fórmula seguinte:

[número de dias] = [data de fecho da reclamação por parte dos serviços] - [data de entrada da reclamação nos serviços] + 1

D. A [data de fecho da reclamação por parte dos serviços] é a data em que a unidade de saúde conclui o processo de audição interna e envia para o gabinete do cidadão o relatório dessa audição. Nas situações em que 30 dias após o fim do período em análise, existem reclamações que ainda não têm o processo de audição concluído, atribui-se à [data de fecho da reclamação por parte dos serviços] a data do 30º dia após a data de referência.

E. Excluem-se os registos que correspondam a elogios, louvores e sugestões. Existe uma reclamação sempre que o "ocorrido" seja pior do que o que era "esperado" pelo reclamante e sempre que este expresse a sua insatisfação, por escrito, à unidade de saúde (não necessariamente no livro de reclamações).

F. Existe uma [não conformidade] sempre que o "ocorrido" seja pior do que o "contratado".

O "ocorrido" é o que sucedeu, tal qual é descrito ou sentido pelo utente.

O "contratado" é o que está definido no(s) manuais de procedimento(s) da unidade de saúde à data da reclamação.

As "insatisfações" dos utentes podem estar "conformes" ou "não conformes".

Para este indicador contabilizam-se quer as "insatisfações conformes" quer as "não conformes".

G. Esta condição destina-se a impedir que sejam contabilizadas reclamações entregues na unidade de saúde, mas dirigidas a outros serviços. Por exemplo não devem ser contabilizadas as reclamações entregues numa UCSP, mas dirigidas ao serviço de estomatologia ou ao serviço de psicologia. Caso existam reclamações aos serviços de limpeza, aos serviços de segurança, ou relacionados com aparelhos de venda de alimentos (ou equivalentes), as mesmas devem ser contabilizadas no indicador da unidade de saúde onde estão alocados os serviços ou equipamentos.

H. Quando a unidade de observação é um ACES, nas situações em que uma reclamação de um utente envolva mais do que uma unidade funcional, contabiliza-se uma única reclamação para o numerador.

I. As consultas contabilizadas no denominador, são as compatíveis com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico
- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico
- C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne
- C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne
- C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare
- C014 | Consulta médica presencial - VitaCare
- C004 | Consulta enfermagem sem a presença do utente (indireta) - SAPE
- C010 | Consulta enfermagem sem a presença do utente (indireta) - MedicineOne
- C016 | Consulta enfermagem sem a presença do utente (indireta) - VitaCare
- C005 | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SAPE
- C011 | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne

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

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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 1.000	DIAS / 1.000 CONS	Número de dias de reclamações por fechar por mil consultas realizadas	6

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

Legenda

DIAS / 1.000 CONS - Dias por mil consultas (médicas ou de enfermagem)

074

Código

5.28

Código SIARS

2013.074.01

Nome abreviado

Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2

Designação

Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma classificação pela ICPC-2

Objetivo

Monitorizar a qualidade dos registos clínicos. Parâmetro "Classificação de problemas de saúde na consulta, pela ICPC-2"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de consultas médicas presenciais que possuem pelo menos um problema de saúde da consulta classificado pela ICPC-2.

Numerador: Contagem de consultas médicas presenciais com pelo menos um problema de saúde da consulta classificado pela ICPC-2.

Denominador: Contagem de consultas médicas presenciais.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos um problema de saúde classificado pela ICPC-2 (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Compatível com o código C002 [Consulta médica presencial - SAM/SClínico]. Ver [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS

B. Compatível com o código C008 [Consulta médica presencial - MedicineOne]. Ver [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS

C. Compatível com o código C014 [Consulta médica presencial - VitaCare]. Ver [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS

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

Observações Gerais

- A. As rubricas ICPC-2 válidas para classificar problemas de saúde na consulta são os pertencentes ao componente 1 (rubricas compreendidas entre -00 e -29, qualquer capítulo) e ao componente 7 (rubricas compreendidas entre -70 e -99, qualquer capítulo excepto o Z).
- B. Contabilizam-se consultas programadas e não programadas.
- C. Contabilizam-se consultas realizadas no horário normal ou no horário alargado da unidade de saúde.
- D. Quando a unidade de observação é o médico, a USF ou a UCSP, não se contabilizam consultas que os médicos realizem no contexto do atendimento complementar ou de serviços de apoio permanente. No entanto, contabilizam-se as consultas de intersubstituição (nas USF e UCSP) e as consultas de reforço (nas UCSP).
- E. Quando a unidade de observação é ACES, contabilizam-se também as consultas que os médicos realizem no contexto do atendimento complementar, serviços de apoio permanente, consultas de intersubstituição e consultas de reforço.

Observações Sobre Software

SAM/SClínico

- A. Para classificar problemas de saúde na consulta é necessário utilizar o sistema de episódios registando:
- um novo episódio a partir da classificação disponível no botão "A" do ecrã SOAP ou a partir do botão "novo episódio" da lista de problemas;
 - um episódio já existente na árvore de episódios.

MEDICINEONE

- A. Para classificar problemas de saúde na consulta não existentes na lista de problemas, é necessário criar o problema de saúde (na lista de "problemas ativos" ou na lista de "outros problemas"), ativar o sistema de episódios para esse problema e garantir que o mesmo fica na lista [episódios deste contacto] anexa ao "A do SOAP".
- B. Para classificar problemas de saúde na consulta previamente existentes na lista de problemas, é necessário usar o sistema de episódios anexo ao "A do SOAP" e passar pelo menos uma das rubricas da ICPC-2 contida na lista de [episódios ativos] para a lista [episódios deste contacto].

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 consultas	4

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

085	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.39.01	---	Incid. amputações major Minf. (DM), em residentes

Designação

Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes

Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a utentes com Diabetes Mellitus, na prevenção de complicações da doença, usando como medida a "incidência de amputações major de membro inferior". Ver alíneas D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS.

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de episódios internamento hospitalar com realização de amputação major de membro inferior em utentes com diabetes, por cada 10.000 residentes, no período de tempo considerado.

Numerador: Contagem episódios de internamento hospitalar com realização de amputação major de membro inferior em utentes com diabetes.

Denominador: Contagem de utentes residentes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Internados em unidade hospitalar com data de alta incluída no período em análise;

B. O registo da freguesia de residência no internamento hospitalar pertence à área de abrangência da unidade de observação em análise (ver alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. O utente internado tem diagnóstico principal de diabetes (códigos ICD-9-CM 250.7x). Ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS;

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

DENOMINADOR (BB):

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

A. Residentes numa das freguesias de abrangência da unidade de observação. Ver alíneas A, D, E e G de OBSERVAÇÕES GERAIS.

Observações Gerais

A. Trata-se de um indicador de base populacional pois no denominador está uma estimativa de residentes (informação INE - população residente) numa das freguesias abrangidas pela unidade de observação dos CSP em análise e no numerador uma contagem de utentes internados que reportaram residir numa dessas freguesias;

B. O código de diagnóstico principal considerado é o seguinte:

2507 - Diabetes Mellitus com perturbações circulatórias periféricas (ou qualquer dos diagnósticos dependentes 25070, 25071, 25072 ou 25073)

C. Consideram-se os seguintes códigos de procedimentos ICD-9-CM para amputações major:

8413 - Desarticulação do tornozelo

8414 - Amputação do tornozelo pelos maléolos da tibia e peroneo

8415 - Amputações abaixo do joelho

8416 - Desarticulação do joelho

8417 - Amputação do membro inferior acima do joelho

8418 - Desarticulação da coxo-femoral

8419 - Amputação abdomino-pélvica.

D. As freguesias de abrangência dos ACES encontram-se definidas na legislação que cria os próprios ACES. As freguesias de abrangência das ULS e das ARS são determinadas pelos ACES que as integram.

E. Este indicador é também calculado para as unidades funcionais (UF) que prestam cuidados personalizados (USF e UCSP). Estas UF não possuem uma área de abrangência definida nem em legislação nem, no caso das USF, nos pareceres técnicos de abertura, nem em outra(s) fonte(s) de dados. Na realidade, cada unidade funcional tem utentes inscritos que são residentes maioritariamente na(s) freguesia(s) próxima(s) das respetivas instalações. No entanto, cada UF possui frequentemente uma minoria de utentes residentes em freguesias distantes da respetiva sede. Existem unidades funcionais em que 95% dos utentes residem numa freguesia e os restantes 5% residem em mais 2 ou 3. Outras em que 40% dos utentes residem numa freguesia, outros 50% residem noutras 3 ou 4 e os restantes 10% em 20 freguesias diferentes. Assim sendo, quando o indicador é calculado para UF, quer o numerador, quer o denominador, são estimados usando a seguinte metodologia:

- a) Calcula-se, para o mês de referência do indicador, a frequência relativa de distribuição dos utentes inscritos pelas respetivas freguesias de residência;
- b) Consequentemente, é possível ter, para cada freguesia de Portugal, a frequência relativa de distribuição de utentes residentes e inscritos no SNS, pelas unidades funcionais de inscrição;
- c) Aplica-se a distribuição calculada em b) à informação que é fornecida agregada por freguesias e que se pretende atribuir às UF. Por exemplo, se a freguesia X tiver 25% dos utentes inscritos na UF1 e 75% na UF2, e se a freguesia X tiver 10.000 residentes estimados pelo INE, 2500 serão atribuídos à UF1 e 7500 à UF2. Se outra freguesia Y tiver 80% dos utentes inscritos na UF2 e 20% na UF3, e se a freguesia Y tiver 5000 residentes estimados pelo INE, 4000 serão atribuídos à UF2 e 1000 à UF3. Se a UF2 apenas tiver utentes inscritos e residentes nas freguesias X e Y, a UF2 terá um total de 11500 utentes residentes estimados por esta metodologia (7500 da freguesia X e 4000 da freguesia Y). Esta metodologia é aplicável não só às estimativas de residentes do INE (denominador) mas também à informação de internamentos cuja fonte é a base de dados de GDH, cujos dados são fornecidos agregados por freguesia.
- F. A relação entre o resultado deste indicador para uma unidade funcional e o que a mesma pode ter contribuído para o respetivo resultado, depende dos fatores seguintes:
- a) Idade da UF. Os resultados em saúde relacionados com o controlo da Diabetes Mellitus medidos por este indicador não são imediatos.
- b) O grau de partilha dos utentes residentes nas principais freguesias da área de abrangência da unidade funcional com UF diferentes da analisada. Numa UF onde 80% dos utentes residam na freguesia A, mas apenas 35% dos utentes dessa freguesia lhe pertençam verá os respetivos resultados deste indicador muito mais influenciados pela atividade da(s) UF onde estão inscritos os restantes 65% de utentes. Pelo contrário, numa UF onde 80% dos utentes residam nas freguesias A, B e C, mas a totalidade dos utentes dessas 3 freguesias lhe pertençam, verá os respetivos resultados deste indicador apenas influenciados pela respetiva atividade.
- c) O nível de rigor no registo da freguesia de residência dos utentes sujeitos a amputação. As UF com área de abrangência próxima de grandes centros cirúrgicos hospitalares podem ter um aumento do numerador se existirem utentes que para acederem aos serviços desses centros falseiam a respetiva morada para uma compatível com a área hospitalar.
- Estas considerações fazem com que os resultados deste indicador sejam usados com cautela para comparar unidades funcionais diferentes do ponto de vista destas variáveis. No entanto, os resultados podem ser usados quer para comparar entre si unidades semelhantes do ponto de vista da partilha de freguesias ou da proximidade com hospitais. Podem também ser usados com segurança para monitorizar a evolução temporal dos resultados para uma determinada UF.
- G. Os residentes são os estimados pelo INE, para o ano da data de referência do indicador, ou, caso não exista estimativa para esse ano, a estimativa mais recente possível.

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: Coincidente com a data da última estimativa de residentes disponível (anterior à 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: Coincidente com a data da última estimativa de residentes disponível (anterior à data de referência do indicador).

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 10.000	por 10.000	Taxa internamento (por 10.000 residentes por ano)	3

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes residentes - informação INE	Quanto mais baixo, melhor

Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;
 ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica
 DM - Diabetes Mellitus;
 UF - Unidade Funcional

086

Código

6.40

Código SIARS

Nome abreviado

Proporção de RN de termo, de baixo peso

Designação

Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso

Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP no âmbito do programa de saúde materna, na prevenção de complicações fetais e neonatais, usando como medida a "proporção de recém-nascidos de termo e com baixo peso". Ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS.

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de recém-nascidos de baixo peso (Numerador: Contagem de recém-nascidos de termo e de baixo peso. Denominador: Contagem de recém-nascidos de termo.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador;
- B. Com baixo peso à nascença (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

- A. Nascidos durante o período em análise, em unidade hospitalar;
- B. Com alta do internamento relacionado com o nascimento, durante o período em análise (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- C. Resultantes de gravidez de termo, de duração igual ou superior a 37 semanas (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- D. A freguesia de residência do RN, registada no internamento hospitalar, pertence à área de abrangência da unidade de observação em análise. Ver alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS.

Observações Gerais

A. Os códigos ICD-9-CM que permitem codificar baixo peso à nascença (< 2500 gramas) são os seguintes:

- Recém-nascido leve para a idade de gestação, sem se mencionas má nutrição fetal: 764.01 a 764.08
- Leve para a idade de gestação com sinais de malnutrição fetal: 764.11 a 764.18
- Má nutrição fetal sem se mencionar baixo peso para a idade gestacional: 764.21 a 764.28
- Atraso de crescimento fetal, não especificado: 764.91 a 764.98
- Imaturidade extrema do recém-nascido: 765.01 a 765.08

B. Os nascimentos registam-se através dos códigos ICD-9-CM seguintes: V3000, V3001, V301, V3100, V3101, V311, V3200, V3201, V321, V3300, V3301, V331, V3400, V3401, V341, V3500, V3501, V3600, V3601, V361, V3700, V3701, V371, V3900, V3901 e V391.

C. O código ICD-9-CM que permite codificar gravidez de termo é o seguinte:

765.29 - 37 ou mais semanas completas de gestação.

D. As freguesias de abrangência dos ACES encontram-se definidas na legislação que cria os próprios ACES. As freguesias de abrangência das ULS e das ARS são determinadas pelos ACES que as integram.

E. Este indicador é também calculado para as unidades funcionais (UF) que prestam cuidados personalizados (USF e UCSP). Estas UF não possuem uma área de abrangência definida nem em legislação nem, no caso das USF, nos pareceres técnicos de abertura, nem em outra(s) fonte(s) de dados. Na realidade, cada unidade funcional tem utentes inscritos que são residentes maioritariamente na(s) freguesia(s) próxima(s) das respetivas instalações. No entanto, cada UF possui frequentemente uma minoria de utentes residentes em freguesias distantes da respetiva sede. Existem unidades funcionais em que 95% dos utentes residem numa freguesia e os restantes 5% residem em mais 2 ou 3. Outras em que 40% dos utentes residem numa freguesia, outros 50% residem noutras 3 ou 4 e os restantes 10% em 20 freguesias diferentes. Assim sendo, quando o indicador é calculado para UF, quer o numerador, quer o denominador, são estimados usando a seguinte metodologia:

- a) Calcula-se, para o mês de referência do indicador, a frequência relativa de distribuição dos utentes inscritos pelas respetivas freguesias de residência;
- b) Consequentemente, é possível ter, para cada freguesia de Portugal, a frequência relativa de distribuição de utentes residentes e inscritos no SNS, pelas unidades funcionais de inscrição;
- c) Aplica-se a distribuição calculada em b) à informação que é fornecida agregada por freguesias e que se pretende atribuir às UF. Por exemplo, se a freguesia X tiver 25% dos utentes inscritos na UF1 e 75% na UF2, e se a freguesia X tiver 100 recém-nascidos (RN), 25 serão atribuídos à

UF1 e 75 à UF2. Se outra freguesia Y tiver 80% dos utentes inscritos na UF2 e 20% na UF3, e se a freguesia Y tiver 50 RN, 40 serão atribuídos à UF2 e 10 à UF3. Se a UF2 apenas tiver utentes RN nas freguesias X e Y, a UF2 terá um total de 115 RN estimados por esta metodologia (75 da freguesia X e 40 da freguesia Y).

F. A relação entre o resultado deste indicador para uma unidade funcional e o que a mesma pode ter contribuído para o respetivo resultado, depende dos fatores seguintes:

a) O grau de partilha dos utentes residentes nas principais freguesias da área de abrangência da unidade funcional com UF diferentes da analisada. Numa UF onde 80% dos utentes residam na freguesia A, mas apenas 35% dos utentes dessa freguesia lhe pertençam verá os respetivos resultados deste indicador muito mais influenciados pela atividade da(s) UF onde estão inscritos os restantes 65% de utentes. Pelo contrário, numa UF onde 80% dos utentes residam nas freguesias A, B e C, mas a totalidade dos utentes dessas 3 freguesias lhe pertençam, verá os respetivos resultados deste indicador apenas influenciados pela respetiva atividade.

b) O nível de rigor no registo da freguesia de residência dos RN. As UF com área de abrangência próxima de grandes maternidades podem ter um aumento do denominador (e consequentemente do numerador) se existirem utentes que para acederem aos serviços dessa maternidade falseiam a respetiva morada para uma compatível com a área hospitalar.

Estas considerações fazem com que os resultados deste indicador sejam usados com cautela para comparar unidades funcionais diferentes do ponto de vista destas variáveis. No entanto, os resultados podem ser usados quer para comparar entre si unidades semelhantes do ponto de vista da partilha de freguesias ou da proximidade com hospitais. Podem também ser usados com segurança para monitorizar a evolução temporal dos resultados para uma determinada UF.

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 recém-nascidos	1

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Materna	Utentes residentes - informação INE	Quanto mais baixo, melhor

Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogêneo;
ICD-9 - Classificação internacional de doenças, versão 9
RN - Recém-nascido;
UF - Unidade Funcional

087

Código

6.41

Código SIARS

Nome abreviado

Taxa internam. DCV, entre residentes < 65 A

Designação

Taxa de internamentos por doença cerebrovascular, entre residentes com menos de 65 anos

Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP na prevenção da doença cérebro-vascular, usando como medida a "taxa de internamentos por doença cerebrovascular em residentes com menos de 65 anos". Ver alíneas B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos por ano com doença cerebrovascular e o número de utentes residentes com menos de 65 anos.

Numerador: Contagem de episódios de internamento hospitalar com doença cerebrovascular em doentes com menos de 65 anos.

Denominador: Contagem de utentes residentes com menos de 65 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Internados em unidade hospitalar com data de alta incluída no período em análise;

B. O registo da freguesia de residência no internamento hospitalar pertence à área de abrangência da unidade de observação em análise (ver alíneas B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS);

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

D. O utente internado tem diagnóstico compatível com doença cerebrovascular (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Residentes numa das freguesias de abrangência da unidade de observação (ver alíneas B, C, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Ter idade inferior a 65 anos.

Observações Gerais

A. Os códigos ICD-9-CM que permitem codificar DCV são os seguintes:

430 - Hemorragia subaracnoideia

431 - Hemorragia intracerebral

432 - Hemorragia intracraniana não especificada

4320 - Hemorragia extradural não traumática

4321 - Hemorragia subdural

4329 - Hemorragia intracraniana não especificada

433 - Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais

4330 - Oclusão e estenose da artéria basilar

43300 - Oclusão e estenose de artéria basilar, sem menção de enfarte cerebral

43301 - Oclusão e estenose de artéria basilar, com enfarte cerebral

4331 - Oclusão e estenose da artéria carótida

43310 - Oclusão e estenose de artéria carótida, sem menção de enfarte cerebral

43311 - Oclusão e estenose de artéria carótida, com enfarte cerebral

4332 - Oclusão e estenose da artéria vertebral

43320 - Oclusão e estenose de artéria vertebral, sem menção de enfarte cerebral

43321 - Oclusão e estenose de artéria vertebral, com enfarte cerebral

4333 - Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais múltiplas ou bilaterais

43330 - Oclusão/estenose arterpré-cerebrmúltiplas/bilaterais s/menção enfarte cerebral

43331 - Oclusão e estenose arterpré-cerebrmúltiplas ou bilaterais, com enfarte cerebr

4338 - Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais

43380 - Oclusão e estenose de artéria pré-cerebral especificada NCOP, s/enfarte cerebral

43381 - Oclusão e estenose de artéria pré-cerebral especificada NCOP, com enfarte cerebral

4339 - Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais não especificadas

43390 - Oclusão e estenose de artéria pré-cerebral n/específic, sem enfarte cerebral
 43391 - Oclusão e estenose de artéria pré-cerebral não especificada, com enfarte cerebral
 434 - Oclusão de artérias cerebrais
 4340 - Trombose cerebral
 43400 - Trombose cerebral, sem menção de enfarte cerebral
 43401 - Trombose cerebral, com enfarte cerebral
 4341 - Embolia cerebral
 43410 - Embolia cerebral, sem menção de enfarte cerebral
 43411 - Embolia cerebral, com enfarte cerebral
 4349 - Oclusão de artéria cerebral
 43490 - Oclusão de artéria cerebral não especificada, sem menção de enfarte cerebral
 43491 - Oclusão de artéria cerebral não especificada, com enfarte cerebral
 435 - Isquemia cerebral transitória
 4350 - Síndrome da artéria basilar
 4351 - Síndrome da artéria vertebral
 4352 - Síndrome de roubo da subclávia
 4353 - Síndrome da artéria vertebro-basilar
 4358 - Isquemia cerebral transitória
 4359 - Isquemia cerebral transitória, não especificada
 436 - Doença vascular cerebral aguda, mas mal definida
 437 - Doença vascular cerebral NCOP ou mal definida
 4370 - Aterosclerose cerebral
 4371 - Doença vascular cerebral isquémica generalizada
 4372 - Encefalopatia hipertensiva
 4373 - Aneurisma cerebral, sem rotura
 4374 - Arterite cerebral
 4375 - Doença de moyamoya
 4376 - Trombose não piogénica dos seios venosos intracranianos
 4377 - Amnesia global transitória
 4378 - Doença vascular cerebral NCOP
 4379 - Doença vascular cerebral não especificada

B. As freguesias de abrangência dos ACES encontram-se definidas na legislação que cria os próprios ACES. As freguesias de abrangência das ULS e das ARS são determinadas pelos ACES que as integram.

C. Este indicador é também calculado para as unidades funcionais (UF) que prestam cuidados personalizados (USF e UCSP). Estas UF não possuem uma área de abrangência definida nem em legislação nem, no caso das USF, nos pareceres técnicos de abertura, nem em outra(s) fonte(s) de dados. Na realidade, cada unidade funcional tem utentes inscritos que são residentes maioritariamente na(s) freguesia(s) próxima(s) das respetivas instalações. No entanto, cada UF possui frequentemente uma minoria de utentes residentes em freguesias distantes da respetiva sede. Existem unidades funcionais em que 95% dos utentes residem numa freguesia e os restantes 5% residem em mais 2 ou 3. Outras em que 40% dos utentes residem numa freguesia, outros 50% residem noutras 3 ou 4 e os restantes 10% em 20 freguesias diferentes. Assim sendo, quando o indicador é calculado para UF, quer o numerador, quer o denominador, são estimados usando a seguinte metodologia:

a) Calcula-se, para o mês de referência do indicador, a frequência relativa de distribuição dos utentes inscritos pelas respetivas freguesias de residência;

b) Consequentemente, é possível ter, para cada freguesia de Portugal, a frequência relativa de distribuição de utentes residentes e inscritos no SNS, pelas unidades funcionais de inscrição;

c) Aplica-se a distribuição calculada em b) à informação que é fornecida agregada por freguesias e que se pretende atribuir às UF. Por exemplo, se a freguesia X tiver 25% dos utentes inscritos na UF1 e 75% na UF2, e se a freguesia X tiver 200 internamentos por AVC, 50 serão atribuídos à UF1 e 150 à UF2. Se outra freguesia Y tiver 80% dos utentes inscritos na UF2 e 20% na UF3, e se a freguesia Y tiver 100 internamentos por AVC, 80 serão atribuídos à UF2 e 20 à UF3. Se a UF2 apenas tiver utentes inscritos e residentes nas freguesias X e Y, a UF2 terá um total de 230 utentes internamentos por AVC estimados por esta metodologia (150 da freguesia X e 80 da freguesia Y).

Esta metodologia é aplicável não só à informação de internamentos cuja fonte é a base de dados de GDH, mas também às estimativas de residentes do INE (denominador), cujos dados são fornecidos agregados por freguesia.

D. A relação entre o resultado deste indicador para uma unidade funcional e o que a mesma pode ter contribuído para o respetivo resultado, depende dos fatores seguintes:

a) Idade da UF. Os resultados em saúde relacionados com o risco cardiovascular, medidos por este indicador não são imediatos.

b) O grau de partilha dos utentes residentes nas principais freguesias da área de abrangência da unidade funcional com UF diferentes da analisada. Numa UF onde 80% dos utentes residam na freguesia A, mas apenas 35% dos utentes dessa freguesia lhe pertençam verá os respetivos resultados deste indicador muito mais influenciados pela atividade da(s) UF onde estão inscritos os restantes 65% de utentes. Pelo contrário, numa UF onde 80% dos utentes residam nas freguesias A, B e C, mas a totalidade dos utentes dessas 3 freguesias lhe pertençam, verá os respetivos resultados deste indicador apenas influenciados pela respetiva atividade.

c) O nível de rigor no registo da freguesia de residência dos utentes com AVC. As UF com área de abrangência próxima de grandes centros cirúrgicos hospitalares podem ter um aumento do numerador se existirem utentes que para acederem aos serviços desses centros falseiam a respetiva morada para uma compatível com a área hospitalar.

Estas considerações fazem com que os resultados deste indicador sejam usados com cautela para comparar unidades funcionais diferentes do ponto de vista destas variáveis. No entanto, os resultados podem ser usados quer para comparar entre si unidades semelhantes do ponto de vista da partilha de freguesias ou da proximidade com hospitais. Podem também ser usados com segurança para monitorizar a evolução

temporal dos resultados para uma determinada UF.

E. Os residentes são os estimados pelo INE, para o ano da data de referência do indicador, ou, caso não exista estimativa para esse ano, a estimativa mais recente possível.

F. Trata-se de um indicador de base populacional pois no denominador está uma estimativa de residentes (informação INE - população residente) numa das freguesias abrangidas pela unidade de observação dos CSP em análise e no numerador uma contagem de utentes internados que reportaram residir numa dessas freguesias.

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: Coincidente com a data da última estimativa de residentes disponível (anterior à 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: Coincidente com a data da última estimativa de residentes disponível (anterior à data de referência do indicador).

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 10.000	por 10.000	Taxa internamento (por 10.000 residentes por ano)	3

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde adultos	Utentes residentes - informação INE	Quanto mais baixo, melhor

Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;

ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica

AVC - Acidente vascular cerebral;

DCV - Doença cerebrovascular;

UF - Unidade Funcional.

088	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.04.02	2013.088.01	Proporção DM c/ registo HgbA1c 6 meses

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "registo de resultado de HgbA1c".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos um registo de HgbA1c realizada no último semestre (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. O código da tabela de MCDT, válido para registar HgbA1c é o A531.2. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando doseadores próprios) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

B. Apenas se contabilizam HgbA1c com resultado registado.

C. A data que deve ser usada para verificar se a HgbA1c está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. A HgbA1c pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne:

- Módulo de análises - Análise "Hemoglobina glicada"

- Módulo Diabetes - Campo "Hemoglobina glicada"

C. A HgbA1c podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS apenas contabiliza os registados no módulo de análises.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "registo de resultado de HgbA1c"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "Diabetes na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "registo de resultado de HgbA1c"): Duração de 1 a 6 meses. Quando a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o período em análise tem início a 1 de janeiro do ano em curso e fim na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o período em análise tem início a 1 de julho do ano em curso e fim na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "Diabetes na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

HgbA1c - Hemoglobina glicosada; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - utentes com diabetes

089

Código

5.10.02

Código SIARS

2013.089.01

Nome abreviado

Proporção hipertensos c/ PA 6 meses

Designação

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial no último semestre

Objetivo

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

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial com registo de pelo menos 1 registo de pressão arterial no último semestre.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial com registo de pelo menos 1 registo de pressão arterial no último semestre.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. São contabilizados no numerador os registos de pressão arterial realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

B. Só se contabilizam registos de pressão arterial em que tanto a pressão sistólica como a diastólica tenham sido avaliadas e registadas na mesma data.

C. Não se contabilizam registos de pressão arterial realizados em texto livre no SOAP;

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. A pressão arterial pode ser registada na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.

MEDICINEONE

A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. A pressão arterial pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne (campos de PA sistólica e PA diastólica):

- Biometrias;
- Módulo de hipertensão;
- Módulo de diabetes;
- Módulo de saúde infantil;
- Módulo de saúde materna;
- Módulo de planeamento familiar;

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "registo de pressão arterial"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "HTA na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"
- Numerador (variável "registo de pressão arterial"): Duração de 1 a 6 meses. Quando a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o período em análise tem início a 1 de janeiro do ano em curso e fim na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o período em análise tem início a 1 de Julho do ano em curso e fim na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "HTA na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	1

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

PA - Pressão arterial;

090	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.06.03	2013.090.01	Despesa medic. fatur., por utiliz. (v. compart.)

Designação

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

Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de fármacos. Parâmetro "despesa em medicamentos faturados, baseado no valor participado pelo SNS"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador, baseado no valor participado pelo SNS.
Numerador: Somatório da despesa com participações de medicamentos faturados.
Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do valor participado pelo estado dos medicamentos em que a expressão [A e (B ou C ou D) e E] é verdadeira:

A. Prescritos a utentes com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa receita com código identificador dessa unidade de saúde;

C. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador, numa receita com código identificador dessa unidade de saúde;

D. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa receita com código identificador de qualquer unidade do ACES;

E. Cujos registos de venda foram enviados pelas farmácias para faturação junto do ministério da saúde (ver alíneas C, D, E, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS) e foram aceites para faturação durante o período em análise (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

análise.

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

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

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

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

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

Observações Gerais

A. As despesas com medicamentos são contabilizadas a partir dos utentes inscritos durante pelo menos um dia do período em análise e com pelo menos um medicamento faturado nesse período. Os utentes incluídos no denominador são os utentes inscritos durante pelo menos um dia do período em análise e utilizadores de consultas médicas presenciais ou não presenciais. No numerador podem existir utentes não utilizadores no ano em análise (receita prescrita no ano N-1 e faturada no ano N). A métrica que serve de base a este indicador está definida na especificação M014 dos [conceitos e métricas relacionadas com medicamentos] na seção deste documento designada [Glossário e Legenda de Outros Termos].

B. Contabiliza-se o PVP do medicamento em vigor na data de venda. Caso a marca do medicamento dispensado seja diferente da marca do medicamento prescrito ou a prescrição for CNPEM contabiliza-se o PVP do medicamento dispensado. Caso o PVP na data da venda seja diferente do PVP na data de prescrição, contabiliza-se o da data da venda. A métrica que serve de base a este indicador está definida na especificação M013 dos [conceitos e métricas relacionadas com medicamentos] na seção deste documento designada [Glossário e Legenda de Outros Termos];

C. A data que importa para verificar se determinado medicamento está ou não dentro do período em análise e assim decidir incluir ou não o respetivo [valor participado] no somatório do numerador do indicador é a [data de aceitação da receita pelo CCF]. A [data de prescrição] e a [data de venda] são ignoradas.

D. Existem alguns medicamentos contabilizados no numerador (aceites para faturação durante o período em análise) que foram prescritos no ano anterior. Existem medicamentos prescritos durante o período em análise que só serão aceites para faturação depois desse período.

E. Até 31 de março de 2013 as farmácias enviavam para o CCF as receitas de utentes do SNS e de utentes da ADSE prescritas em locais de prescrição do SNS. A partir de 1 de abril passou a ser considerada despesa do SNS todas as receitas prescritas a utentes dos subsistemas públicos, ou seja, ADSE (independentemente do local de prescrição), IASFA, SAD-PSP e SAD-GNR;

F. Caso uma farmácia pertencente a uma ARS receba uma receita de uma unidade de saúde de outra ARS, isso não constitui impedimento para que o SIARS contabilize essas despesas para a unidade de saúde respetiva.

G. Não são contabilizados no numerador as despesas relacionados com:

- Medicamentos prescritos e não dispensados (p.e. por recusa do utente em fazer a compra);
- Medicamentos não participados: são prescritos nas unidades de saúde, dispensados nas farmácias, mas não são enviados pelas farmácias para faturação junto do ministério da saúde;
- Medicamentos de alguns subsistemas, designadamente SAD-PSP, SAD-GNR, IASFA, SS CGD e SAMS (até 31 de março de 2013): eram prescritos nas unidades de saúde, dispensados nas farmácias, mas a faturação era efetuada junto dos respetivos subsistemas;
- Medicamentos prescritos no final do ano a utentes que saem da unidade de saúde e cujas receitas entram na faturação no ano seguinte: no ano seguinte o doente já não pertence à unidade de saúde pelo que a receita não pode ser contabilizada.

H. Os utentes contabilizados no denominador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta médica presencial] ou pelo menos uma [Consulta médica não presencial] com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico
- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico
- C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne
- C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne
- C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare
- C014 | Consulta médica presencial - VitaCare

M. Os valores calculados para a unidade de observação [MED (médico)] são obtidos por desagregação dos resultados da respetiva unidade de saúde, tal como especificado no [Glossário e Legenda de Outros Termos] > [Unidades de observação]. No caso do centro de conferência de faturas não identificar o utente, o valor fica associado ao um [médico desconhecido] por não ser possível identificar o utente e, por consequência, o médico de família.

N. Os valores calculados para o numerador de uma unidade funcional não têm que ser iguais aos valores obtidos através de relatórios do SIARS, relacionados com medicamentos faturados, porque as regras de inclusão de despesa no numerador do indicador são mais restritivas do que as regras para o relatório. Por exemplo, o relatório de faturação de medicamentos do SIARS considera a despesa com doentes "esporádicos", que não é incluída no numerador do indicador.

O. Sempre que a informação que é remetida pelo CCF não contenha o número de utente registado (o que sucede com frequência nas receitas prescritas manualmente), não é possível ao SIARS identificar o respetivo médico de família. Nestes casos, os relatórios do MIM@UF associam

esta despesa a um médico designado como "DESCONHECIDO", sendo a respetiva despesa contabilizada integralmente no numerador do indicador. "MÉDICO DESCONHECIDO" apenas significa que o médico de família do utente é "desconhecido". Existe a garantia, nestes utentes, que o "médico prescritor" é um médico ou interno da unidade de saúde.

P. É natural que o denominador deste indicador dê resultados ligeiramente superiores aos do numerador do indicador 2013.002.01 (Taxa de utilização global de consultas médicas), porque o primeiro mede utilizadores entre inscritos durante pelo menos um dia do período em análise e o último utilizadores entre inscritos na data de referência.

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	€ / UTI	Despesa com medicamentos	16

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

Legenda

€/UTI - Euros por utente utilizador; CCF - Centro de conferência de faturas

091	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.05.02	2013.091.01	Proporção DM < 65 A, c/ HgbA1c <= 6,5 %

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com idade inferior a 65 anos, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 6,5 %

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "resultado da HgbA1c".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes e idade inferior a 65 anos, com último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 6,5%.

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com idade inferior a 65 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos um registo de HgbA1c no último semestre (ver alíneas A, B, C, e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. O último resultado registado de HgbA1c é inferior ou igual a 6.5% (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

- B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".
- C. Ter idade inferior a 65 anos (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

- A. O código da tabela de MCDT, válido para registar HgbA1c é o A531.2. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando doseadores próprios) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.
- B. Apenas se contabilizam HgbA1c com resultado registado.
- C. A data que deve ser usada para verificar se a HgbA1c está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.
- D. Se em determinada data existir um resultado de HgbA1c que cumpra a condição B do numerador (último semestre) e também a condição C (inferior ou igual a 6.5%) e posteriormente a essa data e ainda antes da data de referência do indicador, existir uma requisição de HgbA1c ainda sem resultado, tal não invalida que se contabilize o utente no numerador. No entanto, se até 30 dias após a data de referência do indicador, o resultado dessa HgbA1c for registado e for superior a 6.5%, esse utente já não pode ser incluído no numerador.
- E. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

- A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".
- B. A HgbA1c pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne:
- Módulo de análises - Análise "Hemoglobina glicada"
 - Módulo Diabetes - Campo "Hemoglobina glicada"
- C. A HgbA1c podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS apenas contabiliza os registados no módulo de análises.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador se situa nos primeiros 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano em curso. Quando a data de referência do indicador se situa nos últimos 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de julho do ano em curso.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

HgbA1c - Hemoglobina glicosada; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - Diabetes Mellitus;

092	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.29	2013.092.01	Proporção hipocoagulados controlados na unidade

Designação

Proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde de adultos. Parâmetro "realização do controlo da hipocoagulação na unidade de saúde"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes hipocoagulados que efetuam controlo na unidade de saúde
Numerador: Contagem de utentes inscritos com pelo menos 6 resultados de INR nos últimos 12 meses.
Denominador: Contagem de utentes inscritos hipocoagulados.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos 6 resultados de INR nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. A terapêutica crónica teve registo de anticoagulante oral durante pelo menos 6 dos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Existem pelo menos 2 prescrições de anticoagulante oral, nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador, abrangendo 2 semestres (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. O código da tabela de MCDT, válido para registar INR é o A1086.8. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando doseadores próprios) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

B. Apenas se contabilizam INR com resultado registado.

C. A data que deve ser usada para verificar se o INR está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O(s) resultado(s) deve(m) ser preenchido(s), no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

D. São contabilizadas todas as prescrições e registos na terapêutica crónica de medicamentos pertencentes ao grupo 4.3.1.2 (antivitamínicos K) da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT). Corresponde aos DCI "acenocumarol" e "varfarina".

E. Os medicamentos pertencentes a esta classe CFT podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O INR pode ser registado quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS contabiliza em ambos os módulos.

B. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo nas avaliações mensais que efetua.

SAM/SClínico:

A. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "6 resultados de INR"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.
 - Denominador (variável "registo de anticoagulante oral na terapêutica crónica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
 - Denominador (variável "prescrição de anticoagulante oral"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"
- Numerador (variável "6 resultados de INR"): 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 ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.
 - Denominador (variável "registo de anticoagulante oral na terapêutica crónica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
 - Denominador (variável "prescrição de anticoagulante oral"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	2

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

Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;
INR - Índice internacional normalizado;
CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos;
DCI - Denominação Comum Internacional

096	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.08.01	2013.096.01	Rácio despesa faturada DPP-4 e antidiabét. orais

Designação

Rácio entre a despesa faturada com inibidores DPP-4 e a faturada com antidiabéticos orais, em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "Rácio de despesa faturada com terapêutica com inibidores DPP-4".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime o rácio entre a despesa faturada com inibidores DPP-4 e a despesa faturada com antidiabéticos orais, em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2.

Numerador: Somatório da despesa faturada com inibidores DPP-4 em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2.

Denominador: Somatório da despesa faturada com com antidiabéticos orais, em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do PVP dos medicamentos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Incluídos no denominador.

B. Pertencentes ao grupo dos inibidores DPP-4 (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Somatório do PVP dos medicamentos em que a expressão [A e B e C e D e (E ou F ou G)] é verdadeira:

A. Cujos registos de venda foram enviados pelas farmácias para faturação junto do ministério da saúde (ver alíneas A, C, D, E e F de

OBSERVAÇÕES GERAIS e foram aceites para faturação durante o período em análise (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).
 B. Pertencentes ao grupo dos antidiabéticos orais (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS).
 C. Prescritos a utentes com [inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período em análise.
 D. Prescritos a utentes com o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) na lista de problemas, com o estado de "ativo" (na data de referência do indicador).
 E. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa receita com código identificador dessa unidade de saúde.
 F. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador, numa receita com código identificador dessa unidade de saúde.
 G. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa receita com código identificador de qualquer unidade do ACES.

Observações Gerais

A. Contabiliza-se o PVP do medicamento em vigor na data de venda. Caso a marca do medicamento dispensado seja diferente da marca do medicamento prescrito contabiliza-se o do dispensado. Caso o PVP na data da venda seja diferente do PVP na data de prescrição, contabiliza-se o da data da venda;
 B. A data que importa para verificar se determinado medicamento está ou não dentro do período em análise e assim decidir incluir ou não o respetivo [PVP] no somatório do numerador ou do denominador é a [data de aceitação da receita pelo CCF]. A [data de prescrição] e a [data de venda] são ignoradas.
 C. Existem alguns medicamentos contabilizados no indicador (aceites para faturação durante o período em análise) que foram prescritos no ano anterior. Existem medicamentos prescritos durante o período em análise que só serão aceites para faturação depois desse período.
 D. Até 31 de março de 2013 as farmácias apenas enviavam para o centro de conferência de faturas, de forma sistemática, as receitas do SNS e da ADSE. Depois de 1 de abril, todas as receitas médicas passaram a ser processadas no CCF;
 E. Caso uma farmácia pertencente a uma ARS receba uma receita de uma unidade de saúde de outra ARS, isso não constitui impedimento para que o SIARS contabilize essas despesas para a unidade de saúde respetiva.
 F. Não são contabilizados no indicador as despesas relacionados com:
 - Medicamentos prescritos e não dispensados (p.e. por recusa do utente em fazer a compra);
 - Medicamentos de alguns subsistemas, designadamente SAD-PSP, SAD-GNR, IASFA, SS CGD e SAMS (até 31 de março de 2013): eram prescritos nas unidades de saúde, dispensados nas farmácias, mas a faturação era efetuada junto dos respetivos subsistemas;
 - Medicamentos prescritos no final do ano a utentes que saem da unidade de saúde e cujas receitas entram na faturação no ano seguinte: no ano seguinte o doente já não pertence à unidade de saúde pelo que a receita não pode ser contabilizada.
 G. Consideram-se pertencentes ao grupo dos inibidores DPP-4, os medicamentos pertencentes às classes seguintes da classificação ATC:
 - A10BH01 SITAGLIPTINA
 - A10BH02 VILDAGLIPTINA
 - A10BH03 SAXAGLIPTINA
 - A10BH05 LINAGLIPTINA
 - A10BH04 ALOGLIPTINA
 - A10BD07 METFORMINA E SITAGLIPTINA
 - A10BD08 METFORMINA E VILDAGLIPTINA
 - A10BD10 METFORMINA E SAXAGLIPTINA
 - A10BD11 METFORMINA E LINAGLIPTINA
 - A10BD13 METFORMINA E ALOGLIPTIN
 - A10BD09 PIOGLITAZONA E ALOGLIPTINA
 H. Consideram-se pertencentes ao grupo dos [antidiabéticos orais], os medicamentos pertencentes à classe 8.4.2 da classificação CFT.
 I. Os medicamentos pertencentes a estas classes (CFT e ATC) podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "despesa com inibidores de DPP-4 faturados"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
 - Denominador (variável "despesa com antidiabéticos orais"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "despesa com inibidores de DPP-4 faturados"): 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 "despesa com antidiabéticos orais"): 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	%	Rácio de despesas	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Eficiência	Diabetes	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	Quanto mais baixo, melhor

Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos; DCI - Denominação Comum Internacional; ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical"; DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2; DPP-4 - Dipeptidil peptidase-4

097	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.30	2013.097.01	Proporção DM c/ microalbum. último ano

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com microalbuminúria no último ano

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "registo de resultado da microalbuminúria".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com pelo menos 1 microalbuminúria no último ano.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com pelo menos 1 microalbuminúria no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 12 meses (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para registar microalbuminúria (ou análise equivalente) são os seguintes: A560.6 (microalbuminúria), A1318.2 (Albumina de baixa concentração) e A596.7 (proteinúria). O código da microalbuminúria A560.6 permite requisitar a [microalbuminúria de 24 horas], a [microalbuminúria de 12 horas] e a [microalbuminúria em amostra de urina]. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando p.e. o Micralteste) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. Apenas se contabilizam microalbuminúrias ou as proteinúrias com resultado registado. A data que deve ser usada para verificar se a microalbuminúria está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. A microalbuminúria pode ser registada no módulo de MCDT e em campos específicos existentes na ficha de hipertensão e na ficha de diabetes.

MEDICINEONE:

A. A proteinúria pode ser registada quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS contabiliza as registadas apenas no módulo de análises.

B. A microalbuminúria pode ser requisitada e registada quer através do módulo de análises quer através do módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.

C. A microalbuminúria pode também ser registada nos campos criados para o efeito quer no módulo de hipertensão, quer no módulo de diabetes.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "microalbuminúria"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "Diabetes na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "microalbuminúria"): 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 ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "Diabetes na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - Diabetes Mellitus

098

Código

6.01.08

Código SIARS

2013.098.01

Nome abreviado

Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano

Designação

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

Objetivo

Monitorizar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) nos utentes com inscrição ativa: parâmetro "vacina antitetânica"

Descrição do Indicador

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

Numerador: Contagem de utentes inscritos com 25 ou mais anos e com vacina antitetânica atualizada.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com 25 ou mais anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

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

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. As vacinas devem ser registadas no SINUS. O SIARS apenas faz leitura de informação contida na base de dados do SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

B. O PNV recomenda, relativamente à vacina do tétano, 3 inoculações de vacina e daí para a frente, reforços de 10 em 10 anos. Para efeitos do cumprimento deste indicador, aceita-se o [registo simplificado] da 3ª dose ou superior nos últimos 10 anos.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 109 (9 anos e 1 mês) a 120 meses (10 anos). Tem início a 1 de janeiro do ano N-9 e termina na data de referência do indicador.

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 120 meses (10 anos). Termina na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	2

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

099	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.15.03	2013.099.01	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos

Designação

Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos

Objetivo

Avaliar o acesso a consultas de enfermagem pela população inscrita.

Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta de enfermagem, presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Quando a unidade de observação é um médico ou uma unidade de saúde (USF ou UCSP), pelo menos uma das consultas tem que ser efetuada na própria unidade de saúde. Quer isto dizer que se, durante o período em análise, um utente tiver uma única consulta numa unidade diferente daquela em que está inscrito, não é contabilizado no numerador deste indicador.

B. Quando a unidade de observação é um ACES, um utente com [inscrição ativa] que tenha apenas uma consulta no período em análise realizada numa unidade diferente daquela onde tem [inscrição ativa], é incluído no numerador.

C. Quando a unidade de observação é um ACES, se um utente com [inscrição ativa] tiver, durante o período em análise, uma única consulta numa unidade de saúde diferente da sua, mas pertencente ao ACES, utilizando para isso uma inscrição esporádica, é contabilizado uma única vez no denominador e também no numerador (desde que ambas as inscrições tenham o registo do nº de utente). Se uma das inscrições não tiver registo de nº de utente, o mesmo será contabilizado no denominador e não será contabilizado no numerador.

D. Os utentes contabilizados no numerador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta)] ou pelo menos uma [Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta)] com um dos códigos 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
- C010 | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - MedicineOne
- C011 | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne
- C016 | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - VitaCare
- C017 | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - VitaCare

E. Ver conceito de [inscrição ativa] na secção deste documento [Glossário e Legenda de Outros Termos].

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	7

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

100	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.15.04	2013.100.01	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos

Designação

Taxa de utilização global de consultas médicas ou de enfermagem nos últimos 3 anos

Objetivo

Avaliar o acesso a consultas médicas ou de enfermagem pela população inscrita.

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica ou de enfermagem, de qualquer tipo, nos últimos 3 anos. Numerador: Contagem de utentes inscritos com pelo menos uma consulta médica (presencial ou não presencial), ou de enfermagem (presencial ou não presencial), nos últimos 3 anos. Denominador: Contagem de utentes inscritos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica, presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Ter pelo menos uma consulta de enfermagem, presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ter [inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Quando a unidade de observação é um médico ou uma unidade de saúde (USF ou UCSP), pelo menos uma das consultas tem que ser efetuada na própria unidade de saúde. Quer isto dizer que se, durante o período em análise, um utente tiver uma única consulta numa unidade diferente daquela em que está inscrito, não é contabilizado no numerador deste indicador.

B. Quando a unidade de observação é um ACES, um utente com [inscrição ativa] que tenha apenas uma consulta no período em análise realizada numa unidade diferente daquela onde tem [inscrição ativa], é incluído no numerador.

C. Quando a unidade de observação é um ACES, se um utente com [inscrição ativa] tiver, durante o período em análise, uma única consulta numa unidade de saúde diferente da sua, mas pertencente ao ACES, utilizando para isso uma inscrição esporádica, é contabilizado uma única vez no denominador e também no numerador (desde que ambas as inscrições tenham o registo do nº de utente). Se uma das inscrições não tiver registo de nº de utente, o mesmo será contabilizado no denominador e não será contabilizado no numerador.

D. Os utentes contabilizados no numerador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta médica presencial] ou pelo menos uma [Consulta médica não presencial] ou pelo menos uma [Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta)] ou pelo menos uma [Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta)], com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico
- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico
- C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne
- C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne
- C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare
- C014 | Consulta médica presencial - VitaCare
- C004 | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - SAPE
- C005 | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - SAPE
- C010 | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - MedicineOne
- C011 | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne
- C016 | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - VitaCare
- C017 | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - VitaCare

E. Ver conceito de [inscrição ativa] na secção deste documento [Glossário e Legenda de Outros Termos].

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	7

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

179	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	8.09	AE.2009.2012	Número UCs atividades específicas

Designação

Número de unidades de contratualização relacionadas atividades específicas

Objetivo

Calcular do número de UCs a pagar mensalmente aos médicos das USF modelo B por "atividades específicas".

Descrição do Indicador

Score que exprime o número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância adequada de utentes com hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, saúde materna, planeamento familiar, saúde infantil 1º e 2ºano de vida (atividades específicas).

Regras de cálculo

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

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

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

b) A vigilância de uma gravidez: oito unidades;

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

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

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

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

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

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

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

- Planeamento familiar

- Saúde materna:

- Saúde infantil - 1º ano de vida

- Saúde infantil - 2º ano de vida

- Diabetes
- Hipertensão

PLANEAMENTO FAMILIAR (PF)

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

- A. Sexo feminino.
- B. Ter entre [15; 50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise).
- C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica (contacto direto e SOAP) durante o período em análise (12 meses) com registo parametrizado de uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar o planeamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15). Ver alíneas A e B de "OBSERVAÇÕES".
- D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registo de resultado de colpocitologia **em lâmina** (MCDT com código B003.5) nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.
- E. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registo de resultado de colpocitologia **em meio líquido** (MCDT com código B012.4) nos 60 meses que antecedem a data fim do período em análise.
- F. Ter estado inscrita na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período em análise.

SAÚDE MATERNA (SMAT)

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

- A. Sexo feminino.
- B. Ter efetuado consulta médica de revisão do puerpério no período em análise (12 meses) e, no máximo, 42 dias (6 semanas) após o parto (a data de parto deve estar registada no módulo de saúde materna); Essa consulta deve ter um SOAP realizado por um médico, associado a um contacto direto e, na mesma data, um registo de uma observação no módulo de saúde materna, registada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a quadricula "revisão do puerpério" assinalada.
- C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas. Esta deve ser uma consulta médica (registo de um SOAP associado a um contacto direto). Estas consultas devem ter registo parametrizado de uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar gravidez (W78, W79 ou W84).
- D. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas (contacto direto e SOAP) de vigilância em saúde materna até à 38ª semana de gravidez ([1; 39[semanas ou [1; 266[dias). Estas consultas devem ter registo parametrizado de uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar gravidez (W78, W79 ou W84).
- E. Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica do 1º trimestre com data de realização entre as [11; 14[semanas de gestação (MCDT com código M272.0 ou M490.1).
- F. Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica morfológica (MCDT com código M292.5 ou M291.7), com data de realização entre as [18; 24[semanas de gestação.
- G. Ter estado inscrita na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.
- H. Gravidez registada no módulo ou no programa de saúde materna;
- I. Gravidez não classificada como aborto (ver alínea K de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- J. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo] durante pelo menos um dia do período compreendido entre a [Data início] e o [42º dia de puerpério];
- K. Data de parto registada;

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

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

- A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise.
- B. Ter tido a primeira consulta médica até ao 28º dia de vida [0, 28 dias]. Esta deve ser uma consulta médica (registo de um SOAP associado a um contacto direto). É necessária classificação desta consulta pela ICPC-2 (rubrica A98).
- C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas (contacto direto e SOAP) de vigilância em saúde infantil até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias. Estas consultas devem ter registo parametrizado da rubrica da ICPC-2 que permite codificar consultas de vigilância (rubrica A98). Ver alínea Q de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- D. Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida - [1, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro.
- E. Inscrição ativa na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 330 dias de vida;

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

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

- A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise.
- B. Ter realizado pelo menos 3 consultas médicas (contacto direto e SOAP) de vigilância em saúde infantil entre os 11 e os 23 meses de vida - [330, 700] dias. Estas consultas devem ter registo parametrizado da rubrica da ICPC-2 que permite codificar consultas de vigilância (A98). Ver alínea R de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- C. Ter pelo menos 1 registo parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) entre os 11 e os 23 meses de vida - [330, 700] dias. O Sheridan pode ser registado por médico ou por enfermeiro.
- D. Ter estado inscrita na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

DIABETES (DM)

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

- A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus (rubricas T89 ou T90 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo, durante pelo menos um dia

do período em análise.

- B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas (contacto direto e SOAP) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. Estas consultas devem ter registo parametrizado de uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar diabetes (T89 ou T90).
- C. Ter pelo menos 2 registos de pressão arterial (realizados em datas diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. Os registos podem ser realizados por médicos ou por enfermeiros.
- D. Ter pelo menos 2 registos de resultado de hemoglobina A1C (MCDT com código A531.2) realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. Tem que ser de dias diferentes.
- E. Ter pelo menos 1 registo de resultado de hemoglobina A1C (MCDT com código A531.2) inferior ou igual a 8,5 %, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- F. Ter pelo menos 1 registo de resultado de microalbuminúria, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- G. Ter pelo menos 1 registo de resultados de colesterol total (MCDT com código A410.3 ou com código A1029.9), colesterol HDL (MCDT com código A412.0) e triglicéridos (MCDT com código A620.3) realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- H. Ter estado inscrito na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

HIPERTENSÃO (HT)

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

- A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (rubricas K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo, durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas (contacto direto e SOAP) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. Estas consultas devem ter registo parametrizado de uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar hipertensão arterial (K86 ou K87).
- C. Ter pelo menos 2 registos de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. Os registos podem ser realizados por médicos ou por enfermeiros.
- D. Ter pelo menos 1 registo de pressão arterial durante o período em análise com valores de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 150 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg.
- E. Ter pelo menos 1 registo de resultado de microalbuminúria, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- F. Ter pelo menos 1 registo de resultados de colesterol total (MCDT com código A410.3 ou com código A1029.9), colesterol HDL (MCDT com código A412.0) e triglicéridos (MCDT com código A620.3) realizados durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise. Ver alínea G de "OBSERVAÇÕES".
- G. Ter estado inscrito na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

CONTAGEM DE MÉDICOS (BB):

- A. Número de médicos de família que constituem a equipa, na data de referência do indicador. Ver ANEXO A de "OBSERVAÇÕES GERAIS"

Observações Gerais

- A. Contabilizam-se os códigos das rubricas da ICPC-2 que estiverem escritos no "A" do SOAP bem como as que estiverem definidas como "episódio deste contacto".
- B. Apenas se contabilizam SOAP registados até 5 dias após a respetiva realização.
- C. Apenas se contabiliza uma consulta médica por utente por dia.
- D. Nas grávidas, a idade gestacional é determinada da seguinte forma: Se existe uma data de parto corrigida, determina-se a partir desta data; caso contrário, determina-se a partir da data da última menstruação (DUM).
- E. A Hemoglobina glicosilada (A1c) pode ser registada usando quer o módulo de análises, quer no módulo de diabetes, quer no módulo de MCDT; no módulo de análises, podem ser usadas a [Hemoglobina A1C], a [Hemoglobina A1c=Hemoglobina Glicosilada (Cromat.)] e a [Hemoglobina Glicosilada]; no módulo de diabetes deve ser usado o campo [Hemoglobina A1C]; no módulo de MCDT pode ser usado o MCDT 531.2, área A, HEMOGLOBINA A1c = HEMOGLOBINA GLICOSILADA (CROMAT.).
- F. A microalbuminúria pode ser registada usando quer o módulo de análises, quer no módulo de diabetes, quer o módulo de hipertensão, quer o módulo de MCDT:
 - Análise 560.6, área A, "microalbuminúria em Urina 24h" (válido até 1-5-2013)
 - Análise 560.6, área A, "microalbuminúria em Urina 12h" (válido até 1-5-2013)
 - Análise 560.6, área A, "microalbuminúria em amostra de urina aleatória" (válido até 1-5-2013)
 - Análise 597.5, área A, "proteinúria em urina 24h"
 - Módulo diabetes "microalbuminúria"
 - Módulo diabetes "proteinúria"
 - Módulo HTA "microalbuminúria"
 - Módulo HTA "proteinúria"
 - MCDT 560.6, área A, MICROALBUMINURIA (válido até 1-5-2013)
 - MCDT 1318.2, área A ALBUMINA DE BAIXA CONCENTRAÇÃO (válido após 1-5-2013)
 - MCDT 597.5, área A, PROTEINAS PESQUISA NA URINA 24 HORAS (PROTEINÚRIA)
- G. O colesterol total (MCDT com código A410.3 ou com código A1029.9), colesterol HDL (MCDT com código A412.0) e triglicéridos (MCDT com código A620.3) podem ser registados quer no módulo de análises, quer o módulo de diabetes, quer o módulo de hipertensão. Apesar de poderem ser registados no módulo de MCDT, não são daí lidos pelo SIARS.

ANEXO A

- De acordo com os artigos 28 e 29º do decreto-lei 298/2007, o pagamento de atividades específicas (AE) é devido mensalmente aos médicos que integram USF modelo B, sendo o número de unidades ponderadas (UP) avaliado anualmente, com data de referência de 31 de dezembro do ano anterior. As unidades ponderadas medidas a 31 de dezembro do ano N-1 influenciam o vencimento no ano N, devendo constar da carta de compromisso.
- As UP das AE são calculadas ponderando cada uma das 6 áreas (previstas nos artigos 28 e 29º do decreto-lei 298/2007), através da fórmula seguinte:

$$PF + 8 \times SMAT + 7 \times SI1 + 3 \times SI2 + 4 \times DM + 2 \times HT$$
 Em que:
 PF - Nº de utentes que cumprem os critérios previstos para o ""
 SMAT - Nº de utentes que cumprem os critérios previstos para a "saúde materna"
 SI1 - Nº de utentes que cumprem os critérios previstos para a "Saúde infantil, 1º ano de vida"
 SI2 - Nº de utentes que cumprem os critérios previstos para a "Saúde infantil, 2º ano de vida"
 DM - Nº de utentes que cumprem os critérios previstos para "Diabetes Mellitus"
 HT - Nº de utentes que cumprem os critérios previstos para o "hipertensão arterial"
- As UP referidas no número anterior são calculadas sobre os ficheiros dos médicos que a 1 de janeiro do ano N, desempenham atividade na USF à 12 ou mais meses.
- As UC calculadas para cada médico, que no dia 1 de janeiro do ano N desempenham atividade há 12 ou mais meses, são determinadas pela fórmula seguinte:

$$(PF + 8 \times SMAT + 7 \times SI1 + 3 \times SI2 + 4 \times DM + 2 \times HT) / 55 / BB$$
 Na fórmula anterior, BB é o número de médicos que a 1 de janeiro do ano N, desempenham atividade há 12 ou mais meses. Os médicos em regime de tempo completo são contabilizados com 1 unidade. Os médicos em regime de tempo parcial são contabilizados com 0,5 unidades.
- Os médicos em regime de tempo completo recebem o valor de UC calculado, arredondado por defeito à unidade. Os médicos em regime de tempo parcial, recebem 50% das UC anteriormente calculadas, arredondadas às décimas.
- Os médicos que a 1 de janeiro do ano N têm menos de 12 meses de atividade recebem 8 UC ao longo desse ano, se estiverem em regime de tempo completo e 4 se estiverem em regime de tempo parcial;
- Apesar do indicador ser usado para efeitos de vencimento apenas nas USF modelo B, é calculado usando as mesmas regras para as USF modelo A e para as UCSP.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. A pressão arterial pode ser registada neste sistema.

SAM/SClínico:

A. A pressão arterial pode ser registada na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.

B. A microalbuminúria pode ser registada no módulo de MCDT e em campos específicos existentes na ficha de hipertensão e na ficha de diabetes.

C. É possível registar [Aborto] na janela [Revisão do puerpério]. Esta funcionalidade está acessível a partir do botão [RP] do [programa de saúde materna]. O [aborto] é selecionado na mesma lista em que é possível escolher o [tipo de parto].

D. No SAM, existem poucos registos de gravidez de lista de problemas, porque esta aplicação apenas faz o registo automático dos códigos ICPC-2 de gravidez no sistema de episódios (não os transpondo para a lista de problemas). Assim, nesta aplicação de registo clínico, a alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS deve ter a seguinte leitura: D. O registo de gravidez na lista de problemas ou no sistema de episódios, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração seja coincidente em pelo menos um dia com a duração do registo no módulo ou programa de saúde materna, devendo ser verdadeira a condição [AA ou (BB e CC)]:

AA. Existe pelo menos um registo de um dos códigos ICPC-2 relacionados com gravidez, no sistema de episódios, entre a DUM e a [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver como se determina a [data de fim da gravidez] nas OBSERVAÇÕES GERAIS).

BB. a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna.

CC. a [Data fim] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

E. O exame B012.4 (colpocitologia em meio líquido) não pode ser prescrito, pois não é participado. Apenas o seu resultado pode ser registado.

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

C. A pressão arterial pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne (campos de PA sistólica e PA diastólica):

- Biometrias;
- Módulo de hipertensão;
- Módulo de diabetes;
- Módulo de saúde infantil;
- Módulo de saúde materna;
- Módulo de planeamento familiar;

- D. A proteinúria, o colesterol total, o colesterol HDL e os triglicéridos podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.
- E. A microalbuminúria pode ser requisitada e registada quer através do módulo de análises quer através do módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.
- F. A microalbuminúria pode também ser registada nos campos criados para o efeito quer no módulo de hipertensão, quer no módulo de diabetes.
- G. A HgbA1c pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne:
- Módulo de análises - Análise "Hemoglobina glicada"
 - Módulo Diabetes - Campo "Hemoglobina glicada"
- H. A HgbA1c podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS apenas contabiliza os registados no módulo de análises.
- I. Os registos de exame dos pés devem ser realizados no módulo de diabetes, usando um dos campos seguintes: a) rastreio do pé; b) exames dos pés.
- J. O diagnóstico de gravidez pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico não necessita estar classificado como "ativo", mas não pode ter sido classificado como "inválido".
- K. Para que sejam contabilizados neste indicador, as [ecografias obstétricas] podem ser registadas quer no módulo de MCDT quer no módulo de saúde materna.
- L. O resultado das [ecografias obstétricas] podem ser registados quer em formato de texto, quer em formato parametrizado, quer em formato multimédia.
- M. O [aborto] pode ser registado no módulo de saúde materna (por baixo da zona de registo da [data da última menstruação] e da [data de parto]).
- N. Para que sejam contabilizados neste indicador, as colpocitologias podem ser registadas quer no módulo de MCDT quer no módulo de Rastreio Oncológico.
- O. O resultado da colpocitologia pode ser registado quer em formato de texto, quer em formato parametrizado, quer em formato multimédia.
- P. O exame B012.4 (colpocitologia em meio líquido) não pode ser prescrito, pois não é participado. Apenas o seu resultado pode ser registado.
- Q. O intervalo de tempo [1, 330] dias, definido na área da Saúde infantil, 1º ano de vida, destina-se a detetar 5 das 6 consultas de vigilância em saúde infantil previstas pela DGS para o 1º ano de vida:
- 1ª consulta da vida;
 - Consulta do 1º mês;
 - Consulta dos 2 meses;
 - Consulta dos 4 meses;
 - Consulta dos 6 meses;
 - Consulta dos 9 meses.
- R. O intervalo de tempo [330; 700] dias, definido na área da Saúde infantil, 2º ano de vida, destina-se a detetar as 3 consultas de vigilância em saúde infantil previstas pela DGS para o 2º ano de vida:
- Consulta dos 12 meses;
 - Consulta dos 15 meses;
 - Consulta dos 18 meses

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

PLANEAMENTO FAMILIAR (PF)

- Variável "consulta médica": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano corrente e termina na data de referência do indicador.
- Variável "colpocitologia em lâmina": Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.
- Variável "colpocitologia em meio líquido": Duração de 49 a 60 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-4 e termina na data de referência do indicador.
- Variável "idade": Medida em relação a 31 de dezembro do ano em curso
- Variável "inscrição ativa na unidade de saúde": Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

SAÚDE MATERNA (SMAT)

- As variáveis da área de SAÚDE MATERNA têm um período em análise de 1 a 12 meses, iniciando-se sempre a 1 de janeiro e terminando na data de referência do indicador.
- A principal variável de "ancoragem" de cada grávida a este indicador é o facto de o 42º dia de puerpério pertencer ou não ao período em análise.
- Os períodos em análise das restantes variáveis dependem do período da gestação ou do puerpério em que devem ser realizados.

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

- As variáveis da área de SAÚDE INFANTIL 1º ANO têm um período em análise de 1 a 12 meses, iniciando-se sempre a 1 de janeiro e terminando na data de referência do indicador.
- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto de completar 1 ano de vida no ano civil em curso.
- Para cada criança incluída nesta área, o período em análise para deteção de consultas ou procedimentos inicia-se com o nascimento e termina ao 330º dia de vida.
- Variável "idade": A 31 de dezembro do ano em curso, cada criança tem [1, 2] anos de idade.

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

- As variáveis da área de SAÚDE INFANTIL 2º ANO têm um período em análise de 1 a 12 meses, iniciando-se sempre a 1 de janeiro e terminando na data de referência do indicador.
- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto completar 2 anos de vida no ano civil em curso.
- Para cada criança incluída nesta área, o período em análise para deteção de consultas e procedimentos coincide com o intervalo etário [330; 700[dias de vida.
- Variável "idade": A 31 de dezembro do ano em curso, cada criança tem [2, 3[anos de idade.

DIABETES (DM)

- Variável "Diabetes na lista de problemas": Coincidente com a data de referência do indicador.
- variável "Consulta médicas": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- variável "Registos de pressão arterial": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- variável "Registo de HgbA1c": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- variável "HgbA1c inferior ou igual a 8,5%": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- variável "microalbuminúria": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Variável "inscrição ativa na unidade de saúde": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.

HIPERTENSÃO (HT)

- Variável "consulta médica": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Variável "registo de pressão arterial em 12 meses": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- variável "resultado da pressão arterial": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Variável "microalbuminúria": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos": Duração de 13 a 24 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-1 e termina na data de referência do indicador.
- Variável "inscrição ativa na unidade de saúde": Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Variável "HTA na lista de problemas": Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
$(PF + 8 \text{ SMAT} + 7 \text{ SI1} + 3 \text{ SI2} + 4 \text{ DM} + 2 \text{ HT}) / \text{BB}$	UC	Score: Unidade de contratualização	0

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

264	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.07.05	2013.264.01	Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (preço conven.)

Designação

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

Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de MCDT. Parâmetro "despesa em MCDT faturados, por utilizador"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador, baseado no [preço convencionado].
Numerador: Somatório do [preço convencionado] dos MCDT faturados por entidades convencionadas.
Denominador: Contagem de utentes utilizadores pertencentes ao SNS.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do [preço convencionado] dos MCDT em que a expressão [A e (B ou C ou D) e E] é verdadeira (ver alíneas K de OBSERVAÇÕES GERAIS):

- A. Prescritos a utentes com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- B. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa credencial com código identificador dessa unidade de saúde;
- C. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador, numa credencial com código identificador dessa unidade de saúde;
- D. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa credencial com código identificador de qualquer unidade do ACES;
- E. Cujos registos de realização foram enviados pelas entidades convencionadas para faturação junto do ministério da saúde (ver alíneas B, D, E, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS) e foram aceites para faturação durante o período em análise (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

- A. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter [inscrição ativa] nessa unidade, durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. Se a unidade de observação é um médico: ter [inscrição ativa] na lista do médico, à data de referência do indicador, ou ter falecido ou sido transferido para outra unidade de saúde durante o período em análise.
- C. Se a unidade de observação é um ACES: ter [inscrição ativa] numa das USF ou UCSP do ACES, durante pelo menos um dia do período em análise.
- D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde). Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- E. Se a unidade de observação é um médico: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador). Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- F. Se a unidade de observação é um ACES: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise, realizada por qualquer médico ou interno do ACES, incluindo também as realizadas em [consultas de reforço] e as realizadas em [serviço de apoio permanente] (ou outros equivalentes). Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- G. Ser um utente do SNS (ver alínea L de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. As despesas com MCDT são contabilizadas a partir dos utentes inscritos durante pelo menos um dia do período em análise e com pelo menos um MCDT [aceite para faturação] nesse período. Contabilizam-se também despesas com MCDT prestados e não prescritos, como sejam os tratamentos de medicina física e reabilitação, ou os "contrastes" nas TC. Os utentes incluídos no denominador são os inscritos durante pelo menos um dia do período em análise e utilizadores de consultas médicas presenciais ou não presenciais. No numerador podem existir utentes não utilizadores no ano em análise (credencial prescrita no ano N-1 e faturada no ano N).

B. São contabilizadas as despesas com MCDT processadas no CCF.

C. A data que importa para verificar se determinado MCDT está ou não dentro do período em análise e assim decidir incluir ou não a respetiva despesa no somatório do numerador do indicador é a [data de aceitação da credencial pelo CCF]. A [data de prescrição] e a [data de execução] são ignoradas.

D. Uma vez que as credenciais têm uma validade de 6 meses, existem alguns MCDT contabilizados no numerador (aceites para faturação durante o período em análise) que foram prescritos no ano anterior. Existem também MCDT prescritos durante o período em análise que só serão aceites para faturação depois desse período:

E. As entidades convencionadas apenas enviam para o centro de conferência de faturas, de forma sistemática, as credencias do SNS. Assim, os MCDT de utentes do SNS são os únicos que garantidamente são contabilizados no numerador.

F. Não são contabilizados no numerador as despesas relacionados com:

- MCDT prescritos e não realizados (p.e. por recusa do utente em fazer o exame ou por extravio da credencial);
- MCDT não participados: são prescritos nas unidades de saúde, realizados no laboratório, e pagos pelo utente (ou seguradoras) mas não são enviados pelas entidades convencionadas para faturação junto do ministério da saúde;
- MCDT prescritos a utentes dos subsistemas, designadamente ADSE, SAD-PSP, SAD-GNR, IASFA, SS CGD e SAMS: são prescritos nas unidades de saúde, realizados nos laboratórios, mas a faturação é efetuada junto dos respetivos subsistemas;

G. Caso uma entidade convencionada pertencente a uma ARS receba uma credencial de uma unidade de saúde de outra ARS, isso não constitui impedimento para que o SIARS contabilize essas despesas para a unidade de saúde respetiva.

H. Os utentes contabilizados no denominador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta médica presencial] ou pelo menos uma [Consulta médica não presencial] com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico
- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico
- C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne
- C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne
- C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare
- C014 | Consulta médica presencial - VitaCare

I. Os valores calculados para a unidade de observação [MED (médico)] são obtidos por desagregação dos resultados da respetiva unidade de saúde, tal como especificado no [Glossário e Legenda de Outros Termos] > [Unidades de observação]. No caso do centro de conferência de faturas não identificar o utente, o valor fica associado ao um [médico desconhecido] por não ser possível identificar o utente e, por consequência, o médico de família.

J. Os valores calculados para o numerador de uma unidade funcional não têm que ser iguais aos valores obtidos através de relatórios do SIARS, relacionados com MCDT faturados, porque as regras de inclusão de despesa no numerador do indicador são mais restritivas das que as regras para o relatório. Por exemplo, o relatório de faturação de MCDT do SIARS considera a despesa com doentes "esporádicos", que não é incluída no numerador do indicador.

K. O valor contabilizado por cada MCDT é o que consta da coluna "preço" da tabela oficial de MCDT convencionados (www.acss.min-saude.pt).

A coluna "preço" da tabela de MCDT convencionados da ACSS é o valor que os convencionados devem receber do estado por cada exame efetuado e faturado. A [taxa moderadora] é o valor que o utente paga ao estado pelo exame. Como a [taxa moderadora] é recebida pelo convencionado, o que este acaba por receber do Estado é a diferença entre o [preço] e a [taxa moderadora]. Assim, para um exame com 2 euros de [taxa moderadora] e 20 euros de [preço], o convencionado fatura 20 euros, mas caso o utente não seja isento apenas recebe 18, pois já recebeu por conta do SNS os 2 euros do utente referente à taxa moderadora. O SIARS contabiliza 20 euros. A métrica que serve de base a este indicador está definida na especificação M005 dos [Conceitos e métricas relacionadas com MCDT] na seção deste documento designada [Glossário e Legenda de Outros Termos].

L. Os utentes contabilizados no denominador são os que pertencem ao SNS, isto é aqueles que no SINUS pertencem a um dos seguintes subsistemas:

- Qualquer CRSS
- SNS
- Segurança social
- Subsistema desconhecido

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. São contabilizados todos os exames prescritos quer através do módulo de análises quer através do módulo de MCDT.

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	€ / UTI	Despesa com MCDT	8

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

Legenda

MCDT - Meio complementar de diagnóstico e terapêutica
€/UTI - Euros por utente utilizador CCF - Centro de conferência de faturas

267	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.30.02	2013.267.01	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF

Designação

Índice de acompanhamento adequado na área do planeamento familiar nas mulheres em idade fértil

Objetivo

Monitorizar o programa de planeamento familiar.

Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento na área de PF (de acordo com as normas da DGS) nas MIF com idade no intervalo [15; 50[anos.

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento em PF" determinado para cada MIF. O "score de acompanhamento PF" de cada MIF inscrita pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de MIF com idade no intervalo [15; 50[anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de acompanhamento em PF" determinado para cada MIF inscrita. O "score de acompanhamento em PF" de cada MIF inscrita pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento" é calculado apenas para as utentes incluídas no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.
B	Ter pelo menos uma consulta médica de PF realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos últimos 36 meses (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,45
C	Ter pelo menos um registo parametrizado do método de planeamento familiar utilizado (ou da não utilização do método). Ver alíneas B e J de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,15
D	Ter pelo menos 1 registo de pressão arterial, nos últimos 36 meses (ver alíneas C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,10
E	A condição [E1 ou E2 ou E3] é verdadeira: E1. Para mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registo de resultado de colpocitologia em lâmina , nos últimos 36 meses (ver alíneas F, G, H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS). E2. Para mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um resultado de colpocitologia em meio líquido nos	0,30

últimos 5 anos (ver alíneas G, H, I e K de OBSERVAÇÕES GERAIS).
E3. A utente tem menos de 25 anos.

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Ser mulher.

C. Ter idade pertencente ao intervalo [15; 50] anos (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta Médica de Vigilância] de PF, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, os códigos ICPC-2 específicos de saúde reprodutiva e planeamento familiar, que podem ser usados para o classificar como "problema de saúde da consulta" são W10, W11, W12, W13, W14, W15 ou sub-rubricas.

B. O registo do método de PF pode ser realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

C. São contabilizados no numerador os registos de pressão arterial realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

D. Só se contabilizam registos de pressão arterial em que tanto a pressão sistólica como a diastólica tenham sido avaliadas e registadas na mesma data.

E. Não se contabilizam registos de pressão arterial realizados em texto livre no SOAP.

F. O código da tabela de MCDT convencionados válido para registar colpocitologias é o seguinte:

- [Exame citológico cervico-vaginal], código 008.6, área B.

G. Para que uma colpocitologia seja contabilizada deve ter um resultado.

H. A data que deve ser usada para verificar se o exame está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

I. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

J. Aceitam-se registos de método de PF realizados em qualquer data (desde que anterior à data de referência do indicador), ou seja, não se faz validação da "idade" desse registo.

K. O código da tabela de MCDT convencionados válido para registar "colpocitologias em meio líquido" é o seguinte:

- [Exame citológico cervico-vaginal com processamento automatizado em camada fina], código 012.4, área B.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. A pressão arterial pode ser registada neste sistema, sendo lida pelo SIARS.

B. Não é possível proceder ao "registo parametrizado do método de planeamento familiar utilizado", de forma normalizada a nível nacional. Assim, o SIARS não consegue ler estes registos a partir do SAPE.

SAM/SClínico:

A. A pressão arterial pode ser registada na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna e planeamento familiar.

B. É possível registar que a mulher não faz nenhum método contraceptivo, seleccionando o item [NENHUM] na lista [Método], no programa de planeamento familiar.

C. O exame B012.4 (colpocitologia em meio líquido) não pode ser prescrito, pois não é participado. Apenas o seu resultado pode ser registado.

MEDICINEONE:

A. A pressão arterial pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne (campos de PA sistólica e PA diastólica):

- Biometrias;

- Módulo de hipertensão;

- Módulo de diabetes;

- Módulo de saúde materna;

- Módulo de planeamento familiar;

B. Para que sejam contabilizados neste indicador, as colpocitologias podem ser registadas quer no módulo de MCDT quer no módulo de Rastreio Oncológico.

C. O resultado da colpocitologia pode ser registado quer em formato de texto, quer em formato parametrizado, quer em formato multimédia.

D. É possível registar que a mulher não faz "nenhum" método contraceptivo, seleccionando a opção "SNC - Sem Necessidades Contraceptivas", na área de registo do método contraceptivo, no módulo de planeamento familiar.

E. O exame B012.4 (colpocitologia em meio líquido) não pode ser prescrito, pois não é participado. Apenas o seu resultado pode ser registado.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "consulta médica"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "registo de pressão arterial"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "registo de método de PF"): Coincidente com a data de referência do indicador (1 dia).
- Numerador (variável "registo de colpocitologia em lâmina"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "registo de colpocitologia em meio líquido"): Duração de 60 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "consulta médica"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "registo de pressão arterial"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "registo de método de PF"): Coincidente com a data de referência do indicador (1 dia).
- Numerador (variável "registo de colpocitologia em lâmina"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "registo de colpocitologia em meio líquido"): Duração de 49 a 60 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	5

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

PF - Planeamento Familiar;
MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;
MIF - Mulheres em Idade Fértil;
Ponder. - Ponderação

268	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.31.02	2013.268.01	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano

Designação

Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 1º ano de vida

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde infantil, 1º ano de vida.

Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento em saúde infantil durante o 1º ano de vida (de acordo com as normas da DGS).

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento em SI" determinado para cada criança com 1 ano. O "score de acompanhamento em SI" de cada criança com 1 ano pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de crianças com 1 ano de vida.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de acompanhamento em SI" determinado para cada criança com 1 ano de idade inscrita. O "score de acompanhamento em SI" de cada criança com 1 ano de idade inscrita pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento em SI" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.
B	Ter pelo menos 6 consultas médicas de vigilância (contacto direto) até aos 11 meses de vida ([1, 330[dias). Ver alíneas A, B, C e N de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,40
C	Com pelo menos 1 consulta médica de vigilância (contacto direto), nos primeiros 28 dias de vida (ver alíneas A e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,20
D	Com realização de diagnóstico precoce (TSHPKU), nos primeiros 6 dias de vida, registado até às zero horas do dia em que completam 1 ano de vida (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,10
E	Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida ([1, 330[dias). Ver alíneas C, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,10
F	Com o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 1 ano (ver alíneas I, J, K, L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,20

DENOMINADOR (BB):

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

A. Crianças que completam 1 ano de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

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

C. [Inscrição ativa] durante a totalidade do período compreendido entre os 60 e os 330 dias de vida (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em saúde infantil, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico;

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, o código ICPC-2 que pode ser usado para classificar a atividade de vigilância em saúde infantil em associação à consulta realizada é o A98 ou sub-rubricas.

B. Apenas se contabiliza uma consulta médica, por utente, por dia.

C. Para efeitos de datação das consultas e outros procedimentos em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido já no fim do dia.

D. Contabilizam-se registos de TSHPKU (ou teste de Guthrie) desde que a respetiva data de realização ocorra até ao 7º dia de vida da criança, e desde que o registo ocorra até às zero horas do dia em que completam 1 ano de vida. Os registos podem ser feitos por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Aceitam-se registos até ao D7 porque os sistemas fonte não registam a hora de nascimento da criança, nem a hora de realização do teste. Desta forma garante-se que os utentes incluídos no numerador, realizam o exame até, em média, 144 horas (6 dias completos) após a hora de nascimento.

E. Contabilizam-se crianças que se inscrevam precocemente na unidade de saúde como esporádicas (p.e. por o nome ainda não estar registado na conservatória do registo civil), desde que o registo da [inscrição ativa] seja feito até ao 60º dia de vida e desde que se processe a uma alteração do registo de [inscrição esporádica] para [inscrição ativa]. Deve ser evitado o procedimento de "anular" a inscrição esporádica e criar de novo "inscrição ativa", pois as consultas entretanto efetuadas (associadas à inscrição esporádica) não migram para a nova [inscrição ativa].

F. Os testes de desenvolvimento de Sheridan podem ser registados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

G. Para que sejam contabilizados, os testes de desenvolvimento de Sheridan devem ser registados no máximo até 5 dias depois de uma consulta médica de vigilância ou de enfermagem de vigilância, tal como especificadas respetivamente na alínea A e na alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.

H. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em saúde infantil, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClinico/SAPE

- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E001 | Vigilância em saúde infantil e juvenil]

Nota 2: Na norma C012, o código ICPC-2 que pode ser usado para classificar a atividade de vigilância em saúde infantil em associação à consulta realizada é o A98 ou sub-rubricas.

I. Os registos de vacinas devem ser efetuados no SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

J. São incluídos no numerador, as crianças que à data de referência do indicador, tenham registos de inoculações de vacinas que permitam afirmar que às zero horas do dia em que completam 1 ano de idade, tinham o PNV totalmente cumprido pelo [esquema cronológico recomendado] ou pelo [esquema cronológico de recurso] adaptado à idade. Assim, as datas de inoculação devem ser anteriores à data do 1º aniversário de cada criança, mas as datas de registo podem ir até à data de referência do indicador.

K. Aceita-se a realização de [registo completo] ou de [registo simplificado]. No [registo completo], todas as inoculações de cada tipo de vacina devem estar registadas. No [registo simplificado], apenas é necessário que a última dose da vacina esteja registada, com especificação da data de inoculação e do nº de ordem da inoculação. Aceita-se que umas vacinas estejam com [registo completo] e outras com [registo simplificado]

L. Quando uma criança tem serologia positiva para uma doença prevenível por uma das vacinas do PNV, é possível registar no SINUS o estado de [Imunizado], associado a essa vacina. Da mesma forma, se uma criança tiver contra-indicação para a administração de uma vacina, é possível registar que a mesma se encontra [contra-indicada]. As vacinas relativamente às quais é colocado o atributo [imunizado] ou o atributo [contra-indicado] são classificadas como cumpridas. Não são incluídos no numerador os utentes que recusam uma ou mais inoculações de vacina.

M. Uma criança é incluída no numerador se a condição [AA e (BB ou CC) e (DD ou EE) e (FF ou GG) e (HH ou II) e (JJ ou KK ou LL)] for verdadeira:

AA. Pelo menos 1 inoculação e registo de BCG ou um registo de cicatriz de BCG ou um registo de prova tuberculínica (inoculação ou realização até data do 2º aniversário). Esta regra deixa de ser aplicável para indicadores com data de referência igual ou superior a maio de 2015 (por rutura de stock nacional da BCG a partir desse mês).

BB. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB até à data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

CC. Registo de VHB ou VHAB com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

DD. Inoculação da 2ª dose (ou superior) de Hib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaHibVIP até à data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

EE. Registo de Hib ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaHibVIP com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

FF. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP até à data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

GG. Registo de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

HH. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP até à data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

II. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

JJ. Nascido antes de 1 de janeiro de 2015.

KK. Inoculação da 2ª dose (ou superior) de PN13 (ou equivalente anti-pneumocócica) até à data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

LL. Registo de PN13 (ou equivalente anti-pneumocócica) com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
N. O intervalo de tempo [1, 330[dias, definido no numerador, destina-se a detetar as 6 consultas de vigilância em saúde infantil previstas pela DGS para o 1º ano de vida:

- 1ª consulta da vida;
- Consulta do 1º mês;
- Consulta dos 2 meses;
- Consulta dos 4 meses;
- Consulta dos 6 meses;
- Consulta dos 9 meses.

O. Os códigos SINUS equivalentes à vacina PN13 são as seguintes: "PNEUMO 23"; "PN10"; "PN23"; "PN7"; "PREVENAR";

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. Registo de TSHPKU deve ser feito na [avaliação inicial], em [saúde infantil] > [desenvolvimento infantil] > [diagnóstico precoce].

B. São desde sempre lidos pelos SIARS os itens da [avaliação inicial] com código "TREDIAP"

SAM/SClínico:

A. Não existe campo de registo de TSHPKU.

MEDICINEONE:

A. O registo de TSHPKU deve ser feito no módulo de saúde infantil, tabulador [pré/neo-natal].

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O denominador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o seu período em análise a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de novembro inicia o seu período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.

- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto completar 1 ano de vida durante o período em análise do denominador, tal como definido anteriormente.

- Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas ou procedimentos inicia-se com o nascimento e termina ao 330º dia de vida.

- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, cada criança tem [1, 2[anos de idade.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- O denominador tem um período em análise de 1 a 12 meses, iniciando-se sempre a 1 de janeiro e terminando na data de referência do indicador.

- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto completar 1 ano de vida no ano civil em curso.

- Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas ou procedimentos inicia-se com o nascimento e termina ao 330º dia de vida.

- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso, cada criança tem [1, 2[anos de idade.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	6

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

Legenda

TSHPKU - Diagnóstico precoce ou teste do pezinho;

Ponder. - Ponderação

269	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.32.02	2013.269.01	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano

Designação

Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 2º ano de vida

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde infantil, 2º ano de vida.

Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento em saúde infantil durante o 2º ano de vida (de acordo com as normas da DGS).

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento em SI" determinado para cada criança com 2 anos. O "score de acompanhamento em SI" de cada criança com 2 anos pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de crianças com 2 anos de vida.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de acompanhamento em SI" determinado para cada criança com 2 anos de idade inscrita. O "score de acompanhamento em SI" de cada criança com 2 anos de idade inscrita pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento em SI" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.
B	Ter pelo menos 3 consultas médicas de vigilância (contacto direto) entre os 11 e os 23 meses de vida ([330, 700[dias). Ver alíneas A, B, C e P de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,40
C	Ter pelo menos 1 registo parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) entre os 11 e os 23 meses de vida ([330, 700[dias). Ver alíneas C, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,20
D	Com o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 2 anos de vida (ver alíneas D, H, I, J e K de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,20
E	Têm pelo menos 3 registos de peso com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [330, 700[dias (ver alíneas L, M, N e O de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,10
F	Têm pelo menos 3 registos de estatura (ou altura) com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [330, 700[dias (ver alíneas L, M, N e O de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,10

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em saúde infantil, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, o código ICPC-2 que pode ser usado para classificar a atividade de vigilância em saúde infantil em

associação à consulta realizada é o A98 ou sub-rubricas.

B. Apenas se contabiliza uma consulta médica, por utente, por dia.

C. Para efeitos de datação das consultas e outros procedimentos em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido já no fim do dia.

D. Os registos de vacinas devem ser efetuados no SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

E. Os testes de desenvolvimento de Sheridan podem ser registados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

F. Para que sejam contabilizados, os testes de desenvolvimento de Sheridan devem ser registados no máximo até 5 dias depois de uma consulta médica de vigilância ou de enfermagem de vigilância, tal como especificadas respetivamente na alínea A e na alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS.

G. B. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em saúde infantil, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClínico/SAPE

- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E001 | Vigilância em saúde infantil e juvenil]

Nota 2: Na norma C012, o código ICPC-2 que pode ser usado para classificar a atividade de vigilância em saúde infantil em associação à consulta realizada é o A98 ou sub-rubricas.

H. São incluídos no numerador, as crianças que à data de referência do indicador, tenham registos de inoculações de vacinas que permitam afirmar que às zero horas do dia em que completam 2 anos de idade, tinham o PNV totalmente cumprido pelo [esquema cronológico recomendado] ou pelo [esquema cronológico de recurso] adaptado à idade. Assim, as datas de inoculação devem ser anteriores à data do 2º aniversário de cada criança, mas as datas de registo podem ir até à data de referência do indicador.

I. Aceita-se a realização de [registo completo] ou de [registo simplificado]. No [registo completo], todas as inoculações de cada tipo de vacina devem estar registadas. No [registo simplificado], apenas é necessário que a última dose da vacina esteja registada, com especificação da data de inoculação e do nº de ordem da inoculação. Aceita-se que umas vacinas estejam com [registo completo] e outras com [registo simplificado]

J. Quando uma criança tem serologia positiva para uma doença prevenível por uma das vacinas do PNV, é possível registar no SINUS o estado de [Imunizado], associado a essa vacina. Da mesma forma, se uma criança tiver contra-indicação para a administração de uma vacina, é possível registar que a mesma se encontra [contra-indicada]. As vacinas relativamente às quais é colocado o atributo [imunizado] ou o atributo [contra-indicado] são classificadas como cumpridas. Não são incluídos no numerador os utentes que recusam uma ou mais inoculações de vacina.

K. Uma criança é incluída no numerador se a condição [AA e (BB ou CC) e (DD ou EE) e (FF ou GG) e (HH ou II) e (JJ ou KK) e (LL ou MM)] for verdadeira:

AA. Pelo menos 1 inoculação e registo de BCG ou um registo de cicatriz de BCG ou um registo de prova tuberculínica (inoculação ou realização até data do 2º aniversário). Esta regra deixa de ser aplicável para indicadores com data de referência igual ou superior a maio de 2015 (por rutura de stock nacional da BCG a partir desse mês).

BB. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB até à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

CC. Registo de VHB ou VHAB com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

DD. Inoculação de Hib ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPwHibVIP, realizada no intervalo [15; 24] meses de idade (registo até à data de referência do indicador).

EE. Registo de Hib ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPwHibVIP com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

FF. Inoculação da 4ª dose (ou superior) de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP até à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

GG. Registo de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

HH. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP até à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

II. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

JJ. Inoculação de MenC até à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

KK. Registo de MenC com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

LL. Inoculação de VASPR até à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

MM. Registo de VASPR com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

L. São contabilizados no numerador os utentes com registos de peso e estatura realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

M. Os registos de peso e estatura podem ser realizados nos módulos ou programas de hipertensão, diabetes e saúde infantil. Podem também ser registados noutros módulos das aplicações destinadas a registar parâmetros do exame objetivo, tal como especificado em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. Não são contabilizados registos de texto livre no O do SOAP.

N. Não é obrigatório que os profissionais registem manualmente o valor do IMC. Basta que existam registos do peso e da estatura conforme descrito nas REGRAS DE CÁLCULO. Os sistemas de informação calculam de forma automática o IMC.

O. Não é obrigatório que o peso e altura sejam registados no mesmo dia.

P. O intervalo de tempo [330; 700] dias, definido no numerador, destina-se a detetar as 3 consultas de vigilância em saúde infantil previstas pela DGS para o 2º ano de vida:

- Consulta dos 12 meses;
- Consulta dos 15 meses;
- Consulta dos 18 meses

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. O peso e a estatura podem ser registados neste sistema.

SAM/SClínico:

A. No SAM, o peso e a estatura podem ser registados na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes e saúde infantil.

MEDICINEONE:

A. O peso e a estatura podem ser registados nas biometrias e nos módulos de hipertensão, diabetes e saúde infantil.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O indicador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o seu período em análise a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de Novembro inicia o seu período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.

- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto completar 2 anos de vida durante o período em análise.

- Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas e procedimentos coincide com o intervalo etário [330; 700[dias de vida.

- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, cada criança tem [2, 3[anos de idade.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- O indicador tem um período em análise de 1 a 12 meses, iniciando-se sempre a 1 de janeiro e terminando na data de referência do indicador.

- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto completar 2 anos de vida no ano civil em curso.

- Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas e procedimentos coincide com o intervalo etário [330; 700[dias de vida.

- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso, cada criança tem [2, 3[anos de idade.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	4

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

Legenda

Ponder. - Ponderação

270	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.33.02	2013.270.01	Índice de acompanham. adequado em saúde materna

Designação

Índice de acompanhamento adequado em saúde materna

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde materna.

Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento na área de saúde materna (de acordo com as normas da DGS).

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento em s. materna" determinado para cada gravidez/puerpério. O "score de acompanhamento em s. materna" de puérpera inscrita pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de puérperas.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de acompanhamento em s. materna" determinado para cada gravidez/puerpério. O "score de acompanhamento em s. materna" de cada gravidez/puerpério pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento em s. materna" é calculado apenas para as puérperas incluídos no denominador, somando, para cada uma, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.
B	Utentes que tiveram pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de gravidez ou de revisão do puerpério, no período compreendido entre a DUM e o 42º dia de puerpério (ver alíneas A, B, C, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,40
C	Utentes que tiveram pelo menos uma consulta médica de vigilância de gravidez nos primeiros 90 dias de gestação (ver alíneas A e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,15
D	Utentes que tiveram pelo menos 1 consulta médica de revisão do puerpério, realizada entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia de puerpério (ver condições de registo de uma consulta de revisão do puerpério na alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS e regras para datação do puerpério nas alíneas E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,15
E	Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica do 1.º trimestre, com data de realização entre as [11; 14[semanas ([78; 98] dias) de gestação (ver alíneas G e H de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,10
F	Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica morfológica, com data de realização entre as [18; 24[semanas ([127; 168] dias) de gestação (ver alíneas I e J de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,20

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ser mulher;

B. Gravidez registada no módulo ou no programa de saúde materna;

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

D. O 42º dia de puerpério, contabilizado a partir da [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador (ver alíneas E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários sobre PERÍODO EM ANÁLISE).

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

F. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos 7 meses do período compreendido entre a DUM e a [data de fim da gravidez] (ver alíneas E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

G. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período compreendido entre 1º e o 42º dia a contar da [data de fim da gravidez] (ver alíneas E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta Médica de Vigilância] em saúde materna, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, os códigos ICPC-2 específicos de gravidez, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são W78, W79, W84 ou sub-rubricas.

B. Para se contabilizar uma [Consulta Médica] de revisão do puerpério, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] e que sejam realizados durante o puerpério (entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia seguinte a essa data):

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, não existem códigos ICPC-2 específicos de "revisão do puerpério". A identificação deste tipo de consulta faz-se assinalando [revisão do puerpério] nos registos de consulta efetuados nos módulos ou programas de saúde materna.

C. Contabiliza-se no máximo uma consulta médica de RP por grávida.

D. O registo de gravidez na lista de problemas, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração, definida pelos campos [Data início] e [Data fim] seja coincidente em pelo menos um dia com a duração da gravidez respetiva no módulo ou programa de saúde materna, devendo verificar-se as 2 condições seguintes:

a) a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim da gravidez] (ver definição mais à frente em OBSERVAÇÕES GERAIS).

b) a [Data fim] do diagnóstico de gravidez ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

E. A [data de fim da gravidez] corresponde ao 1º dia do puerpério e é determinada da seguinte forma:

a) se a [data de parto] estiver registada, a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto].

b) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data de parto corrigida] em 8 semanas (56 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto corrigida].

c) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] não estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data da última menstruação] em 48 semanas (336 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à soma da [data da última menstruação] com [39 semanas e 6 dias] (280 dias).

F. Para efeitos de contabilização do puerpério, considera-se que a [data de fim da gravidez], tal como definida na alínea anterior, é o 1º dia de puerpério (P1).

G. Para as condições [1ª consulta no 1º trimestre] e [1ª ecografia na gravidez] do numerador, A datação da gravidez faz-se a partir da data da última menstruação (DUM), registada no módulo ou programa de saúde materna. Na contagem de [dias de gravidez] que é efetuada neste indicador, a DUM corresponde ao 1º dia de gravidez (D1), não existindo dia "zero". Na prática clínica de seguimento de grávidas utiliza-se uma escala de datação de gravidez que junta "semanas" e "dias de gravidez" (p.e. 13S+0D, 13S+1D, 13S+2D, 13S+3D, 13S+4D, 13S+5D, 13S+6D, 14S+0D, ...), que pode ser reduzida a uma escala ordinal com início em "zero". Essa redução da escala de datação de gravidez que junta "semanas" e "dias de gravidez" para uma escala ordinal com início em "zero", a ser feita, origina um desvio de uma unidade relativamente à escala que é usada neste indicador (p.e. o dia 24 de uma datação que começa no "zero" corresponde ao 25º dia de gravidez usado neste indicador). No entanto, garante-se que todas as escalas (as usadas na clínica e neste indicador) fazem uma datação correta da gravidez e que são convertíveis umas nas outras sem erros.

H. Os códigos da tabela de MCDT válidos para [ecografia obstétrica do 1.º trimestre] são o M272.0 e o M490.1. A data que deve ser usada para verificar se este exame está ou não dentro das [11; 14] semanas ([78; 98] dias) é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até 30 dias após a data de referência do indicador.

I. Os códigos da tabela de MCDT válidos para [ecografia obstétrica morfológica] são o M292.5 e o M291.7. A data que deve ser usada para verificar se este exame está ou não dentro das [18; 24] semanas ([127; 168] dias) é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até 30 dias após a data de referência do indicador.

J. Para a condição [ecografia morfológica] do numerador, a datação da gravidez faz-se por regra a partir da [data de parto corrigida] registada no módulo ou programa de saúde materna. Caso a [data de parto corrigida] não esteja registada, a datação faz-se a partir da data da última menstruação (DUM), registada no módulo ou programa de saúde materna.

K. A classificação do registo de gravidez como [aborto], exclui a utente do denominador. Caso a gravidez termine em aborto (espontâneo ou provocado), tal deve ser registado no módulo ou programa de saúde materna (ver OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE), para que seja detetado pelo SIARS. Embora o aborto possa e deva ser registado no A do SOAP e classificado pela ICPC-2 como [episódio], tal não é detetado pelo SIARS.

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. As ecografias obstétricas podem ser registadas quer no módulo de MCDT quer no programa de saúde materna.

B. É possível registar [Aborto] na janela [Revisão do puerpério]. Esta funcionalidade está acessível a partir do botão [RP] do [programa de saúde materna]. O [aborto] é selecionado na mesma lista em que é possível escolher o [tipo de parto].

C. No SAM, existem poucos registos de gravidez de lista de problemas, porque esta aplicação apenas faz o registo automático dos códigos ICPC-2 de gravidez no sistema de episódios (não os transpondo para a lista de problemas). Assim, nesta aplicação de registo clínico, a alínea D

de OBSERVAÇÕES GERAIS deve ter a seguinte leitura: D. O registo de gravidez na lista de problemas ou no sistema de episódios, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração seja coincidente em pelo menos um dia com a duração do registo no módulo ou programa de saúde materna, devendo ser verdadeira a condição [AA ou (BB e CC)]:

AA. Existe pelo menos um registo de um dos códigos ICPC-2 relacionados com gravidez, no sistema de episódios, entre a DUM e a [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver como se determina a [data de fim da gravidez] nas OBSERVAÇÕES GERAIS).

BB. a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna.

CC. a [Data fim] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de gravidez pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico não necessita estar classificado como "ativo", mas não pode ter sido classificado como "inválido".

B. Para que sejam contabilizados neste indicador, as [ecografias obstétricas] podem ser registadas quer no módulo de MCDT quer no módulo de saúde materna.

C. O resultado das [ecografias obstétricas] podem ser registados quer em formato de texto, quer em formato parametrizado, quer em formato multimédia.

D. O [aborto] pode ser registado no módulo de saúde materna (por baixo da zona de registo da [data da última menstruação] e da [data de parto]).

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O denominador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o período em análise do denominador a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de novembro inicia o período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.

- A principal variável de "ancoragem" de cada grávida a este indicador é o facto de o 42º dia de puerpério pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Os períodos em análise das restantes variáveis do denominador e de cada variável do numerador dependem do período da gestação ou do puerpério em que devem ser realizados.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	5

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Materna	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

Legenda

DUM - Data da Última Menstruação

RP - Revisão do Puerpério;

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;

Ponder. - Ponderação

271	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.34.02	2013.271.01	Índice de acompanhamento adequado utentes DM

Designação

Índice de acompanhamento adequado em utentes com Diabetes Mellitus

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes.

Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento dos utentes com diabetes mellitus, de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento" determinado para cada utente com Diabetes Mellitus inscrito. O "score de acompanhamento" de cada utente com Diabetes Mellitus inscrito pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com Diabetes Mellitus.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de acompanhamento" determinado para cada diabético inscrito. O "score de acompanhamento" de cada diabético inscrito pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.
B	Ter pelo menos 2 consultas médicas de vigilância da diabetes, realizadas nos últimos 12 meses, uma em cada semestre (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).	0,20
C	A condição [C1 e C2] é verdadeira: C1. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre (ver alíneas C, D, E e I de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE). C2. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre (ver alíneas C, D, E e I de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).	0,12
E	Que tenham pelo menos um registo parametrizado do IMC e do peso, medidos nos últimos 12 meses (ver alíneas J, K, L, M e R de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06
F	Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado após os 20 anos de idade do utente, ou nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas J, K, L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,03
G	A condição [G1 e G2 e G3] é verdadeira: G1. Com pelo menos um registo de HgbA1c no último semestre (ver alíneas F, G, H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE). G2. Com pelo menos um registo de HgbA1c no penúltimo semestre (ver alíneas F, G, H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE). G3. O último resultado registado de HgbA1c é inferior ou igual a 8.0% (ver alíneas F, G, H e N de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,32
J	Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 12 meses (ver alínea O de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06
K	Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 24 meses (ver alínea P de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06
L	Existe pelo menos um registo de exame dos pés, realizado nos últimos 12 meses (ver alínea Q de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,15

GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. O diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 190 dias que antecedem a data de referência do indicador (metodologia período em análise flutuante) ou pelo menos desde 7 dias antes do início de cada semestre (período em análise fixo) (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em diabetes, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico;

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, os códigos ICPC-2 específicos de diabetes, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são o T89 ou o T90 ou sub-rubricas.

B. Apenas se contabiliza uma consulta médica por utente por dia;

C. São contabilizados no numerador os registos de pressão arterial realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

D. Só se contabilizam registos de pressão arterial em que tanto a pressão sistólica como a diastólica tenham sido avaliadas e registadas na mesma data.

E. Não se contabilizam registos de pressão arterial realizados em texto livre no SOAP;

F. O código da tabela de MCDT, válido para registar HgbA1c é o A531.2. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando doseadores próprios) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

G. Apenas se contabilizam HgbA1c com resultado registado.

H. A data que deve ser usada para verificar se a HgbA1c está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

I. Pela metodologia de cálculo [período em análise flutuante], os utentes com diabetes diagnosticados de novo só são incluídos no denominador 190 dias (6 meses e 7 dias) após o registo do diagnóstico, por forma a que existam 7 dias para a realização da primeira HgbA1c ainda naquele que será o 1º semestre do indicador calculado a 31 de Dezembro. Pela metodologia [período em análise fixo], determina-se que quando a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o diagnóstico de diabetes deve ser anterior a 25 de dezembro do ano precedente e que quando a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o diagnóstico de diabetes deve ser anterior a 24 de junho do ano em curso.

J. Quando a unidade de observação é o médico ou a unidade de saúde, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Quando a unidade de observação é o ACES, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde.

K. Os registos de estatura podem ter sido registados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde (independentemente da unidade de observação do indicador).

L. Os registos de IMC, peso e estatura podem ser realizados nos módulos ou programas de hipertensão, diabetes, planeamento familiar e saúde materna. Podem também ser registados noutros módulos das aplicações destinadas a registar parâmetros do exame objetivo, tal como especificado em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. Não são contabilizados registos de texto livre no O do SOAP.

M. Não é obrigatório que o peso e altura sejam registados no mesmo dia. O peso deve ser registado durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. A estatura deve estar registada pelo menos uma vez com data de medição posterior aos 20 anos de idade, ou, caso o utente tenha menos de 21 anos, deve existir um registo nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

N. Se em determinada data existir um resultado de HgbA1c que cumpra a condição H do numerador (resultado de HgbA1c no último semestre) e também a condição J (inferior ou igual a 8.0%) e posteriormente a essa data e ainda antes da data de referência do indicador, existir uma requisição de HgbA1c ainda sem resultado, tal não invalida que se contabilize o utente no numerador. No entanto, se até 30 dias após a data de referência do indicador, o resultado dessa HgbA1c for registado e for superior a 8.0%, esse utente já não pode ser incluído no numerador.

O. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para registar microalbuminúria (ou análise equivalente) são os seguintes: A560.6 (microalbuminúria), A1318.2 (Albumina de baixa concentração) e A596.7 (proteinúria). O código da microalbuminúria A560.6 permite requisitar a [microalbuminúria de 24 horas], a [microalbuminúria de 12 horas] e a [microalbuminúria em amostra de urina]. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando p.e. o Micralteste) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. Apenas se contabilizam microalbuminúrias ou as proteinúrias com resultado registado. A data que deve ser usada para verificar se a microalbuminúria está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

P. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para o colesterol total, para o colesterol HDL e para os triglicéridos são respetivamente o A1029.9, o A412.0 e o A620.3. A data que deve ser usada para verificar se estas análises estão ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até 30 dias após a data de referência do indicador. As análises podem ser requisitadas em documentos diferentes. A data de realização das 3 análises pode ser diferente.

Q. O [exame de pés] pode ser registado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

R. Não é obrigatório que os profissionais registem manualmente o valor do IMC. Basta que existam registos do peso e da estatura conforme descrito nas REGRAS DE CÁLCULO. Os sistemas de informação calculam de forma automática o IMC.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados neste sistema.

B. A pressão arterial pode ser registada neste sistema.

SAM/SClínico:

A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna e planeamento familiar.

B. A pressão arterial pode ser registada na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna e planeamento familiar.

C. A microalbuminúria pode ser registada no módulo de MCDT e em campos específicos existentes na ficha de hipertensão e na ficha de diabetes.

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. A HgbA1c pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne:

- Módulo de análises - Análise "Hemoglobina glicada"

- Módulo Diabetes - Campo "Hemoglobina glicada"

C. A HgbA1c podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS apenas contabiliza os registados no módulo de análises.

D. A pressão arterial pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne (campos de PA sistólica e PA diastólica):

- Biometrias;

- Módulo de hipertensão;

- Módulo de diabetes;

- Módulo de saúde materna;

- Módulo de planeamento familiar;

E. A proteinúria, o colesterol total, o colesterol HDL, os triglicéridos e a HgbA1c podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.

F. A microalbuminúria pode ser requisitada e registada quer através do módulo de análises quer através do módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.

G. A microalbuminúria pode também ser registada nos campos criados para o efeito quer no módulo de hipertensão, quer no módulo de diabetes.

H. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados nas biometrias e nos módulos de hipertensão, diabetes, saúde materna e planeamento familiar.

I. Os registos de exame dos pés devem ser realizados no módulo de diabetes, usando um dos campos seguintes: a) rastreio do pé; b) exames dos pés.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "1 consulta médica por semestre"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Numerador (variável "registo de pressão arterial em 2 semestres"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

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

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

- Numerador (variável "estatura"): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

- Numerador (variável "Registo de HgbA1c em 2 semestres"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Numerador (variável "HgbA1c inferior ou igual a 8,0%"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

- Numerador (variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos"): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "exame dos pés"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "Diabetes na lista de problemas"): Duração de 190 dias, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "1 consulta médica por semestre"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do

indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Numerador (variável "registo de pressão arterial em 2 semestres"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador.

Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

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

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

- Numerador (variável "estatura"): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

- Numerador (variável "Registo de HgbA1c em 2 semestres"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Numerador (variável "HgbA1c inferior ou igual a 8,0%"): Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador se situa nos primeiros 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano em curso. Quando a data de referência do indicador se situa nos últimos 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de julho do ano em curso.

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

- Numerador (variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos"): Duração de 13 a 24 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-1 e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "exame dos pés"): 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 ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "Diabetes na lista de problemas"): Duração de 1 mês e 7 dias a 6 meses e 7 dias, terminando na data de referência do indicador. Se a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o período em análise inicia-se a 25 de Dezembro do ano precedente e o diagnóstico de diabetes deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde essa data até à data de referência do indicador. Se a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o período em análise inicia-se a 24 de junho do ano corrente e o diagnóstico de diabetes deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde essa data até à data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	6

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

HgbA1c - Hemoglobina glicosada;
MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;
DM - Diabetes Mellitus;
Ponder. - Ponderação

272	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.35.02	2013.272.01	Índice de acompanham. adequado de hipertensos

Designação

Índice de acompanhamento adequado de utentes com hipertensão arterial

Objetivo

Monitorizar o programa de hipertensão.

Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento dos utentes hipertensos, de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento" determinado para cada hipertenso inscrito. O "score de acompanhamento" de cada hipertenso inscrito pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de acompanhamento" determinado para cada hipertenso inscrito. O "score de acompanhamento" de cada hipertenso inscrito pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.
B	A condição [B1 e B2] é verdadeira: B1. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância em hipertensão, realizada num dos semestres (ver alíneas A e G de OBSERVAÇÕES GERAIS). B2. Ter pelo menos 1 consulta médica ou de enfermagem de vigilância em hipertensão, realizada no outro semestre (ver alíneas A, B e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,32
D	A condição [D1 e D2] é verdadeira: D1. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre (ver alíneas C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE). D2. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre (ver alíneas C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).	0,12
F	Na última pressão arterial registada (há menos de 6 meses), a pressão é inferior a 150/90 mmHg (ver alíneas C, D, E e P de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários sobre PERÍODO EM ANÁLISE). Condição apenas aplicável a utentes com menos de 65 anos (ver alíneas F e O de OBSERVAÇÕES GERAIS). Caso o utente tenha 65 ou mais anos, é atribuída a totalidade da ponderação.	0,20
G	Ter pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular, realizada nos últimos 36 meses. Condição apenas aplicável a utentes com 40 ou mais anos (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS) e sem nenhum dos seguintes diagnósticos ativo na lista de problemas (à data de referência do indicador): diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90); enfarte agudo do miocárdio (K75); doença cardíaca isquémica sem angina (K74); doença cardíaca isquémica com angina (K76); trombose ou acidente vascular cerebral (K90); doença vascular cerebral (K91); aterosclerose ou doença vascular periférica (K92). Caso o utente tenha menos de 40 anos ou algum dos diagnósticos referidos é atribuída a totalidade da ponderação.	0,12
H	Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 36 meses (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06
I	Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 36 meses (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06

K	Que tenham pelo menos um registo parametrizado do peso, medido nos últimos 12 meses (ver alíneas J, K, L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06
L	Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, medido após os 20 anos de idade do utente, ou nos 2 anos que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas J, K, L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em HTA, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, os códigos ICPC-2 específicos de HTA, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são o K86, o K87 ou sub-rubricas.

B. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em HTA, é necessária a existência de registos compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClínico/SAPE

- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E004 | Vigilância em hipertensão]

Nota 2: Na norma C012, os códigos ICPC-2 específicos de HTA, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são o K86, o K87 ou sub-rubricas.

C. São contabilizados no numerador os registos de pressão arterial realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

D. Só se contabilizam registos de pressão arterial em que tanto a pressão sistólica como a diastólica tenham sido avaliadas e registadas na mesma data.

E. Não se contabilizam registos de pressão arterial realizados em texto livre no SOAP;

F. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

G. É necessária a existência de 1 consulta médica e 1 de enfermagem (em semestres diferentes) ou 2 consultas médicas (em semestres diferentes);

H. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para registar microalbuminúria (ou análise equivalente) são os seguintes: A560.6 (microalbuminúria), A1318.2 (Albumina de baixa concentração) e A596.7 (proteinúria). O código da microalbuminúria A560.6 permite requisitar a [microalbuminúria de 24 horas], a [microalbuminúria de 12 horas] e a [microalbuminúria em amostra de urina]. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando p.e. o Micralteste) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. Apenas se contabilizam microalbuminúrias ou as proteinúrias com resultado registado. A data que deve ser usada para verificar se a microalbuminúria está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

I. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para o colesterol total, para o colesterol HDL e para os triglicéridos são respetivamente o A1029.9, o A412.0 e o A620.3. A data que deve ser usada para verificar se estas análises estão ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até 30 dias após a data de referência do indicador. As análises podem ser requisitadas em documentos diferentes. A data de realização das 3 análises pode ser diferente.

J. Quando a unidade de observação é o médico ou a unidade de saúde, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Quando a unidade de observação é o ACES, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde.

K. Os registos de estatura podem ter sido registados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde (independentemente da unidade de observação do indicador).

L. Os registos de peso e estatura podem ser realizados nos módulos ou programas de hipertensão, diabetes, planeamento familiar e saúde materna. Podem também ser registados noutros módulos das aplicações destinadas a registar parâmetros do exame objetivo, tal como especificado em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. Não são contabilizados registos de texto livre no O do SOAP.

M. Não é obrigatório que o peso e altura sejam registados no mesmo dia. O peso deve ser registado durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. A estatura deve estar registada pelo menos uma vez com data de medição posterior aos 20 anos de idade, ou, caso o utente tenha menos de 22 anos, deve existir um registo nos 24 meses que antecedem a data de referência do indicador.

N. Os utentes com hipertensão arterial diagnosticados de novo só são incluídos no denominador 6 meses após o registo do diagnóstico, por forma a que passe tempo suficiente para a realização de algumas das atividades avaliadas no numerador.

O. A condição da pressão arterial é avaliada apenas em utentes com menos de 65 anos, pois é controverso, do ponto de vista clínico, exigir esse tipo de limiar de pressão arterial para utentes com idade superior. Para além disso, existe outro indicador (Proporção de utentes com

hipertensão arterial com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg), que já segue esta lógica.
P. Apenas são considerados no numerador os utentes com registo de PAS inferior a 150 e PAD inferior a 90.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. O peso e a estatura podem ser registados neste sistema.

B. A pressão arterial pode ser registada neste sistema.

SAM/SClínico:

A. O peso e a estatura podem ser registados na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.

B. A pressão arterial pode ser registada na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.

C. A microalbuminúria pode ser registada no módulo de MCDT e em campos específicos existentes na ficha de hipertensão e na ficha de diabetes.

D. O risco cardiovascular pode ser registado quer na ficha individual quer na ficha de hipertensão, sendo contabilizado para este indicador independentemente da ficha onde é registado.

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. A pressão arterial pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne (campos de PA sistólica e PA diastólica):

- Biometrias;

- Módulo de hipertensão;

- Módulo de diabetes;

- Módulo de saúde infantil;

- Módulo de saúde materna;

- Módulo de planeamento familiar;

C. A proteinúria, o colesterol total, o colesterol HDL e os triglicéridos podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.

D. A microalbuminúria pode ser requisitada e registada quer através do módulo de análises quer através do módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.

E. A microalbuminúria pode também ser registada nos campos criados para o efeito quer no módulo de hipertensão, quer no módulo de diabetes.

F. O peso e a estatura podem ser registados nas biometrias e nos módulos de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variáveis "consulta médica", "consulta de enfermagem"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Numerador (variável "registo de pressão arterial em 2 semestres"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Numerador (variável "resultado da pressão arterial"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "registo do risco cardiovascular"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "microalbuminúria"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

- Numerador (variável "estatura"): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "HTA na lista de problemas"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variáveis "consulta médica", "consulta de enfermagem"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Numerador (variável "registo de pressão arterial em 2 semestres"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data

de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Numerador (variável "resultado da pressão arterial"): Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador se situa nos primeiros 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano em curso. Quando a data de referência do indicador se situa nos últimos 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de julho do ano em curso.

- Numerador (variável "registro do risco cardiovascular"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.

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

- Numerador (variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.

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

- Numerador (variável "estatura"): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "HTA na lista de problemas"): Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Se a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano corrente e o diagnóstico de HTA deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde 1 de janeiro até à data de referência do indicador, para que se considere verdadeira a condição B do denominador (assume-se que se manterá "ativa" até 30 de junho). Se a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o período em análise inicia-se a 1 de julho do ano corrente e o diagnóstico de HTA deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde 1 de julho até à data de referência do indicador, para que se considere verdadeira a condição B do denominador (assume-se que se manterá "ativo" até 31 de dezembro).

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	8

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Hipertensão	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

PA - Pressão arterial;
PAS - Pressão arterial sistólica;
PAD - Pressão arterial diastólica;
MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;
Ponder. - Ponderação

274

Código

6.46.01

Código SIARS

2013.274.01

Nome abreviado

Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada

Designação

Proporção de utentes com diabetes tipo 2 e indicação para insulino terapia, a fazer terapêutica adequada

Objetivo

Monitorizar a efetividade da terapêutica farmacológica da Diabetes Mellitus tipo 2. Parâmetro "terapêutica adequada insulina".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes tipo 2 e indicação para insulino terapia, com pelo menos uma prescrição de insulina nos últimos 12 meses.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes tipo 2 e com prescrição de insulina nos últimos 12 meses (AA).

Denominador: Soma da contagem de utentes inscritos com diabetes tipo 2 e prescrição de insulina (BB) e da contagem de utentes com diabetes

tipo 2, sem prescrição de insulina e HgbA1c superior a 9% (CC).

Regras de cálculo

AA:

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

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

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

C. Na data de referência do indicador, existe pelo menos uma insulina associada à terapêutica crónica (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. Existe pelo menos uma insulina prescrita nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

BB:

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

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

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

C. Na data de referência do indicador, existe pelo menos uma insulina associada à terapêutica crónica (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. Existe pelo menos uma insulina prescrita nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

CC:

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

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

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

C. Na data de referência do indicador, não existe nenhuma insulina associada à terapêutica crónica (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. Não existe nenhuma insulina prescrita nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. Os último resultado de HgbA1c registado é superior a 9%, desde que registada no período em análise (ver alíneas E, F, G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

F. A média de resultados de HgbA1c registados no período em análise é superior a 9% (ver alíneas E, F, G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. São contabilizados todas as prescrições e registos na terapêutica crónica de medicamentos pertencentes ao grupo 8.4.1.1 (Insulina de ação curta), ao grupo 8.4.1.2 (Insulina de ação intermédia) ou ao grupo 8.4.1.3 (Insulina de ação prolongada) da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT).

B. Não se contabilizam no numerador utentes a quem tenham sido prescritas insulinas no ano anterior se não coexistirem insulinas registadas na terapêutica crónica.

C. Não se contabilizam no numerador utentes que à data de referência do indicador tenham insulinas registadas na terapêutica crónica, se nenhuma tiver sido prescrita no último ano.

D. A insulina prescrita no último ano e a insulina registada na terapêutica crónica devem não necessitam ter o mesmo DCI. No entanto, necessitam pertencer ao mesmo grupo CFT. Também não necessitam ter a mesma [forma farmacêutica], nem o mesmo [nome do medicamento] nem a mesma [dosagem].

E. Os medicamentos pertencentes a esta classe CFT podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

F. O código da tabela de MCDT, válido para registar HgbA1c é o A531.2. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando doseadores próprios) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

G. Apenas se contabilizam HgbA1c com resultado registado.

H. A data que deve ser usada para verificar se a HgbA1c está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

C. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar

classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

D. A HgbA1c pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne:

- Módulo de análises - Análise "Hemoglobina glicada"

- Módulo Diabetes - Campo "Hemoglobina glicada"

E. A HgbA1c podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS apenas contabiliza os registados no módulo de análises.

SAM/SClínico:

A. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável "inscrição do utente": Coincidente com a data de referência do indicador;

- Variável "diabetes na lista de problemas": Coincidente com a data de referência do indicador;

- Variável "registo de medicamento na terapêutica crónica": Coincidente com a data de referência do indicador.

- Variável "prescrição de medicamento": Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Variável "Último registo de HgbA1c": Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Variável "Média de registos de HgbA1c": Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
$AA / (BB + CC) \times 100$	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos; DCI - Denominação Comum Internacional; DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2; ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical"; HgbA1c - Hemoglobina glicosada; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;

275	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.47.01	2013.275.01	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.

Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico diabetes tipo 2 que iniciam terapêutica com metformina em monoterapia

Objetivo

Monitorizar a efetividade da terapêutica farmacológica da Diabetes Mellitus tipo 2. Parâmetro "terapêutica com metformina".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de diabetes tipo 2 que iniciam terapêutica farmacológica com metformina em monoterapia.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com novo diagnóstico de diabetes tipo 2 que iniciam terapêutica farmacológica com metformina em monoterapia.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com novo diagnóstico de diabetes tipo 2 e a quem foi iniciada terapêutica farmacológica.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. A primeira prescrição farmacológica relacionável com diabetes tipo 2 (com antidiabéticos orais ou com insulina), realizada ao utente, é com metformina em monoterapia (ver alíneas A, B, C e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Durante os 30 dias que sucedem a primeira prescrição relacionável com diabetes tipo 2 identificada na alínea B do NUMERADOR (metformina em monoterapia), não foi prescrita qualquer outra substância ativa relacionável com diabetes tipo 2 (ver alíneas A, B e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (rubrica da ICD-10 T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo" e a respetiva [data de início] pertence ao período em análise (ver alíneas D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. A primeira prescrição farmacológica com antidiabéticos orais ou com insulina, realizada ao utente, foi efetuada durante os 12 meses anteriores (período em análise flutuante) ou desde 1 de janeiro (período em análise fixo). Ver alíneas A, B e G de OBSERVAÇÕES GERAIS.

Observações Gerais

A. Consideram-se pertencentes ao grupo dos [antidiabéticos orais], os medicamentos pertencentes à classe 8.4.2 da classificação CFT.

B. Consideram-se pertencentes ao grupo das [insulinas], as prescrições pertencentes ao grupo 8.4.1.1 (Insulina de ação curta), ao grupo 8.4.1.2 (Insulina de ação intermédia) ou ao grupo 8.4.1.3 (Insulina de ação prolongada) da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT).

C. São consideradas prescrições de "metformina em monoterapia" as pertencentes à classe A10BA02 (METFORMINA) da classificação Terapêutica Anatómica e Química (ATC).

D. Contabilizam-se apenas os utentes com diagnóstico de diabetes tipo 2 com início (campo "data de início" do problema) no período em análise. Isto pressupõe que os médicos quando procedem ao registo de um novo problema de saúde alterem a data que é colocada por defeito pelo sistema de registo clínico nesse campo (habitualmente a data atual) para a data aproximada em que o problema foi diagnosticado ao doente. Não o fazendo, tal ocasiona uma sobre-valorização do denominador deste indicador.

E. No denominador (e consequentemente no numerador), apenas se incluem utentes com novo diagnóstico de diabetes tipo 2 a quem tenha sido iniciada terapêutica farmacológica. Não se incluem utentes a quem nunca tenha sido prescrito nem antidiabéticos orais nem insulina (doentes apenas com controlo alimentar e exercício-físico).

F. Apenas se incluem no denominador utentes com data de início do diagnóstico de diabetes pertencente ao período em análise. Pretende-se com isto evitar que doentes com diagnósticos mais antigos e recentemente inscritos na unidade de saúde (com prescrição de longa data não registada no sistema de informação) sejam mal interpretados pelo sistema como "primeiras prescrições". Consequentemente, esta opção deixará de fora do denominador (falsos negativos do denominador) utentes com diabetes tipo 2 de longa data que iniciaram pela primeira vez terapêutica farmacológica para a diabetes tipo 2 durante o período em análise.

G. Os medicamentos pertencentes às classes CFT e ATC acima referidas podem ser consultados em

<http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

H. Incluem-se no denominador utentes com "primeira prescrição farmacológica com antidiabéticos orais ou com insulina", independentemente de a mesma ter ou não sido iniciada por um dos médicos na unidade funcional de inscrição do utente. Ou seja, incluem-se no denominador utentes em que o "novo diagnóstico de diabetes" ou a "primeira prescrição farmacológica" tenha, por exemplo, ocorrido num SAP ou serviço afim. Assim, unidades funcionais que ofereçam maior acessibilidade aos utentes em situações como aquelas que conduzem a um diagnóstico de diabetes (utente que pretende mostrar análises pedidas por outrem evidenciando diabetes ou utente com sintomas típicos de diabetes) têm maior probabilidade de, seguindo as normas de orientação clínica da DGS, ter melhores resultados neste indicador.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes tipo 2 pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "metformina em monoterapia"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "diagnóstico de diabetes tipo 2"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "primeira prescrição farmacológica com antidiabéticos orais ou com insulina"): Duração de 120 meses (10 anos), terminando na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos;
DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2;
ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical"

277	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.28.02	2013.277.01	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A

Designação

Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos tabágicos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabagismo, no último ano

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde juvenil e de adultos. Parâmetro "consulta relacionada com tabagismo".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de fumadores com idade igual ou superior a 14 anos, a quem foi feita consulta relacionada com tabagismo, no último ano.
Numerador: Contagem de fumadores com idade igual ou superior a 14 anos a quem foi feita consulta relacionada com tabagismo, no último ano.
Denominador: Contagem de fumadores com idade igual ou superior a 14 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos uma [consulta médica de vigilância] relacionada com o problema [tabagismo] nos últimos 12 meses (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Existe pelo menos uma [consulta de enfermagem de vigilância] relacionada com o problema [tabagismo] nos últimos 12 meses (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Ter idade igual ou superior a 14 anos (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de tabagismo (rubrica da ICPC-2 P17) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo" (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. O último registo de hábitos tabágicos, válido no período em análise, é superior a 0 (zero) (ver alíneas D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica] relacionada com tabagismo, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, o código ICPC-2 específico de tabagismo, que pode ser usado para o classificar como "problema de

saúde da consulta" é o P17 ou sub-rubricas.

B. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem] relacionada com tabagismo, é necessária a existência de registos compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClinico/SAPE

- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E006 | Consulta relacionada com tabagismo]

Nota 2: Na norma C012, o código ICPC-2 específico de tabagismo, que pode ser usado para o classificar como "problema de saúde da consulta" é o P17 ou sub-rubricas.

C. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

D. Os registos de hábitos tabágicos podem ser feitos por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

E. Um utente sem P17 na lista de problemas e sem qualquer registo de hábitos tabágicos, não é contabilizado no denominador.

Um utente sem P17 na lista de problemas e com registo de "0 cigarros por dia" (ou equivalente), não é contabilizado no denominador.

Um utente com P17 na lista de problemas (ativo) é contabilizado no denominador.

Um utente com registo de hábitos tabágicos superior a 0 (zero) é contabilizado no denominador.

Um utente que no registo de "hábitos tabágicos" é classificado como "fumador", é contabilizado no denominador.

F. A data que deve ser usada para validar se o "hábito tabágico" é ou não válido no período em análise, é a respetiva [data de fim] que deve pertencer ao período em análise ou não deve estar preenchida.

Observações Sobre Software

SAM/SClinico:

A. Os hábitos tabágicos podem ser registados na [ficha individual] e nas diversas fichas de programas de saúde ([diabetes], [hipertensão], [planeamento familiar] e [saúde materna]).

Podem ser usados os seguintes campos:

1. Campo "Tabaco" no grupo "Hábitos", que tem os seguintes itens para escolha: Sim; Não; Sem preenchimento. O SAM/SClinico registam as datas em que os médicos procedem a alterações a este campo.

2. Campo "Tabaco" no grupo "Consultas". Campo usado para registar o nº de [cigarros por dia] que o doente consome na data em que é feito o registo.

3. Campo "Carga tabágica" no grupo "Consultas". Campo usado para registar o nº unidades-massa-ano (UMA) calculadas na data em que é feito o registo.

SAPE/SClinico:

A. Não existe forma de proceder ao registo normalizado da informação de hábitos tabágicos.

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de tabagismo pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. Os hábitos tabágicos são registados no módulo de hábitos. O registo de utente "sem hábitos tabágicos" faz-se colocando um 0 (zero) no campo da quantidade.

VITACARE

A. Para os hábitos tabágicos é possível registar:

- Se fuma? (Sim/Não);

- Número de cigarros/dia;

- Data de início;

- Data de termo;

- Carga tabágica (calculado automaticamente pelo sistema).

Um doente é considerado fumador se a resposta à pergunta "Se fuma?" for "sim" ou se o "Número de cigarros/dia" for superior a 0 (zero). Em qualquer dos casos, testa-se se a [data de termo] do "hábito" é posterior à data de referência do indicador.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

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

- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "P17 na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "registo de hábitos tabágicos"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "consulta médica ou 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"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "P17 na lista de problemas"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "registo de hábitos tabágicos"): 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 utentes	4

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

278	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.09.04	2013.278.01	Proporção medicam. prescritos, que são genéricos

Designação

Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos

Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de fármacos. Parâmetro "proporção de embalagens de genéricos"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos.

Numerador: Contagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos.

Denominador: Contagem de embalagens de medicamentos prescritas.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de embalagens de medicamentos prescritos em que a expressão [A e [(B e C) ou (D e E)]] é verdadeira (ver alíneas B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS):

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Prescrição ocorreu por DCI.

C. O medicamento prescrito pertence a um CNPEM que tem pelo menos um medicamento genérico.

D. Prescrição não ocorreu por DCI.

E. O medicamento prescrito é um genérico.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Prescritas a utentes com [inscrição ativa] na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Prescritas por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, usando o código identificador da unidade de saúde, durante o período em análise.

Observações Gerais

A. As embalagens contabilizadas no denominador (e consequentemente no numerador) pertencem a utentes utilizadores durante o período em análise e inscritos durante pelo menos um dia do período em análise (não necessitam estar inscritos à data de referência do indicador).

B. Quando um médico prescreve por DCI um medicamento pertencente a um grupo que no mês da prescrição não tenha genéricos introduzidos no mercado, esse medicamento não é contabilizado no numerador.

C. São considerados medicamentos "genéricos" os que têm o símbolo "MG" na embalagem e identificados como tal no site do Infarmed em <http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

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 embalagens	4

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

279	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	3.16.01	2013.279.01	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 alíneas A e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).
DENOMINADOR (BB):
 Contagem de contactos em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira:
 A. Realizados aos utentes [integrados na ECCI], durante o período em análise do denominador.
 B. Realizados durante o período de integração na ECCI.
 C. Realizados no domicílio, por qualquer enfermeiro da UCC (ver alíneas B, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).
 D. 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.

E. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os domicílios realizados aos utentes, com "data de realização" prévia à abertura da UCC não influenciam o denominador nem o numerador deste indicador.

F. Indicador apenas calculado para UCC com SClinico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClinico/SAPE. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

G. Numa ECCI em que a atividade aos fins de semana e feriados seja semelhante (em horário e número de profissionais) à desenvolvida nos dias úteis da semana, é esperado que o resultado deste indicador seja próximos dos 30% ($[n^\circ \text{ de dias por ano de fim de semana e feriado}] / 365$). Numa ECCI que reduza a sua actividade ao fim de semana e feriado a cerca de 25% da actividade nos dias úteis da semana, são esperados resultados próximos dos 8% ($0.25 \times [n^\circ \text{ de dias por ano de fim de semana e feriado}] / 365$).

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico:

A. No SAPE/SClinico, 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 resultado
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.

280

Código

3.17.01

Código SIARS

2013.280.01

Nome abreviado

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 da UCC, podendo um deles também ser realizado por um médico ou interno da unidade funcional onde o utente tem inscrição activa (ver alíneas B, C, D e F 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 E e 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; outros profissionais de saúde com funções clínicas (exclui secretários clínicos).

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/SClínico

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

- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico:

- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico (domicílios)

- C019 | Consulta de "outro profissional" não presencial - [SClínico - Perfil "outro profissional"], incluindo:

a) Consulta não presencial realizada por fisioterapeuta

b) Consulta não presencial realizada por assistente social

c) Consulta não presencial realizada por psicólogo

d) Consulta não presencial realizada por nutricionista

e) Consulta não presencial realizada por outro tipo de profissional de saúde

- C020 | Consulta presencial de "outro profissional" - [SClínico - Perfil "outro profissional"], incluindo:

a) Consulta presencial (domicílio) realizada por fisioterapeuta

b) Consulta presencial (domicílio) realizada por assistente social

c) Consulta presencial (domicílio) realizada por psicólogo

d) Consulta presencial (domicílio) realizada por nutricionista

e) Consulta presencial (domicílio) realizada por outro tipo de profissional de saúde

D. A data de realização dos contactos contabilizados 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. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da

fórmula seguinte:

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

F. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, utentes integrados na ECCI com data prévia à constituição da UCC, não influenciam o denominador deste indicador. Da mesma forma, os domicílios realizados aos utentes, com "data de realização" prévia à abertura da UCC não influenciam o numerador.

G. Indicador apenas calculado para UCC com SClinico/SAPE/SAM, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClinico/SAPE/SAM. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico:

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 resultado
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	2013.281.01	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: [Fator 1] / [Fator 2] x 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 e F 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:

[Duração da integração] = [Data de alta] - [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; outros profissionais de saúde com funções clínicas (exclui secretários clínicos).

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/SClínico

- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico

- C020 | Consulta presencial de "outro profissional" - [SClínico - Perfil "outro profissional"], incluindo:

a) Consulta presencial (domicílio) realizada por psicólogo

b) Consulta presencial (domicílio) realizada por fisioterapeuta

c) Consulta presencial (domicílio) realizada por assistente social

d) Consulta presencial (domicílio) realizada por nutricionista

e) Consulta presencial (domicílio) realizada por outro tipo de profissional de saúde

E. Pode-se contabilizar mais do que 1 domicílio, por dia, pelo mesmo profissional.

F. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os dias de integração prévios à constituição da UCC, não influenciam o denominador deste indicador. Da mesma forma, os domicílios realizados aos utentes, com "data de realização" prévia à abertura da UCC não influenciam o numerador.

G. Indicador apenas calculado para UCC com SClínico/SAPE/SAM, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar

SClínico/SAPE/SAM. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

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 resultado
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	2013.282.01	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. Ativas à data de referência do indicador (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

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

C. Serão contabilizadas no denominador as comunidades do tipo "turma", cujo período de vigência inclua a data de referência do indicador.

Todas as turmas devem ter uma [data de início] e uma [data de fim] preenchidas. Caso o campo [ativo/inativo] esteja preenchido com "inativo", tal é interpretado como se a [data de fim] tivesse sido preenchida com uma data anterior à data de referência do indicador. Caso a [data de fim] esteja por preencher, a [data de início] seja anterior à data de referência do indicador ou esteja por preencher, e o campo campo [ativo/inativo] esteja preenchido com "ativo", a turma é incluída no denominador.

D. As UCC devem proceder ao registo das turmas do parque escolar contratualizadas em cada ano, mantendo ativas em cada mês as que pertençam ao "ano letivo" em curso. Para efeitos deste indicador, considera-se que o ano letivo se inicia a 1 de setembro de cada ano e termina a 31 de agosto do ano seguinte.

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

F. Para efeitos do processo de contratualização, o mês relevante para fazer a avaliação de determinado ano é o de agosto desse ano. O mês relevante para ser usado como histórico para negociar metas para o ano seguinte é também o de agosto.

G. Caso as turmas contratualizadas sejam registadas no sistema de informação durante o mês de setembro e não sejam mais alteradas até agosto do ano seguinte, o denominador do indicador deverá manter-se constante nesses 12 meses. Igualmente, as turmas incluídas no numerador deverão ir aumentando progressivamente entre setembro desse ano e junho do ano seguinte. Em junho, julho e agosto, o numerador deverá manter-se estável, a não ser que se procedam a registos durante as férias escolares.

H. Indicador apenas calculado para UCC com SClínico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC

a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClinico/SAPE.

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico:

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

TJI - 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 FIXO

- Numerador (variável "consultas de enfermagem comunitárias"): Considerando que o ano letivo se inicia a 1 de setembro de cada ano e termina a 31 de agosto do ano seguinte, o período em análise desta variável tem início na data de início do ano letivo que inclui a data de referência do indicador e termina na data de referência do indicador (ver alíneas A, B e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

- 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 resultado
Acesso	Saúde Escolar	Não aplicável	Quanto mais alto, melhor

Legenda

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

283

Código

3.21.01

Código SIARS

2013.283.01

Nome abreviado

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 ou F)] é verdadeira:

A. Com idade compreendida no intervalo [4; 18[anos, medida na data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo" (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

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 alíneas D e E 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. O diagnóstico de "Dificuldade específica de aprendizagem" (rubrica ICPC P24) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador.

F. Com referência 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 "esporádicas".

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.

E. Os utentes residentes em freguesias partilhadas por mais de uma UCC não são incluídos no denominador de nenhuma dessas UCC.

A existência de freguesias partilhadas entre UCC diferentes decorreu da reorganização administrativa de limites territoriais das freguesias de 2013 e afecta, em outubro de 2015, as UCC e freguesias a seguir especificadas:

COD_UF	UCC	ACES	ARS	COD_FREGUESIA	FREGUESIA
2060851	UCC Celas	ACES Baixo Mondego	ARS Centro	60318	Santo António dos Olivais
2061051	UCC Norton de Matos	ACES Baixo Mondego	ARS Centro	60318	Santo António dos Olivais
1135326	UCC São Mamede Infesta	ACES Matosinhos	ARS Norte	130811	União das freguesias de Custóias, Leça do Balio e Guifões
1135327	UCC Senhora da Hora	ACES Matosinhos	ARS Norte	130811	União das freguesias de Custóias, Leça do Balio e Guifões
1132856	UCC Âncora	ACES Gaia	ARS Norte	131727	União das freguesias de Mafamude e Vilar do Paraíso
1133555	UCC Tempus	ACES Espinho/Gaia	ARS Norte	131727	União das freguesias de Mafamude e Vilar do Paraíso
1135326	UCC São Mamede Infesta	ACES Matosinhos	ARS Norte	130814	União das freguesias de São Mamede de Infesta e Senhora da Hora
1135327	UCC Senhora da Hora	ACES Matosinhos	ARS Norte	130814	União das freguesias de São Mamede de Infesta e Senhora da Hora
1161251	UCC Barroelas	ACES Alto Minho	ARS Norte	160946	União das freguesias de Subportela, Deocriste e Portela Susã
1161111	UCC Darque	ACES Alto Minho	ARS Norte	160946	União das freguesias de Subportela, Deocriste e Portela Susã

Esta questão influencia este indicador, quando calculado para os ACES a freguesias é partilhada entre ACES diferentes (utentes dos ACES de

Gaia ou do ACES Espinho/Gaia, quando o utente reside na "União das freguesias de Mafamude e Vilar do Paraíso").

F. Indicador apenas calculado para UCC com SClinico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClinico/SAPE.

G. O PNSE de 2015 desenvolve-se nos Estabelecimentos de Educação e Ensino (EEE) do Ministério da Educação: Agrupamentos Escolares e Escolas não Agrupadas (AE) com atividade em Jardim de infância, Ensino Básico e Secundário (EBS), Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) com intervenção na população escolar e, sempre que os recursos humanos o permitam, em instituições privadas com acordo de cooperação. Abrange assim crianças e jovens no grupo etário definido de [4; 18[anos.

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico:

A. O SAPE e o SClinico 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 "idade"): Coincidente com a 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 "idade"): Coincidente com a 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 resultado
Acesso	Saúde Escolar	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

NSE - Necessidades de Saúde Especiais;

SNIP - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

284

Código

6.49.01

Código SIARS

2013.284.01

Nome abreviado

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 alíneas B e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias (ver alíneas C e D 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

D. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os utentes com [data de alta] da ECCI prévia à constituição da UCC, não influenciam o denominador nem o numerador deste indicador.

E. Indicador apenas calculado para UCC com SClinico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClinico/SAPE. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico:

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 resultado
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	2013.285.01	Taxa de efetivid. na 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 ulcera 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 alíneas B e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias (ver alíneas C e E 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 documentado no processo de enfermagem através dos grupos de status enunciados em [OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE > SAPE/SClínico sem normalização > alínea A] e em [OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE > SAPE/SClínico com normalização > alínea A]. Para a definição destes status deve ter-se em conta os resultados da avaliação efetuada através da escala de Braden (ver orientação da DGS nº 17/2011 de 19 de Maio).
E. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os utentes com [data de integração] na ECCI prévia à constituição da UCC, não influenciam o denominador nem o numerador deste indicador.
F. Indicador apenas calculado para UCC com SClínico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClínico/SAPE. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

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 "úlceras 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 resultado
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

6.51.01

Código SIARS

2013.286.01

Nome abreviado

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 alíneas B e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Não se contabilizam os documentados em utentes com duração de internamento superior a 365 dias (ver alíneas C e D 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

D. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os utentes com [data de integração] na ECCI prévia à constituição da UCC, não influenciam o denominador nem o numerador deste indicador.

E. Indicador apenas calculado para UCC com SClinico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClinico/SAPE. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico 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.

SClinico com normalização:

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

SAPE/SClinico:

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 resultado
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	Código SIARS	Nome abreviado
	2.15.01	2013.287.01	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 [úlceras 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 "úlceras de pressão", "úlceras de pressão presente em grau reduzido", "úlceras de pressão presente em grau moderado", "úlceras de pressão presente em grau elevado" e "úlceras 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 alíneas A e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias (ver alíneas B e C 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

C. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os utentes com [data de integração] na ECCI prévia à constituição da UCC, não influenciam o denominador nem o numerador deste indicador.

D. Indicador apenas calculado para UCC com SClinico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClinico/SAPE. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico 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.

SClinico com normalização:

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

SAPE/SClinico:

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 resultado
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	2013.288.01	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 Gerais

A. Indicador apenas calculado para UCC com SClinico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClinico/SAPE.

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico 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.

SClinico com normalização:

A. O SClinico 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 resultado
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

2013.289.01

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 realizada 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 (válida à data de referência do indicador).

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.
- C. Indicador apenas calculado para UCC com SClinico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClinico/SAPE. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico 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.

SClinico com normalização:

A. O SClinico 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 resultado
Desempenho assistencial	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	Quanto mais alto, melhor

Legenda

290

Código

6.54.01

Código SIARS

2013.290.01

Nome abreviado

Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuidado."

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. Uteses 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. Uteses 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 efetuado 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

D. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os utentes com [data de integração] na ECCI prévia à constituição da UCC, não influenciam o denominador nem o numerador deste indicador.

E. Indicador apenas calculado para UCC com SClinico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClinico/SAPE. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico 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).

SClinico 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 resultado
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	2013.291.01	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 alíneas B e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias (ver alíneas C e D 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:
 $[Duração da integração] = [Data de alta] - [Data de admissão] + 1$
- D. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os utentes com [data de integração] na ECCI prévia à constituição da UCC, não influenciam o denominador nem o numerador deste indicador.
- E. Indicador apenas calculado para UCC com SClinico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClinico/SAPE. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

Observações Sobre Software

SAPE/SClinico:

- 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 resultado
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	2013.292.01	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 intersejam o período em análise (ver alíneas A, E, F e G 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. Contabilizam-se no numerador os dias de integração na ECCI de utentes integrados durante pelo menos um dia no período em análise, independentemente da integração ter ocorrido durante ou antes desse período e independentemente da alta ter ocorrido durante ou após esse período, desde que se salogue o que também se afirma na alínea G das OBSERVAÇÕES GERAIS.

C. As vagas das UCC são contratualizadas anualmente e carregadas no sistema de informação, para 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.

E. Também se contabilizam no numerador os dias correspondentes às suspensões de vaga, uma vez que as ECCI não podem ocupar essa vaga com um doente diferente durante o período da suspensão.

F. Para a contabilização do nº de dias de internamento (para o numerador), não é contabilizado o dia da alta (para que uma vaga não seja contabilizada duas vezes quando um doente é integrado no mesmo dia em que outro sai).

G. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os dias de integração ocorridos na ECCI, prévios à constituição da UCC, não influenciam o numerador deste indicador.

H. Indicador apenas calculado para UCC com SClínico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClínico/SAPE. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

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 resultado
Eficiência	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.

293	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.19.01	2013.293.01	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 (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Utentes com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alíneas A e C 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.

C. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os utentes com [data de alta] da ECCI prévia à constituição da UCC, não influenciam o denominador deste indicador. Da mesma forma, os dias de integração ocorridos na ECCI, prévios à constituição da UCC, não influenciam o numerador deste indicador.

D. Indicador apenas calculado para UCC com SClínico/SAPE, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne nem com VitaCare. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClínico/SAPE. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

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 resultado
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.

NOVOS INDICADORES PREVISTOS PARA 2017

093	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.01.05	2013.093.01	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução

Designação

Proporção de crianças com 2 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador

Objetivo

Monitorizar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) nos utentes com inscrição ativa - coorte dos 2 anos.

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de crianças que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução, entre as que completam 2 anos.

Numerador: Contagem de crianças que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução.

Denominador: Contagem de crianças que completam 2 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Na data de referência do indicador, não possuem vacinas do PNV em atraso (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Os registos de vacinas devem ser efetuados no SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

B. São incluídos no numerador, as crianças que à data de referência do indicador, não tenham que ser convocados por atraso na inoculação de alguma vacina do PNV. Assim, são incluídas:

a) As que tenham o PNV totalmente cumprido pelo esquema cronológico recomendado;

b) As que tenham o PNV totalmente cumprido pelo esquema cronológico de recurso adaptado à idade;

c) As que tenham o PNV ainda a ser executado pelo esquema cronológico de recurso adaptado à idade e com a(s) próxima(s) inoculação(ões) vacina(s) recomendada(s) para data posterior à data de referência do indicador.

C. Aceita-se a realização de [registo completo] ou de [registo simplificado]. No [registo completo], todas as inoculações de cada tipo de vacina devem estar registadas. No [registo simplificado], apenas é necessário que a última dose da vacina esteja registada, com especificação da data de inoculação e do nº de ordem da inoculação. Aceita-se que umas vacinas estejam com [registo completo] e outras com [registo simplificado]

D. Quando uma criança tem serologia positiva para uma doença prevenível por uma das vacinas do PNV, é possível registar no SINUS o estado de [Imunizado], associado a essa vacina. Da mesma forma, se uma criança tiver contra-indicação para a administração de uma vacina, é possível registar que a mesma se encontra [contra-indicada]. As vacinas relativamente às quais é colocado o atributo [imunizado] ou o atributo [contra-indicado] são classificadas como cumpridas. Não são incluídos no numerador os utentes que recusam uma ou mais inoculações de vacina.

E. Uma criança é incluída no numerador se a condição [AA e (BB ou CC ou DD ou EE) e (FF ou GG) e (HH ou II ou JJ ou KK) e (LL ou MM ou NN) e (OO ou PP) e (QQ ou RR) e (SS ou TT ou UU ou VV)] for verdadeira:

AA. Pelo menos 1 inoculação e registo de BCG ou um registo de cicatriz de BCG ou um registo de prova tuberculínica (até à data de referência do indicador). Esta regra deixa de ser aplicável para indicadores com data de referência igual ou superior a maio de 2015 (por rutura de stock nacional da BCG a partir desse mês).

BB. Registo da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB (inoculação e registo até à data de referência do indicador).
 CC. Inoculação e registo da 2ª dose de VHB ou VHAB nos 7 meses que antecedem a data referência do indicador.
 DD. Inoculação e registo da 1ª dose de VHB ou VHAB no mês que antecede a data referência do indicador.
 EE. Registo de VHB ou VHAB com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 FF. Inoculação e registo de Hib ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPwHibVIP (anterior à data de referência do indicador);
 GG. Registo de Hib ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPwHibVIP com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 HH. Inoculação e registo da 4ª dose (ou superior) de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP (até à data de referência do indicador).
 II. Inoculação e registo da 3ª dose de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador.
 JJ. Inoculação e registo da 2ª ou da 1ª dose de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP no mês que antecede a data referência do indicador.
 KK. Registo de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 LL. Inoculação e registo da 3ª dose (ou superior) de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP (até à data de referência do indicador).
 MM. Inoculação e registo da 1ª ou 2ª dose de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP no mês que antecede a data referência do indicador.
 NN. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 OO. Inoculação e registo de pelo menos uma dose de MenC (inoculação e registo anteriores à data de referência do indicador).
 PP. Registo de MenC com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 QQ. Inoculação e registo de VASPR (até à data de referência do indicador).
 RR. Registo de VASPR com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 SS. Nascido antes de 1 de janeiro de 2015.
 TT. Registo de PN13 (ou equivalente anti-pneumocócica) com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 UU. Inoculação e registo da 2ª dose (ou superior) de PN13 (ou equivalente anti-pneumocócica), entre o D350 de vida da criança e a data de referência do indicador).
 VV. Inoculação e registo da 1ª dose de PN13 (ou equivalente anti-pneumocócica) nos 2 meses que antecedem a data referência do indicador.
 F. São incluídos no denominador deste indicador todos os utentes inscritos na unidade de observação à data de referência do indicador. O SIARS contabiliza no denominador também os utentes [excluídos] do módulo de vacinação do SINUS.
 G. Os códigos SINUS equivalentes à vacina PN13 são as seguintes: "PNEUMO 23", "PN10", "PN23", "PN7", "PREVENAR";

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "inoculação de vacinas do PNV"): O período em análise para deteção de vacinas pertencentes a cada criança incluída no denominador, inicia-se com o respetivo nascimento e termina na data de referência do indicador.
 - Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, tem [2, 3] anos.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "inoculação de vacinas do PNV"): O período em análise para deteção de vacinas pertencentes a cada criança incluída no denominador, inicia-se com o respetivo nascimento e termina na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso tem [2, 3] anos.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

094	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.01.06	2013.094.01	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução

Designação

Proporção de crianças com 7 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador

Objetivo

Monitorizar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) nos utentes com inscrição ativa - coorte dos 7 anos.

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de crianças que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução, entre as que completam 7 anos.

Numerador: Contagem de crianças que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução.

Denominador: Contagem de crianças que completam 7 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Na data de referência do indicador, não possuem vacinas do PNV em atraso (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Os registos de vacinas devem ser efetuados no SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

B. São incluídos no numerador, as crianças que à data de referência do indicador, não tenham que ser convocados por atraso na inoculação de alguma vacina do PNV. Assim, são incluídas:

a) As que tenham o PNV totalmente cumprido pelo esquema cronológico recomendado;

b) As que tenham o PNV totalmente cumprido pelo esquema cronológico de recurso adaptado à idade;

c) As que tenham o PNV ainda a ser executado pelo esquema cronológico de recurso adaptado à idade e com a(s) próxima(s) inoculação(ões) vacina(s) recomendada(s) para data posterior à data de referência do indicador.

C. Aceita-se a realização de [registo completo] ou de [registo simplificado]. No [registo completo], todas as inoculações de cada tipo de vacina devem estar registadas. No [registo simplificado], apenas é necessário que a última dose da vacina esteja registada, com especificação da data de inoculação e do nº de ordem da inoculação. Aceita-se que umas vacinas estejam com [registo completo] e outras com [registo simplificado]

D. Quando uma criança tem serologia positiva para uma doença prevenível por uma das vacinas do PNV, é possível registar no SINUS o estado de [Imunizado], associado a essa vacina. Da mesma forma, se uma criança tiver contra-indicação para a administração de uma vacina, é possível registar que a mesma se encontra [contra-indicada]. As vacinas relativamente às quais é colocado o atributo [imunizado] ou o atributo [contra-indicado] são classificadas como cumpridas. Não são incluídos no numerador os utentes que recusam uma ou mais inoculações de vacina.

E. Uma criança é incluída no numerador se a condição [AA e (BB ou CC ou DD ou EE) e (FF ou GG ou HH ou II ou JJ ou KK ou LL) e (MM ou NN ou OO ou PP ou QQ) e (RR ou SS) e (TT ou UU ou VV)] for verdadeira:

AA. Pelo menos 1 inoculação e registo de BCG ou um registo de cicatriz de BCG ou um registo de prova tuberculínica (até à data de referência do indicador). Esta regra deixa de ser aplicável para indicadores com data de referência igual ou superior a maio de 2015 (por rutura de stock nacional da BCG a partir desse mês).

BB. Inoculação e registo da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB (até à data de referência do indicador).

CC. Inoculação e registo da 2ª dose de VHB ou VHAB nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador.

DD. Inoculação e registo da 1ª dose de VHB ou VHAB no mês que antecede a data referência do indicador.

EE. Registo de VHB ou VHAB com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

FF. Inoculação e registo da 4ª dose (ou superior) de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP (anterior à data de referência do indicador).

GG. Inoculação e registo da 3ª dose de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador.

HH. Inoculação e registo da 2ª ou da 1ª dose de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP no mês que antecede a data referência do indicador.

II. Inoculação e registo da 3ª dose (ou superior) de Td (posterior aos 7 anos de idade e anterior à data de referência do indicador).

JJ. Inoculação e registo da 2ª dose de Td, (posterior aos 7 anos de idade e compreendido nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador).

KK. Inoculação e registo da 1ª dose de Td, (posterior aos 7 anos de idade e compreendido no mês que antecede a data referência do indicador).

LL. Registo de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP ou Td com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

MM. Inoculação e registo da 4ª dose (ou superior) de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP (anterior à data de referência do indicador).

NN. Inoculação e registo da 3ª dose de VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP (posterior aos 4 anos de idade e anterior à data de referência do indicador e nem a 2ª nem a 1ª dose foram feitas com VAP).

OO. Inoculação e registo da 2ª dose de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador.

PP. Inoculação e registo da 1ª dose de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP no mês que antecede a data referência do indicador.

QQ. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

RR. Inoculação e registo de MenC (até à data de referência do indicador).

SS. Registo de MenC com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

TT. Inoculação e registo da 2ª dose (ou superior) de VASPR (até à data de referência do indicador).

UU. Inoculação e registo da 1ª dose de VASPR no mês que antecede a data referência do indicador.

VV. Registo de VASPR com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

F. São incluídos no denominador deste indicador todos os utentes inscritos na unidade de observação à data de referência do indicador. O SIARS contabiliza no denominador também os utentes [excluídos] do módulo de vacinação do SINUS;

G. Para o cumprimento deste indicador não é necessário ter qualquer dose de vacina anti Haemophilus influenzae b, porque acima dos 5 anos, não está prevista a administração desta vacina.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "inoculação de vacinas do PNV"): O período em análise para deteção de vacinas pertencentes a cada criança incluída no denominador, inicia-se com o respetivo nascimento e termina na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, tem [7; 8[anos.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "inoculação de vacinas do PNV"): O período em análise para deteção de vacinas pertencentes a cada criança incluída no denominador, inicia-se com o respetivo nascimento e termina na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso tem [7; 8[anos.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

095	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.01.07	2013.095.01	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução

Designação

Proporção de jovens com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador

Objetivo

Monitorizar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) nos utentes com inscrição ativa - coorte dos 14 anos.

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de jovens que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução, entre os que completam 14 anos.

Numerador: Contagem de jovens que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução.

Denominador: Contagem de jovens que completam 14 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Na data de referência do indicador, não possuem vacinas do PNV em atraso (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. [Inscrição ativa] na unidade de saúde, na data de referência do indicador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Os registos de vacinas devem ser efetuados no SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

B. São incluídos no numerador, os jovens que à data de referência do indicador, não tenham que ser convocados por atraso na inoculação de alguma vacina do PNV. Assim, são incluídos:

a) Os que tenham o PNV totalmente cumprido pelo esquema cronológico recomendado;

b) Os que tenham o PNV totalmente cumprido pelo esquema cronológico de recurso adaptado à idade;

c) Os que tenham o PNV ainda a ser executado pelo esquema cronológico de recurso adaptado à idade e com a(s) próxima(s) inoculação(ões) vacina(s) recomendada(s) para data posterior à data de referência do indicador.

C. Aceita-se a realização de [registo completo] ou de [registo simplificado]. No [registo completo], todas as inoculações de cada tipo de vacina devem estar registadas. No [registo simplificado], apenas é necessário que a última dose da vacina esteja registada, com especificação da data de inoculação e do nº de ordem da inoculação. Aceita-se que umas vacinas estejam com [registo completo] e outras com [registo simplificado]

D. Quando um jovem tem serologia positiva para uma doença prevenível por uma das vacinas do PNV, é possível registar no SINUS o estado de [Imunizado], associado a essa vacina. Da mesma forma, se um jovem tiver contra-indicação para a administração de uma vacina, é possível registar que a mesma se encontra [contra-indicada]. As vacinas relativamente às quais é colocado o atributo [imunizado] ou o atributo [contra-indicado] são classificadas como cumpridas. Não são incluídos no numerador os utentes que recusam uma ou mais inoculações de vacina.

E. Um jovem é incluído no numerador se a condição [AA e (BB ou CC ou DD ou EE) e (FF ou GG ou HH ou II) e (JJ ou KK ou LL ou MM ou NN) e (OO ou PP) e (QQ ou RR ou SS) e (TT ou UU ou VV ou WW)] for verdadeira:

AA. Pelo menos 1 inoculação e registo de BCG ou um registo de cicatriz de BCG ou um registo de prova tuberculínica (até à data de referência do indicador). Esta regra deixa de ser aplicável para indicadores com data de referência igual ou superior a maio de 2015 (por rutura de stock nacional da BCG a partir desse mês).

BB. Inoculação e registo da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB (até à data de referência do indicador).

CC. Inoculação e registo da 2ª dose de VHB ou VHAB nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador.

DD. Inoculação e registo da 1ª dose de VHB ou VHAB no mês que antecede a data referência do indicador.

EE. Registo de VHB ou VHAB com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

FF. Inoculação e registo da 3ª dose (ou superior) de Td (anterior à data de referência do indicador).

GG. Inoculação e registo da 2ª dose de Td, nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador.
 HH. Inoculação e registo da 1ª dose de Td, no mês que antecede a data referência do indicador.
 II. Registo de Td com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 JJ. Inoculação e registo da 4ª dose (ou superior) de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP (anterior à data de referência do indicador).
 KK. Inoculação e registo da 3ª dose de VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP (posterior aos 4 anos de idade e anterior à data de referência do indicador) e nem a 2ª nem a 1ª dose foram feitas com VAP.
 LL. Inoculação e registo da 2ª dose de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador.
 MM. Inoculação e registo da 1ª dose de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP no mês que antecede a data referência do indicador.
 NN. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 OO. Inoculação e registo de MenC (até à data de referência do indicador).
 PP. Registo de MenC com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 QQ. Inoculação e registo da 2ª dose (ou superior) de VASPR (até à data de referência do indicador).
 RR. Inoculação e registo da 1ª dose de VASPR no mês que antecede a data referência do indicador.
 SS. Registo de VASPR com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 TT. Sexo masculino.
 UU. Inoculação e registo da 2ª dose (ou superior) de HPV (entre 9 anos de idade e a data de referência do indicador).
 VV. Inoculação e registo da 1ª dose de HPV nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador.
 WW. Registo de HPV com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).
 F. São incluídos no denominador deste indicador todos os utentes inscritos na unidade de observação à data de referência do indicador. O SIARS contabiliza no denominador também os utentes [excluídos] do módulo de vacinação do SINUS;

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "inoculação de vacinas do PNV"): O período em análise para deteção de vacinas pertencentes a cada criança incluída no denominador, inicia-se com o respetivo nascimento e termina na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, tem [14, 15[anos.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "inoculação de vacinas do PNV"): O período em análise para deteção de vacinas pertencentes a cada criança incluída no denominador, inicia-se com o respetivo nascimento e termina na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso tem [14, 15[anos.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 100	%	Proporção de jovens	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

276

Código

6.48.01

Código SIARS

2013.276.01

Nome abreviado

Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais

Designação

Rácio entre o somatório de DDD prescrita em inibidores DPP-4 e o somatório de DDD prescrita em antidiabéticos orais, em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2

Objetivo

Monitorizar a efetividade da terapêutica farmacológica da Diabetes Mellitus tipo 2. Parâmetro "Rácio de DDD prescrita em terapêutica com inibidores DPP-4".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime o rácio entre o somatório de DDD prescrita com inibidores DPP-4 e o somatório de DDD prescrita com antidiabéticos orais, em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2.

Numerador: Somatório de DDD prescrita com inibidores DPP-4 em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2.

Denominador: Somatório de DDD prescrita com com antidiabéticos orais, em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório de DDD dos medicamentos prescritos (ver alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS) em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Incluídos no denominador.

B. Pertencentes ao grupo dos inibidores DPP-4 (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Somatório de DDD dos medicamentos prescritos (ver alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS) em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira:

A. Prescritos a utentes com [inscrição ativa] na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Prescritos a utentes com o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) na lista de problemas, com o estado de "ativo" (na data de referência do indicador).

C. Pertencentes ao grupo dos antidiabéticos orais (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. Prescritos em receitas que não tenham sido posteriormente anuladas

Observações Gerais

A. Consideram-se pertencentes ao grupo dos inibidores DPP-4, os medicamentos pertencentes às classes seguintes da classificação ATC:

- A10BH01 SITAGLIPTINA
- A10BH02 VILDAGLIPTINA
- A10BH03 SAXAGLIPTINA
- A10BH05 LINAGLIPTINA
- A10BH04 ALOGLIPTINA
- A10BD07 METFORMINA E SITAGLIPTINA
- A10BD08 METFORMINA E VILDAGLIPTINA
- A10BD10 METFORMINA E SAXAGLIPTINA
- A10BD11 METFORMINA E LINAGLIPTINA
- A10BD13 METFORMINA E ALOGLIPTIN
- A10BD09 PIOGLITAZONA E ALOGLIPTINA

B. Consideram-se pertencentes ao grupo dos [antidiabéticos orais], os medicamentos pertencentes à classe 8.4.2 da classificação CFT.

C. Os medicamentos pertencentes a estas classes (CFT e ATC) podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

D. As DDD que estão a ser usadas por cada embalagem de medicamento simples (sem associação) prescrito são as que resultam da aplicação da informação que pode ser consultada em http://www.whooc.no/atc_ddd_index/ às características (dosagem e dimensão da embalagem) do medicamento em questão.

E. As DDD que estão a ser usadas por cada embalagem de medicamento composto (com associação de DCI) prescrito são as que resultam da aplicação da informação que pode ser consultada em http://www.whooc.no/atc_ddd_index/ à dimensão da embalagem do medicamento em questão.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "DDD de inibidores de DPP-4 prescritos"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "DDD de antidiabéticos orais prescritos"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "diagnóstico de diabetes tipo 2"): Duração 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "DDD de inibidores de DPP-4 prescritos"): 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 "DDD DE antidiabéticos orais prescritos"): 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"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "diagnóstico de diabetes tipo 2"): 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	%	Rácio de DDD	2

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Eficiência	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais baixo, melhor

Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos;
DCI - Denominação Comum Internacional;
ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical";
DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2;
DPP-4 - Dipeptidil peptidase-4;
DDD - Dose Diária Definida

294

Código

4.30.03

Código SIARS

2013.294.01

Nome abreviado

Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos

Designação

Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos idosos

Objetivo

Permite monitorizar produtividade das equipas de enfermagem, na realização de domicílios de enfermagem em pessoas idosas.

Descrição do Indicador

Exprime o número de domicílios de enfermagem realizados por ano por cada 100 utentes idosos.

Numerador: Contagem de domicílios de enfermagem realizados no período em análise.

Denominador: Contagem de utentes idosos com [inscrição ativa] durante pelo menos um dia do período em análise.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

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

B. Realizados no domicílio, por qualquer enfermeiro da unidade de saúde (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Que estão de acordo com as definições de [Consulta enfermagem com a presença do utente (direta)] com os códigos C005, C011 e C017 (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS e [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

Observações Gerais

A. Apenas se contabiliza um contacto, por utente, por dia;

B. No denominador, contabilizam-se utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise, pois existe um número significativo de consultas domiciliárias que são realizadas a utentes que acabam por falecer antes do último dia do período em análise, o que provocaria uma quebra significativa de domicílios no numerador (quando comparada com os domicílios efetivamente realizados pelos profissionais no período em análise).

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

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

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

D. Quando a unidade de observação é um ACES, contabilizam-se as visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros das UCC a utentes a utentes com [inscrição ativa] numa das unidades (USF ou UCSP) do ACES. Esses domicílios realizados por enfermeiros da UCC não são contabilizadas nos indicadores em que a unidade de observação é uma USF, uma UCSP ou um médico.

Observações Sobre Software

SClínico/SAPE:

A. No SAPE, 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].

MEDICINEONE:

A. Um contacto fica como [domicílio] se o respetivo [Tipo de contacto] foi definido como [domicílio].

B. O SIARS não lê informação que tenha sido registada no módulo de domicílios, a não ser que em simultâneo seja gerado um contacto do tipo [domicílio] e um [SOAP].

C. Apenas se contabilizam as consultas que não tenham sido assinalados como [Sem atividade clínica] em [Outras caraterísticas do contacto].

D. Apenas se contabilizam consultas relativamente às quais: a) não tenha sido assinalado que o utente faltou; b) não tenha sido anulada; c) não tenha sido desmarcada.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "consulta"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "consulta"): 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"): 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 "idade"): Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB x 1.000	por 1.000	Taxa de consultas domiciliárias (Enf.)	4

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

Legenda

EF - Enfermeiro de Família

295

Código

6.26.04

Código SIARS

2013.295.01

Nome abreviado

Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP

Designação

Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna durante a gravidez e com consulta de revisão de puerpério

Objetivo

Monitorização do Programa de Vigilância em Saúde Materna, área de acesso às consultas de enfermagem de saúde materna, durante a gravidez e puerpério.

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de puérperas que realizaram pelo menos 5 consultas de enfermagem de vigilância durante a gravidez e uma consulta de enfermagem de revisão de puerpério.

Numerador: Contagem de puérperas que realizaram pelo menos 5 consultas de enfermagem de vigilância durante a gravidez e uma consulta de enfermagem de revisão de puerpério.

Denominador: Contagem de puérperas.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Uteses incluídos no denominador.

B. Uteses que tiveram pelo menos 5 consultas de enfermagem de vigilância de gravidez no período compreendido entre a DUM e o [fim da gravidez] (ver alíneas A e E de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. Uteses que tiveram pelo menos 1 consulta de enfermagem de revisão do puerpério, no período compreendido entre o [fim da gravidez] e o 42º dia de puerpério (ver alíneas B, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

- A. Ser mulher;
- B. Gravidez registada por um médico ou interno da unidade de saúde, no módulo ou no programa de saúde materna;
- C. Gravidez não classificada como aborto (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- D. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo] (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- E. [Inscrição ativa] na unidade de saúde durante pelo menos 7 meses do período compreendido entre a DUM e o 42º dia de puerpério (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- F. O 42º dia de puerpério, contabilizado a partir da [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador (ver alíneas E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em saúde materna, é necessária a existência de registos compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] que sejam realizados entre a DUM e a [data de fim da gravidez]:

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClínico/SAPE
- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne
- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E002 | Vigilância em saúde materna]

Nota 2: Na norma C012, os códigos ICPC-2 específicos de gravidez, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são W78, W79, W84 ou sub-rubricas.

B. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] de apoio à Revisão do Puerpério, é necessária a existência de registos compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] que sejam realizados durante o puerpério (entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia seguinte a essa data):

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SClínico/SAPE
- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne
- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E005 | Consulta de revisão do puerpério]

Nota 2: Nas normas C012 e C18 é possível a criação de um registo no módulo ou programa de saúde materna onde se assinala [revisão do puerpério].

C. Contabiliza-se no máximo uma consulta de enfermagem de RP por grávida.

D. O registo de gravidez na lista de problemas, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração, definida pelos campos [Data início] e [Data fim] seja coincidente em pelo menos um dia com a duração da gravidez respetiva no módulo ou programa de saúde materna, devendo verificar-se as 2 condições seguintes:

a) a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim da gravidez] (ver definição mais à frente em OBSERVAÇÕES GERAIS).

b) a [Data fim] do diagnóstico de gravidez ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

E. A [data de fim da gravidez] corresponde ao 1º dia do puerpério e é determinada da seguinte forma:

a) se a [data de parto] estiver registada, a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto].

b) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data de parto corrigida] em 8 semanas (56 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto corrigida].

c) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] não estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data da última menstruação] em 48 semanas (336 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à soma da [data da última menstruação] com [39 semanas e 6 dias] (280 dias).

F. Para efeitos de contabilização do puerpério, considera-se que a [data de fim da gravidez], tal como definida na alínea anterior, é o 1º dia de puerpério (P1).

G. A classificação do registo de gravidez como [aborto], exclui a utente do denominador. Caso a gravidez termine em aborto (espontâneo ou provocado), tal deve ser registado no módulo ou programa de saúde materna (ver OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE), para que seja detetado pelo SIARS. Embora o aborto possa e deva ser registado no A do SOAP e classificado pela ICPC-2 como [episódio], tal não é detetado pelo SIARS.

Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. É possível registar [Aborto] na janela [Revisão do puerpério]. Esta funcionalidade está acessível a partir do botão [RP] do [programa de saúde materna]. O [aborto] é selecionado na mesma lista em que é possível escolher o [tipo de parto].

B. No SAM, existem poucos registos de gravidez de lista de problemas, porque esta aplicação apenas faz o registo automático dos códigos ICPC-2 de gravidez no sistema de episódios (não os transpondo para a lista de problemas). Assim, nesta aplicação de registo clínico, a alínea D

de OBSERVAÇÕES GERAIS deve ter a seguinte leitura: D. O registo de gravidez na lista de problemas ou no sistema de episódios, usando a ICPC-2, realizado por médico ou interno da unidade de saúde, deve ser feito para que a sua duração seja coincidente em pelo menos um dia com a duração do registo no módulo ou programa de saúde materna, devendo ser verdadeira a condição [AA ou (BB e CC)]:

AA. Existe pelo menos um registo de um dos códigos ICPC-2 relacionados com gravidez, no sistema de episódios, entre a DUM e a [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [data de fim da gravidez]).

BB. a [Data início] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas deve ser anterior à [data de fim] da gravidez registada no programa de saúde materna (ver na alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS como se determina a [data de fim da gravidez]).

CC. a [Data fim] do diagnóstico de gravidez na lista de problemas ou não está definida ou é posterior à DUM da gravidez registada no programa de saúde materna.

MEDICINEONE:

A. O [aborto] pode ser registado no módulo de saúde materna (por baixo da zona de registo da [data da última menstruação] e da [data de parto]).

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O denominador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o período em análise do denominador a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de novembro inicia o período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.

- A principal variável de "ancoragem" de cada grávida a este indicador é o facto de o 42º dia de puerpério pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Para cada utente incluída no denominador, o período em análise inicia-se na DUM e termina no 42º dia do puerpério.

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

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Materna	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

Legenda

DUM - Data da Última Menstruação; RP - Revisão do Puerpério

297	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.21.03	2013.297.01	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót

Designação

Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos, no período em análise

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde mental. Parâmetro "Prescrição de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos em idosos".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos com idade igual ou superior a 65 anos sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos.

Numerador: Contagem de utentes inscritos sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com idade igual ou superior a 65 anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O somatório de DDD prescritas de medicamentos do tipo "ansiolíticos, sedativos, ou hipnóticos" durante o período em análise é inferior ou igual a 53 (ver alíneas A, B, C, D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Ter idade igual ou superior a 65 anos (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. São contabilizados todas as prescrições de medicamentos pertencentes ao grupo 2.9.1 (Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos) da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT) ou às classes N05B (Ansiolíticos) ou N05C (Hipnóticos e Sedativos) da classificação "Anatomical Therapeutic Chemical" (ATC).

B. **DDD** (definição): é a dose diária média de manutenção de um fármaco em adultos quando usado para o tratamento da sua principal indicação terapêutica (http://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/).

C. As DDD que estão a ser usadas neste indicador, por cada embalagem de medicamento prescrito, são as que resultam da aplicação da informação que pode ser consultada em http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ às características (dosagem e dimensão da embalagem) do medicamento em questão. Essa informação encontra-se sintetizada na tabela seguinte:

Código ATC	DCI	DDD	Unidade
N05BA	Mexazolam	---	---
N05BA01	Diazepam	10	mg
N05BA02	Clordiazepóxido	30	mg
N05BA03	Medazepan	20	mg
N05BA04	Oxazepam	50	mg
N05BA05	Clorazepato dipotássico	20	mg
N05BA06	Lorazepam	2,5	mg
N05BA08	Bromazepam	10	mg
N05BA09	Clobazam	20	mg
N05BA10	Cetazolam	---	---
N05BA11	Prazepam	30	mg
N05BA12	Alprazolam	1	mg
N05BA13	Halazepam	100	mg
N05BA15	Camazepam	30	mg
N05BA16	Nordazepam	15	mg
N05BA17	Fludiazepam	0,75	mg
N05BA18	Loflazepato de etilo	2	mg
N05BA22	Cloxazolam	---	---
N05BA23	Tofizopam	---	---
N05BB01	Hidroxizina	75	mg
N05BC01	Meprobamato	1200	mg
N05BC01	Emilcamato	900	mg
N05BE01	Buspirona	30	mg
N05CD	Delorazepam	---	---

N05CD01	Flurazepam	30	mg
N05CD02	Nitrazepam	5	mg
N05CD03	Flunitrazepam	1	mg
N05CD04	Estazolam	3	mg
N05CD05	Triazolam	0,25	mg
N05CD06	Lormetazepam	1	mg
N05CD07	Temazepam	20	mg
N05CD08	Midazolam	15	mg
N05CD09	Brotizolam	0,25	mg
N05CD10	Quazepam	15	mg
N05CD11	Loprazolam	1	mg
N05CF01	Zopiclona	7,5	mg
N05CF02	Zolpidem	10	mg
N05CF03	Zaleplon	10	mg
N05CH01	Melatonina	2	mg
N05CM02	Clometiazol	1500	mg
N05CM09	Valeriana	---	---
N05CM18	Dexmedetomidina	1	mg
R06AA09	Doxilamina	---	---

Assim, por exemplo, a prescrição de uma embalagem de 60 comprimidos de diazepam 10 mg, corresponde a 60 DDD e a prescrição de 1 embalagem de 60 comprimidos de diazepam 5 mg corresponde a 30 DDD.

Se a um utente, ao longo do período em análise do indicador, for prescrita uma embalagem de 20 comprimidos de zolpidem 10 mg e 2 embalagens de 30 comprimidos de diazepam 5 mg, tal corresponderá a 20 DDD referentes ao zolpidem e a 30 DDD referentes ao diazepam, ou seja, um total de 53 DDD de medicamentos do tipo "ansiolíticos, sedativos, ou hipnóticos". Este utente acabará por ser contabilizado para o numerador deste indicador.

D. Os medicamentos pertencentes a estas classes CFT e ATC podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

E. Nas situações em que não exista a definição de DDD, cada comprimido, ampola ou frasco prescrito é contabilizado como equivalente a 1 DDD.

F. O critério de 53 DDD como limiar entre "medicação não prolongada" (inferior ou igual a 53 DDD) e "medicação prolongada" (superior a 53 DDD) está alinhado com o preconizado na norma de orientação clínica da DGS sobre "Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos" (nº 055/2011, atualizada em 21-1-2015):

i. A norma prevê uma duração máxima de tratamento para a ansiedade patológica de 8 a 12 semanas (incluindo descontinuação) e de 4 semanas para a insónia patológica (incluindo descontinuação). Para este indicador usa-se valor máximo do intervalo preconizado para a insónia patológica, 12 semanas (sendo as 4 últimas em esquema de diminuição progressiva da dose do fármaco).

ii. Como o indicador se aplica a idosos, a dose diária dos fármacos administrados deve ser ajustada (para baixo). Considera-se que o ajuste será, no máximo, para 75% da dose preconizada para o adulto nas primeiras 8 semanas e 37,5% nas últimas 4.

iii. Nas primeiras 8 semanas de tratamento (56 dias) devem ser prescritas no máximo 42 DDD (75% de 56 dias).

iv. Nas últimas 4 semanas de tratamento (28 dias) devem ser prescritas no máximo 11 DDD (37,5% de 28 dias).

v. Conclui-se que o limiar previsto na norma nº 055/2011, para a ansiedade patológica, é de 53 DDD (42 + 11).

G. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

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

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "prescrição de medicamento"): 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: Coincidente 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 resultado
Desempenho assistencial	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	Quanto mais alto, melhor

Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos;
DCI - Denominação Comum Internacional;
ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical";
DDD - Dose Diária Definida

298	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.07.06	2013.298.01	Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.)

Designação

Despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador do SNS, excluindo tratamentos de fisioterapia (baseado no preço convencionado)

Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de MCDT. Parâmetro "despesa em MCDT faturados, por utilizador, sem tratamentos de fisioterapia"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador, baseado no [preço convencionado], excluindo os tratamentos de fisioterapia.

Numerador: Somatório do [preço convencionado] dos MCDT faturados por entidades convencionadas, com exclusão dos tratamentos de fisioterapia.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores pertencentes ao SNS.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do [preço convencionado] dos MCDT em que a expressão [A e B e C e (D ou E) e (F ou G ou H)] é verdadeira (ver alíneas K de OBSERVAÇÕES GERAIS):

A. Cujos registos de realização foram enviados pelas entidades convencionadas para faturação junto do ministério da saúde (ver alíneas A, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Com [data de aceitação da faturação] pertencente ao período em análise (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. O exame faturado não pertence à área de convenção G "fisioterapia" (ver alínea O de OBSERVAÇÕES GERAIS);

D. Na data de requisição da credencial, o utente tinha [inscrição ativa] na unidade de observação (ver alínea M de OBSERVAÇÕES GERAIS);

E. O nº de utente é irreconhecível na credencial (ver alínea N de OBSERVAÇÕES GERAIS);

F. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno numa credencial com código de um dos locais pertencentes a essa UF;

G. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno aos utentes inscritos no médico em análise, numa credencial com código de um dos locais pertencentes a essa UF;

H. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno numa credencial com código identificador de qualquer local de inscrição de utentes pertencentes ao ACES;

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Se a unidade de observação é um médico: ter [inscrição ativa] na lista do médico, à data de referência do indicador, ou ter pertencido ao

- médico em análise durante o período em análise e ter falecido ou sido transferido para outra unidade de saúde posteriormente.
- C. Se a unidade de observação é um ACES: ter [inscrição ativa] numa das USF ou UCSP do ACES, durante pelo menos um dia do período em análise.
- D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde). Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- E. Se a unidade de observação é um médico: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador). Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- F. Se a unidade de observação é um ACES: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise, realizada por qualquer médico ou interno do ACES, incluindo também as realizadas em [consultas de reforço] e as realizadas em [serviço de apoio permanente] (ou outros equivalentes). Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- G. Ser um utente do SNS (ver alíneas E e L de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

- A. São contabilizadas as despesas com MCDT processadas no CCF.
- B. A data que importa para verificar se determinado MCDT está ou não dentro do período em análise e assim decidir incluir ou não a respetiva despesa no somatório do numerador do indicador é a [data de aceitação da credencial pelo CCF]. A [data de prescrição] e a [data de execução] são ignoradas.
- C. Uma vez que as credenciais têm uma validade de 6 meses, existem alguns MCDT contabilizados no numerador (aceites para faturação durante o período em análise) que foram prescritos no ano anterior. Existem também MCDT prescritos durante o período em análise que só serão aceites para faturação depois desse período:
- D. As despesas com MCDT contabilizadas no numerador não têm necessariamente que ser geradas sobre os utentes do denominador porque existe a possibilidade de a credencial ter sido prescrita a um utente que a realiza e é transferido (ou falece) antes do início do período em análise, sendo a credencial posteriormente apresentada ao CCF já durante o período em análise.
- E. As entidades convencionadas apenas enviam para o centro de conferência de faturas, de forma sistemática, as credencias do SNS. Assim, os MCDT de utentes do SNS são os únicos que garantidamente são contabilizados no numerador.
- F. Não são contabilizados no numerador as despesas relacionados com:
- MCDT prescritos e não realizados (p.e. por recusa do utente em fazer o exame ou por extravio da credencial);
 - MCDT não participados: são prescritos nas unidades de saúde, realizados no laboratório, e pagos pelo utente (ou seguradoras) mas não são enviados pelas entidades convencionadas para faturação junto do ministério da saúde;
 - MCDT prescritos a utentes dos subsistemas, designadamente ADSE, SAD-PSP, SAD-GNR, IASFA, SS CGD e SAMS: são prescritos nas unidades de saúde, realizados nos laboratórios, mas a faturação é efetuada junto dos respetivos subsistemas;
- G. Caso uma entidade convencionada pertencente a uma ARS receba uma credencial de uma unidade de saúde de outra ARS, isso não constitui impedimento para que o SIARS contabilize essas despesas para a unidade de saúde respetiva.
- H. Os utentes contabilizados no denominador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta médica presencial] ou pelo menos uma [Consulta médica não presencial] com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:
- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico
 - C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico
 - C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne
 - C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne
 - C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare
 - C014 | Consulta médica presencial - VitaCare
- I. Os valores calculados para a unidade de observação [MED (médico)] são obtidos por desagregação dos resultados da respetiva unidade de saúde, tal como especificado no [Glossário e Legenda de Outros Termos] > [Unidades de observação]. No caso do centro de conferência de faturas não identificar o utente, o valor fica associado ao um [médico desconhecido] por não ser possível identificar o utente e, por consequência, o médico de família.
- J. Os valores calculados para o numerador de uma unidade funcional não têm que ser iguais aos valores obtidos através de relatórios do SIARS, relacionados com MCDT faturados, porque as regras de inclusão de despesa no numerador do indicador são mais restritivas das que as regras para o relatório. Por exemplo, o relatório de faturação de MCDT do SIARS considera a despesa com doentes "esporádicos", que não é incluída no numerador do indicador.
- K. O valor contabilizado por cada MCDT é o que consta da coluna "preço" da tabela oficial de MCDT convencionados (www.acss.min-saude.pt). A coluna "preço" da tabela de MCDT convencionados da ACSS é o valor que os convencionados devem receber do estado por cada exame efetuado e faturado. A [taxa moderadora] é o valor que o utente paga ao estado pelo exame. Como a [taxa moderadora] é recebida pelo convencionado, o que este acaba por receber do Estado é a diferença entre o [preço] e a [taxa moderadora]. Assim, para um exame com 2 euros de [taxa moderadora] e 20 euros de [preço], o convencionado fatura 20 euros, mas caso o utente não seja isento apenas recebe 18, pois já recebeu por conta do SNS os 2 euros do utente referente à taxa moderadora. Neste exemplo, o SIARS contabiliza 20 euros para este indicador. A métrica que serve de base a este indicador está definida na especificação M005 dos [Conceitos e métricas relacionadas com MCDT] na seção deste documento designada [Glossário e Legenda de Outros Termos].
- L. Os utentes contabilizados no denominador são os que pertencem ao SNS, isto é aqueles que no SINUS pertencem a um dos seguintes subsistemas:
- Qualquer CRSS
 - SNS

- Segurança social
- Subsistema desconhecido.
M. Ver conceito de [inscrição ativa] na secção deste documento [Glossário e Legenda de Outros Termos].
N. Quando os sistemas de leitura óptica não conseguem identificar o utente e conseguem identificar o local de prescrição, a despesa dessa credencial é contabilizada.
O. São contabilizadas as despesas com exames de qualquer área, excepto os da G (fisiatria). Nesta área de convenção não são contabilizadas consultas nem tratamentos.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. São contabilizados todos os exames prescritos quer através do módulo de análises quer através do módulo de MCDT.

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	€ / UTI	Despesa com MCDT	5

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

Legenda

MCDT - Meio complementar de diagnóstico e terapêutica;
€/UTI - Euros por utente utilizador;
CCF - Centro de conferência de faturas.

299	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.07.07	2013.299.01	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)

Designação

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

Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de MCDT. Parâmetro "despesa em MCDT de fisiatria faturados, por utilizador"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a despesa média de MCDT de fisiatria faturados, por utente utilizador, baseado no [preço convencionado].
Numerador: Somatório do [preço convencionado] dos MCDT de fisiatria faturados por entidades convencionadas.
Denominador: Contagem de utentes utilizadores pertencentes ao SNS.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do [preço convencionado] dos MCDT em que a expressão [A e B e C e (D ou E) e (F ou G ou H)] é verdadeira (ver alíneas K de OBSERVAÇÕES GERAIS):

- A. Cujos registos de realização foram enviados pelas entidades convencionadas para faturação junto do ministério da saúde (ver alíneas A, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- B. Com [data de aceitação da faturação] pertencente ao período em análise (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- C. O exame faturado pertence à área de convenção G "fisiatria" (ver alínea O de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- D. Na data de requisição da credencial, o utente tinha [inscrição ativa] na unidade de observação (ver alínea M de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- E. O nº de utente é irreconhecível na credencial (ver alínea N de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- F. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno numa credencial com código de um dos locais pertencentes a essa UF;
- G. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno aos utentes inscritos no médico em análise, numa credencial com código de um dos locais pertencentes a essa UF;
- H. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno numa credencial com código identificador de qualquer local de inscrição de utentes pertencentes ao ACES;

DENOMINADOR (BB):

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

- A. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter [inscrição ativa] nessa unidade, durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. Se a unidade de observação é um médico: ter [inscrição ativa] na lista do médico, à data de referência do indicador, ou ter pertencido ao médico em análise durante o período em análise e ter falecido ou sido transferido para outra unidade de saúde posteriormente.
- C. Se a unidade de observação é um ACES: ter [inscrição ativa] numa das USF ou UCSP do ACES, durante pelo menos um dia do período em análise.
- D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde). Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- E. Se a unidade de observação é um médico: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador). Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- F. Se a unidade de observação é um ACES: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise, realizada por qualquer médico ou interno do ACES, incluindo também as realizadas em [consultas de reforço] e as realizadas em [serviço de apoio permanente] (ou outros equivalentes). Ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.
- G. Ser um utente do SNS (ver alíneas E e L de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

- A. São contabilizadas as despesas com MCDT processadas no CCF.
- B. A data que importa para verificar se determinado MCDT está ou não dentro do período em análise e assim decidir incluir ou não a respetiva despesa no somatório do numerador do indicador é a [data de aceitação da credencial pelo CCF]. A [data de prescrição] e a [data de execução] são ignoradas.
- C. Uma vez que as credenciais têm uma validade de 6 meses, existem alguns MCDT contabilizados no numerador (aceites para faturação durante o período em análise) que foram prescritos no ano anterior. Existem também MCDT prescritos durante o período em análise que só serão aceites para faturação depois desse período:
- D. As despesas com MCDT contabilizadas no numerador não têm necessariamente que ser geradas sobre os utentes do denominador porque existe a possibilidade de a credencial ter sido prescrita a um utente que a realiza e é transferido (ou falece) antes do início do período em análise, sendo a credencial posteriormente apresentada ao CCF já durante o período em análise.
- E. As entidades convencionadas apenas enviam para o centro de conferência de faturas, de forma sistemática, as credencias do SNS. Assim, os MCDT de utentes do SNS são os únicos que garantidamente são contabilizados no numerador.
- F. Não são contabilizados no numerador as despesas relacionados com:
 - MCDT prescritos e não realizados (p.e. por recusa do utente em fazer o exame ou por extravio da credencial);
 - MCDT não participados: são prescritos nas unidades de saúde, realizados no laboratório, e pagos pelo utente (ou seguradoras) mas não são enviados pelas entidades convencionadas para faturação junto do ministério da saúde;
 - MCDT prescritos a utentes dos subsistemas, designadamente ADSE, SAD-PSP, SAD-GNR, IASFA, SS CGD e SAMS: são prescritos nas unidades de saúde, realizados nos laboratórios, mas a faturação é efetuada junto dos respetivos subsistemas;
- G. Caso uma entidade convencionada pertencente a uma ARS receba uma credencial de uma unidade de saúde de outra ARS, isso não constitui impedimento para que o SIARS contabilize essas despesas para a unidade de saúde respetiva.
- H. Os utentes contabilizados no denominador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta médica presencial] ou pelo menos uma [Consulta médica não presencial] com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:
 - C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico;
 - C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico
 - C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne
 - C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne
 - C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare
 - C014 | Consulta médica presencial - VitaCare

- I. Os valores calculados para a unidade de observação [MED (médico)] são obtidos por desagregação dos resultados da respetiva unidade de saúde, tal como especificado no [Glossário e Legenda de Outros Termos] > [Unidades de observação]. No caso do centro de conferência de faturas não identificar o utente, o valor fica associado ao um [médico desconhecido] por não ser possível identificar o utente e, por consequência, o médico de família.
- J. Os valores calculados para o numerador de uma unidade funcional não têm que ser iguais aos valores obtidos através de relatórios do SIARS, relacionados com MCDT faturados, porque as regras de inclusão de despesa no numerador do indicador são mais restritivas das que as regras para o relatório. Por exemplo, o relatório de faturação de MCDT do SIARS considera a despesa com doentes "esporádicos", que não é incluída no numerador do indicador.
- K. O valor contabilizado por cada MCDT é o que consta da coluna "preço" da tabela oficial de MCDT convencionados (www.acss.min-saude.pt). A coluna "preço" da tabela de MCDT convencionados da ACSS é o valor que os convencionados devem receber do estado por cada exame efetuado e faturado. A [taxa moderadora] é o valor que o utente paga ao estado pelo exame. Como a [taxa moderadora] é recebida pelo convencionado, o que este acaba por receber do Estado é a diferença entre o [preço] e a [taxa moderadora]. Assim, para um exame com 2 euros de [taxa moderadora] e 20 euros de [preço], o convencionado fatura 20 euros, mas caso o utente não seja isento apenas recebe 18, pois já recebeu por conta do SNS os 2 euros do utente referente à taxa moderadora. Neste exemplo, o SIARS contabiliza 20 euros para este indicador. A métrica que serve de base a este indicador está definida na especificação M005 dos [Conceitos e métricas relacionadas com MCDT] na seção deste documento designada [Glossário e Legenda de Outros Termos].
- L. Os utentes contabilizados no denominador são os que pertencem ao SNS, isto é aqueles que no SINUS pertencem a um dos seguintes subsistemas:
- Qualquer CRSS
 - SNS
 - Segurança social
 - Subsistema desconhecido.
- M. Ver conceito de [inscrição ativa] na secção deste documento [Glossário e Legenda de Outros Termos].
- N. Quando os sistemas de leitura óptica não conseguem identificar o utente e conseguem identificar o local de prescrição, a despesa dessa credencial é contabilizada.
- O. São contabilizadas as despesas com exames de qualquer área, excepto os da G (fisiatria). Nesta área de convenção não são contabilizadas consultas nem tratamentos.

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	€ / UTI	Despesa com MCDT	3

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

Legenda

MCDT - Meio complementar de diagnóstico e terapêutica;
€/UTI - Euros por utente utilizador;
CCF - Centro de conferência de faturas

300

Código

7.07.08

Código SIARS

2013.300.01

Nome abreviado

Nº médio prescr. consulta fisiatria, p/ utiliz.

Designação

Nº médio de prescrições de consulta de fisioterapia, por utente utilizador

Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de MCDT. Parâmetro "prescrição de fisioterapia"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime o nº médio de prescrições de consulta de fisioterapia, por utente utilizador.

Numerador: Contagem de prescrições para fisioterapia.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Prescritos durante o período em análise, a utentes incluídos no denominador;

B. O item prescrito pertence à área de convenção G "fisioterapia" e corresponde a uma consulta de fisioterapia (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno numa credencial com código de um dos locais pertencentes a essa UF;

D. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno aos utentes inscritos no médico em análise, numa credencial com código de um dos locais pertencentes a essa UF;

E. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno numa credencial com código identificador de qualquer local de inscrição de utentes pertencentes ao ACES;

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

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

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

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

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

Observações Gerais

A. A data que importa para verificar se a prescrição de fisioterapia está ou não dentro do período em análise e assim decidir incluir ou não a respetiva despesa no somatório do numerador do indicador é a [data de prescrição].

B. Caso um utente receba mais do que uma credencial para fisioterapia ao longo do período em análise, são todas contabilizadas no numerador.

C. São contabilizados no numerador os seguintes códigos da tabela de MCDT convencionados:

- G002.7 - Primeira Consulta em Medicina Física e de Reabilitação;

- G003.5 - Consulta Subsequente em Medicina Física e de Reabilitação;

- 004.3 - Consulta de Avaliação Final em Medicina Física e de Reabilitação.

D. São contabilizados no numerador todas as prescrições, quer sejam realizadas quer não;

E. Os utentes contabilizados no denominador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta médica presencial] ou pelo menos uma [Consulta médica não presencial] com um dos códigos seguintes, tal como definido no [conceito de consulta], em GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS:

- C001 | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico;

- C002 | Consulta médica presencial - SAM/SClínico

- C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne

- C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne

- C013 | Consulta médica não presencial - VitaCare

- C014 | Consulta médica presencial - VitaCare

F. É natural que o denominador deste indicador dê resultados ligeiramente superiores aos do numerador do indicador 2013.002.01 (Taxa de utilização global de consultas médicas), porque o primeiro mede utilizadores entre inscritos durante pelo menos um dia do período em análise e

o último utilizadores entre inscritos na data de referência.

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	por 100	Nº médio de referenciações	3

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

Legenda

MCDT - Meio complementar de diagnóstico e terapêutica
€/UTI - Euros por utente utilizador

302	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.31.04	2013.302.01	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano

Designação

Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 1º ano de vida

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde infantil, 1º ano de vida.

Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento em saúde infantil durante o 1º ano de vida (de acordo com as normas da DGS).

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento em SI" determinado para cada criança com 1 ano. O "score de acompanhamento em SI" de cada criança com 1 ano pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de crianças com 1 ano de vida.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de acompanhamento em SI" determinado para cada criança com 1 ano de idade inscrita. O "score de acompanhamento em SI" de cada criança com 1 ano de idade inscrita pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento em SI" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.
-------	--------------------	---------

B	Ter pelo menos 6 consultas médicas de vigilância (contacto direto) até aos 11 meses de vida ([1, 330[dias). Ver alíneas A, B, C e N de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,20
C	Ter pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância (contacto direto) até aos 11 meses de vida ([1, 330[dias). Ver alíneas C, H e P de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,20
D	Com pelo menos 1 consulta médica de vigilância (contacto direto), nos primeiros 28 dias de vida (ver alíneas A e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,20
E	Com realização de diagnóstico precoce (TSHPKU), nos primeiros 6 dias de vida, registado até às zero horas do dia em que completam 1 ano de vida (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,10
F	Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida ([1, 330[dias). Ver alíneas C, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,10
G	Com o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 1 ano (ver alíneas I, J, K, L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,20

DENOMINADOR (BB):

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

A. Crianças que completam 1 ano de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo");

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

C. [Inscrição ativa] durante a totalidade do período compreendido entre os 60 e os 330 dias de vida (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em saúde infantil, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C003 | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico;

- C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- C015 | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas C003, C009 e C015, o código ICPC-2 que pode ser usado para classificar a atividade de vigilância em saúde infantil em associação à consulta realizada é o A98 ou sub-rubricas.

B. Apenas se contabiliza uma consulta médica, por utente, por dia.

C. Para efeitos de datação das consultas e outros procedimentos em relação ao nascimento, considera-se que o dia do nascimento é o 1º dia de vida (D1), mesmo que o nascimento tenha ocorrido já no fim do dia.

D. Contabilizam-se registos de TSHPKU (ou teste de Guthrie) desde que a respetiva data de realização ocorra até ao 7º dia de vida da criança, e desde que o registo ocorra até às zero horas do dia em que completam 1 ano de vida. Os registos podem ser feitos por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Aceitam-se registos até ao D7 porque os sistemas fonte não registam a hora de nascimento da criança, nem a hora de realização do teste. Desta forma garante-se que os utentes incluídos no numerador, realizam o exame até, em média, 144 horas (6 dias completos) após a hora de nascimento.

E. Contabilizam-se crianças que se inscrevam precocemente na unidade de saúde como esporádicas (p.e. por o nome ainda não estar registado na conservatória do registo civil), desde que o registo da [inscrição ativa] seja feito até ao 60º dia de vida e desde que se processe a uma alteração do registo de [inscrição esporádica] para [inscrição ativa]. Deve ser evitado o procedimento de "anular" a inscrição esporádica e criar de novo "inscrição ativa", pois as consultas entretanto efetuadas (associadas à inscrição esporádica) não migram para a nova [inscrição ativa].

F. Os testes de desenvolvimento de Sheridan podem ser registados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

G. Para que sejam contabilizados, os testes de desenvolvimento de Sheridan devem ser registados no máximo até 5 dias depois de uma consulta médica de vigilância ou de enfermagem de vigilância, tal como especificadas respetivamente na alínea A e na alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS.

H. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em saúde infantil, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta] definidos na secção [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS]:

- C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - SAPE/SClínico

- C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- C018 | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas C006, C012 e C018, os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [GLOSSÁRIO E LEGENDA DE OUTROS TERMOS] > [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE] > [E001 | Vigilância em saúde infantil e juvenil]

Nota 2: Na norma C012, o código ICPC-2 que pode ser usado para classificar a atividade de vigilância em saúde infantil em associação à consulta realizada é o A98 ou sub-rubricas.

I. Os registos de vacinas devem ser efetuados no SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

J. São incluídos no numerador, as crianças que à data de referência do indicador, tenham registos de inoculações de vacinas que permitam afirmar que às zero horas do dia em que completam 1 ano de idade, tinham o PNV totalmente cumprido pelo [esquema cronológico

recomendado] ou pelo [esquema cronológico de recurso] adaptado à idade. Assim, as datas de inoculação devem ser anteriores à data do 1º aniversário de cada criança, mas as datas de registo podem ir até à data de referência do indicador.

K. Aceita-se a realização de [registo completo] ou de [registo simplificado]. No [registo completo], todas as inoculações de cada tipo de vacina devem estar registadas. No [registo simplificado], apenas é necessário que a última dose da vacina esteja registada, com especificação da data de inoculação e do nº de ordem da inoculação. Aceita-se que umas vacinas estejam com [registo completo] e outras com [registo simplificado]

L. Quando uma criança tem serologia positiva para uma doença prevenível por uma das vacinas do PNV, é possível registar no SINUS o estado de [Imunizado], associado a essa vacina. Da mesma forma, se uma criança tiver contra-indicação para a administração de uma vacina, é possível registar que a mesma se encontra [contra-indicada]. As vacinas relativamente às quais é colocado o atributo [imunizado] ou o atributo [contra-indicado] são classificadas como cumpridas. Não são incluídos no numerador os utentes que recusam uma ou mais inoculações de vacina.

M. Uma criança é incluída no numerador se a condição [AA e (BB ou CC) e (DD ou EE) e (FF ou GG) e (HH ou II) e (JJ ou KK ou LL)] for verdadeira:

AA. Pelo menos 1 inoculação e registo de BCG ou um registo de cicatriz de BCG ou um registo de prova tuberculínica (inoculação ou realização até data do 2º aniversário). Esta regra deixa de ser aplicável para indicadores com data de referência igual ou superior a maio de 2015 (por rutura de stock nacional da BCG a partir desse mês).

BB. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB até à data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

CC. Registo de VHB ou VHAB com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

DD. Inoculação da 2ª dose (ou superior) de Hib ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPwHibVIP até à data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

EE. Registo de Hib ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPwHibVIP com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

FF. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP até à data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

GG. Registo de DTPa ou DTPw ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado de [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

HH. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP até à data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

II. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

JJ. Nascido antes de 1 de janeiro de 2015.

KK. Inoculação da 2ª dose (ou superior) de PN13 (ou equivalente anti-pneumocócica) até à data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

LL. Registo de PN13 (ou equivalente anti-pneumocócica) com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

N. O intervalo de tempo [1, 330[dias, definido no numerador, destina-se a detetar as 6 consultas de vigilância em saúde infantil previstas pela DGS para o 1º ano de vida:

- 1ª consulta da vida;
- Consulta do 1º mês;
- Consulta dos 2 meses;
- Consulta dos 4 meses;
- Consulta dos 6 meses;
- Consulta dos 9 meses.

O. Os códigos SINUS equivalentes à vacina PN13 são as seguintes: "PNEUMO 23"; "PN10"; "PN23"; "PN7"; "PREVENAR";

P. Apenas se contabiliza uma consulta de enfermagem, por utente, por dia.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. Registo de TSHPKU deve ser feito na [avaliação inicial], em [saúde infantil] > [desenvolvimento infantil] > [diagnóstico precoce].

B. São desde sempre lidos pelos SIARS os itens da [avaliação inicial] com código "TREDIAP"

SAM/SClínico:

A. Não existe campo de registo de TSHPKU.

MEDICINEONE:

A. O registo de TSHPKU deve ser feito no módulo de saúde infantil, tabulador [pré/neo-natal].

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- O denominador tem um período em análise de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O indicador com data de referência a 31 de dezembro inicia o seu período em análise a 1 de janeiro do mesmo ano. O indicador com data de referência a 30 de novembro inicia o seu período em análise a 1 de dezembro do ano anterior.

- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto completar 1 ano de vida durante o período em análise do denominador, tal como definido anteriormente.

- Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas ou procedimentos inicia-se com o nascimento e termina ao 330º dia de vida.

- Denominador (variável "idade"): Na data de referência do indicador, cada criança tem [1, 2[anos de idade.
- INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"
- O denominador tem um período em análise de 1 a 12 meses, iniciando-se sempre a 1 de janeiro e terminando na data de referência do indicador.
- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto completar 1 ano de vida no ano civil em curso.
- Para cada criança incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas ou procedimentos inicia-se com o nascimento e termina ao 330º dia de vida.
- Denominador (variável "idade"): A 31 de dezembro do ano em curso, cada criança tem [1, 2[anos de idade.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Ponderação absoluta
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	6

Tipo de Indicador	Área clínica	Método de [inclusão de utentes no indicador]	Tipo de resultado
Desempenho assistencial	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	Quanto mais alto, melhor

Legenda

TSHPKU - Diagnóstico precoce ou teste do pezinho;
Ponder. - Ponderação

{P}