



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL  
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

OTIMIZAR RECURSOS  
GERAR EFICIÊNCIA



# **BILHETE DE IDENTIDADE DOS INDICADORES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PARA O ANO DE 2017**

11 de abril de 2017

Produzido por Ministério da Saúde | ACSS. © Abril 2017. Todos os direitos reservados

## ÍNDICE GERAL

Lista de Indicadores 2017 .....	3
Legenda de Campos .....	10
Conceitos .....	15
Bilhetes de Identidade de Indicadores 2017 .....	60

## LISTA DE INDICADORES 2017

ID	Designação	Código SIARS	Matriz <sup>1</sup>	Avaliação <sup>1</sup>
1	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família	2013.001.01	X	X
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	2013.002.01	X	
3	Taxa de consultas médicas no domicílio por 1.000 inscritos	2013.003.01	X	X
4	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	2013.004.01		
5	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família	2013.005.01	X	X
6	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	2013.006.01	X	X
7	Proporção de utilizadores referenciados para consulta hospitalar	2013.007.01		
8	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	2013.008.01		
9	Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar	2013.009.01	X	
10	Taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar	2013.010.01	X	
11	Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre	2013.011.01	X	X
12	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna (gravidez e puerpério)	2013.012.01		
13	Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem	2013.013.01		
14	Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	2013.014.01	X	X
15	Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida	2013.015.01	X	
16	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	2013.016.01	X	
17	Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida	2013.017.01	X	
18	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	2013.018.01	X	
19	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre	2013.019.01	X	
20	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	2013.020.01	X	X
21	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com prescrição de anti-hipertensores do tipo tiazídico	2013.021.01		
22	Proporção de utentes com hipertensão arterial, sem diabetes, com prescrição de antagonistas dos recetores da angiotensina II	2013.022.01		
23	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	2013.023.01	X	
24	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	2013.024.01		
25	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	2013.025.01		
30	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	2013.030.01	X	X
31	Proporção de crianças com 7 anos, com peso e altura registados no intervalo [5; 7[ anos	2013.031.01	X	
32	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11; 14[ anos	2013.032.01	X	
33	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	2013.033.01		

<sup>1</sup> Referente a USF e UCSP

ID	Designação	Código SIARS	Matriz <sup>1</sup>	Avaliação <sup>1</sup>
34	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	2013.034.01		
35	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano	2013.035.01	X	
36	Proporção de utentes com diabetes, com registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	2013.036.01		
37	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano	2013.037.01	X	
38	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	2013.038.01	X	
39	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%	2013.039.01	X	X
40	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos uma referenciação ou pelo menos um registo de realização de exame à retina, no último ano	2013.040.01		
41	Proporção de utentes com diabetes tipo 2, em terapêutica com insulina	2013.041.01		
42	Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com terapêutica com metformina	2013.042.01		
43	Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado	2013.043.01		
44	Proporção de mulheres entre [50; 70[ anos, com mamografia registada nos últimos dois anos	2013.044.01		
45	Proporção de mulheres entre [25; 60[ anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado	2013.045.01	X	X
46	Proporção de utentes com idade entre [50; 75[ anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado	2013.046.01	X	X
47	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	2013.047.01	X	
49	Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FeV1 nos últimos 3 anos	2013.049.01	X	X
50	Proporção de grávidas com consulta de revisão de puerpério efetuada	2013.050.01		
51	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	2013.051.01		
52	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	2013.052.01		
53	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação do consumo de álcool, registado nos últimos 3 anos	2013.053.01	X	
54	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	2013.054.01	X	
55	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão, a quem foi prescrita terapêutica anti-depressiva	2013.055.01		
57	Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida	2013.057.01	X	
59	Proporção de crianças com 2 anos, com peso e altura registado no último ano	2013.059.01	X	
60	Proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 2º ano de vida	2013.060.01		
66	Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos	2013.066.01		
67	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem nenhuma prescrição de trimetazidina no último ano	2013.067.01		
68	Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	2013.068.01		
69	Despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado líquido da taxa moderadora)	2013.069.01		
70	Despesa média (PVP) de medicamentos prescritos e comparticipados, por utente utilizador	2013.070.01		
71	Despesa média, baseada no preço convencionado de MCDT prescritos, por utente utilizador	2013.071.01		
74	Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma classificação pela ICPC-2	2013.074.01		
75	Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com compromisso de vigilância	2013.075.01		
76	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com compromisso de	2013.076.01		

ID	Designação	Código SIARS	Matriz <sup>1</sup>	Avaliação <sup>1</sup>
	vigilância			
86	Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso	2016.086.01		
87	Taxa de internamentos por doença cerebrovascular, entre residentes com menos de 65 anos	2016.087.01		
88	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre	2013.088.01		
89	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial no último semestre	2013.089.01		
90	Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no valor participado pelo SNS)	2013.090.01		
91	Proporção de utentes com diabetes, com idade inferior a 65 anos, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 6,5 %	2013.091.01	X	
92	Proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde	2013.092.01		
93	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador	2013.093.01	X	X
94	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador	2013.094.01	X	X
95	Proporção de jovens com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador	2013.095.01	X	X
96	Rácio entre a despesa faturada com inibidores DPP-4 e a faturada com antidiabéticos orais, em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2	2013.096.01		
97	Proporção de utentes com diabetes, com microalbuminúria no último ano	2013.097.01	X	
98	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	2013.098.01	X	X
99	Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos	2013.099.01	X	X
100	Taxa de utilização global de consultas médicas ou de enfermagem nos últimos 3 anos	2013.100.01	X	
108	Taxa de utilização global de consultas	3.15		
112	Número médio de consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida	4.10 2e		
114	Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas de enfermagem de saúde infantil no 2º ano de vida	4.10M 2e		
115	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	4.18		
116	Número médio de consultas de enfermagem em saúde materna	4.22		
118	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	4.30		
119	Percentagem de puérperas vigiadas na UF com visita domiciliária de enfermagem	4.33		
120	Percentagem de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida	4.34M		
122	Número médio de consultas enfermagem de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses	4.9 2e		
124	Percentagem de crianças com pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses	4.9M 2e		
179	Número de unidades de contratualização relacionadas atividades específicas	AE.2009.2012		
198	Proporção de utentes com o diagnóstico de "Diabetes Mellitus"	MORB.198.01		
199	Proporção de utentes com o diagnóstico de "abuso crónico do álcool"	MORB.199.01		
200	Proporção de utentes com o diagnóstico de "abuso de tabaco"	MORB.200.01		
201	Proporção de utentes com o diagnóstico de "abuso de drogas"	MORB.201.01		
202	Proporção de utentes com o diagnóstico de "alterações do metabolismo dos lípidos"	MORB.202.01		
203	Proporção de utentes com o diagnóstico de "excesso de peso"	MORB.203.01		
204	Proporção de utentes com o diagnóstico de "obesidade"	MORB.204.01		
205	Proporção de utentes com o diagnóstico de "hipertensão arterial"	MORB.205.01		

ID	Designação	Código SIARS	Matriz <sup>1</sup>	Avaliação <sup>1</sup>
206	Proporção de utentes com o diagnóstico de "perturbação depressiva"	MORB.206.01		
207	Proporção de utentes com o diagnóstico de "demência"	MORB.207.01		
208	Proporção de utentes com o diagnóstico de "asma"	MORB.208.01		
209	Proporção de utentes com o diagnóstico de "bronquite crónica"	MORB.209.01		
210	Proporção de utentes com o diagnóstico de "doença pulmonar obstrutiva crónica"	MORB.210.01		
211	Proporção de utentes com o diagnóstico de "diabetes não insulino dependente"	MORB.211.01		
212	Proporção de utentes com o diagnóstico de "diabetes insulino dependente"	MORB.212.01		
213	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "enfarte agudo do miocárdio"	MORB.213.01		
214	Proporção de utentes com o diagnóstico de "doença cardíaca isquémica"	MORB.214.01		
215	Proporção de utentes com o diagnóstico de "neoplasia maligna da próstata"	MORB.215.01		
216	Proporção de utentes com o diagnóstico de "neoplasia maligna do colo do útero"	MORB.216.01		
217	Proporção de utentes com o diagnóstico de "neoplasia maligna do cólon / recto"	MORB.217.01		
218	Proporção de utentes com o diagnóstico de "neoplasia maligna da mama feminina"	MORB.218.01		
219	Proporção de utentes com o diagnóstico de "neoplasia maligna do brônquio / pulmão"	MORB.219.01		
220	Proporção de utentes com o diagnóstico de "neoplasia maligna do estômago"	MORB.220.01		
221	Proporção de utentes com o diagnóstico de "osteartrose do joelho"	MORB.221.01		
222	Proporção de utentes com o diagnóstico de "osteoporose"	MORB.222.01		
223	Proporção de utentes com o diagnóstico de "doenças dos dentes e gengivas"	MORB.223.01		
224	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "acidente isquémico transitório"	MORB.224.01		
225	Proporção de utentes com o diagnóstico de "rinite alérgica"	MORB.225.01		
226	Proporção de utentes com o diagnóstico de "doença do esófago"	MORB.226.01		
227	Proporção de utentes com o diagnóstico de "distúrbio ansioso"	MORB.227.01		
228	Proporção de utentes com o diagnóstico de "sensação de ansiedade / nervosismo / tensão"	MORB.228.01		
233	Proporção de utentes com o diagnóstico de "hipertrofia prostática benigna"	MORB.233.01		
234	Proporção de utentes com o diagnóstico de "osteartrose da anca"	MORB.234.01		
235	Proporção de utentes com diagnóstico de "neoplasia maligna"	MORB.235.01		
236	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "Diabetes Mellitus"	MORB.236.01		
237	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "hipertensão arterial"	MORB.237.01		
238	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "obesidade"	MORB.238.01		
239	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "alteração do metabolismo dos lípidos"	MORB.239.01		
240	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "abuso de tabaco"	MORB.240.01		
241	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "doença pulmonar obstrutiva crónica"	MORB.241.01		
242	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "asma"	MORB.242.01		
243	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "neoplasia maligna da mama feminina"	MORB.243.01		
244	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "neoplasia maligna do colo do útero"	MORB.244.01		
245	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "neoplasia maligna do cólon / recto"	MORB.245.01		
246	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "neoplasia maligna"	MORB.246.01		
247	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "perturbação depressiva"	MORB.247.01		

ID	Designação	Código SIARS	Matriz <sup>1</sup>	Avaliação <sup>1</sup>
248	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "distúrbio ansioso / estado de ansiedade"	MORB.248.01		
249	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "osteartrose do joelho"	MORB.249.01		
250	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "osteartrose da anca"	MORB.250.01		
251	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "trombose / acidente vascular cerebral"	MORB.251.01		
252	Proporção de utentes com o diagnóstico de "Infeção VIH/SIDA"	MORB.252.01		
253	Proporção de utentes com novo diagnóstico de "Infeção VIH/SIDA"	MORB.253.01		
254	Rácio entre a despesa faturada com quinolonas e a despesa total faturada com antibióticos (pelo PVP, a utentes inscritos)	2017.254.01		
255	Proporção de quinolonas entre antibióticos faturados (embalagens, a utentes inscritos)	2017.255.01	X	X
256	Rácio entre a despesa faturada com cefalosporinas e a despesa total faturada com antibióticos (pelo PVP, a utentes inscritos)	2017.256.01		
257	Proporção de cefalosporinas entre antibióticos faturados (embalagens, a utentes inscritos)	2017.257.01	X	X
259	Proporção de inibidores da COX-2 entre anti-inflamatórios não esteróides faturados (DDD, a utentes inscritos)	2017.259.01	X	X
261	Proporção de utentes com diabetes, com registo de risco de ulceração do pé no último ano	2011.043.01	X	X
262	Proporção de utentes com determinação de risco diabetes tipo 2 registado nos últimos 3 anos	2011.044.01	X	X
263	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP), participados e não participados	2013.263.01		
264	Despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	2013.264.01		
265	Percentagem de diabéticos com compromisso de vigilância, com registo de risco de ulceração do pé	2011.005.01		
266	Percentagem de pessoas com diabetes e compromisso de vigilância, com úlcera ativa no pé no último ano	2011.005.02		
267	Índice de acompanhamento adequado na área do planeamento familiar nas mulheres em idade fértil	2013.267.01		
269	Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 2º ano de vida	2013.269.01		
270	Índice de acompanhamento adequado em saúde materna	2013.270.01		
271	Índice de acompanhamento adequado em utentes com Diabetes Mellitus	2013.271.01		
272	Índice de acompanhamento adequado de utentes com hipertensão arterial	2013.272.01		
274	Proporção de utentes com diabetes tipo 2 e indicação para insulino terapia, a fazer terapêutica adequada	2013.274.01	X	X
275	Proporção de utentes com novo diagnóstico diabetes tipo 2 que iniciam terapêutica com metformina em monoterapia	2013.275.01	X	X
276	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	2013.276.01	X	X
277	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	2013.277.01	X	
278	Proporção de embalagens de medicamentos prescritos de classes terapêuticas com genérico	2013.278.01	X	
279	Proporção de visitas domiciliárias de enfermagem efetuadas no período de fim-de-semana ou em dias de feriado	2013.279.01		
280	Proporção de utentes com contacto pela equipa multiprofissional nas primeiras 48h	2013.280.01		
281	Número médio de visitas domiciliárias por qualquer elemento da equipa, por utente, por mês de internamento	2013.281.01		
282	Proporção de turmas abrangidas pelo Programa Nacional de Saúde Escolar	2013.282.01		
283	Proporção de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) que foram alvo de intervenção de enfermagem no âmbito da saúde escolar	2013.283.01		

ID	Designação	Código SIARS	Matriz <sup>1</sup>	Avaliação <sup>1</sup>
284	Proporção de utentes com alta da ECCI com objetivos atingidos	2013.284.01		
285	Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão	2013.285.01		
286	Taxa de resolução (cicatrização) de úlceras de pressão	2013.286.01		
287	Taxa de incidência de úlcera de pressão durante a integração na ECCI	2013.287.01		
289	Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor	2013.289.01		
290	Proporção de utentes com melhoria no nível de "dependência no autocuidado"	2013.290.01		
291	Proporção de utentes com internamento hospitalar durante a integração na ECCI	2013.291.01		
292	Taxa de ocupação da ECCI	2013.292.01		
293	Tempo médio de permanência em ECCI	2013.293.01		
294	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos idosos	2013.294.01	X	X
295	Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna durante a gravidez e com consulta de revisão de puerpério	2013.295.01	X	X
296	Proporção de agregados familiares de puérperas ou recém-nascidos que receberam visita domiciliária de enfermagem	2013.296.01	X	
297	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	2013.297.01	X	X
298	Despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador do SNS, excluindo tratamentos de fisioterapia (baseado no preço convencionado)	2013.298.01		
299	Despesa média de MCDT de fisioterapia faturados, por utente utilizador do SNS, (baseado no preço convencionado)	2013.299.01		
300	Nº médio de prescrições de consulta de fisioterapia, por utente utilizador	2013.300.01		
301	Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida	2013.301.01		
302	Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 1º ano de vida	2013.302.01		
303	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem de saúde materna durante a gravidez	2013.303.01		
306	Proporção de utentes consultados nos últimos 12 meses e sem rastreio VIH/SIDA que o efetuaram nesse período	2015.306.01		
307	Proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 1º trimestre de gravidez	2015.307.01	X	X
308	Proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 2º trimestre de gravidez	2015.308.01	X	
309	Proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 3º trimestre de gravidez	2015.309.01	X	
310	Índice de realização de exames laboratoriais do 1º trimestre na gravidez	2015.310.01	X	
311	Índice de realização de exames laboratoriais do 2º trimestre na gravidez	2015.311.01	X	
312	Índice de realização de exames laboratoriais do 3º trimestre na gravidez	2015.312.01	X	
316	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade compreendida no intervalo [18; 65] anos, com pressão arterial inferior a 140/90 mmHg	2015.316.01	X	
330	Índice de utilização dimensionado à estimativa de necessidade anual de consultas médicas	2017.330.01	X	
331	Índice de utilização dimensionado à estimativa de necessidade anual de consultas de enfermagem	2017.331.01	X	
335	Proporção consultas não presenciais com receituário prescrito nas primeiras 72H após respetivo pedido.	2017.335.01	X	X
341	Despesa média (PVP) de medicamentos prescritos e comparticipados, por utente inscrito padrão	2017.341.01	X	X
342	Proporção de consultas médicas por iniciativa dos utentes marcadas em menos de 15 dias úteis	2017.342.01	X	X
344	Proporção de consultas médicas realizadas no dia do agendamento	2017.344.01	X	X
346	Proporção de consultas realizadas no intervalo [8; 11[ horas.	2017.346.01	X	X
347	Proporção de consultas realizadas no intervalo [11; 14[ horas.	2017.347.01	X	X

ID	Designação	Código SIARS	Matriz <sup>1</sup>	Avaliação <sup>1</sup>
348	Proporção de consultas realizadas no intervalo [14; 17[ horas.	2017.348.01	X	X
349	Proporção de consultas realizadas no intervalo [17; 20] horas.	2017.349.01	X	X
350	Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus	2017.350.01	X	X
351	Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus controlado	2017.351.01	X	X
352	Custo com terapêutica do doente com Hipertensão Arterial	2017.352.01	X	X
353	Custo com terapêutica do doente com Hipertensão Arterial controlada	2017.353.01	X	X
354	Despesa média, baseada no preço convencionado de MCDT prescritos, por utente inscrito padrão	2017.354.01	X	X
355	Taxa de internamento por asma em adultos jovens (ajustada para uma população padrão)	2017.355.01		
356	Taxa de internamento por asma ou DPOC em adultos (ajustada para uma população padrão)	2017.356.01		
357	Taxa de internamento por diabetes não controlada sem menção a complicações agudas nem crónicas de diabetes (ajustada para uma população padrão)	2017.357.01		
358	Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes (ajustada para uma população padrão)	2017.358.01		
359	Taxa de internamento por complicações crónicas da diabetes (ajustada para uma população padrão)	2017.359.01		
360	Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão)	2017.360.01		
361	Taxa de internamento por hipertensão arterial (ajustada para uma população padrão)	2017.361.01		
362	Taxa de internamento por insuficiência cardíaca congestiva (ajustada para uma população padrão)	2017.362.01		
363	Taxa de internamento por pneumonia bacteriana em adultos (ajustada para uma população padrão)	2017.363.01		
364	Taxa de internamento por angina de peito (ajustada para uma população padrão)	2017.364.01		
365	Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão)	2017.365.01	X	X

## 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:

- Que a data em que o exame foi realizado (data do resultado) esteja dentro do período em análise do indicador;
- 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);
- 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 respetiva "data" (data de resultado ou data de diagnóstico) esteja dentro do período em análise do indicador.
- Que o registo tenha sido efetuado em associação a uma consulta presencial ou não presencial.
- 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

087

Conceito

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.

088

Conceito

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.

089

Conceito

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 SClinico (Perfil Enfermagem)] aplicam-se historicamente ao SAPE;

2. De se tratar de uma consulta com a presença do utente (direta) ou sem a presença do utente (indireta);
3. De se tratar de uma consulta médica, 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 domicílios.
- 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 existir 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.

### **SClinico - Perfil Médico**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

090

Conceito

Inscrição ativa

### **Descrição**

O conceito de [inscrição ativa] é muito relevante na generalidade dos indicadores de contratualização com os CSP, pois os utentes só são contabilizados se tiverem este tipo de inscrição.

As inscrições dos utentes nos CSP foram e são registadas nas mais de 300 bases de dados SINUS desde o aparecimento desta aplicação até aos dias de hoje.

Com o aparecimento do RNU em 2007, a gestão das inscrições nos CSP passou a ser centralizada, mantendo-se mecanismos de sincronização da informação no sentido RNU > SINUS.

No SIM@SNS (inclui SIARS e MIM@UF) a fonte para determinar se um utente possui ou não [inscrição ativa] depende das métricas, indicadores e processos em análise e da respetiva "data de referência".

Regra geral, a fonte do SIM@SNS foi o SINUS para indicadores, métricas e processos com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016 e passou a ser o RNU desde janeiro de 2017.

A única exceção conhecida à referida regra é o cálculo de "utentes com inscrição ativa" e "unidades ponderadas de listas de médicos e de enfermeiros" para os relatórios relacionados com os suplementos remuneratórios dos profissionais em modelo B, em que a fonte foi o SINUS até novembro de 2016 e o RNU a partir de dezembro de 2016.

#### REGRAS APLICADAS QUANDO A FONTE É O SINUS:

O utente tem [inscrição ativa] se a expressão [A ou B] for verdadeira:

- A. Com "Primeira inscrição nos cuidados primários" (código de SINUS 1)
- B. "Transferido de inscrição primária" (código de SINUS 2).

Nota: 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.

#### REGRAS APLICADAS QUANDO A FONTE É O RNU:

O utente tem [inscrição ativa] se a expressão [(A ou B) e C e D] for verdadeira:

- A. Com "Primeira inscrição nos cuidados primários" (equivalente ao código de SINUS 1) na data de referência.
- B. "Transferido de inscrição primária" (equivalente ao código de SINUS 2) na data de referência.
- C. Não está como "não frequentador" na data de referência.
- D. Não está marcado como "óbito" na data de referência, ou a data de óbito, caso exista, é posterior à data de referência.

091

Conceito

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.

093

Conceito

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 rúbrica 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).

**094****Conceito**

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](http://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 acções de enfermagem específicas de [Vigilância em saúde infantil e juvenil]:**

- Inexistentes;

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

**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.1.1.2.2.1.1.9.1.1.1.);

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 SClinico.

**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 SClinico.

**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 acções 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);

095

Conceito

MIF

### Descrição

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

096

Conceito

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](http://www.acss.min-saude.pt).

#### Nome do conceito

Taxa moderadora do MCDT

#### Nome curto

MCDT – Tx. Mod.

#### Código

M002

#### Descrição

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

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

#### Nome do conceito

Número de exames requisitados

#### Nome curto

MCDT – Nº exames

#### Código

M003

#### Descrição

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 nº 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: Nº de exames aceites

**Nome do conceito**

Número de atos ou amostras ou sessões requisitados

**Nome curto**

MCDT – Nº 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: Nº de actos aceites

**Nome do conceito**

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

**Nome curto**

MCDT - Despesa faturada (Pr. Conv.)

**Código**

M005

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

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

Fonte de dados

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

**Descrição**

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

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

### Fórmula

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

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 do 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

097

Conceito

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

**Fórmula**

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

Em que:

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

V. Compart.: Valor participado.

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

**Nome antigo da métrica**

Esta métrica não existia

**Nome do conceito**

Despesa de medicamentos faturados, baseado no valor pago pelo utente

**Nome curto**

Medic. faturados (VPU)

**Código**

M015

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Não aplicável

Fonte de dados

Base de dados do CCF

**Descrição**

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

**Fórmula**

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

Em que:

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

PVP: Preço de venda ao público.

V. Compart.: Valor participado

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

**Nome antigo da métrica**

Medic (PVU Aceite)

**Nome do conceito**

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

**Nome curto**

Medic. prescritos (PVP)

**Código**

M016

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

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

Fonte de dados

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

**Descrição**

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

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

**Fórmula**

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

Em que:

Somatório: Somatório de todos os medicamentos prescritos.

PVP: Preço de venda ao público.

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

**Nome antigo da métrica**

Esta métrica não existia

**Nome do conceito**

Despesa de medicamentos prescritos, baseado no valor participado

**Nome curto**

Medic. prescritos (v. compart.)

**Código**

M017

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Não aplicável

Fonte de dados

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

**Descrição**

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

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

**Fórmula**

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

Em que:

Somatório: Somatório de todos os medicamentos prescritos.

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

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

**Nome antigo da métrica**

Esta métrica não existia

**Nome do conceito**

Despesa em medicamentos prescritos, baseado no valor pago pelo utente

**Nome curto**

Medic. prescritos (VPU)

**Código**

M018

**Nome do indicador para monitorização ou contratualização**

Não aplicável

Fonte de dados

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

**Descrição**

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

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

### Fórmula

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

Em que:

Somatório: Somatório de todos os medicamentos prescritos.

VPU: Valor pago pelo utente.

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

### Nome antigo da métrica

Esta métrica não existia

100

Conceito

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

101

Conceito

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

102

Conceito

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.

103

Conceito

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.

104

Conceito

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.

105

Conceito

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].

**106****Conceito**

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 (SClínico, 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 "utentes sem médico de família por opção", os mesmos correspondem aos que tenham o referido campo preenchido com o número 98765.

**107****Conceito**

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 SClinico/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 (SClinico/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).

116

Conceito

Tipo de contacto

#### Descrição

Os contactos realizados por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários são classificados numa das 7 classes seguintes, mutuamente exclusivas entre si:

- 1 – Presencial e no consultório;
- 2 – Presencial e no domicílio (primeiro utente);
- 3 – Presencial e no domicílio (outro utente);
- 4 – Não presencial para renovação de receituário ou outras solicitações;
- 5 – Não presencial e realizada por telefone ou telemóvel;
- 6 – Não presencial e realizada por e-mail;
- 7 – Não presencial – outros tipos;

#### REGRAS DE INCLUSÃO DAS CONSULTAS

- 1 – Presencial e no consultório

Para as situações em que a condição [A e B] é verdadeira:

- A. A consulta é realizada nas instalações da unidade de saúde ou serviço;
- B. O utente está presente na consulta.

- 2 – Presencial e no domicílio (primeiro utente)

Para as situações em que a condição [A e B e (C ou D)] é verdadeira:

- A. A consulta é realizada no domicílio do utente;
- B. O utente está presente no domicílio;

- C. Nesse dia, essa é a única consulta realizada nesse domicílio, pelo mesmo profissional de saúde  
D. Nesse dia, essa é a primeira de várias consultas que se sucederão, a utentes diferentes do mesmo agregado familiar, realizadas pelo mesmo profissional de saúde, no mesmo domicílio.

3 – Presencial e no domicílio (outro utente)

Para as situações em que a condição [A e B e C] é verdadeira:

A. A consulta é realizada no domicílio do utente;

B. O utente está presente no domicílio;

C. Nesse dia, essa não é a primeira consulta realizada nesse domicílio pelo mesmo profissional de saúde.

Este item deve ser usado para as situações em que com uma única ida a casa (ou outro tipo de domicílio como "lar"), o profissional realiza várias consultas a doentes diferentes.

4 – Não presencial para renovação de receituário ou outras solicitações

Para as situações em que a condição [A e (B ou C)] é verdadeira:

A. Consulta realizada sem a presença do utente;

B. A consulta decorre de um pedido efetuado pelo utente junto do secretariado da unidade de saúde, independentemente do pedido ter sido feito presencialmente pelo próprio, por interposta pessoa, por telefone, e-mail, portal do utente ou outro canal.

C. A consulta decorre de um pedido efetuado por "interposta pessoa", diretamente ao profissional de saúde e este verifica que o pedido podia ter sido efetuado no secretariado da unidade de saúde.

Este item deve ser usado, por exemplo, para os pedidos de renovação de receituário crónico através da secretaria da unidade funcional.

5 – Não presencial e realizada por telefone ou telemóvel

Consulta realizada usando como canal de comunicação o "telefone" ou o "telemóvel".

Este item não deve ser usado se o único "produto" da consulta for "emissão de receituário crónico" ou qualquer outro tipo de procedimento que possa ter sido solicitado através do secretariado clínico e, por isso, codificados no item "Não presencial para renovação de receituário ou outras solicitações".

6 – Não presencial e realizada por e-mail

Consulta realizada usando como canal de comunicação o "e-mail".

Este item não deve ser usado se o único "produto" da consulta for "emissão de receituário crónico" ou qualquer outro tipo de procedimento que possa ter sido solicitado através do secretariado clínico e, por isso, codificados no item "Não presencial para renovação de receituário ou outras solicitações".

7 – Não presencial – outros tipos

Classificar neste item consultas não presenciais que não sejam passíveis de codificação pelos itens anteriores.

117

**Conceito**

Padronização Direta de Resultado de Indicador à Distribuição de uma População Padrão por Sexo e Idade

**Descrição**

Os resultados de indicadores relacionados com a prevalência de patologias, mortalidade, utilização, consumo de medicamentos, prescrição de MCDT, entre outros, são influenciados pela idade e género dos utentes. A padronização direta é um método que permite ajustar os resultados deste tipo de indicadores à distribuição por idade e género de uma população padrão.

O algoritmo de padronização direta tem 8 fases:

1. [Definição das classes de intervalos etários e de género para a padronização;](#)
2. [Definição da população padrão;](#)
3. [Distribuição da população padrão por idade e sexo;](#)
4. [Distribuição dos utentes da unidade de observação por grupo etário e género;](#)
5. [Distribuição dos acontecimentos medidos ou avaliados no indicador aos utentes da unidade de observação por grupo etário e género;](#)
6. [Determinação dos acontecimentos esperados na população padrão;](#)
7. [Cálculo do total de episódios esperados;](#)
8. [Cálculo da taxa ajustada de acontecimentos por X utentes inscritos.](#)

Estas 8 fases do algoritmo são exemplificadas com o cálculo do ajustamento da "taxa de episódios de urgência por 100 utentes inscritos".

Apesar do exemplo ser para a "taxa de episódios de urgência por 100 utentes inscritos", o algoritmo de padronização segue a mesma metodologia e tem o mesmo número de fases de outros indicadores, com pequenas adaptações explicitadas nos respetivos bilhetes de identidade.

**1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO**

Corresponde à definição das classes de intervalos etários e de género que serão usadas no processo de padronização ou ajustamento.

Para a generalidade dos indicadores, opta-se por definir as classes de intervalos etários e género especificadas na tabela 1.

Tabela 1 - Grupos etários e de género para a padronização.

Intervalo etário	Género	
[0; 1[ anos	Masc.	Femin.
[1; 5[ anos	Masc.	Femin.
[5; 10[ anos	Masc.	Femin.
[10; 15[ anos	Masc.	Femin.
[15; 20[ anos	Masc.	Femin.
[20; 25[ anos	Masc.	Femin.

[25; 30[ anos	Masc.	Femin.
[30; 35[ anos	Masc.	Femin.
[35; 40[ anos	Masc.	Femin.
[40; 45[ anos	Masc.	Femin.
[45; 50[ anos	Masc.	Femin.
[50; 55[ anos	Masc.	Femin.
[55; 60[ anos	Masc.	Femin.
[60; 65[ anos	Masc.	Femin.
[65; 70[ anos	Masc.	Femin.
[70; 75[ anos	Masc.	Femin.
[75; 80[ anos	Masc.	Femin.
[80; 85[ anos	Masc.	Femin.
[85; 90[ anos	Masc.	Femin.
[90; 95[ anos	Masc.	Femin.
[95; 100[ anos	Masc.	Femin.
[100; +INF[ anos	Masc.	Femin.

## 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

A população padrão convencionada para a generalidade dos indicadores é a dos utentes com [inscrição ativa] em qualquer unidade funcional dos cuidados de saúde primários de Portugal Continental.

A fonte de análise é o RNU e a data de análise do estado da inscrição é 31 de dezembro do ano que precede a data de referência do indicador.

## 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Nesta fase do algoritmo determina-se a frequência absoluta de utentes da população padrão em cada um dos grupos etários e de género definidos no ponto 1.

A título de exemplo a população padrão de Portugal Continental inscrita no RNU a 31 de dezembro de 2015 é a seguinte:

Tabela 2 - Distribuição da população padrão por grupos etários e género.

Intervalo etário	Masc.	Femin.
[0; 1[ anos	40261	38667
[1; 5[ anos	174093	164916
[5; 10[ anos	248221	236131
[10; 15[ anos	262696	251096
[15; 20[ anos	271277	268430
[20; 25[ anos	267605	270288
[25; 30[ anos	268026	285891

[30; 35[ anos	301826	335068
[35; 40[ anos	353276	394586
[40; 45[ anos	366941	406220
[45; 50[ anos	345712	381736
[50; 55[ anos	340828	378824
[55; 60[ anos	317173	356224
[60; 65[ anos	293583	333774
[65; 70[ anos	272548	316994
[70; 75[ anos	220037	272407
[75; 80[ anos	186892	249284
[80; 85[ anos	133006	204126
[85; 90[ anos	67822	128965
[90; 95[ anos	23150	55904
[95; 100[ anos	3973	12551
[100; +INF[ anos	541	2386

A população padrão totaliza 10.103.955 inscritos.

#### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Corresponde a determinar o número de utentes com [inscrição ativa] na unidade de saúde em observação à data de referência do indicador em cada um dos grupos etários e de género definidos no ponto 1.

A título de exemplo, mostramos a distribuição de 16.237 utentes inscritos por idades e género de uma unidade funcional fictícia a 31 de dezembro de 2016.

Tabela 3 - Distribuição dos utentes inscritos na unidade de observação por grupos etários e género, à data de referência do indicador.

Intervalo etário	Masc.	Femin.
[0; 1[ anos	108	116
[1; 5[ anos	507	518
[5; 10[ anos	728	621
[10; 15[ anos	626	554
[15; 20[ anos	536	536
[20; 25[ anos	425	489
[25; 30[ anos	453	569
[30; 35[ anos	602	756
[35; 40[ anos	789	998
[40; 45[ anos	830	1097

[45; 50[ anos	564	679
[50; 55[ anos	382	514
[55; 60[ anos	292	369
[60; 65[ anos	216	286
[65; 70[ anos	164	248
[70; 75[ anos	92	122
[75; 80[ anos	73	106
[80; 85[ anos	50	91
[85; 90[ anos	24	56
[90; 95[ anos	10	27
[95; 100[ anos	3	5
[100; +INF[ anos	1	5

#### 5. DISTRIBUIÇÃO DOS ACONTECIMENTOS MEDIDOS NO INDICADOR - EPISÓDIOS DE URGÊNCIA - DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO, POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Nesta fase do algoritmo, determina-se o número de episódios de urgência na rede de urgência nacional, realizados aos utentes com [inscrição ativa] na unidade de observação, ocorridos em 12 meses que antecedem a data de referência do indicador, segmentados por idade e género conforme definido no ponto 1.

A título de exemplo, mostra-se na tabela 4 a referida distribuição de 6.481 episódios de urgência para a mesma unidade fictícia, cujos utentes inscritos já foi representada na tabela 3.

Tabela 4 - Distribuição dos episódios de urgência dos utentes da unidade de observação por grupo etário e género (ano de 2015).

Intervalo etário	Masc.	Femin.
[0; 1[ anos	171	142
[1; 5[ anos	390	344
[5; 10[ anos	272	211
[10; 15[ anos	161	148
[15; 20[ anos	108	160
[20; 25[ anos	73	215
[25; 30[ anos	67	273
[30; 35[ anos	110	271
[35; 40[ anos	115	309
[40; 45[ anos	135	242
[45; 50[ anos	81	133
[50; 55[ anos	101	142
[55; 60[ anos	111	151

[60; 65[ anos	110	131
[65; 70[ anos	122	192
[70; 75[ anos	134	197
[75; 80[ anos	131	178
[80; 85[ anos	137	218
[85; 90[ anos	46	158
[90; 95[ anos	25	45
[95; 100[ anos	6	14
[100; +INF[ anos	0	1

**FÓRMULA:**

[TAXA BRUTA DE EPISÓDIOS POR 100 INSCRITOS] = [NÚMERO DE EPISÓDIOS URGÊNCIA DOS INSCRITOS] / [Nº UTENTES INSCRITOS] x 100

[TAXA BRUTA DE EPISÓDIOS POR 100 INSCRITOS] = 6.481 / 16.236 x 100

[TAXA BRUTA DE EPISÓDIOS POR 100 INSCRITOS] = 39,9

**6. DETERMINAÇÃO DOS ACONTECIMENTOS ESPERADOS**

Para cada grupo etário e género definido no ponto 1, determina-se o número de episódios de urgência que seriam esperados, caso os utentes inscritos na unidade de observação pertencentes a cada grupo etário e género fossem em número igual aos da população padrão determinado no ponto 3.

Assim por exemplo, a unidade funcional cujos inscritos estão plasmados na tabela 3 e os episódios de urgência na tabela 4, verifica-se que para o grupo etário [0; 1[ anos e género masculino, existem 108 inscritos e 171 episódios de urgência. A população padrão tem no referido grupo idade/género um total de 40261 inscritos, pelo que seriam de esperar  $171 \times 40261 / 108 = 63.746,58$  episódios de urgência. Repete-se o referido raciocínio para os restantes grupos etários, obtendo-se o que se ilustra na tabela 5.

Tabela 5 - Episódios de urgência esperados nos utentes da unidade de observação por grupo etário e género (ano de 2015).

Intervalo etário	Masc.	Femin.
[0; 1[ anos	63746,58	47333,74
[1; 5[ anos	133917,69	109519,51
[5; 10[ anos	92741,91	80231,31
[10; 15[ anos	67562,39	67079,8
[15; 20[ anos	54660,29	80128,36
[20; 25[ anos	45965,09	118838,28
[25; 30[ anos	39641,81	137167,39
[30; 35[ anos	55150,93	120110,35
[35; 40[ anos	51491,43	122171,42
[40; 45[ anos	59683,17	89612,8

[45; 50[ anos	49650,13	74773,03
[50; 55[ anos	90114,21	104655,66
[55; 60[ anos	120569,19	145771,88
[60; 65[ anos	149509,86	152882,5
[65; 70[ anos	202749,12	245414,71
[70; 75[ anos	320488,67	439870,32
[75; 80[ anos	335381,53	418608,98
[80; 85[ anos	364436,44	489005,14
[85; 90[ anos	129992,17	363865,54
[90; 95[ anos	57875	93173,33
[95; 100[ anos	7946	35142,8
[100; +INF[ anos	0	477,2

### 7. TOTAL DE ACONTECIMENTOS ESPERADOS

Nesta fase do algoritmo deve ser feito o somatório de episódios de urgência esperados para cada grupo etário e género calculados no ponto 6.

No exemplo em questão esse somatório é de 6.029.108 episódios de urgência

### 8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA DE ACONTECIMENTOS POR X UTENTES INSCRITOS

FÓRMULA:

$[TAXA AJUSTADA DE EPISÓDIOS POR 100 INSCRITOS] = [NÚMERO ESPERADO DE EPISÓDIOS NA POPULAÇÃO PADRÃO] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO] \times 100$

No exemplo que temos vindo a apresentar:

$[TAXA AJUSTADA DE EPISÓDIOS POR 100 INSCRITOS] = 6.029.108 / 10.103.955 \times 100$

$[TAXA AJUSTADA DE EPISÓDIOS POR 100 INSCRITOS] = 59,7$

Assim, a taxa bruta de episódios de urgência é de 39,9 por 100 inscritos e a taxa ajustada é de 59,7 episódios por 100 inscritos.

118

Conceito

"Intervalo Esperado" e "Intervalo de Variação Aceitável"

## Descrição

### Intervalo de Variação Aceitável

O intervalo de variação aceitável de resultados de cada indicador corresponde ao conjunto de resultados que se admite valorizar no cálculo do índice de desempenho global (IDG).

Acima do limite superior do intervalo de variação aceitável e abaixo do limite inferior, não se atribui qualquer pontuação na parcela respetiva ao indicador no IDG.

O intervalo deve ser definido garantindo que os resultados que lhe pertencem tenham as seguintes características:

- Correspondam a boa prática profissional;
- Sejam expectáveis sem esforços exagerados depois de decorrido o tempo necessário para que o indicador entre em "plateau" (habitualmente esse "tempo necessário" corresponde ao "período em análise" do indicador).
- Exista evidência científica ou empírica que esse tipo de resultados, aplicados a uma população correspondem, potencialmente, a ganhos em saúde para os utentes abrangidos.

O intervalo de variação aceitável inclui o intervalo esperado.

### Intervalo Esperado

O intervalo esperado de resultados de cada indicador corresponde ao conjunto de resultados que se admite valorizar ao máximo no cálculo do índice de desempenho global (IDG).

Sempre que uma unidade funcional tenha em determinado indicador um resultado pertencente ao "intervalo esperado" atribui-se pontuação máxima na respetiva parcela do IDG.

O intervalo esperado deve ser definido garantindo que os resultados que lhe pertencem tenham as seguintes características:

- Correspondam a prática profissional de elevado desempenho;
- Sejam expectáveis apenas em contexto de trabalho organizado e eficiente depois de decorrido o tempo necessário para que o indicador entre em "plateau" (habitualmente esse "tempo necessário" corresponde ao "período em análise" do indicador).
- Exista evidência científica ou empírica que esse tipo de resultados, aplicados a uma população correspondem, potencialmente, a ganhos em saúde para os utentes abrangidos.

Os limites do "intervalo esperado" e do "intervalo de variação aceitável" são definidos por consenso, por um conjunto de peritos que integram o grupo técnico de indicadores. Estes dois intervalos são definidos anualmente para todos os indicadores que integram a matriz multidimensional da contratualização.

119

### Conceito

Métodologia usada para a seleção de dimensões/variáveis a incluir no índice de contexto sociodemográfico

### Descrição

Descrevem-se sucessivamente as áreas de aplicabilidade do índice sociodemográfico e a metodologia usada para selecionar e ponderar as respetivas variáveis.

#### Aplicabilidade:

O índice de contexto sociodemográfico pode ser usado para:

- Determinação de uma amostra representativa de USF e UCSP em cada mês, para que com essas USF se possam fazer análises de eficiência "equalizando o contexto" ou análises econométricas.
- Incentivar profissionais de saúde a escolher de vagas em locais com "piores contexto".
- Majorar o valor pago por cada unidade ponderada de utentes em locais de "piores contexto" (nas USF modelo B ou até noutros modelos/tipos de unidades).

#### Metodologia de Seleção e Ponderação de Variáveis

Se pretendermos construir um "índice de contexto" para a área da "produção agrícola de flores" e não percebermos nada de floricultura, é possível que uma boa metodologia seja, entre as diversas variáveis que nos lembremos poderem influenciar a performance das estufas, questionar um painel de peritos na área se preferem trabalhar num local onde a na dimensão X (por exemplo probabilidade de granizo ao longo do ano) seja 0% (P5 da variável) ou onde a mesma seja 5% (P95 da variável).

Provavelmente a resposta será "indiferente", pois tratando-se de "granizo", a estufa protege.

Se perguntarmos "Prefere instalar a sua estufa num local onde a probabilidade de ventos com rajadas superiores a 100Km/h ao longo do ano num local onde a mesma seja 0% (P5 da variável) ou onde a mesma seja 1% (P95 da variável)?" provavelmente a resposta será "num local onde seja 0%", pois os ventos fortes causam danos estruturais nas estufas, e destroem a produção.

Se fizermos este tipo de questões para N dimensões diferentes a peritos em "estufas" obtemos X variáveis que influenciam a eficiência da produção de produtos agrícolas em estufas.

Posteriormente teremos que filtrar as dimensões/variáveis selecionadas para aquelas que estão disponíveis e obtemos um conjunto reduzido de variáveis que podemos usar no índice, tais como:

- Probabilidade de rajadas
- Fertilidade dos terrenos
- Disponibilidade de sol
- Outras?

Finalmente, para ponderarmos cada uma das dimensões/variáveis selecionadas, podemos perguntar aos nossos peritos, em que medida cada uma delas influenciaria a sua decisão para escolher entre 2 locais possíveis.

Essas respostas devem originar "ponderações" para cada uma das dimensões/variáveis na constituição do índice.

Esta metodologia de seleção de variáveis tem a vantagem de ser simples e de permitir, para quem não percebe nada de "floricultura", não só obter uma lista reduzida de variáveis, como também obter o sentido em que cada uma delas influencia a decisão de localização da estufa, ou seja perceber, para cada uma delas, em que sentido melhora e em que sentido piora as condições para o crescimento de flores.

Aplicando a metodologia acima referida à saúde, cuidados de saúde primários, podemos afirmar que se perguntarmos a 50 médicos e a 50 enfermeiros:

1. Prefere trabalhar num local com 33% de idosos ou com 14% de idosos (respetivamente P95 e P5 da variável "proporção de idosos nas USF e UCSP de Portugal")?

A resposta maioritária seria:

"Num local com 14%".

2. Prefere trabalhar num local com 68% adultos sem o 9º ano de escolaridade ou num local onde essa proporção seja de 34% (respetivamente P95 e P5 da variável)?

A resposta maioritária seria:

"Num local com 34%".

3. Prefere trabalhar num local onde a taxa de desemprego seja de 10,5% ou num local onde essa taxa seja de 4,3% (respetivamente P95 e P5 da variável)?

A resposta maioritária seria:

"Num local com 4,3%".

4. Prefere trabalhar num local onde a densidade populacional seja de 5800 habitantes por km<sup>2</sup> (meio urbano) ou em meio rural com 14 habitantes por km<sup>2</sup> (respetivamente P95 e P5 da variável)?

A resposta maioritária seria:

"Em meio urbano".

Tendo as 4 variáveis supra selecionadas a partir de uma lista de disponíveis pela metodologia suprarreferida, optou-se por dar maior ponderação (37,5%) à variável "escolaridade" porque provavelmente é das 4 a melhor se correlaciona com "literacia em saúde". Ter um população "analfabeta" influencia mais a eficiência na obtenção de ganhos em saúde do que individualmente cada uma das restantes dimensões com resultado extremo no mesmo sentido (ou seja, ter uma população analfabeta provavelmente influencia mais a eficiência na obtenção de ganhos em saúde do que uma população com muito desemprego ou do que uma população em meio rural ou do que uma população idosa).

Depois deu-se igual ponderação (25%) às variáveis "idosos" e "desemprego" por não se ter evidência científica nem empírica sobre qual delas influencia mais os profissionais a escolher o seu futuro local de trabalho.

A "densidade populacional" ficou com a ponderação restante (apenas 12,5%) até porque provavelmente se correlaciona com as outras (meios rurais têm provavelmente mais idosos e menor literacia). No entanto, como a se trata de um fator considerado relevante para a decisão de "onde pretendo trabalhar", manteve-se no índice.

## BILHETES DE IDENTIDADE DE INDICADORES 2017

<b>001</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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].
- B. Compatível com o código [C008](#) [Consulta médica presencial - MedicineOne].
- C. Compatível com o código [C014](#) [Consulta médica presencial - VitaCare].
- D. Realizado a utente com [inscrição ativa](#) durante pelo menos um dia do período em análise.
- E. Realizado a utente com MF atribuído (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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de contactos	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Personalização	Ano de 2017: [78; 88]	Ano de 2017: [75; 90]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

## Legenda

MF - Médico de Família

<b>002</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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:

- [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](#).

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Cobertura ou Utilização	Ano de 2017: [70; 85]	Ano de 2017: [65; 90]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

SOAP - Subjetivo Objetivo Avaliação Plano

<b>003</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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:

- [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 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: 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	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	por 1.000	Taxa de consultas domiciliárias (Méd.)	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Cobertura ou Utilização	Ano de 2017: [18; 35]	Ano de 2017: [12; 40]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

SOAP - Subjetivo Objetivo Avaliação Plano

<b>004</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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](#)).

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:

- [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SClinico/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

SClinico/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	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	por 1.000	Taxa de consultas domiciliárias (Enf.)	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

EF - Enfermeiro de Família

<b>005</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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].

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

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

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

E. Realizado a utente com enfermeiro de família atribuído (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:

- [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - Clínico/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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de contactos	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Personalização	Ano de 2017: [65; 75]	Ano de 2017: [60; 80]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

EF - Enfermeiro de Família

<b>006</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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:

- [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](#).

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Cobertura ou Utilização	Ano de 2017: [85; 95]	Ano de 2017: [80; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

007	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.10	2013.007.01	Proporção utiliz. referenciados p/ consulta hosp.

### Designação

Proporção de utilizadores referenciados para consulta hospitalar

### Objetivo

Monitorizar a taxa de referência hospitalar de unidades de saúde

### Descrição do Indicador

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

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

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

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma referência para consulta hospitalar, durante o período em análise.

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

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

D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde). Ver alínea D 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 D 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 D 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 num atendimento complementar (ou afim), não é contabilizado no denominador 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 é incluído no denominador.

C. A fonte de dados para os utentes referenciados é o sistema de informação de registo clínico das unidades de saúde. O SIARS não acede à base de dados do Alert P1 (CTH).

D. 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:

- [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

### Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. Sempre que através do SAM um médico acede ao ALERT P1, para proceder a uma referênciação, a informação da referênciação fica guardada nas bases de dados do Alert P1 (CTH), mas também numa tabela de dados do SAM. É nesta última que o SIARS procede à leitura do indicador.

B. Caso o médico proceda à referênciação diretamente através do Alert P1, sem que a mesma tenha sido iniciada no SAM, a mesma não é contabilizada no SIARS.

C. Não se contabilizam referênciações para o serviço de urgência.

MEDICINEONE:

A. Sempre que através do MedicineOne um médico acede ao ALERT P1, para proceder a uma referênciação, a informação da referênciação fica guardada nas bases de dados do Alert P1 (CTH), mas também numa tabela de dados do MedicineOne. É nesta última que o SIARS procede à leitura do indicador.

VITACARE:

A. Sempre que através do VitaCare um médico acede ao ALERT P1, para proceder a uma referênciação, a informação da referênciação fica guardada nas bases de dados do Alert P1 (CTH), mas também numa tabela de dados do VitaCare. É nesta última que o SIARS procede à leitura do 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 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utilizadores	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	5 dias

### Legenda

CTH - Consulta a tempo e horas

<b>008</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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]:

- [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. 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]:

- [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 [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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

MIF - Mulheres em Idade Fértil; PF - Planeamento Familiar

<b>009</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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]:

- [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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E003 | Vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar\]](#)

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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde da Mulher	Ano de 2017: [42; 75]	Ano de 2017: [30; 80]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

MIF - Mulheres em Idade Fértil; PF - Planeamento Familiar

010

Código

3.22.03

Código SIARS

2013.010.01

Nome abreviado

Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)

### Designação

Taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar

### Objetivo

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

### Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de MIF.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica de PF (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]:

- [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 contraceetivo), 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde da Mulher	Ano de 2017: [45; 55]	Ano de 2017: [35; 65]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### 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]:

- [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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde da Mulher	Ano de 2017: [75; 100]	Ano de 2017: [70; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	5 dias

## Legenda

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

<b>012</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.26.01	2013.012.01	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] 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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E002 | Vigilância em saúde materna\]](#)

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] 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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E005\] 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 inicio] 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 inicio] 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 inicio] 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	5 dias

### Legenda

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

<b>013</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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]:

- [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SClinico/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 transpõe 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	Estado do indicador
---------	-------------------	--------	---------------------

AA / BB x 100	%	Proporção de puérperas	Com dados desde Dezembro de 2012
---------------	---	------------------------	----------------------------------

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	5 dias

Legenda
RP - Revisão do Puerpério

<b>014</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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

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

B. Com [inscrição ativa](#) ou [espórádica] 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 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).

#### DENOMINADOR (BB):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou superior a janeiro de 2017.

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

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

B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 28 dias de vida (ver alínea F 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]:

- [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]). 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. Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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). Exceptuam-se os casos em que a própria maternidade efetua os registos no âmbito do "Nascer Cidadão", incluindo inscrição do recém-nascido no RNU, com posterior migração da informação para o SINUS (com data de inscrição na unidade de saúde igual à data do registo no âmbito do "nascer cidadão"). Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

F. A partir de janeiro de 2017 o SIARS tem como fonte de dados para "inscrição de utentes" o RNU, que não contempla o conceito de "inscrição esporádica".

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2017: [95; 100]	Ano de 2017: [85; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	30 dias

### Legenda

RN - recém-nascidos

<b>015</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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. Utentes 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):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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).

DENOMINADOR (BB):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou superior a janeiro de 2017.

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

A. Que completam 30 dias de vida durante o período em análise (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

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

- [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SClinico/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]). 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. Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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). Exceptuam-se os casos em que a própria maternidade efetua os registos no âmbito do "Nascer Cidadão", incluindo inscrição do recém-nascido no RNU, com posterior migração da informação para o SINUS (com data de inscrição na unidade de saúde igual à data do registo no âmbito do "nascer cidadão"). Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

E. A partir de janeiro de 2017 o SIARS tem como fonte de dados para "inscrição de utentes" o RNU, que não contempla o conceito de "inscrição esporádica".

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2017: [50; 100]	Ano de 2017: [30; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	30 dias

### Legenda

RN - recém-nascidos

<b>016</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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).

DENOMINADOR (BB):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou superior a janeiro de 2017.

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

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

B. [[inscrição ativa](#)] durante a totalidade do período compreendido entre os 15 e os 330 dias de vida (ver alínea F 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]:

- [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]. Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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.

F. A partir de janeiro de 2017 o SIARS tem como fonte de dados para "inscrição de utentes" o RNU, que não contempla o conceito de "inscrição esporádica".

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2017: [70; 100]	Ano de 2017: [65; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	5 dias

<b>017</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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]:

- [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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2017: [70; 100]	Ano de 2017: [65; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	5 dias

<b>018</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Hipertensão Arterial	Ano de 2017: [80; 100]	Ano de 2017: [70; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

**Legenda**

IMC - Índice de Massa Corporal;

<b>019</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 "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 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Hipertensão Arterial	Ano de 2017: [75; 100]	Ano de 2017: [65; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Hipertensão	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	5 dias

### Legenda

PA - Pressão arterial;

<b>020</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.20.01	2013.020.01	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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Hipertensão Arterial	Ano de 2017: [67; 100]	Ano de 2017: [50; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

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

<b>021</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	5.16	2013.021.01	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://app7.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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

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

<b>022</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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://app7.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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

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

<b>023</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.21	2013.023.01	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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Hipertensão Arterial	Ano de 2017: [80; 100]	Ano de 2017: [70; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

**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/SClínico 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/SClínico 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 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

## Legenda

GRT - Gestão de Regime Terapêutico

<b>025</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.35.01	2013.025.01	Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado

### Designação

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado

### Objetivo

Monitorizar o programa de hipertensão.

### Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

### Regras de cálculo

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância em hipertensão, realizada num dos semestres (ver alíneas A e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. 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).

D. 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).

E. 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).

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);

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).

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

I. Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 36 meses (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS).

J. Que tenham pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses (ver alíneas J, K, L, M e Q de OBSERVAÇÕES GERAIS).

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).

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).

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]:

- [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]:

- [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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E004 | Vigilância em hipertensão\]](#)

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 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 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.

Q. 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, 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 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 "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 "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 (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 "registo 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 "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 (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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2013

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Hipertensão	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	30 dias

### Legenda

PA - Pressão arterial; PAS - Pressão arterial sistólica; PAD - Pressão arterial diastólica; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

<b>030</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde do Idoso	Ano de 2017: [55; 100]	Ano de 2017: [50; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Cardiovascular	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

## Legenda

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;  
 ICC - Insuficiência cardíaca congestiva;  
 CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos;  
 DCI - Denominação Comum Internacional;  
 ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical"

<b>031</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2017: [90; 100]	Ano de 2017: [85; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>032</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de jovens	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2017: [90; 100]	Ano de 2017: [85; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>033</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

## Legenda

IMC - Índice de Massa Corporal

<b>034</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.27	2013.034.01	Proporção obesos >=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]:

- [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]:

- [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 [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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

DUM - Data da Última Menstruação;

035

Código

5.07.01

Código SIARS

2013.035.01

Nome abreviado

Proporção DM com exame pés último ano

### Designação

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

### Objetivo

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

### Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] 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 documentado através da intervenção de enfermagem "Monitorizar o risco de úlcera do pé diabético" (SAPE/SClínico sem normalização) ou da intervenção "Avaliar risco de úlcera diabética" (9003994) (SClínico V2.0 com normalização).

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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [85; 100]	Ano de 2017: [80; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

**Legenda**

DM - Diabetes Mellitus

036

Código	Código SIARS	Nome abreviado
6.16.02	2013.036.01	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/SClínico 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/SClínico 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### 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]:

- [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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E009 | Vigilância em diabetes\]](#)

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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [85; 100]	Ano de 2017: [80; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

DM - Diabetes Mellitus

<b>038</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 abrangam 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 abrangam os 2 semestres.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abrangam 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [75; 100]	Ano de 2017: [70; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	30 dias

### Legenda

HgbA1c - Hemoglobina glicosada; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - Diabetes Mellitus;

<b>039</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 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 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 cumpra 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [60; 100]	Ano de 2017: [50; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

### Legenda

HgbA1c - Hemoglobina glicosada; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - Diabetes Mellitus;

<b>040</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	5.09	2013.040.01	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano

### Designação

Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos uma referenciação ou pelo menos um registo de realização de exame à retina, no último ano

### Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "referenciação para oftalmologia".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com pelo menos uma referenciação 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 referenciação 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 referenciação para oftalmologia, nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Com pelo menos um registo de referenciação 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:

- foi-lhe emitida uma credencial de MCDT relacionada com consulta de oftalmologia (códigos N41.8, N42.6, N100.7 e N101.5);
- No módulo ou área do sistema de registo clínico, relacionado com referenciações 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);
- 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 [Oftal.], existe a possibilidade de se fazer o registo de [referenciação] 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

**Legenda**

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - Diabetes Mellitus;

<b>041</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	5.18.01	2013.041.01	Proporção DM2 em terapêut. c/ insulina

### Designação

Proporção de utentes com diabetes tipo 2, em terapêutica com insulina

### Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "terapêutica com insulina".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes tipo 2 com pelo menos uma prescrição de insulina nos últimos 12 meses.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes tipo 2 e com prescrição de insulina nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes tipo 2.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, existe pelo menos uma insulina associada à terapêutica crónica (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. 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).

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

### 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://app7.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".

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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos; DCI - Denominação Comum Internacional; DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2; ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical"

<b>042</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	5.19.01	2013.042.01	Proporção DM2 em terapêut. c/ metformina

### Designação

Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com terapêutica com metformina

### Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "terapêutica com metformina".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes tipo 2 com pelo menos uma prescrição de metformina nos últimos 12 meses.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes tipo 2 e com pelo menos uma prescrição de metformina nos últimos 12 meses.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes tipo 2.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, existe pelo menos uma metformina registada na terapêutica crónica (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Existe pelo menos uma metformina prescrita 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 Diabetes Mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) 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 pertencentes ao grupo 8.4.2 (antidiabéticos orais) da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT) e pertencentes a uma das seguintes classes da classificação Terapêutica Anatómica e Química (ATC):

- A10BA02 METFORMINA

- A10BD02 METFORMINA e SULFONAMIDAS

- A10BD11 METFORMINA e LINAGLIPTINA

- A10BD05 METFORMINA e PIOGLITAZONA

- A10BD10 METFORMINA e SAXAGLIPTINA

- A10BD07 METFORMINA e SITAGLIPTINA

- A10BD08 METFORMINA e VILDAGLIPTINA

- A10BD03 METFORMINA e ROSIGLITAZONA

B. Contabilizam-se metforminas isoladas ou em associação.

C. Não se contabilizam no numerador utentes a quem tenham sido prescritas metforminas no ano anterior se não coexistirem metforminas registadas na terapêutica crónica.

D. Não se contabilizam no numerador utentes que à data de referência do indicador tenham metforminas registadas na terapêutica crónica, se nenhuma metformina tiver sido prescrita no último ano.

E. Os medicamentos pertencentes às classes ATC e CFT acima referidas podem ser consultados em

<http://app7.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".

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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

## Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos; DCI - Denominação Comum Internacional; DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

043

Código

6.34.01

Código SIARS

2013.043.01

Nome abreviado

Proporção DM c/ acompanham. adequado

### Designação

Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado

### Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos 2 consultas médicas de vigilância da diabetes, realizadas nos últimos 12 meses, uma em cada semestre (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).

C. 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).

D. 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).

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).

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).

G. 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).

H. 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).

I. O último resultado registado de HgbA1c é inferior ou igual a 8.0% (ver alíneas F, G, H e N de OBSERVAÇÕES GERAIS).

J. Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 12 meses (ver alínea O de OBSERVAÇÕES GERAIS).

K. Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 24 meses (ver alínea P de OBSERVAÇÕES GERAIS).

L. Existe pelo menos um registo de exame dos pés, realizado nos últimos 12 meses (ver alínea Q 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", 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]:

- [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 "registro 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 "Registro 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2013

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	30 dias

#### Legenda

HgbA1c - Hemoglobina glicosada; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - Diabetes Mellitus

<b>044</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Rastreio Oncológico	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

### Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

<b>045</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	5.02.01	2013.045.01	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.

### Designação

Proporção de mulheres entre [25; 60[ anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado

### Objetivo

Monitorizar o programa de rastreio oncológico - parâmetro "rastreo e deteção precoce do cancro do colo do útero".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção entre as mulheres com rastreio do cancro do colo do útero efetuado e as mulheres com idades compreendidas no intervalo [25, 60[ anos.

Numerador: Contagem de mulheres com rastreio do cancro do colo do útero efetuado.

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 ou D)] 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).

D. Pelo menos um resultado **pesquisa de DNA do HPV por PCR** nos últimos 5 anos (ver alíneas F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ser mulher.

B. Ter idade compreendida no intervalo [25; 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".

F. O código da tabela de MCDT do SNS válido para registar "pesquisa de DNA do HPV por PCR" é o seguinte:

- [Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR], código 31730, área Anatomia Patológica.

G. O teste de [pesquisa de DNA do HPV por PCR], está a ser usado em programas de rastreio comunitários regionais, não sendo um exame participado. A colheita é efetuada através de um esfregaço do colo do útero depositado em meio líquido (e não em lâmina). O protocolo do rastreio apenas prevê a realização de colpocitologia nas situações em que o resultado do teste de tipagem HPV é positivo. O código do teste que é usado para deteção do HPV por PCR é o mesmo que pode ser usado para a tipagem de outros vírus (o código identifica a técnica laboratorial e não o vírus pesquisado). Assim, para que o resultado deste teste possa ser contabilizado neste indicador, o resultado deve ter como parâmetro a identificação inequívoca que o vírus pesquisado foi o HPV.

## 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.

- Numerador (variável "Pesquisa de DNA do HPV por PCR"): 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.

- Numerador (variável "Pesquisa de DNA do HPV por PCR"): 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde da Mulher	Ano de 2017: [52; 100]	Ano de 2017: [47; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Rastreio Oncológico	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

## Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

<b>046</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 [retosigmoidoscopia] 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 [retosigmoidoscopia] 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 "retosigmoidoscopia"): 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 "retosigmoidoscopia"): 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde do Adulto	Ano de 2017: [52; 100]	Ano de 2017: [47; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Rastreio Oncológico	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

**Legenda**

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; PSOF - Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

<b>047</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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-masso-ano (UMA) calculadas na data em que é feito o registo.

SAPE/SClínico:

A. Até setembro de 2015, não existe forma de proceder ao registo normalizado da informação de hábitos tabágicos.

B. Após outubro de 2015, com a instalação versão SClínico 2.0, a forma de proceder ao registo normalizado da informação de hábitos tabágicos é através da intervenção de enfermagem "Monitorizar uso de tabaco" (9001128). A intervenção de enfermagem está associada ao foco de atenção "Uso de tabaco" e encontra-se disponível no painel actividades diagnóstico e/ou no mapa de cuidados (caso já tenha sido incluída no plano de cuidados em consulta anterior). A intervenção referida permite registar o nº unidades-maço-ano (UMA) calculadas na data em que é feito o registo.

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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde do Adulto	Ano de 2017: [66; 100]	Ano de 2017: [60; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>049</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	5.26	2013.049.01	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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com FeV1	Com dados desde Junho de 2014

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Doenças Aparelho Respiratório	Ano de 2017: [60; 100]	Ano de 2017: [40; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Respiratório	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

### Legenda

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; FeV1 - Volume Expiratório Forçado no 1º segundo.

<b>050</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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] 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 e 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	5 dias

### Legenda

RP - Revisão do Puerpério

<b>051</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.33.01	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado

### Designação

Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado

### Objetivo

Monitorizar o programa de saúde materna.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de grávidas, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de grávidas com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de grávidas.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Utentes incluídos no denominador.

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

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).

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).

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).

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).

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] durante pelo menos um dia do período compreendido entre a [Data início] e o [42º dia de puerpério] (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]:

- [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] 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas	Com dados desde Dezembro de 2013

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	30 dias

## Legenda

DUM - Data da Última Menstruação

RP - Revisão do Puerpério;

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;

<b>052</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.30.01	2013.052.01	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF

### Designação

Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar

### Objetivo

Monitorizar o programa de planeamento familiar.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de MIF com idade no intervalo [15; 50[ anos, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de MIF com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de MIF com idade no intervalo [15; 50[ anos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica de PF realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos últimos 36 meses (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

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.

D. Ter pelo menos 1 registo de pressão arterial, nos últimos 36 meses (ver alíneas C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. 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).

F. Para mulheres com idades entre [25, 50[ anos, ter pelo menos um resultado de colpocitologia **em meio líquido** nos últimos 5 anos (ver alíneas G, H, I e K de OBSERVAÇÕES GERAIS).

G. Para mulheres com idades entre [25, 50[ anos, ter pelo menos um resultado **pesquisa de DNA do HPV por PCR** nos últimos 5 anos (ver alíneas L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).

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 H 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]:

- [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 em lâmina" 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.

L. O código da tabela de MCDT do SNS válido para registar "pesquisa de DNA do HPV por PCR" é o seguinte:

- [Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR], código 31730, área Anatomia Patológica.

M. O teste de [pesquisa de DNA do HPV por PCR], está a ser usado em programas de rastreio comunitários regionais, não sendo um exame participado. A colheita é efetuada através de um esfregaço do colo do útero depositado em meio líquido (e não em lâmina). O protocolo do rastreio apenas prevê a realização de colpocitologia nas situações em que o resultado do teste de tipagem HPV é positivo. O código do teste que é usado para deteção do HPV por PCR é o mesmo que pode ser usado para a tipagem de outros vírus (o código identifica a técnica laboratorial e não o vírus pesquisado). Assim, para que o resultado deste teste possa ser contabilizado neste indicador, o resultado deve ter como parâmetro a identificação inequívoca que o vírus pesquisado foi o HPV.

## 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, selecionando 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, selecionando 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 "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.
- Numerador (variável "Pesquisa de DNA do HPV por PCR"): 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 "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.
- Numerador (variável "Pesquisa de DNA do HPV por PCR"): 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de MIFs	Com dados desde Dezembro de 2013

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

**Legenda**

PF - Planeamento Familiar;  
MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;  
MIF - Mulheres em Idade Fértil;

<b>053</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 rúbricas 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. Até setembro de 2015, não existe forma de proceder ao registo normalizado da informação de "consumos de álcool".

B. Após outubro de 2015, com a instalação versão SClínico 2.0, a forma de proceder ao registo normalizado da informação de consumo de álcool é através da intervenção de enfermagem "Monitorizar uso de álcool" (9000774). A intervenção de enfermagem está associada ao foco de atenção "Uso de álcool" e encontra-se disponível no painel actividades diagnóstico e/ou no mapa de cuidados (caso já tenha sido incluída no plano de cuidados em consulta anterior). A intervenção referida, permite registar o nº de [gramas de álcool por semana] que o doente consome na data em que é feito o registo.

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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde do Adulto	Ano de 2017: [66; 100]	Ano de 2017: [60; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>054</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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]:

- [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]:

- [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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E007 | Consulta relacionada com "consumo excessivo de álcool"\]](#)

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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	Ano de 2017: [70; 100]	Ano de 2017: [55; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>055</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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://app7.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 major 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---------------------------	--------------------	-------------------

---	---	---
-----	-----	-----

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

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

<b>057</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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 [espórádica] 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).

DENOMINADOR (BB):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou superior a janeiro de 2017.

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

A. Que completam 30 dias de vida durante o período em análise (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 30 dias de vida (ver alínea F 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](#)). 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. Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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). Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

E. O teste do pezinho pode também ser designado por teste de Guthrie.

F. A partir de janeiro de 2017 o SIARS tem como fonte de dados para "inscrição de utentes" o RNU, que não contempla o conceito de "inscrição esporádica".

### Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. Registo de TSHPKU deve ser feito na [avaliação inicial], em [saúde infantil] > [desenvolvimento infantil] > [diagnóstico precoce], ou através da [atitude terapêutica] "COLHEITA DE SANGUE P/ ESTUDO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE" (90000045)

B. São considerados os dados documentados na [avaliação inicial] ou na [atitude terapêutica].

C. O Código lido na [avaliação inicial] é o "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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2017: [95; 100]	Ano de 2017: [90; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	30 dias

### Legenda

TSHPKU - Diagnóstico precoce ou teste do pezinho; RN - Recém-nascidos

<b>059</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 a estatura 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2017: [95; 100]	Ano de 2017: [90; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>060</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.32.01	2013.060.01	Proporção crianças 2 anos, c/ acompanham. adequado

### Designação

Proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 2º ano de vida

### Objetivo

Monitorizar o programa de saúde infantil, 2º ano de vida.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de crianças com 2 anos de vida, que cumpriram a totalidade dos requisitos definidos para a vigilância durante o 2º ano de vida.

Denominador: Contagem de crianças com 2 anos de vida.

### Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

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

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).

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).

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).

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]:

- [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]:

- [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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E001 | Vigilância em saúde infantil e juvenil\]](#)

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 ou QQ) 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).

QQ. Data de referência do indicador igual ou superior a maio de 2015, inicialmente por rotura de stock nacional da BCG e posteriormente por a vacina ter deixado de ser obrigatória no PNV.

BB. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB até à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

CC. Registo de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB, 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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).

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).

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.

Q. Os códigos SINUS equivalentes à vacina PN13 são as seguintes: "PNEUMO 23"; "PN10"; "PN23"; "PN7"; "PREVENAR";

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	Com dados desde Dezembro de 2013

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento	5 dias

---

	Juvenil	monitorizado	
--	---------	--------------	--

<b>066</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	7.09.01	2013.066.01	Proporção medicam. faturados, que são genéricos

### Designação

Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos

### Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de fármacos. Parâmetro "proporção de embalagens de genéricos"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos.

Numerador: Contagem de embalagens de medicamentos genéricos faturados.

Denominador: Contagem de embalagens faturadas.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de embalagens de medicamentos prescritos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ser uma embalagem de medicamento genérico (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Prescritas a utentes com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

B. Prescritas por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, usando o código identificador da unidade de saúde (ver alíneas A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Enviadas pelas farmácias para faturação junto do ministério da saúde. A [data de aceitação para faturação] na base de dados de faturação pertence aos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

### Observações Gerais

A. Se a unidade de observação for um médico, contabilizam-se no denominador as embalagens em que todas as condições seguintes são verdadeiras:

- Prescritas por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;

- Prescritas numa receita com o código identificador da unidade de saúde a que pertence o [médico em análise] na data de referência do indicador;

- Prescritas a utentes inscritos no ficheiro do médico em análise na data de referência do indicador, ou a utentes que faleceram e que estavam inscritos no médico em análise antes de falecerem, ou que foram transferidos para uma unidade de saúde diferente tendo estado inscritos pela última vez na unidade, no ficheiro do médico em análise;

- Que foram aceites para faturação no centro de conferência de faturas, e em que [data de aceitação para faturação] na base de dados de faturação pertence aos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

B. Se a unidade de observação for uma USF ou UCSP, contabilizam-se no denominador as embalagens em que todas as condições seguintes são verdadeiras:

- Prescritas por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;

- Prescritas numa receita com o código identificador da unidade de saúde; não se contabilizam receitas prescritas no atendimento complementar (ou serviço apoio permanente ou outro equivalente) se o código identificador da receita for distinto do da unidade de saúde a que pertence o doente;

- Prescritas a utentes com [inscrição ativa](#) durante pelo menos um dia do período em análise;

- Que foram aceites para faturação no centro de conferência de faturas, e em que [data de aceitação para faturação] na base de dados de

faturação pertence aos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

C. Se a unidade de observação for um ACES, contabilizam-se todas as prescrições efetuadas por qualquer médico ou interno do ACES a utentes inscritos durante pelo menos um dia numa das unidades de saúde desse ACES, independentemente do código identificador da unidade (inscrito na receita), desde que aceites para faturação no centro de conferência de faturas, com [data de aceitação para faturação] pertencente aos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. Contabilizam-se assim as embalagens prescritas no âmbito dos serviços de atendimento complementar, nas consultas de reforço, etc.

D. 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).

E. O SIARS contabiliza como medicamentos genéricos, quer os prescritos por DCI (sem referência ao titular da autorização de introdução no mercado), quer os que não sendo prescritos por DCI, sejam medicamentos considerados "genéricos" pelo Infarmed (tenham o símbolo "MG" na embalagem).

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de embalagens	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	30 dias

<b>067</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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://app7.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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utilizadores	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde adultos	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos; DCI - Denominação Comum Internacional; ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical"

<b>068</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 \[conceitos e métricas relacionadas com medicamentos\]](#).

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 compartilhados: 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:

- [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 em [\[Unidades de observação\]](#). 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 prescritor" 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	Estado do indicador
AA / BB	€ / UTI	Despesa com medicamentos	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	30 dias

### Legenda

€/UTI - Euros por utente utilizador;  
 PVP - Preço de venda ao público; CCF - Centro de conferência de faturas

<b>069</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	7.07.02	2013.069.01	Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (p. conv. s/ TM)

### Designação

Despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado líquido da taxa moderadora)

### Objetivo

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

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador do SNS, baseado no [preço convencionado líquido da taxa moderadora].

Numerador: Somatório do [no preço convencionado líquido da taxa moderadora] dos MCDT faturados por entidades convencionadas.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores pertencentes ao SNS.

### Regras de cálculo

#### NUMERADOR (AA):

Somatório do [preço convencionado líquido da taxa moderadora] dos MCDT em que a expressão [A e (B ou C ou D) e E] é verdadeira (ver alíneas L e M 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 requisição 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 requisição 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 requisição 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 I 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. Existem diversas bases de dados de centros de conferência de faturas (CCF) de MCDT no país: a de maiores dimensões, localizada na cidade da Maia, recebe informação das entidades convencionadas de todo o país; existem outras relacionadas com as ULS. A base de dados do CCF da Maia fornece informação sobre o número do utente, o que permite relacionar os MCDT do numerador com o estado da inscrição no período em análise. As bases de dados das ULS não têm informação do número de utente, pelo que não é possível validar se os MCDT do numerador pertencem a utentes com [inscrição ativa] ou esporádica.

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 credenciais 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:

- [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 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

J. Os valores calculados para a unidade de observação [MED (médico)] são obtidos por desagregação dos resultados da respetiva unidade de saúde, tal como especificado em [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.

K. 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.

L. O [preço convencionado líquido da taxa moderadora] é calculado:

- subtraindo ao [preço convencionado] o valor da taxa moderadora nos doentes não isentos.
- igualando ao [preço convencionado] nos doentes isentos.

M. O valor contabilizado por cada MCDT é o que consta da coluna "preço" da tabela oficial de MCDT convencionados ([www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)), deduzido da taxa moderadora nos utentes não isentos. 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 18 euros. A métrica que serve de base a este indicador está definida na especificação [M006 dos \[Conceitos e métricas relacionadas com MCDT\]](#).

### 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	Estado do indicador
AA / BB	€/ UTI	Despesa com MCDT	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	30 dias

### Legenda

MCDT - Meio complementar de diagnóstico e terapêutica

TM - Taxa moderadora

€/UTI - Euros por utente utilizador CCF - Centro de conferência de faturas

<b>070</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	7.06.01	2013.070.01	Despesa (PVP) medic. prescr. compart. p/ utiliz.

### Designação

Despesa média (PVP) de medicamentos prescritos e comparticipados, por utente utilizador

### 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 participados, 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 participados";

- 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 electrónico 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.

- "Outros produtos" como tiras de glicémia, agulhas e produtos dietéticos.

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:

- [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 participados" 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 participados":

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 participados".

## 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	Estado do indicador
AA / BB	€ / UTI	Despesa com medicamentos	Com dados desde Dezembro de 2013

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	30 dias

## 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, baseada no preço convencionado de MCDT prescritos, por utente utilizador

### 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 requisição 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 requisição 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 requisição 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](http://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 \[Conceitos e métricas relacionadas com MCDT\]](#).

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 electrónico 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:

- [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	Estado do indicador
AA / BB	€/ UTI	Despesa com MCDT	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	5 dias

## Legenda

MCDT - Meio complementar de diagnóstico e terapêutica  
€/UTI - Euros por utente utilizador

<b>074</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	5.28	2013.074.01	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].

B. Compatível com o código [C008](#) [Consulta médica presencial - MedicineOne].

C. Compatível com o código [C014](#) [Consulta médica presencial - VitaCare].

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

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de consultas	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	5 dias

<b>075</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.05.01	2013.075.01	Proporção de DM2 com compromisso de vigilância

### Designação

Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com compromisso de vigilância

### Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "utentes com diabetes tipo 2 vigiados na unidade de saúde".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes tipo 2 assinalados como vigiados no programa de diabetes à data de referência do indicador.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes tipo 2 assinalados como vigiados no programa de diabetes.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes tipo 2.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, o utente encontra-se associado ao programa de vigilância de diabetes (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 Mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

### Observações Gerais

A. Definição e operacionalização de utente [vigiado] e [não vigiado], que a seguir se apresenta é a que deve ser usada em sede de auditoria de registos:

Um utente deve ser classificado como [não vigiado] se todas as afirmações seguintes forem verdadeiras:

- A [diabetes tipo 2] estiver a ser acompanhado por um médico pertencente a outra instituição de saúde ou médico assistente privado.
- Se se conseguir identificar inequivocamente esse médico, procedendo ao registo do respetivo nome e local de trabalho no processo clínico.
- A informação do nome e local de trabalho do médico responsável pela vigilância da diabetes, é válida se tiver sido registada nos 3 anos que antecedem a data de referência do indicador.

O utente com [diabetes tipo 2] deve ser classificado como [vigiado] em todas as restantes situações, designadamente quando a vigilância é feita na unidade de saúde ou quando se desconhece quem faz a vigilância.

### Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. O registo de [compromisso de vigilância] é efetuado abrindo o [programa de diabetes] e assinalando que o utente é [vigiado na unidade].

B. O registo da informação do nome e local de trabalho do médico responsável pela vigilância da diabetes deve ser efetuado nas [notas] da ficha de diabetes, ficando por isso datado.

MEDICINEONE

A. Os registos da associação dos utentes ao programa de vigilância de [diabetes] possuem uma [data de início de validade], uma [data de fim de

validade] e uma [data de inserção do registo]. Apenas são contabilizados os registos em que sejam verdadeiras todas as expressões seguintes:

- [data de inserção do registo] < ([data referência indicador] + 5);
- [data de início de validade] < [data referência indicador];
- ([data de fim de validade] > [data referência indicador]) ou ([data de fim de validade] não preenchido);

B. 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".

C. O registo da informação do nome e local de trabalho do médico responsável pela vigilância da diabetes deve ser efetuado num SOAP e na área de resumo.

VITACARE

A. O registo da informação do nome e local de trabalho do médico responsável pela vigilância da diabetes deve ser efetuado num SOAP.

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "registo de vigilância no programa de diabetes"): 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 vigilância no programa de diabetes"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

DM2 - utentes com diabetes tipo 2

<b>076</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.06.01	2013.076.01	Proporção hipertensos com compromisso vigilância

### Designação

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com compromisso de vigilância

### Objetivo

Monitorizar o programa de hipertensão. Parâmetro "utentes com hipertensão arterial vigiados na unidade de saúde"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial assinalados como vigiados no programa de hipertensão (à data de referência do indicador).

Numerador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial assinalados como vigiados no programa de hipertensão .

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, o utente encontra-se associado ao programa de vigilância de hipertensão (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. Definição e operacionalização de utente [vigiado] e [não vigiado], que a seguir se apresenta é a que deve ser usada em sede de auditoria de registos:

Um utente deve ser classificado como [não vigiado] se todas as afirmações seguintes forem verdadeiras:

- A [hipertensão] estiver a ser acompanhada por um médico pertencente a outra instituição de saúde ou médico assistente privado.

- Se se conseguir identificar inequivocamente esse médico, procedendo ao registo do respetivo nome e local de trabalho no processo clínico.

- A informação do nome e local de trabalho do médico responsável pela vigilância da hipertensão, é válida se tiver sido registada nos 3 anos que antecedem a data de referência do indicador.

O utente com [hipertensão] deve ser classificado como [vigiado] em todas as restantes situações, designadamente quando a vigilância é feita na unidade de saúde ou quando se desconhece quem faz a vigilância.

### Observações Sobre Software

SAM/SClínico:

A. O registo de [compromisso de vigilância] é efetuado abrindo o [programa de hipertensão] e assinalando que o utente é [vigiado na unidade].

B. O registo da informação do nome e local de trabalho do médico responsável pela vigilância da HTA deve ser efetuado nas [notas] da ficha de hipertensão, ficando por isso datado.

MEDICINEONE

A. Os registos da associação dos utentes ao programa de vigilância de [HTA] possuem uma [data de início de validade], uma [data de fim de

validade] e uma [data de inserção do registo]. Apenas são contabilizados os registos em que sejam verdadeiras todas as expressões seguintes:

- [data de inserção do registo] < ([data referência indicador] + 5);
- [data de início de validade] < [data referência indicador];
- ([data de fim de validade] > [data referência indicador]) ou ([data de fim de validade] não preenchido);

B. 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".

C. O registo da informação do nome e local de trabalho do médico responsável pela vigilância da HTA deve ser efetuado num SOAP e na área de resumo.

VITACARE

A. O registo da informação do nome e local de trabalho do médico responsável pela vigilância da HTA deve ser efetuado num SOAP.

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "registo de vigilância no programa de HTA"): 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 vigilância no programa de HTA"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>086</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.40	2016.086.01	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 (<2500 gramas) ao nascer, entre os recém-nascidos de termo nascidos no período de tempo considerado.

Numerador: Contagem de recém-nascidos de termo e de baixo peso.

Denominador: Contagem de recém-nascidos de termo.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Com baixo peso à nascença (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 E, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Até setembro de 2016, a identificação do "baixo peso" era efetuada através do registo dos códigos ICD-9-CM que de baixo peso às nascença (< 2500 grama) 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

Depois de setembro de 2016, o registo do peso à nascença passou a ser obrigatório na plataforma de registo dos GDH, pelo que o indicador passa a analisar o campo "peso à nascença", para valores inferiores a 2500 grama.

B. Os nascimentos registam-se através dos códigos ICD-9-CM ou ICD-10-CM seguintes:

**ICD-10-CM:**

Z3800 - Single liveborn infant, delivered vaginally

Z3801 - Single liveborn infant, delivered by cesarean

Z381 - Single liveborn infant, born outside hospital

Z382 - Single liveborn infant, unspecified as to place of birth

Z3830 - Twin liveborn infant, delivered vaginally

Z3831 - Twin liveborn infant, delivered by cesarean

Z384 - Twin liveborn infant, born outside hospital  
Z385 - Twin liveborn infant, unspecified as to place of birth  
Z3861 - Triplet liveborn infant, delivered vaginally  
Z3862 - Triplet liveborn infant, delivered by cesarean  
Z3863 - Quadruplet liveborn infant, delivered vaginally  
Z3864 - Quadruplet liveborn infant, delivered by cesarean  
Z3865 - Quintuplet liveborn infant, delivered vaginally  
Z3866 - Quintuplet liveborn infant, delivered by cesarean  
Z3868 - Other multiple liveborn infant, delivered vaginally  
Z3869 - Other multiple liveborn infant, delivered by cesarean  
Z387 - Other multiple liveborn infant, born outside hospital  
Z388 - Other multiple liveborn infant, unsp as to place of birth

**ICD-9-CM:**

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. Os códigos ICD-9-CM ou ICD-10-CM que permitem codificar gravidez de termo são os seguintes:

**ICD-10-CM:**

--

**ICD-9-CM:**

765.29 - 37 ou mais semanas completas de gestação.

D. Os códigos ICD-9-CM ou ICD-10-CM que permitem codificar gravidez pré-termo são os seguintes:

**ICD-10-CM:**

P0720 - Extreme immaturity of newborn, unsp weeks of gestation  
P0721 - Extreme immaturity of NB, gestatnl age < 23 completed weeks  
P0722 - Extreme immaturity of NB, gestatnl age 23 completed weeks  
P0723 - Extreme immaturity of NB, gestatnl age 24 completed weeks  
P0724 - Extreme immaturity of NB, gestatnl age 25 completed weeks  
P0725 - Extreme immaturity of NB, gestatnl age 26 completed weeks  
P0726 - Extreme immaturity of NB, gestatnl age 27 completed weeks  
P0730 - Preterm newborn, unspecified weeks of gestation  
P0731 - Preterm newborn, gestational age 28 completed weeks  
P0732 - Preterm newborn, gestational age 29 completed weeks  
P0733 - Preterm newborn, gestational age 30 completed weeks  
P0734 - Preterm newborn, gestational age 31 completed weeks  
P0735 - Preterm newborn, gestational age 32 completed weeks  
P0736 - Preterm newborn, gestational age 33 completed weeks  
P0737 - Preterm newborn, gestational age 34 completed weeks  
P0738 - Preterm newborn, gestational age 35 completed weeks  
P0739 - Preterm newborn, gestational age 36 completed weeks

**ICD-9-CM:**

--

E. 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.

F. 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:

- Calcula-se, para o mês de referência do indicador, a frequência relativa de distribuição dos utentes inscritos pelas respetivas freguesias de residência;
- 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;
- 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).

G. 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.

H. Apenas se consideram os episódios de internamento válidos para faturação no âmbito dos GDH.

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos	Com dados desde Dezembro de 2011

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Saúde Materna	Utentes residentes - informação INE	90 dias

### Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;

ICD-9 - Classificação internacional de doenças, versão 9

RN - Recém-nascido;

UF - Unidade Funcional

<b>087</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.41	2016.087.01	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 cerebrovascular, 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 episódios de internamento hospitalar em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira:

A. 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. Pertencentes a utentes com idade inferior a 65 anos (à data da admissão hospitalar);

D. Alta com diagnóstico principal 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 e ICD-10-CM que permitem codificar DCV são os seguintes:

#### ICD-10-CM:

G450 - Vertebro-basilar artery syndrome

G451 - Carotid artery syndrome (hemispheric)

G454 - Transient global amnesia

G458 - Oth transient cerebral ischemic attacks and related synd

G459 - Transient cerebral ischemic attack, unspecified

I6000 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from unspecified carotid siphon and bifurcation

I6001 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from right carotid siphon and bifurcation

I6002 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from left carotid siphon and bifurcation

I6010 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from unspecified middle cerebral artery

I6011 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from right middle cerebral artery

I6012 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from left middle cerebral artery

I602 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from anterior communicating artery

I6030 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from unspecified posterior communicating artery

I6031 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from right posterior communicating artery

I6032 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from left posterior communicating artery

I604 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from basilar artery  
I6050 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from unspecified vertebral artery  
I6051 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from right vertebral artery  
I6052 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from left vertebral artery  
I606 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from other intracranial arteries  
I607 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from unspecified intracranial artery  
I608 - Other nontraumatic subarachnoid hemorrhage  
I609 - Nontraumatic subarachnoid hemorrhage, unspecified  
I610 - Nontraumatic intracerebral hemorrhage in hemisphere, subcortical  
I611 - Nontraumatic intracerebral hemorrhage in hemisphere, cortical  
I612 - Nontraumatic intracerebral hemorrhage in hemisphere, unspecified  
I613 - Nontraumatic intracerebral hemorrhage in brain stem  
I614 - Nontraumatic intracerebral hemorrhage in cerebellum  
I615 - Nontraumatic intracerebral hemorrhage, intraventricular  
I616 - Nontraumatic intracerebral hemorrhage, multiple localized  
I618 - Other nontraumatic intracerebral hemorrhage  
I619 - Nontraumatic intracerebral hemorrhage, unspecified  
I6200 - Nontraumatic subdural hemorrhage, unspecified  
I6201 - Nontraumatic acute subdural hemorrhage  
I6202 - Nontraumatic subacute subdural hemorrhage  
I6203 - Nontraumatic chronic subdural hemorrhage  
I629 - Nontraumatic intracranial hemorrhage, unspecified  
I63011 - Cerebral infarction due to thrombosis of right vertebral artery  
I63012 - Cerebral infarction due to thrombosis of left vertebral artery  
I63013 - Cerebral infarction due to thrombosis of bilateral vertebral arteries  
I63019 - Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified vertebral artery  
I63111 - Cerebral infarction due to embolism of right vertebral artery  
I63112 - Cerebral infarction due to embolism of left vertebral artery  
I63113 - Cerebral infarction due to embolism of bilateral vertebral arteries  
I63119 - Cerebral infarction due to embolism of unspecified vertebral artery  
I63131 - Cerebral infarction due to embolism of right carotid artery  
I63132 - Cerebral infarction due to embolism of left carotid artery  
I63133 - Cerebral infarction due to embolism of bilateral carotid arteries  
I63139 - Cerebral infarction due to embolism of unspecified carotid artery  
I6320 - Cerebr infrc due to unsp occls or stenosis of unsp precerb art  
I63211 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of right vertebral arteries  
I63212 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left vertebral arteries  
I63213 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of bilateral vertebral arteries  
I63219 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified vertebral arteries  
I6322 - Cerebral infrc due to unsp occls or stenosis of basilar art  
I63231 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of right carotid arteries  
I63232 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left carotid arteries  
I63233 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of bilateral carotid arteries  
I63239 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified carotid arteries  
I6330 - Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified cerebral artery  
I63311 - Cerebral infarction due to thrombosis of right middle cerebral artery  
I63312 - Cerebral infarction due to thrombosis of left middle cerebral artery  
I63313 - Cerebral infarction due to thrombosis of bilateral middle cerebral arteries  
I63319 - Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified middle cerebral artery  
I63321 - Cerebral infarction due to thrombosis of right anterior cerebral artery  
I63322 - Cerebral infarction due to thrombosis of left anterior cerebral artery  
I63323 - Cerebral infarction due to thrombosis of bilateral anterior arteries  
I63329 - Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified anterior cerebral artery  
I63331 - Cerebral infarction due to thrombosis of right posterior cerebral artery  
I63332 - Cerebral infarction due to thrombosis of left posterior cerebral artery  
I63333 - Cerebral infarction to thrombosis of bilateral posterior arteries

I63339 - Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified posterior cerebral artery  
I63341 - Cerebral infarction due to thrombosis of right cerebellar artery  
I63342 - Cerebral infarction due to thrombosis of left cerebellar artery  
I63343 - Cerebral infarction due to thrombosis of bilateral cerebellar arteries  
I63349 - Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified cerebellar artery  
I6339 - Cerebral infarction due to thrombosis of other cerebral artery  
I6350 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified cerebral artery  
I63511 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of right middle cerebral artery  
I63512 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left middle cerebral artery  
I63513 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of bilateral middle arteries  
I63519 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified middle cerebral artery  
I63521 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of right anterior cerebral artery  
I63522 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left anterior cerebral artery  
I63523 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of bilateral anterior arteries  
I63529 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified anterior cerebral artery  
I63531 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of right posterior cerebral artery  
I63532 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left posterior cerebral artery  
I63533 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of bilateral posterior arteries  
I63539 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified posterior cerebral artery  
I63541 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of right cerebellar artery  
I63542 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left cerebellar artery  
I63543 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of bilateral cerebellar arteries  
I63549 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified cerebellar artery  
I6359 - Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of cerebral artery  
I6501 - Occlusion and stenosis of right vertebral artery  
I6502 - Occlusion and stenosis of left vertebral artery  
I6503 - Occlusion and stenosis of bilateral vertebral arteries  
I6509 - Occlusion and stenosis of unspecified vertebral artery  
I651 - Occlusion and stenosis of basilar artery  
I6521 - Occlusion and stenosis of right carotid artery  
I6522 - Occlusion and stenosis of left carotid artery  
I6523 - Occlusion and stenosis of bilateral carotid arteries  
I6529 - Occlusion and stenosis of unspecified carotid artery  
I658 - Occlusion and stenosis of other precerebral arteries  
I659 - Occlusion and stenosis of unspecified precerebral artery  
I6601 - Occlusion and stenosis of right middle cerebral artery  
I6602 - Occlusion and stenosis of left middle cerebral artery  
I6603 - Occlusion and stenosis of bilateral middle cerebral arteries  
I6609 - Occlusion and stenosis of unspecified middle cerebral artery  
I6611 - Occlusion and stenosis of right anterior cerebral artery  
I6612 - Occlusion and stenosis of left anterior cerebral artery  
I6613 - Occlusion and stenosis of bilateral anterior cerebral arteries  
I6619 - Occlusion and stenosis of unspecified anterior cerebral artery  
I6621 - Occlusion and stenosis of right posterior cerebral artery  
I6622 - Occlusion and stenosis of left posterior cerebral artery  
I6623 - Occlusion and stenosis of bilateral posterior cerebral arteries  
I6629 - Occlusion and stenosis of unspecified posterior cerebral artery  
I669 - Occlusion and stenosis of unspecified cerebral artery  
I671 - Cerebral aneurysm, nonruptured  
I672 - Cerebral atherosclerosis  
I674 - Hypertensive encephalopathy  
I675 - Moyamoya disease  
I676 - Nonpyogenic thrombosis of intracranial venous system  
I677 - Cerebral arteritis, not elsewhere classified  
I6781 - Acute cerebrovascular insufficiency  
I6782 - Cerebral ischemia

I67848 - Other cerebrovascular vasospasm and vasoconstriction

I6789 - Other cerebrovascular disease

I679 - Cerebrovascular disease, unspecified

**ICD-9-CM:**

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/especific, 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 piogenica 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:

- Calcula-se, para o mês de referência do indicador, a frequência relativa de distribuição dos utentes inscritos pelas respetivas freguesias de residência;
- 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;
- 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:

- Idade da UF. Os resultados em saúde relacionados com o risco cardiovascular, medidos por este indicador não são imediatos.
- 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.
- 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 a população residente (informação INE, CENSUS, 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	Estado do indicador
AA / BB x 10.000	por 10.000	Taxa internamento (por 10.000 residentes por ano)	Com dados desde Dezembro de 2011

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Cardiovascular	Utentes residentes - informação INE	90 dias

### 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

5.04.02

Código SIARS

2013.088.01

Nome abreviado

Proporção DM c/ registo HgbA1c 6 meses

### Designação

Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre

### Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "registo de resultado de HgbA1c".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Com pelo menos um registo de HgbA1c realizada no último semestre (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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

**Legenda**

HgbA1c - Hemoglobina glicosada; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - utentes com diabetes

<b>089</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	5.10.02	2013.089.01	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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

## 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 \[conceitos e métricas relacionadas com medicamentos\]](#).

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 \[conceitos e métricas relacionadas com medicamentos\]](#);

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:

- [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 em [\[Unidades de observação\]](#). 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 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.

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	Estado do indicador
AA / BB	€ / UTI	Despesa com medicamentos	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	30 dias

### Legenda

€/UTI - Euros por utente utilizador; CCF - Centro de conferência de faturas

<b>091</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [30; 55]	Ano de 2017: [25; 70]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

### Legenda

HgbA1c - Hemoglobina glicosada; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - Diabetes Mellitus;

<b>092</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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://app7.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.

SAPE/SClinico sem normalização:

A. A forma de proceder ao registo normalizado da informação sobre o resultado de INR é através da intervenção de enfermagem "Monitorizar INR" (1037) ou "Monitorizar INR" (91117).

SClinico com normalização:

A. Após outubro de 2015, com a instalação versão SClinico 2.0, a forma de proceder ao registo normalizado da informação sobre o resultado de INR é através da intervenção de enfermagem "Monitorizar I.N.R. (índice internacional normalizado)" (9001294). A intervenção de enfermagem está associada ao foco de atenção "Perda Sanguínea" e encontra-se disponível no painel atividades diagnóstico e/ou no mapa de cuidados (caso já tenha sido incluída no plano de cuidados em consulta anterior).

## 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde adultos	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

## Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;  
 INR - Índice internacional normalizado;  
 CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos;  
 DCI - Denominação Comum Internacional

<b>093</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 ou XX) 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).
- XX. Data de referência do indicador igual ou superior a maio de 2015, inicialmente por rotura de stock nacional da BCG e posteriormente por a vacina ter deixado de ser obrigatória no PNV.
- BB. Registo da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB (inoculação e registo até à data de referência do indicador).
- CC. Inoculação e registo da 2ª dose de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB nos 7 meses que antecedem a data referência do indicador.
- DD. Inoculação e registo da 1ª dose de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB no mês que antecede a data referência do indicador.
- EE. Registo de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB 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 DTPaHibVIPVHB (anterior à data de referência do indicador);
- GG. Registo de Hib ou DTPaHib ou DTPwHib ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB (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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB (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 ou DTPaHibVIPVHB no mês que antecede a data referência do indicador.
- NN. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP ou DTPaHibVIPVHB 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	Com dados desde Junho de 2014

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2017: [98; 100]	Ano de 2017: [95; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>094</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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).
- XX. Data de referência do indicador igual ou superior a maio de 2015, inicialmente por rotura de stock nacional da BCG e posteriormente por a vacina ter deixado de ser obrigatória no PNV.
- BB. Inoculação e registo da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB (até à data de referência do indicador).
- CC. Inoculação e registo da 2ª dose de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador.
- DD. Inoculação e registo da 1ª dose de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB no mês que antecede a data referência do indicador.
- EE. Registo de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB (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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB (anterior à data de referência do indicador).
- NN. Inoculação e registo da 3ª dose de VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP ou DTPaHibVIPVHB (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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB no mês que antecede a data referência do indicador.
- QQ. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP ou DTPaHibVIPVHB 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	Com dados desde Junho de 2014

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2017: [98; 100]	Ano de 2017: [95; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>095</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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).

XX. Data de referência do indicador igual ou superior a maio de 2015, inicialmente por rotura de stock nacional da BCG e posteriormente por a vacina ter deixado de ser obrigatória no PNV.

BB. Inoculação e registo da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB (até à data de referência do indicador).

CC. Inoculação e registo da 2ª dose de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador.

DD. Inoculação e registo da 1ª dose de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB no mês que antecede a data referência do indicador.

EE. Registo de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB com estado [Imunizado] ou [Contra-indicado] (até à data de referência do indicador).

FF. Inoculação e registo da 3ª dose (ou superior) de Td ou Tdpa (anterior à data de referência do indicador).

GG. Inoculação e registo da 2ª dose de Td ou Tdpa, nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador.

HH. Inoculação e registo da 1ª dose de Td ou Tdpa, no mês que antecede a data referência do indicador.

II. Registo de Td ou de Tdpa ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB (anterior à data de referência do indicador).

KK. Inoculação e registo da 3ª dose de VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP ou DTPaHibVIPVHB (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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB no mês que antecede a data referência do indicador.

NN. Registo de VAP ou VIP ou DTPaHibVIP ou DTPwHibVIP ou DTPaVIP ou DTPaHibVIPVHB 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 ou HPV9 (entre 9 anos de idade e a data de referência do indicador).

VV. Inoculação e registo da 1ª dose de HPV ou HPV9 nos 6 meses que antecedem a data referência do indicador.

WW. Registo de HPV ou HPV9 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de jovens	Com dados desde Junho de 2014

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil	Ano de 2017: [98; 100]	Ano de 2017: [95; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
-------------------	--------------	----------------------------------	---------------------

---

Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias
----------	--------------------------	---	--------

<b>096</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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://app7.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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Rácio de despesas	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	30 dias

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [80; 100]	Ano de 2017: [75; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	30 dias

## Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - Diabetes Mellitus

<b>098</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.01.08	2013.098.01	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):

*Válido para indicadores com data de referência igual ou superior a janeiro de 2017.*

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Se idade compreendida no intervalo [25; 65[ anos, pelo menos uma inoculação de tétano (vacina com código Td, DT ou T) nos 20 anos anteriores, com registo de 3ª dose ou superior (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Se idade superior ou igual a 65 anos, 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).

NUMERADOR (AA):

*Válido para indicadores com data de referência inferior ou igual a dezembro de 2016.*

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

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 ou 20 em 20 anos consoante a idade. Para efeitos do cumprimento deste indicador, aceita-se o [registo simplificado] da 3ª dose ou superior nos últimos 10 ou 20 anos consoante a idade.

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO", APÓS JANEIRO 2017

- Numerador para utentes com idade compreendida no intervalo [25; 65[ anos: Duração de 229 (19 anos e 1 mês) a 240 meses (20 anos). Tem início a 1 de janeiro do ano N-19 e termina na data de referência do indicador.

- Numerador para utentes com idade igual ou superior a 65 anos: 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", APÓS JANEIRO 2017

- Numerador para utentes com idade compreendida no intervalo [25; 65[ anos: Duração de 240 meses (20 anos). Termina na data de referência do indicador.

- Numerador para utentes com idade igual ou superior a 65 anos: Duração de 120 meses (10 anos). Termina na data de referência do indicador.

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO", ATÉ DEZEMBRO 2016

- 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", ATÉ DEZEMBRO 2016

- 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde do Adulto	Ano de 2017: [92; 100]	Ano de 2017: [85; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde adultos	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>099</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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:

- [C004](#) | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - SClínico/SAPE

- [C005](#) | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - SClínico/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](#).

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Cobertura ou Utilização	Ano de 2017: [75; 85]	Ano de 2017: [70; 90]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>100</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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:

- [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) - SClínico/SAPE
  - [C005](#) | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - SClínico/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](#).

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Cobertura ou Utilização	Ano de 2017: [91; 97]	Ano de 2017: [86; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

108

Código	Código SIARS	Nome abreviado
3.15.05	3.15	Taxa de utilização global de consultas

### Designação

Taxa de utilização global de consultas

### Objetivo

Avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica, de qualquer tipo, no período em análise.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos com pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial nos últimos 12 meses.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

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

DENOMINADOR (BB):

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

A. Ter [inscrição ativa](#) na unidade de saúde, durante pelo menos um dia dos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

### Período em Análise

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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

112

Código

4.10.02

Código SIARS

4.10 2e

Nome abreviado

Nº médio cons. enfer. vig. s. infantil 2º ano vida

### Designação

Número médio de consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida

### Objetivo

Acompanhamento do Programa de Saúde Infantil - 2º ano de vida.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime o número médio de consultas de enfermagem de vigilância em saúde infantil realizadas às crianças que completam 2 anos de idade no período em análise (associadas ao programa de saúde infantil).

Numerador: Contagem de consultas de enfermagem de saúde infantil realizadas no intervalo [11; 23[ meses de idade.

Denominador: Contagem de crianças vigiadas em SI com 2 anos de vida.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Contatos realizados aos utentes definidos no denominador.

B. Realizados durante o período compreendido entre os 11 e os 23 meses de vida ([331, 700] dias).

C. Consulta de vigilância de saúde infantil.

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. Inscrição ativa na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o 331º e o 700º dia de vida.

C. Associação ao programa de vigilância em saúde infantil durante pelo menos um dia do período compreendido entre o 331º e o 700º dia de vida.

### 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.

- 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 inicia-se com o 331º e termina no 700º dia 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	Estado do indicador
AA / BB	CONS	número médio de consultas	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

## Legenda

CONS - Consulta

114

Código

6.23.03

Código SIARS

4.10M 2e

Nome abreviado

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

### Designação

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

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

Denominador: Contagem de crianças vigiadas em programa, que completaram 2 anos de idade.

### Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Ter pelo menos 3 consultas de enfermagem de vigilância (contacto direto) no intervalo [330, 700[ dias. Ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS.

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

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

### Observações Gerais

A. 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

### 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.

- 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 inicia-se no 330º e termina ao 700º dia 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

<b>115</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	4.18.02	4.18	Taxa visit. domic. médicas por 1.000 inscritos

### Designação

Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos

### Objetivo

Permite monitorizar produtividade relacionada com a realização de domicílios médicos.

### Descrição do Indicador

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

Numerador: Contagem de domicílios médicos realizados por ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

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

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

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

DENOMINADOR (BB):

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

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

### Período em Análise

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	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	por 1.000	Taxa de consultas domiciliárias (Méd.)	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

<b>116</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	4.22	4.22	Nº médio cons. enfermagem saúde materna

### Designação

Número médio de consultas de enfermagem em saúde materna

### Objetivo

Acompanhamento do Programa de Saúde Materna.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime o número médio de consultas de enfermagem em saúde materna realizadas à grávidas (associadas ao programa de saúde materna).

Numerador: Contagem de consultas de enfermagem de saúde materna.

Denominador: Contagem de grávidas vigiadas.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Contatos realizados às utentes definidas no denominador.

B. Realizados entre a [data da última menstruação] e a de data de referência do indicador.

C. Consulta de vigilância de saúde materna.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Sexo feminino.

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

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

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

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

### Observações Gerais

A. Indicador com 2 problemas:

1. O fato de a data de parto ser a data usada para as incluir ou não no denominador (ter data de parto durante o ano civil em curso), faz com que as grávidas com parto em dezembro possam ter consultas de puerpério em janeiro que não são contabilizadas.

2. O fato de as consultas serem contabilizadas entre a DUM e a data de referência do indicador, faz com que possam ser contabilizadas consultas de revisão de puerpério realizadas 2 ou 3 meses depois da data de parto.

### 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.

- A principal variável de "ancoragem" de cada mulher a este indicador é o facto de ter data de parto durante o ano civil em curso.

- Para cada mulher incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas inicia-se com a data da última menstruação e termina na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB	CONS	número médio de consultas	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	30 dias

### Legenda

CONS - Consulta

118	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	4.30.02	4.30	Taxa visit.domic. enfermagem por 1.000 inscritos

### Designação

Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos

### Objetivo

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

### Descrição do Indicador

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

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

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

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

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

B. Realizados no domicílio, por qualquer enfermeiro da unidade de saúde (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

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. 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

SAPE/SClinico:

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].

### Período em Análise

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	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	por 1.000	Taxa de consultas domiciliárias (Enf.)	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

EF - Enfermeiro de Família

119	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.42.02	4.33	Percent. puérperas vigiadas, c/ domicílio enferm.

### Designação

Percentagem de puérperas vigiadas na UF com visita domiciliária de enfermagem

### Objetivo

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

### Descrição do Indicador

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

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

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

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Utentes incluídas no denominador.

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

DENOMINADOR (BB):

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

A. Sexo feminino.

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

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

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

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

### 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.

- A principal variável de "ancoragem" de cada mulher a este indicador é o facto de ter o 42º dia após o parto durante o ano civil em curso.

- Para cada mulher incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas inicia-se com a data de parto e termina 42 dias depois.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de puérperas	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

## Legenda

RP - Revisão do Puerpério

<b>120</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.42.03	4.34M	Percent. de RN c/ domic. enf. até 15º dia de vida

### Designação

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

### Objetivo

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

### Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de recém-nascidos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Utentes incluídos no denominador.

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

DENOMINADOR (BB):

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

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

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

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- O denominador tem um período em análise de 1 a 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- A principal variável de "ancoragem" de cada criança a este indicador é o facto do 15º dia de vida pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Para cada utente incluído no denominador, o período em análise da variável "existência de domicílio" decorre durante os primeiros 15 dias de vida.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de recém-nascidos	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento	30 dias

	Juvenil	monitorizado	
--	---------	--------------	--

### Legenda

RN - recém-nascidos

122	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	4.09.02	4.9 2e	Nº médio cons. enferm. vig. s. infantil 0-11 meses

### Designação

Número médio de consultas enfermagem de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses

### Objetivo

Acompanhamento do Programa de Saúde Infantil - 1º ano de vida.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime o número médio de consultas de enfermagem de vigilância em saúde infantil realizadas às crianças que completam 1 ano de idade no período em análise (associadas ao programa de saúde infantil).

Numerador: Contagem de consultas de enfermagem de saúde infantil realizadas no intervalo [0; 11[ meses de idade.

Denominador: Contagem de crianças vigiadas em SI com 1 ano de vida.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Contatos realizados aos utentes definidos no denominador.

B. Realizados durante o período compreendido entre o nascimento e os 11 meses de vida ([0, 330] dias).

C. Consulta de vigilância de saúde infantil.

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

C. Associação ao programa de vigilância em saúde infantil durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 330 dias de vida.

### 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.

- 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	Estado do indicador
AA / BB	CONS	número médio de consultas	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
-------------------	--------------	----------------------------------	---------------------

Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias
----------	--------------------------	--	--------

### Legenda

CONS - Consulta

124

Código

6.22.03

Código SIARS

4.9M 2e

Nome abreviado

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

### Designação

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

### Objetivo

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

### Descrição do Indicador

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

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

Denominador: Contagem de crianças vigiadas em programa, que completaram 1 ano de idade.

### Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador;

B. Ter pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância (contacto direto) até aos 11 meses de vida ([1, 330[ dias). Ver alínea A 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. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

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

### Observações Gerais

A. 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 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

<b>179</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 2º ano 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 ou F) e G]]:

- 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. Nas mulheres com idades entre [25, 50[ anos, ter pelo menos um resultado **pesquisa de DNA do HPV por PCR** nos 60 meses que antecedem a data fim do período em análise (ver alíneas H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS).

G. 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.br/> H. O código da tabela de MCDT do SNS válido para registar "pesquisa de DNA do HPV por PCR" é o seguinte:

- [Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR], código 31730, área Anatomia Patológica.

I. O teste de [pesquisa de DNA do HPV por PCR], está a ser usado em programas de rastreio comunitários regionais, não sendo um exame participado. A colheita é efetuada através de um esfregaço do colo do útero depositado em meio líquido (e não em lâmina). O protocolo do rastreio apenas prevê a realização de colpocitologia nas situações em que o resultado do teste de tipagem HPV é positivo. O código do teste que é usado para deteção do HPV por PCR é o mesmo que pode ser usado para a tipagem de outros vírus (o código identifica a técnica laboratorial e não o vírus pesquisado). Assim, para que o resultado deste teste possa ser contabilizado neste indicador, o resultado deve ter como parâmetro a identificação inequívoca que o vírus pesquisado foi o HPV.

#### ANEXO A

1. 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.

2. 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 "Planeamento Familiar"

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"

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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;

7. 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 "Pesquisa de DNA do HPV por PCR": 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 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	Estado do indicador
(PF + 8 SMAT + 7 SI1 + 3 SI2 + 4 DM + 2 HT) / BB	UC	Score: Unidade de contratualização	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	30 dias

198

Código

2.12.01

Código SIARS

MORB.198.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com "Diabetes Mellitus"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "Diabetes Mellitus"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de Diabetes Mellitus"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "Diabetes Mellitus" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "Diabetes Mellitus" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de diabetes (rubrica ICPC T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>199</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.12.02	MORB.199.01	Proporção de utentes com "abuso crónico álcool"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "abuso crónico do álcool"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de abuso crónico do álcool"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "abuso crónico do álcool" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "abuso crónico do álcool" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "abuso crónico do álcool" (rubrica ICPC P15) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de P15 (ICPC-2): perturbação devida ao consumo do álcool e que resulta em um ou mais episódios clínicos de grave prejuízo para a saúde, dependência, estado de privação ou distúrbios psicóticos.

C. O P15 inclui (ICPC-2): alcoolismo, síndromes alcoólicas do cérebro, psicose alcoólica, delirium tremens.

D. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

200

Código

2.12.03

Código SIARS

MORB.200.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com "abuso de tabaco"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "abuso de tabaco"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de abuso de tabaco"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "abuso de tabaco" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "abuso de tabaco" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "abuso de tabaco" (rubrica ICPC P17) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de P17 (ICPC-2): Perturbação devida ao consumo de tabaco que leva a uma ou mais intoxicações agudas, uso com prejuízo clinicamente grave para a saúde, dependência ou estado de privação.

C. Notas de P17 (ICPC-2): Abuso de substâncias: as definições de abuso de substâncias devem tomar em conta as diferenças de país para país e de cultura para cultura. Um doente alcoólico ou um tóxico-dependente precisa de atenção médica, mas as definições de "abuso de tabaco" são controversas. O médico pode decidir chamar a um episódio "abuso de tabaco" sem o acordo do doente e, conseqüentemente, sem a sua predisposição para concordar com qualquer intervenção médica.

D. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

201

Código

2.12.04

Código SIARS

MORB.201.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com "abuso de drogas"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "abuso de drogas"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de abuso de drogas"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "abuso de drogas" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "abuso de drogas" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "abuso de drogas" (rubrica ICPC P19) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à 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] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de P19 (ICPC-2): Perturbação devida ao abuso de substâncias psicoactivas que provocam dependência e que leva a uma ou mais das situações seguintes:- intoxicação aguda, - uso abusivo com prejuízo clinicamente grave para a saúde, - dependência, - estado de privação, - distúrbios psicóticos.

C. O P19 inclui (ICPC-2): Dependência de drogas, privação de drogas.

D. Notas de P19 (ICPC-2): Abuso de substâncias. As definições de abuso de substâncias devem tomar em conta as diferenças de país para país e de cultura para cultura. Um doente alcoólico ou um tóxico-dependente precisa de atenção médica, mas as definições de "abuso de haxixe" são controversas. Alguns utentes pedem e tomam tranquilizantes, comprimidos para dormir, anoréticos e laxativos inadequadamente e por muito tempo. Nestes casos, o médico pode chamar ao episódio "abuso de drogas" sem o acordo do doente e, conseqüentemente, sem a sua predisposição para concordar com qualquer intervenção médica.

E. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

202

Código

2.12.05

Código SIARS

MORB.202.01

Nome abreviado

Proporção de utentes c/ "alter. metab. lípidos"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "alterações do metabolismo dos lípidos"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de alterações do metabolismo dos lípidos"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "alterações do metabolismo dos lípidos" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "alterações do metabolismo dos lípidos" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "alterações do metabolismo dos lípidos" (rubrica ICPC T93) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. O T93 inclui (ICPC-2): Hiperlipidemia; níveis anormais de lipoproteínas; níveis elevados de colesterol e triglicéridos; xantoma.

C. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

203

Código

2.12.06

Código SIARS

MORB.203.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com "excesso de peso"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "excesso de peso"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de excesso de peso"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "excesso de peso" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "excesso de peso" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "excesso de peso" (rubrica ICPC T83) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de T83 (ICPC-2): Índice de massa corporal superior a 25 mas inferior a 30.

C. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

204

Código

2.12.07

Código SIARS

MORB.204.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com "obesidade"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "obesidade"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de obesidade"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "obesidade" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "obesidade" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "obesidade" (rubrica ICPC T82) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de T82 (ICPC-2): Índice de massa corporal superior a 30.

C. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

205

Código

2.12.08

Código SIARS

MORB.205.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com "hipertensão arterial"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "hipertensão arterial"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de hipertensão arterial"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "hipertensão arterial" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "hipertensão arterial" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "hipertensão arterial" (rubricas ICPC K87 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

206

Código

2.12.09

Código SIARS

MORB.206.01

Nome abreviado

Proporção de utentes c/ "perturb. depressivas"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "perturbação depressiva"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de perturbação depressiva"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "perturbação depressiva" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "perturbação depressiva" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "perturbação depressiva" (rubrica ICPC P76) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A, B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de P76 (ICPC-2): Distúrbio importante do estado de espírito no sentido da depressão. O estado de espírito, a energia e a actividade diminuem, assim como diminui a alegria, o interesse e a concentração. O sono e o apetite são normalmente alterados e a auto-estima e a confiança diminuem.

C. O P76 inclui (ICPC-2): Psicose afectiva NE; neurose depressiva; psicose depressiva; misto de ansiedade e depressão; depressão reactiva; depressão pós-natal/puerperal.

D. O P76 exclui (ICPC-2): Reacção aguda ao stress (P02 da ICPC-2).

E. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

207	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	2.12.10	MORB.207.01	Proporção de utentes com "demência"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "demência"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de demência"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "demência" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "demência" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "demência" (rubrica ICPC P70) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de P70 (ICPC-2): Síndrome devido a uma doença do cérebro, geralmente de natureza crónica e/ou progressiva, com perturbações clinicamente significativas das funções do córtex superior (memória, pensamento, orientação, compreensão), mas sem afectar a consciência.

C. O P70 inclui (ICPC-2): Doença de Alzheimer, demência senil.

D. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
---------	-------------------	--------	---------------------

AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009
---------------	---	-------------	----------------------------------

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

208

Código

2.12.11

Código SIARS

MORB.208.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com "asma"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "asma"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de asma"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "asma" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "asma" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "asma" (rubrica ICPC R96) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à 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] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de R96 (ICPC-2): Episódios recorrentes de obstrução aguda e reversível dos brônquios com ruído e/ou tosse seca; ou testes diagnósticos que satisfaçam os critérios de asma.

C. O R96 inclui (ICPC-2): Bronquite ruidosa, hiperreactividade brônquica.

D. O R96 exclui (ICPC-2): Bronquiolite (R78 da ICPC-2), bronquite crónica (R91 da ICPC-2), enfisema (R95 da ICPC-2).

E. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula

Unidade de medida

Output

Estado do indicador

AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009
---------------	---	-------------	----------------------------------

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Respiratório	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

209

Código

2.12.12

Código SIARS

MORB.209.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com "bronquite crónica"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "bronquite crónica"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de bronquite crónica"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "bronquite crónica" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "bronquite crónica" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "bronquite crónica" (rubrica ICPC R79) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de R79 (ICPC-2): Tosse com expectoração quase diária durante pelo menos 3 meses/ano durante pelo menos 2 anos; estridor ou roncões à auscultação do tórax durante estes episódios.

C. O R79 exclui (ICPC-2): Enfisema, doença pulmonar obstrutiva crónica (pulmão, vias respiratórias) R95; bronquiectasia R99.

D. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula

Unidade de medida

Output

Estado do indicador

AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009
---------------	---	-------------	----------------------------------

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Respiratório	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

210

Código

2.12.13

Código SIARS

MORB.210.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com "DPOC"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "doença pulmonar obstrutiva crónica"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de doença pulmonar obstrutiva crónica"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "DPOC" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "DPOC" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "DPOC" (rubrica ICPC R95) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à 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] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de R95 (ICPC-2): Evidências objectivas de obstrução das vias respiratórias, não aliviada ou apenas parcialmente aliviada pelos broncodilatores.

C. O R95 inclui (ICPC-2): Enfisema; obstrução crónica das vias respiratórias, do pulmão, doença pulmonar; limitação crónica das vias respiratórias.

D. O R95 exclui (ICPC-2): Bronquite crónica R79, asma R96, bronquiectásias R99, fibrose quística T99.

E. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Respiratório	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

211

Código

2.12.14

Código SIARS

MORB.211.01

Nome abreviado

Proporção utentes c/ "DM não insul. depend."

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "diabetes não insulino dependente"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de diabetes não insulino dependente"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "diabetes não insulino dependente" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "diabetes não insulino dependente" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "diabetes não insulino dependente" (rubrica ICPC T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

212

Código

2.12.15

Código SIARS

MORB.212.01

Nome abreviado

Proporção utentes com "DM insulino depend."

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "diabetes insulino dependente"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de diabetes insulino dependente"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "diabetes insulino dependente" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "diabetes insulino dependente" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "diabetes insulino dependente" (rubrica ICPC T89) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>213</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.13.01	MORB.213.01	Incidência de "enfarte agudo do miocárdio"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "enfarte agudo do miocárdio"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de enfarte agudo do miocárdio"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "enfarte agudo do miocárdio" (último ano) identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "enfarte agudo do miocárdio" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "enfarte agudo do miocárdio" (rubrica ICPC K75) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B, C, D, E, F e H de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Critérios de K75 (ICPC-2): Dores torácicas características de isquemia miocárdica, com duração superior a 15 minutos, e/ou alterações anormais do ST-T ou ondas Q novas no electrocardiograma ou subida das enzimas cardíacas no sangue.

D. O K75 inclui (ICPC-2): Enfarte do miocárdio especificado como tendo sido agudo, até 4 semanas (28 dias) após o início do quadro clínico.

E. O K75 exclui (ICPC-2): Enfarte do miocárdio antigo ou tratado K74, K76 F. Quem regista o K75 deve considerar (ICPC-2): Dor atribuída ao coração KO1, angina de peito K74, doença cardíaca isquémica crónica K76.

G. Notas de K75 (ICPC-2): Possível código duplo K74 ou K76.

H. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>214</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.12.36	MORB.214.01	Proporção utentes c/ "doença cardíaca isquémica"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "doença cardíaca isquémica"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de doença cardíaca isquémica"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "doença cardíaca isquémica" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "doença cardíaca isquémica" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "doença cardíaca isquémica" (rubricas ICPC K74 ou K76) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à 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] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de K74 (ICPC-2): História e sinais electrocardiográficos ou imagiológicos de antigos enfartes do miocárdio; ou sinais de isquemia do miocárdio no ECG em repouso ou de esforço; ou detecção por investigação de estenose da artéria coronária ou aneurisma ventricular.

C. O K74 inclui (ICPC-2): Angina provocada pelo esforço, angina de peito, angina com espasmos; dor torácica isquémica; angina instável.

D. Critérios de K76 (ICPC-2): História mais ECG, ou manifestações imagiológicas de um enfarte do miocárdio antigo; ou evidência no ECG em repouso ou de esforço de isquemia do miocárdio; ou evidência, por investigação, de estenose da artéria coronária; ou aneurisma ventricular.

E. O K76 inclui (ICPC-2): Aneurisma cardíaco, doença cardíaca arteriosclerótica ou aterosclerótica, doença coronária, cardiomiopatia isquémica, enfarte do miocárdio antigo, isquemia miocárdica silenciosa.

F. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

215

Código

2.12.16

Código SIARS

MORB.215.01

Nome abreviado

Proporção utentes com "neoplasia da próstata"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "neoplasia maligna da próstata"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de neoplasia maligna da próstata"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "neoplasia maligna da próstata" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "neoplasia maligna da próstata" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "neoplasia maligna da próstata" (rubrica ICPC Y77) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

216	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	2.12.17	MORB.216.01	Proporção utentes com "neoplasia colo do útero"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "neoplasia maligna do colo do útero"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de neoplasia maligna do colo do útero"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "neoplasia maligna do colo do útero" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "neoplasia maligna do colo do útero" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "neoplasia maligna do colo do útero" (rubrica ICPC X75) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

217

Código

2.12.18

Código SIARS

MORB.217.01

Nome abreviado

Proporção utentes com "neoplasia cólon / recto"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "neoplasia maligna do cólon / recto"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de neoplasia maligna do cólon / recto"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "neoplasia maligna do cólon / recto" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "neoplasia maligna do cólon / recto" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "neoplasia maligna do cólon / recto" (rubrica ICPC D75) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>218</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.12.19	MORB.218.01	Proporção utentes com "neoplasia mama feminina"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "neoplasia maligna da mama feminina"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de neoplasia maligna da mama feminina"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "neoplasia maligna da mama feminina" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "neoplasia maligna da mama feminina" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "neoplasia maligna da mama feminina" (rubrica ICPC X76) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>219</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.12.20	MORB.219.01	Proporção utentes c/ "neoplasia brônquio/pulmão"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "neoplasia maligna do brônquio / pulmão"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de neoplasia maligna do brônquio / pulmão"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "neoplasia maligna do brônquio / pulmão" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "neoplasia maligna do brônquio / pulmão" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "neoplasia maligna do brônquio / pulmão" (rubrica ICPC R84) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Respiratório	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

220

Código

2.12.21

Código SIARS

MORB.220.01

Nome abreviado

Proporção utentes com "neoplasia estômago"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "neoplasia maligna do estômago"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de neoplasia maligna do estômago"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "neoplasia maligna do estômago" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "neoplasia maligna do estômago" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "neoplasia maligna do estômago" (rubrica ICPC D74) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

221

Código

2.12.22

Código SIARS

MORB.221.01

Nome abreviado

Proporção utentes com "osteartrose do joelho"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "osteartrose do joelho"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de osteartrose do joelho"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "osteartrose do joelho" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "osteartrose do joelho" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "osteartrose do joelho" (rubrica ICPC L90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de L90 (ICPC-2): Manifestação imagiológica característica; ou perturbações das articulações com duração mínima de três meses, sem sintomas constitucionais, e três ou mais das seguintes manifestações: edema intermitente; crepitação; rigidez ou limitação dos movimentos; VS, testes reumatóides e ácido úrico normais; idade superior a 40 anos.

C. O L90 inclui (ICPC-2): Osteoartrite, secundária a traumatismo.

D. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula

Unidade de medida

Output

Estado do indicador

AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009
---------------	---	-------------	----------------------------------

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

222

Código

2.12.23

Código SIARS

MORB.222.01

Nome abreviado

Proporção utentes com "osteoporose"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "osteoporose"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de osteoporose"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "osteoporose" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "osteoporose" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "osteoporose" (rubrica ICPC L95) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de L95 (ICPC-2): sinais imagiológicos característicos.

C. O L95 inclui (ICPC-2): Fracturas patológicas devido a osteoporose.

D. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>223</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.12.24	MORB.223.01	Proporção utentes com "doenças dentes e geng."

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "doenças dos dentes e gengivas"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de doenças dos dentes e gengivas"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos com "doenças dos dentes e gengivas".

Numerador: Contagem de crianças que completam 7 anos e com o diagnóstico de "doenças dos dentes e gengivas" registado na lista de problemas.

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. O diagnóstico de "doenças dos dentes e gengivas" (rubrica ICPC D82) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

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

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. O D82 inclui (ICPC-2): Cárie; abscesso dentário; gengivite; maloclusão; perturbação da articulação temporomandibular.

C. O D82 exclui (ICPC-2): Problemas com a dentadura ou com dentição D19; traumatismo dos dentes ou das gengivas D80; angina de Vincent D83.

D. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

224

Código

2.13.03

Código SIARS

MORB.224.01

Nome abreviado

Incidência de "acidente isquémico transitório"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "acidente isquémico transitório"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de acidente isquémico transitório"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "acidente isquémico transitório" (último ano) identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "acidente isquémico transitório" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "acidente isquémico transitório" (rubrica ICPC K89) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B, C, D, E, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Critérios de K89 (ICPC-2): Sintomas de hipofunção cerebral temporária (menos de 24 horas), aparecimento repentino, de origem presumivelmente vascular, sem sequelas; com Exclusão de enxaqueca, enxaqueca equivalente, ou epilepsia.

D. O K89 inclui (ICPC-2): Insuficiência basilar; "drop attacks"; acidentes isquémicos transitórios (AIT); amnésia geral transitória.

E. O K89 exclui (ICPC-2): Acidente cerebrocardiovascular K90, enxaqueca N89, sopro carotídeo K81.

F. Quem regista o K89 deve considerar (ICPC-2): Desmaios, síncope A06.

G. Notas de K89 (ICPC-2): Código duplo com K91.

H. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

225

Código

2.12.25

Código SIARS

MORB.225.01

Nome abreviado

Proporção utentes com "rinite alérgica"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "rinite alérgica"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de rinite alérgica"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "rinite alérgica" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "rinite alérgica" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "rinite alérgica" (rubrica ICPC R97) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Respiratório	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

226

Código

2.12.26

Código SIARS

MORB.226.01

Nome abreviado

Proporção utentes com "doença do esófago"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "doença do esófago"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de doença do esófago"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "doença do esófago" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "doença do esófago" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "doença do esófago" (rubrica ICPC D84) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. O D84 inclui (ICPC-2): Acalasia, divertículo, síndrome de Mallory-Weiss, esofagite, refluxo, ulceração.

C. O D84 exclui (ICPC-2): Cancro do esófago D77; hérnia de hiato D90; varizes esofagianas K99.

D. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

227

Código

2.12.27

Código SIARS

MORB.227.01

Nome abreviado

Proporção utentes com "distúrbio ansioso"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "distúrbio ansioso"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de distúrbio ansioso"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "distúrbio ansioso" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "distúrbio ansioso" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "distúrbio ansioso" (rubrica ICPC P74) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à 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] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de P74 (ICPC-2): Ansiedade clinicamente significativa que não se restringe a nenhum ambiente ou situação específica. Manifesta-se como episódios de pânico (ataques recorrentes de extrema ansiedade não limitada a nenhuma situação, com ou sem sintomas físicos) ou como uma ansiedade generalizada e persistente, não associada a nenhuma situação específica e com sintomas físicos variáveis.

C. O P74 inclui (ICPC-2): Neurose ansiosa, pânico.

D. O P74 exclui (ICPC-2): Ansiedade com depressão P76, ansiedade NE P01.

E. Quem regista o P74 deve Considerar (ICPC-2): Ansiedade, nervosismo, tensão P01.

F. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>228</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.12.28	MORB.228.01	Proporção utentes com "sensação de ansiedade"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "sensação de ansiedade / nervosismo / tensão"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de sensação de ansiedade / nervosismo / tensão"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "sensação de ansiedade / nervosismo / tensão" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "sensação de ansiedade / nervosismo / tensão" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "sensação de ansiedade / nervosismo / tensão" (rubrica ICPC P01) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à 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] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de P01 (ICPC-2): Sentimentos relatados pelo doente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis, mas mais ou menos normais, para sentimentos que são tão perturbadores para o doente que este procura ajuda de um profissional.

C. O P01 inclui (ICPC-2): Ansiedade NE, sentir-se ameaçado.

D. O P01 exclui (ICPC-2): Perturbação de ansiedade P74.

E. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

233

Código

2.12.33

Código SIARS

MORB.233.01

Nome abreviado

Proporção utentes com "HBP"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "hipertrofia prostática benigna"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de hipertrofia prostática benigna"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "hipertrofia prostática benigna" identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "hipertrofia prostática benigna" registado na lista de problemas.  
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "hipertrofia prostática benigna" (rubrica ICPC Y85) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à 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] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

- A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.
- B. Critérios de Y85 (ICPC-2): Próstata aumentada, lisa, dura, revelada por palpação, cistoscopia, ou imagiologia, sem sinais de carcinoma prostático.
- C. O Y85 inclui (ICPC-2): Fibroma; hiperplasia; barra mediana prostática; obstrução da próstata; prostatomegalia.
- D. Quem regista Y85 deve considerar (ICPC-2): sintomas, sinais da micção U01 a U05; retenção da urina U08.
- E. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

- A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].
- B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula

Unidade de medida

Output

Estado do indicador

AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009
---------------	---	-------------	----------------------------------

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

234

Código

2.12.34

Código SIARS

MORB.234.01

Nome abreviado

Proporção utentes com "osteartrose da anca"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "osteartrose da anca"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de osteartrose da anca"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "osteartrose da anca" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "osteartrose da anca" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "osteartrose da anca" (rubrica ICPC L89) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de L89 (ICPC-2): Manifestação imagiológica característica; ou perturbações articulares com duração mínima de três meses, sem sintomas constitucionais, e três ou mais das seguintes manifestações: edema intermitente; crepitação; rigidez ou limitação dos movimentos; VS, testes reumatóides, e ácido úrico normais; idade superior a 40 anos.

C. O L89 inclui (ICPC-2): Osteoartrite; secundário a displasia, traumatismo.

D. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula

Unidade de medida

Output

Estado do indicador

AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009
---------------	---	-------------	----------------------------------

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

235

Código

2.12.35

Código SIARS

MORB.235.01

Nome abreviado

Proporção utentes com "neoplasia maligna"

### Designação

Proporção de utentes com diagnóstico de "neoplasia maligna"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de neoplasia maligna"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "neoplasia maligna" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm pelo menos uma "neoplasia maligna" registada na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos um diagnóstico de "neoplasia maligna" registado na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Inclui as seguintes rubricas e eventuais subrubricas da ICPC-2.

A79 - NEOPLASIA MALIGNA NE

B72 - DOENÇA DE HODGKIN/LINFOMA

B73 - LEUCEMIA

B74 - NEOPLASIA MALIGNA DO SANGUE, OUTRA

D74 - NEOPLASIA MALIGNA DO ESTÔMAGO

D75 - NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON/RECTO

D76 - NEOPLASIA MALIGNA DO PÂNCREAS

D77 - NEOPLASIA MALIGNA DO APARELHO DIGESTIVO, OUTRA/NE

F74 - NEOPLASIA DO OLHO/ANEXOS

H75 - NEOPLASIA DO OUVIDO

K72 - NEOPLASIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO

L71 - NEOPLASIA MALIGNA

N74 - NEOPLASIA MALIGNA DO SISTEMA NEUROLÓGICO

R84 - NEOPLASIA MALIGNA DO BRÔNQUIO/PULMÃO

R85 - NEOPLASIA RESPIRATÓRIA MALIGNA, OUTRA

S77 - NEOPLASIA MALIGNA DA PELE

T71 - NEOPLASIA MALIGNA DA TIRÓIDE

T73 - NEOPLASIA ENDÓCRINA, OUTRA/NE

U75 - NEOPLASIA MALIGNA DO RIM

U76 - NEOPLASIA MALIGNA DA BEXIGA

U77 - NEOPLASIA MALIGNA DO APARELHO URINÁRIO, OUTRA

W72 - NEOPLASIA MALIGNA RELACIONADA COM A GRAVIDEZ

X75 - NEOPLASIA MALIGNA DO COLO

X76 - NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA

X77 - NEOPLASIA MALIGNA GENITAL FEMININA, OUTRA

Y77 - NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA

Y78 - NEOPLASIA MALIGNA GENITAL MASCULINO, OUTRA

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

236

Código

2.13.04

Código SIARS

MORB.236.01

Nome abreviado

Incidência de "Diabetes Mellitus"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "Diabetes Mellitus"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de Diabetes Mellitus"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "Diabetes Mellitus" (último ano) identificados na população inscrita. Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "Diabetes Mellitus" registado na lista de problemas e iniciado no último ano. 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. O diagnóstico de "Diabetes Mellitus" (rubricas ICPC T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	%	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

237

Código

2.13.05

Código SIARS

MORB.237.01

Nome abreviado

Incidência de "hipertensão arterial"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "hipertensão arterial"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de hipertensão arterial"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "hipertensão arterial" (último ano) identificados na população inscrita. Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "hipertensão arterial" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "hipertensão arterial" (rubricas ICPC K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	%	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

238

Código

2.13.06

Código SIARS

MORB.238.01

Nome abreviado

Incidência de "obesidade"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "obesidade"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de obesidade"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "obesidade" (último ano) identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "obesidade" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.  
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. O diagnóstico de "obesidade" (rubrica ICPC T82) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Critérios de T82 (ICPC-2): Índice de massa corporal superior a 30.

D. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	%	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

239

Código	Código SIARS	Nome abreviado
2.13.07	MORB.239.01	Incidência de "alteração metabolismo lípidos"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "alteração do metabolismo dos lípidos"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de alteração do metabolismo dos lípidos"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "alteração do metabolismo dos lípidos" (último ano) identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "alteração do metabolismo dos lípidos" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "alteração do metabolismo dos lípidos" (rubrica ICPC T93) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. O T93 inclui (ICPC-2): Hiperlipidemia; níveis anormais de lipoproteínas; níveis elevados de colesterol e triglicéridos; xantoma.

D. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>240</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.13.08	MORB.240.01	Incidência de "abuso de tabaco"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "abuso de tabaco"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de abuso de tabaco"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "abuso de tabaco" (último ano) identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "abuso de tabaco" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.  
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. O diagnóstico de "abuso de tabaco" (rubrica ICPC P17) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início 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. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Critérios de P17 (ICPC-2): Perturbação devida ao consumo de tabaco que leva a uma ou mais intoxicações agudas, uso com prejuízo clinicamente grave para a saúde, dependência ou estado de privação.

D. Notas de P17 (ICPC-2): Abuso de substâncias: as definições de abuso de substâncias devem tomar em conta as diferenças de país para país e de cultura para cultura. Um doente alcoólico ou um tóxico-dependente precisa de atenção médica, mas as definições de "abuso de tabaco" são controversas. O médico pode decidir chamar a um episódio "abuso de tabaco" sem o acordo do doente e, conseqüentemente, sem a sua predisposição para concordar com qualquer intervenção médica.

E. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

241

Código

2.13.09

Código SIARS

MORB.241.01

Nome abreviado

Incidência de "DPOC"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "doença pulmonar obstrutiva crónica"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de DPOC"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "DPOC" (último ano) identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "DPOC" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.  
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. O diagnóstico de "DPOC" (rubrica ICPC R95) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Critérios de R95 (ICPC-2): Evidências objectivas de obstrução das vias respiratórias, não aliviada ou apenas parcialmente aliviada pelos broncodilatores.

D. O R95 inclui (ICPC-2): Enfisema; obstrução crónica das vias respiratórias, do pulmão, doença pulmonar; limitação crónica das vias respiratórias.

E. O R95 exclui (ICPC-2): Bronquite crónica R79, asma R96, bronquiectásias R99, fibrose quística T99.

F. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Respiratório	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

242

Código

2.13.10

Código SIARS

MORB.242.01

Nome abreviado

Incidência de "asma"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "asma"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de asma"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "asma" (último ano) identificados na população inscrita.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "asma" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.  
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. O diagnóstico de "asma" (rubrica ICPC R96) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Critérios de R96 (ICPC-2): Episódios recorrentes de obstrução aguda e reversível dos brônquios com ruído e/ou tosse seca; ou testes diagnósticos que satisfaçam os critérios de asma.

D. O R96 inclui (ICPC-2): Bronquite ruidosa, hiperreactividade brônquica.

E. O R96 exclui (ICPC-2): Bronquiolite R78, bronquite crónica R91, enfisema R95.

F. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Respiratório	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

243

Código

2.13.11

Código SIARS

MORB.243.01

Nome abreviado

Incidência de "neoplasia maligna da mama"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "neoplasia maligna da mama feminina"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de neoplasia maligna da mama feminina"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "neoplasia maligna da mama feminina" (último ano) identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "neoplasia maligna da mama feminina" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "neoplasia maligna da mama feminina" (rubrica ICPC X76) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>244</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.13.12	MORB.244.01	Incidência de "neoplasia maligna do colo do útero"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "neoplasia maligna do colo do útero"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de neoplasia maligna do colo do útero"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "neoplasia maligna do colo do útero" (último ano) identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "neoplasia maligna do colo do útero" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "neoplasia maligna do colo do útero" (rubrica ICPC X75) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>245</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.13.13	MORB.245.01	Incidência de "neoplasia maligna do cólon / recto"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "neoplasia maligna do cólon / recto"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de neoplasia maligna do cólon / recto"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "neoplasia maligna do cólon / recto" (último ano) identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "neoplasia maligna do cólon / recto" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "neoplasia maligna do cólon / recto" (rubrica ICPC D75) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.  
 - Denominador (variável "inscrição"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

246

Código

2.13.14

Código SIARS

MORB.246.01

Nome abreviado

Incidência de "neoplasia maligna"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "neoplasia maligna"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de neoplasia maligna"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "neoplasia maligna" (último ano) identificados na população inscrita. Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "neoplasia maligna" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "neoplasia maligna" encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Inclui as seguintes rubricas e eventuais subrubricas da ICPC-2

. A79 - NEOPLASIA MALIGNA NE

B72 - DOENÇA DE HODGKIN/LINFOMA

B73 - LEUCEMIA

B74 - NEOPLASIA MALIGNA DO SANGUE, OUTRA

D74 - NEOPLASIA MALIGNA DO ESTÔMAGO

D75 - NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON/RECTO

D76 - NEOPLASIA MALIGNA DO PÂNCREAS

D77 - NEOPLASIA MALIGNA DO APARELHO DIGESTIVO, OUTRA/NE

F74 - NEOPLASIA DO OLHO/ANEXOS

H75 - NEOPLASIA DO OUVIDO

K72 - NEOPLASIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO

L71 - NEOPLASIA MALIGNA

N74 - NEOPLASIA MALIGNA DO SISTEMA NEUROLÓGICO

R84 - NEOPLASIA MALIGNA DO BRÔNQUIO/PULMÃO

R85 - NEOPLASIA RESPIRATÓRIA MALIGNA, OUTRA

S77 - NEOPLASIA MALIGNA DA PELE

T71 - NEOPLASIA MALIGNA DA TIRÓIDE

T73 - NEOPLASIA ENDÓCRINA, OUTRA/NE

U75 - NEOPLASIA MALIGNA DO RIM

U76 - NEOPLASIA MALIGNA DA BEXIGA

U77 - NEOPLASIA MALIGNA DO APARELHO URINÁRIO, OUTRA  
W72 - NEOPLASIA MALIGNA RELACIONADA COM A GRAVIDEZ  
X75 - NEOPLASIA MALIGNA DO COLO  
X76 - NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA  
X77 - NEOPLASIA MALIGNA GENITAL FEMININA, OUTRA  
Y77 - NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA  
Y78 - NEOPLASIA MALIGNA GENITAL MACULINO, OUTRA

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	%	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

247

Código

2.13.15

Código SIARS

MORB.247.01

Nome abreviado

Incidência de "perturbação depressiva"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "perturbação depressiva"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de perturbação depressiva"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "perturbação depressiva" (último ano) identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "perturbação depressiva" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "perturbação depressiva" (rubrica ICPC P76) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Critérios de P76 (ICPC-2): Distúrbio importante do estado de espírito no sentido da depressão. O estado de espírito, a energia e a actividade diminuem, assim como diminui a alegria, o interesse e a concentração. O sono e o apetite são normalmente alterados e a auto-estima e a confiança diminuem.

D. O P76 inclui (ICPC-2): Psicose afectiva NE; neurose depressiva; psicose depressiva; misto de ansiedade e depressão; depressão reactiva; depressão pós-natal/puerperal.

E. O P76 exclui (ICPC-2): Reacção aguda ao stress P02.

F. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

248

Código

2.13.16

Código SIARS

MORB.248.01

Nome abreviado

Incidência de "distúrbio ansioso"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "distúrbio ansioso / estado de ansiedade"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de distúrbio ansioso / estado de ansiedade"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "distúrbio ansioso / estado de ansiedade" (último ano) identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "distúrbio ansioso / estado de ansiedade" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "distúrbio ansioso / estado de ansiedade" (rubrica ICPC P74) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Critérios de P74 (ICPC-2): Ansiedade clinicamente significativa que não se restringe a nenhum ambiente ou situação específica. Manifesta-se como episódios de pânico (ataques recorrentes de extrema ansiedade não limitada a nenhuma situação, com ou sem sintomas físicos) ou como uma ansiedade generalizada e persistente, não associada a nenhuma situação específica e com sintomas físicos variáveis.

D. O P74 inclui (ICPC-2): Neurose ansiosa, pânico.

E. O P74 exclui (ICPC-2): Ansiedade com depressão P76, ansiedade NE P01.

F. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

249

Código

2.13.17

Código SIARS

MORB.249.01

Nome abreviado

Incidência de "osteoartrose do joelho"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "osteoartrose do joelho"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de osteoartrose do joelho"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "osteoartrose do joelho" (último ano) identificados na população inscrita. Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "osteoartrose do joelho" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "osteoartrose do joelho" (rubrica ICPC L90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início 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. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Critérios de L90 (ICPC-2): Manifestação imagiológica característica; ou perturbações das articulações com duração mínima de três meses, sem sintomas constitucionais, e três ou mais das seguintes manifestações: edema intermitente; crepitação; rigidez ou limitação dos movimentos; VS, testes reumatóides e ácido úrico normais; idade superior a 40 anos.

D. O L90 inclui (ICPC-2): Osteoartrite, secundária a traumatismo.

E. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

250

Código

2.13.18

Código SIARS

MORB.250.01

Nome abreviado

Incidência de "osteartrose da anca"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "osteartrose da anca"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de osteartrose da anca"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "osteartrose da anca" (último ano) identificados na população inscrita. Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "osteartrose da anca" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "osteartrose da anca" (rubrica ICPC L89) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início 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. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Critérios de L89 (ICPC-2): Manifestação imagiológica característica; ou perturbações articulares com duração mínima de três meses, sem sintomas constitucionais, e três ou mais das seguintes manifestações: edema intermitente; crepitação; rigidez ou limitação dos movimentos; VS, testes reumatóides, e ácido úrico normais; idade superior a 40 anos.

D. O L89 inclui (ICPC-2): Osteoartrite; secundário a displasia, traumatismo.

E. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

<b>251</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	2.13.02	MORB.251.01	Incidência de "acidente vascular cerebral"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "trombose / acidente vascular cerebral"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de trombose / acidente vascular cerebral"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "trombose / acidente vascular cerebral" (último ano) identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "trombose / acidente vascular cerebral" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "trombose / acidente vascular cerebral" (rubrica ICPC K90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B, C, D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Critérios de K90 (ICPC-2): Sinais e sintomas de uma perturbação da função cerebral, presumivelmente de origem vascular, com duração superior a 24 horas ou provocando a morte. Válido nas primeiras quatro semanas (28 dias) após o início do quadro clínico.

D. O K90 inclui (ICPC-2): Apoplexia; embolia cerebral; enfarte cerebral; trombose cerebral; acidente vascular cerebral (AVC), oclusão ou estenose; hemorragia cerebral; hemorragia subaracnóidea.

E. O K90 exclui (ICPC-2): Isquemia cerebral transitória K89.

F. Notas de K90 (ICPC-2): código duplo com K91.

G. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

252

Código

2.12.37

Código SIARS

MORB.252.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com "Infeção VIH/SIDA"

### Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "Infeção VIH/SIDA"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de Infeção VIH/SIDA"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "Infeção VIH/SIDA" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "Infeção VIH/SIDA" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "Infeção VIH/SIDA" (rubrica ICPC B90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Critérios de B90 (ICPC-2): Infeção por VIH demonstrada com testes serológicos, com ou sem sintomas.

C. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide 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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

253

Código

2.13.19

Código SIARS

MORB.253.01

Nome abreviado

Incidência de "Infeção VIH/SIDA"

### Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "Infeção VIH/SIDA"

### Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de Infeção VIH/SIDA"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "Infeção VIH/SIDA" (último ano) identificados na população inscrita. Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "Infeção VIH/SIDA" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

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. O diagnóstico de "Infeção VIH/SIDA" (rubrica ICPC B90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. 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 resultado deste indicador.

C. Critérios de B90 (ICPC-2): Infeção por VIH demonstrada com testes serológicos, com ou sem sintomas.

D. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. 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 "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	‰	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

254

Código

6.73.01

Código SIARS

2017.254.01

Nome abreviado

Rácio PVP quinolonas e antibiót. fatur.

### Designação

Rácio entre a despesa faturada com quinolonas e a despesa total faturada com antibióticos (pelo PVP, a utentes inscritos)

### Objetivo

Monitorizar a prescrição de fármacos na componente de despesa com quinolonas.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de despesa realizada com antibióticos do tipo "quinolona", face à despesa total com antibióticos faturados (PVP), a utentes com inscrição ativa.

Numerador: Despesa com medicamentos do tipo "quinolona" aceites para faturação no CCF.

Denominador: Despesa com antibióticos aceites para faturação no CCF, a utentes com inscrição ativa.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Soma da despesa (PVP aceite para faturação) de medicamentos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Medicamento pertencente à classe ATC "J01M" (ANTIBATERIANOS DO TIPO QUINOLONAS).

DENOMINADOR (BB):

Soma da despesa (PVP aceite para faturação) de medicamentos em que a expressão [A e B e C e D e (E ou F ou G)] é verdadeira:

A. Utente com inscrição ativa na unidade funcional na data da prescrição.

B. Medicamento prescrito por qualquer médico ou interno.

C. Medicamento aceite para faturação durante o período em análise.

D. Medicamento pertencente à classe ATC "J01" (ANTIBATERIANOS).

E. Se a unidade de observação do indicador for um ACES, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição pertencente ao ACES (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

F. Se a unidade de observação do indicador for uma unidade funcional, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição que lhe pertence (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

G. Se a unidade de observação é um médico ou enfermeiro com lista de utentes na unidade funcional, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição pertence à unidade funcional (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Os medicamentos prescritos e não dispensados não são contabilizados.

B. Os medicamentos que sejam prescritos manualmente são contabilizados, desde que dispensados numa farmácia.

C. Quando a unidade de observação é uma unidade funcional, os medicamentos prescritos a utentes inscritos na unidade funcional utilizando um código de local de prescrição não pertencente a essa unidade, não são contabilizados nem no denominador nem no numerador do indicador. Por exemplo os medicamentos prescritos a utentes numa URAP ou num SAP não são contabilizados na USF ou UCSP de inscrição do utente.

D. Quando a unidade de observação é um ACES, os medicamentos prescritos a utentes inscritos em qualquer unidade funcional desse ACES utilizando um código de local de prescrição não pertencente à unidade funcional de inscrição do utente mas pertencente ao ACES, são contabilizados no denominador do indicador. Por exemplo os medicamentos prescritos a utentes numa URAP ou num SAP do ACES a utentes de uma UCSP do ACES são contabilizado no denominador do indicador referente ao ACES.

E. Os medicamentos pertencentes a estas classes ATC podem ser consultados em <http://app7.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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de despesa	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	30 dias

**Legenda**

ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical";  
 PVP - Preço de Venda ao Público;  
 CCF - Centro de Conferência de Faturas

<b>255</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.73.02	2017.255.01	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)

### Designação

Proporção de quinolonas entre antibióticos faturados (embalagens, a utentes inscritos)

### Objetivo

Monitorizar a prescrição de fármacos na componente de quantidade de quinolonas prescritas.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção entre o número de embalagens de quinolonas e o número de embalagens de antibióticos faturados, a utentes com inscrição ativa.

Numerador: Número de embalagens de quinolonas aceites para faturação no CCF.

Denominador: Número de embalagens de antibióticos aceites para faturação no CCF, a utentes com inscrição ativa.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Soma da quantidade de embalagens de medicamentos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Medicamento pertencente à classe ATC "J01M" (ANTIBATERIANOS DO TIPO QUINOLONAS).

DENOMINADOR (BB):

Soma da quantidade de embalagens de medicamentos em que a expressão [A e B e C e D e (E ou F ou G)] é verdadeira:

A. Utente com inscrição ativa na unidade funcional na data da prescrição.

B. Medicamento prescrito por qualquer médico ou interno.

C. Medicamento aceite para faturação durante o período em análise.

D. Medicamento pertencente à classe ATC "J01" (ANTIBATERIANOS).

E. Se a unidade de observação do indicador for um ACES, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição pertencente ao ACES (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

F. Se a unidade de observação do indicador for uma unidade funcional, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição que lhe pertence (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

G. Se a unidade de observação é um médico ou enfermeiro com lista de utentes na unidade funcional, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição pertence à unidade funcional (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Os medicamentos prescritos e não dispensados não são contabilizados.

B. Os medicamentos que sejam prescritos manualmente são contabilizados, desde que dispensados numa farmácia.

C. Quando a unidade de observação é uma unidade funcional, os medicamentos prescritos a utentes inscritos na unidade funcional utilizando um código de local de prescrição não pertencente a essa unidade, não são contabilizados nem no denominador nem no numerador do indicador. Por exemplo os medicamentos prescritos a utentes numa URAP ou num SAP não são contabilizados na USF ou UCSP de inscrição do utente.

D. Quando a unidade de observação é um ACES, os medicamentos prescritos a utentes inscritos em qualquer unidade funcional desse ACES utilizando um código de local de prescrição não pertencente à unidade funcional de inscrição do utente mas pertencente ao ACES, são contabilizados no denominador do indicador. Por exemplo os medicamentos prescritos a utentes numa URAP ou num SAP do ACES a utentes de uma UCSP do ACES são contabilizado no denominador do indicador referente ao ACES.

E. Os medicamentos pertencentes a estas classes ATC podem ser consultados em <http://app7.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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de embalagens	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica	Ano de 2017: [4; 8]	Ano de 2017: [4; 10]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	30 dias

**Legenda**

ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical";  
CCF - Centro de Conferência de Faturas

<b>256</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.74.01	2017.256.01	Rácio PVP cefalosporinas e antibiót. fatur.

### Designação

Rácio entre a despesa faturada com cefalosporinas e a despesa total faturada com antibióticos (pelo PVP, a utentes inscritos)

### Objetivo

Monitorizar a prescrição de fármacos na componente de despesa com cefalosporinas.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de despesa realizada com antibióticos do tipo "cefalosporina", face à despesa total com antibióticos faturados (PVP), a utentes com inscrição ativa.

Numerador: Despesa com medicamentos do tipo "cefalosporina" aceites para faturação no CCF.

Denominador: Despesa com antibióticos aceites para faturação no CCF, a utentes com inscrição ativa.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Soma da despesa (PVP aceite para faturação) de medicamentos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Medicamento pertencente a uma das classes ATC correspondente a cefalosporinas (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Soma da despesa (PVP aceite para faturação) de medicamentos em que a expressão [A e B e C e D e (E ou F ou G)] é verdadeira:

A. Utente com inscrição ativa na unidade funcional na data da prescrição.

B. Medicamento prescrito por qualquer médico ou interno.

C. Medicamento aceite para faturação durante o período em análise.

D. Medicamento pertencente à classe ATC "J01" (ANTIBACTERIANOS).

E. Se a unidade de observação do indicador for um ACES, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição pertencente ao ACES (ver alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

F. Se a unidade de observação do indicador for uma unidade funcional, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição que lhe pertence (ver alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

G. Se a unidade de observação é um médico ou enfermeiro com lista de utentes na unidade funcional, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição pertence à unidade funcional (ver alíneas D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. As classes ATC de medicamentos que podem ser contabilizados no numerador são as seguintes:

- J01DB Cefalosporinas de primeira geração;
- J01DC Cefalosporinas de segunda geração;
- J01DD Cefalosporinas de terceira geração;
- J01DE Cefalosporinas de quarta geração.

B. Os medicamentos prescritos e não dispensados não são contabilizados.

C. Os medicamentos que sejam prescritos manualmente são contabilizados, desde que dispensados numa farmácia.

D. Quando a unidade de observação é uma unidade funcional, os medicamentos prescritos a utentes inscritos na unidade funcional utilizando um código de local de prescrição não pertencente a essa unidade, não são contabilizados nem no denominador nem no numerador do indicador. Por exemplo os medicamentos prescritos a utentes numa URAP ou num SAP não são contabilizados na USF ou UCSP de inscrição do utente.

E. Quando a unidade de observação é um ACES, os medicamentos prescritos a utentes inscritos em qualquer unidade funcional desse ACES utilizando um código de local de prescrição não pertencente à unidade funcional de inscrição do utente mas pertencente ao ACES, são contabilizados no denominador do indicador. Por exemplo os medicamentos prescritos a utentes numa URAP ou num SAP do ACES a utentes

de uma UCSP do ACES são contabilizado no denominador do indicador referente ao ACES.

F. Os medicamentos pertencentes a estas classes ATC podem ser consultados em <http://app7.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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de despesa	Com dados desde Dezembro de 2009

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	30 dias

### Legenda

ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical";

PVP - Preço de Venda ao Público;

CCF - Centro de Conferência de Faturas

<b>257</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.74.02	2017.257.01	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)

### Designação

Proporção de cefalosporinas entre antibióticos faturados (embalagens, a utentes inscritos)

### Objetivo

Monitorizar a prescrição de fármacos na componente de quantidade de cefalosporinas prescritas.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção entre o número de embalagens de cefalosporinas e o número de embalagens de antibióticos faturados, a utentes com inscrição ativa.

Numerador: Número de embalagens de cefalosporinas aceites para faturação no CCF.

Denominador: Número de embalagens de antibióticos aceites para faturação no CCF, a utentes com inscrição ativa.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Soma da quantidade de embalagens de medicamentos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Medicamento pertencente a uma das classes ATC correspondente a cefalosporinas (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Soma da quantidade de embalagens de medicamentos em que a expressão [A e B e C e D e (E ou F ou G)] é verdadeira:

A. Utente com inscrição ativa na unidade funcional na data da prescrição.

B. Medicamento prescrito por qualquer médico ou interno.

C. Medicamento aceite para faturação durante o período em análise.

D. Medicamento pertencente à classe ATC "J01" (ANTIBACTERIANOS).

E. Se a unidade de observação do indicador for um ACES, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição pertencente ao ACES (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

F. Se a unidade de observação do indicador for uma unidade funcional, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição que lhe pertence (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

G. Se a unidade de observação é um médico ou enfermeiro com lista de utentes na unidade funcional, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição pertence à unidade funcional (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Os medicamentos prescritos e não dispensados não são contabilizados.

B. Os medicamentos que sejam prescritos manualmente são contabilizados, desde que dispensados numa farmácia.

C. Quando a unidade de observação é uma unidade funcional, os medicamentos prescritos a utentes inscritos na unidade funcional utilizando um código de local de prescrição não pertencente a essa unidade, não são contabilizados nem no denominador nem no numerador do indicador. Por exemplo os medicamentos prescritos a utentes numa URAP ou num SAP não são contabilizados na USF ou UCSP de inscrição do utente.

D. Quando a unidade de observação é um ACES, os medicamentos prescritos a utentes inscritos em qualquer unidade funcional desse ACES utilizando um código de local de prescrição não pertencente à unidade funcional de inscrição do utente mas pertencente ao ACES, são contabilizados no denominador do indicador. Por exemplo os medicamentos prescritos a utentes numa URAP ou num SAP do ACES a utentes de uma UCSP do ACES são contabilizado no denominador do indicador referente ao ACES.

E. As classes ATC de medicamentos que podem ser contabilizados no numerador são as seguintes:

- J01DB Cefalosporinas de primeira geração;

- J01DC Cefalosporinas de segunda geração;

- J01DD Cefalosporinas de terceira geração;

- J01DE Cefalosporinas de quarta geração.

F. Os medicamentos pertencentes a estas classes ATC podem ser consultados em <http://app7.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.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de embalagens	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica	Ano de 2017: [1; 5]	Ano de 2017: [1; 7]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	30 dias

### Legenda

ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical";

CCF - Centro de Conferência de Faturas

<b>259</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.75.02	2017.259.01	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)

### Designação

Proporção de inibidores da COX-2 entre anti-inflamatórios não esteróides faturados (DDD, a utentes inscritos)

### Objetivo

Monitorizar a prescrição de fármacos na componente de "quantidade de inibidor da COX-2 prescritas".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção entre a DDD de inibidor da COX-2 e a DDD de anti-inflamatórios não esteróides faturados, a utentes com inscrição ativa.

Numerador: DDD de inibidor da COX-2 aceites para faturação no CCF.

Denominador: DDD de anti-inflamatórios não esteróides aceites para faturação no CCF, a utentes com inscrição ativa.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Soma da quantidade de DDD de medicamentos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Medicamento pertencente à classe ATC M01AH (Coxibes). Ver alíneas E, F, G e H de OBSERVAÇÕES GERAIS.

DENOMINADOR (BB):

Soma da quantidade de DDD de medicamentos em que a expressão [A e B e C e D e E e (F ou G ou H)] é verdadeira:

A. Utente com inscrição ativa na unidade funcional na data da prescrição.

B. Medicamento prescrito por qualquer médico ou interno.

C. Medicamento aceite para faturação durante o período em análise.

D. Medicamento pertencente à classe ATC "M01A" (medicamentos anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides). Ver alíneas E, F, G e H de OBSERVAÇÕES GERAIS.

E. Medicamento administrado por via oral (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS).

F. Se a unidade de observação do indicador for um ACES, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição pertencente ao ACES (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

G. Se a unidade de observação do indicador for uma unidade funcional, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição que lhe pertence (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

H. Se a unidade de observação é um médico ou enfermeiro com lista de utentes na unidade funcional, a receita médica é emitida com um código de local de prescrição pertence à unidade funcional (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Os medicamentos prescritos e não dispensados não são contabilizados.

B. Os medicamentos que sejam prescritos manualmente são contabilizados, desde que dispensados numa farmácia.

C. Quando a unidade de observação é uma unidade funcional, os medicamentos prescritos a utentes inscritos na unidade funcional utilizando um código de local de prescrição não pertencente a essa unidade, não são contabilizados nem no denominador nem no numerador do indicador. Por exemplo os medicamentos prescritos a utentes numa URAP ou num SAP não são contabilizados na USF ou UCSP de inscrição do utente.

D. Quando a unidade de observação é um ACES, os medicamentos prescritos a utentes inscritos em qualquer unidade funcional desse ACES utilizando um código de local de prescrição não pertencente à unidade funcional de inscrição do utente mas pertencente ao ACES, são contabilizados no denominador do indicador. Por exemplo os medicamentos prescritos a utentes numa URAP ou num SAP do ACES a utentes de uma UCSP do ACES são contabilizado no denominador do indicador referente ao ACES.

E. **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/](http://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/)).

F. 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.whooc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whooc.no/atc_ddd_index/) às características (dosagem e dimensão da embalagem) do medicamento em questão. Essa informação encontra-se sintetizada na tabela seguinte:

<b>Código ATC</b>	<b>DCI</b>	<b>DDD</b>	<b>Unidade</b>
M01AA01	Fenilbutazona	300	mg
M01AA02	Mofebutazona	750	mg
M01AA03	Oxifenobutazone	300	mg
M01AA05	Clofezona	600	mg
M01AA06	Kebuzona	---	---
M01AB01	Indometacina	100	mg
M01AB02	Sulindac	400	mg
M01AB03	Tolmetina	700	mg
M01AB04	Zomepirac	300	mg
M01AB05	Diclofenac	100	mg
M01AB06	Alclofenac	1250	mg
M01AB07	Bumadizona	400	mg
M01AB08	Etodolac	400	mg
M01AB09	Lonazolac	600	mg
M01AB10	Fentiazac	---	---
M01AB11	Acemetacin	120	mg
M01AB12	Difenpiramida	---	---
M01AB13	Oxametacina	---	---
M01AB14	Proglumetacina	---	---
M01AB15	Ketorolac	30	mg
M01AB16	Aceclofenac	200	mg
M01AB17	Bufexamac	---	---
M01AB51	Indometacin, combinações	100	mg
M01AB55	Diclofenac, combinações	100	mg
M01AC01	Piroxicam	20	mg
M01AC02	Tenoxicam	20	mg
M01AC04	Drooxicam	---	---
M01AC05	Lornoxicam	12	mg
M01AC06	Meloxicam	15	mg
M01AC56	Meloxicam, combinações	---	---
M01AE01	Ibuprofeno	1200	mg
M01AE02	Naproxeno	500	mg
M01AE03	Cetoprofeno	150	mg

M01AE04	Fenoprofeno	1200	mg
M01AE05	Fenobufeno	600	mg
M01AE06	Benoxaprofeno	---	---
M01AE07	Suprofeno	400	mg
M01AE08	Pirprofeno	800	mg
M01AE09	Flurbiprofeno	200	mg
M01AE10	Indoprofeno	---	---
M01AE11	Ácido tiaprofénico	600	mg
M01AE12	Oxaprozina	900	mg
M01AE13	Ibuproxam	---	---
M01AE14	Dexibuprofeno	800	mg
M01AE15	Flunoxaprofeno	---	---
M01AE16	Alminoprofeno	---	---
M01AE17	Dexketoprofeno	75	mg
M01AE18	Naproxinod	---	---
M01AE51	Ibuprofeno, combinações	---	---
M01AE52	Naproxeno and esomeprazole	500	mg
M01AE53	Ketoprofeno, combinações	---	---
M01AE56	Naproxeno e misoprostol	---	---
M01AG01	Ácido mefenamico	1000	mg
M01AG02	Ácido tolfenamico	300	mg
M01AG03	Ácido flufenamico	500	mg
M01AG04	Ácido meclofenamico	---	---
M01AH01	Celecoxib	200	mg
M01AH02	Rofecoxib	25	mg
M01AH03	Valdecoxib	10	mg
M01AH04	Parecoxib	40	mg
M01AH05	Etoricoxib	60	mg
M01AH06	Lumiracoxib	100	mg
M01AX01	Nabumetona	1000	mg
M01AX02	Ácido niflumico	750	mg
M01AX04	Azapropazona	750	mg
M01AX05	Glucosamina	1500	mg
M01AX07	Benzidamina	150	mg
M01AX12	Polisulfato de glucosaminoglican	50	mg
M01AX13	Proquazona	900	mg

M01AX14	Orgotaina	---	---
M01AX17	Nimesulida	200	mg
M01AX18	Feprazona	---	---
M01AX21	Diaceraina	---	---
M01AX22	Mornifumato	---	---
M01AX23	Tenidap	---	---
M01AX24	Oxaceprol	---	---
M01AX25	Sulfato de condroitina	---	---
M01AX26	Abacate e óleo de soja, insaponificável	---	---
M01AX68	Feprazona, combinações	---	---

Assim, por exemplo, a prescrição de uma embalagem de 60 comprimidos de ibuprofeno 200 mg, corresponde a 10 DDD e a prescrição de 1 embalagem de 20 comprimidos de ibuprofeno 400 mg corresponde a 6,67 DDD.

Se a um utente, ao longo do período em análise do indicador, for prescrita uma embalagem de 20 comprimidos de celecoxib 100 mg e 2 embalagens de 60 comprimidos de nimesulida 100 mg, tal corresponderá a 10 DDD referentes ao celecoxib e a 60 DDD referentes ao nimesulida, ou seja, um total de 703 DDD de medicamentos do tipo "anti-inflamatórios não esteróides".

G. Os medicamentos pertencentes a estas classes ATC podem ser consultados em <http://app7.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

H. Nas situações em que não exista a definição de DDD, cada comprimido, ampola ou frasco prescrito é contabilizado como equivalente a 1 DDD.

I. Apenas se contabilizam, no denominador e no numerador, fármacos administráveis por "via oral".

## 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de DDD	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Desempenho   Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica	Ano de 2017: [6; 12]	Ano de 2017: [6; 15]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	30 dias

## Legenda

ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical";

CCF - Centro de Conferência de Faturas;

DDD - Dose Diária Definida.

<b>261</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.44.01	2011.043.01	Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé

### Designação

Proporção de utentes com diabetes, com registo de risco de ulceração do pé no último ano

### Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "registo do risco de ulceração do pé".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com registo do risco de ulceração do pé, realizado no último ano.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes, com registo do risco de ulceração do pé, 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 "risco de ulceração do pé", nos últimos 12 meses (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. 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 [risco de ulceração do pé] 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.

B. A registo de risco de ulceração do pé pode ser classificado como:

- baixo risco
- médio risco
- alto risco

O que se mede no indicador é a existencia do registo do risco, independentemente do respetivo grau.

C. Os sistemas de informação deverão implementar um quadro de registo do risco de úlcera de acordo com as especificações seguintes, decorrentes das orientações atualmente em vigor (norma DGS 005/2011 de 21-1-2011).

#### QUADRO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE ULCERAÇÃO DO PÉ (UTENTES COM DIABETES)

##### Anamnese

1. Complicações tardias da diabetes (diminuição da ac. visual, insuficiência renal, ...). | S | N | na
2. Tabagismo. | S | N | na
3. Conhecimento não demonstrado (risco de doença, autovigilância, ...). | S | N | na
4. Condições socioeconómicas deficientes. | S | N | na
5. Calçado ou meias inadequados. | S | N | na

##### Exame aos pés

6. Integridade cutânea alterada (secura, calosidades, gretas ou infeção fúngica). | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na

7. Presença de edema. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 8. Deformidades do pé (nas proeminências ósseas ou nos dedos). | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 9a. Neuropatia - diminuição da sensibilidade por monofilamento. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 9b. Neuropatia - diminuição da sensibilidade por diapasão. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 9c. Neuropatia - diminuição da sensibilidade por "teste de sensibilidade com algodão". | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 9d. Neuropatia - diminuição dos reflexos tendinosos. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 10a. Isquemia - Ausência do pulso pedioso. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 10b. Isquemia - Ausência do pulso tibial posterior. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 10c. Isquemia - Claudicação da marcha ou dor dos gêmeos em repouso. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 10d. Isquemia - Cor e temperatura da pele alterada. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 10e. Isquemia - Índice tíbeo-braquial alterado (< 0,9). | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 11. Antecedentes pessoais de úlcera. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 12. Antecedentes pessoais de amputação de membro inferior (menor ou maior). | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na

### Risco de ulceração do pé

#### Alto Risco

De acordo com a norma DGS 005/2011 de 21-1-2011, são utentes com [isquemia] ou com [neuropatia e deformidades do pé] ou [história de úlcera cicatrizada] ou [amputação prévia].

Um utente é considerado de "alto risco" se a condição [A ou B ou C ou D ou E ou F ou G ou H ou I ou K] é verdadeira.

- A. 10a assinalado (isquemia)
- B. 10b assinalado (isquemia)
- C. 10c assinalado (isquemia)
- D. 10d assinalado (isquemia)
- E. 10e assinalado (isquemia)
- F. 11 assinalado (úlceras anteriores)
- G. 12 assinalado (amputação anterior)
- H. 8 e 9a assinalado (deformidades e neuropatia)
- I. 8 e 9b assinalado (deformidades e neuropatia)
- J. 8 e 9c assinalado (deformidades e neuropatia)
- K. 8 e 9d assinalado (deformidades e neuropatia)

#### Médio Risco

De acordo com a norma DGS 005/2011 de 21-1-2011, são utentes com neuropatia periférica.

Um utente é considerado de "médio risco" se a condição [A e (B ou C ou D ou E)] é verdadeira.

- A. O utente não é classificado como "Alto Risco"
- B. 9a assinalado (neuropatia)
- C. 9b assinalado (neuropatia)
- D. 9c assinalado (neuropatia)
- E. 9d assinalado (neuropatia)

#### Baixo Risco

São os utentes não classificados como "alto risco" nem como "médio risco"

Um utente é considerado de baixo risco se a condição [A e B e (C ou D ou E ou F ou G ou H ou I ou J ou L)] é verdadeira.

- A. O utente não é classificado como "Alto Risco"
- B. O utente não é classificado como "Médio Risco"
- C. 1 assinalado (complicações tardias)
- D. 2 assinalado (tabagismo)
- E. 3 assinalado (conhecimento não demonstrado ...)
- F. 4 assinalado (condições socio-económicas deficientes)
- G. 5 assinalado (calçado e meias inadequadas)
- H. 6 assinalado (integridade cutânea alterada)
- I. 7 assinalado (presença de edema)
- J. 8 assinalado (deformidades do pé ...)
- H. Nenhum dos itens entre 1 e 8 assinalado

### Orientações para o plano de cuidados em função da determinação do risco (norma DGS 005/2011 de 21-1-2011)

- Alto Risco: Hospital (equipas de nível II ou eventualmente de nível III);

- Médio Risco: Avaliação semestral nos CSP (equipa de nível I) ou eventualmente no hospital (equipas de nível II).

- Baixo Risco: Avaliação anual nos CSP (equipa de nível I).

#### Critérios de referência hospitalar urgente

- Úlcera sem melhoria clínica no período de 1 mês após vigilância e tratamento aparentemente adequados.
- Úlcera com sinais de celulite; ou área de rubor peri-úlcerosa superior a 2 cm de largura; ou exposição óssea; ou evidência de infeção sistémica.
- Úlcera com sinais de compromisso vascular importante, com necrose, gangrena ou outros sinais críticos de isquemia.
- Suspeita de pé de charcot.
- Dor intensa refratária ao tratamento.

#### Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. Pode ser preenchido no programa/ficha de diabetes e também no plano de trabalho. Esta informação migra para o SAM.

SAM/SClínico:

A. Pode ser preenchido no programa/ficha de diabetes. Esta informação migra para o SAPE.

MEDICINEONE:

A. Disponível para registo no módulo de "Riscos clínicos". Realizável por enfermeiros e médicos. Apesar da área de preenchimento contemplar uma [data de início] e uma [data de fim], deve ser realizado um novo registo por ano para que o utente seja contabilizado no numerador.

VITACARE:

A. 2014-07-02 - não possibilita o registo deste parâmetro, nem por médicos nem por enfermeiros.

#### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Setembro de 2014

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [80; 100]	Ano de 2017: [75; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

#### Legenda

DM - Diabetes Mellitus

<b>262</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.45.01	2011.044.01	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)

### Designação

Proporção de utentes com determinação de risco diabetes tipo 2 registado nos últimos 3 anos

### Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "registo do risco de diabetes tipo 2".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com 18 ou mais anos, não diabéticos e com pelo menos uma avaliação de risco de diabetes tipo 2, registado nos últimos 36 meses.

Numerador: Contagem de utentes com 18 ou mais anos, não diabéticos e com pelo menos uma avaliação de risco de diabetes tipo 2, registado nos últimos 36 meses.

Denominador: Contagem de utentes com 18 ou mais anos e sem 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 uma avaliação de risco de diabetes tipo 2, nos últimos 36 meses (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. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, nenhum dos diagnósticos de diabetes está ativo na lista de problemas (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90).

C. Ter idade igual ou superior a 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").

### Observações Gerais

A. O [risco de diabetes tipo 2] pode ser registado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde, usando a ficha de risco de diabetes tipo 2 publicada no site da DGS em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013278.pdf>.

B. O risco de vir a ter diabetes pode ser classificado nos 5 graus seguintes:

- Baixo - probabilidade inferior a 1% de vir a desenvolver diabetes.

- ligeiro - Probabilidade inferior a 4%

- moderado - Probabilidade inferior a 16,7%

- alto - Probabilidade inferior a 33%

- muito alto - Probabilidade inferior a 50%

Neste indicador avalia-se a existência de registo independentemente do grau de risco associado.

### Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. Pode ser registado no plano de trabalho. A informação migra para o SAM.

SAM/SClínico:

A. O risco de diabetes tipo 2 pode ser registado quer na ficha individual quer na ficha de hipertensão, na ficha de saúde materna, planeamento familiar e rastreio oncológico, sendo contabilizado para este indicador independentemente da ficha onde é registado. Esta informação migra para

o SAPE.

MEDICINEONE:

A. Disponível para registo no módulo de "Riscos clínicos". Realizável por enfermeiros e médicos. Apesar da área de preenchimento contemplar uma [data de início] e uma [data de fim], deve ser realizado um novo registo de 3 em 3 anos para que o utente seja contabilizado no numerador.

VITACARE:

A. 2014-07-02 - não possibilita o registo deste parâmetro, nem por médicos nem por enfermeiros.

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Setembro de 2014

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde do Adulto	Ano de 2017: [22; 100]	Ano de 2017: [10; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

DGS - Direcção-Geral da Saúde; DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

<b>263</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	7.06.10	2013.263.01	Despesa medic. pres. utili. (PVP) comp. não comp.

### Designação

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

### Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de fármacos. Parâmetro "despesa em medicamentos prescritos, participados e não participados."

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a despesa média de medicamentos prescritos, participados e não participados, por utente utilizador, baseado no preço de venda ao público.

Numerador: Somatório do PVP de medicamentos prescritos, participados e não participados.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do [PVP equivalente] dos medicamentos participados e não participados (ver alíneas A, B, C, D e E 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 prescritos e dispensados, quer sejam comparticipados quer não. No caso dos medicamentos "não comparticipados" apenas são contabilizados os medicamentos em que o campo "preço", nas tabelas de medicamentos do Infarmed, tenha um valor superior a 0 (zero);
  - Medicamentos prescritos e não dispensados (p.e. por recusa do utente em fazer a compra), quer sejam comparticipados quer não.
- E. Não são contabilizados no numerador as despesas relacionados com:
- Medicamentos prescritos, sem CNPEM, cujo PVP não esteja registado nas tabelas de medicamentos do Infarmed. Sucede assim com a maior parte dos medicamentos "não comparticipados".
  - Medicamentos prescritos e pertencentes a receitas anuladas até 30 dias após a data de prescrição;
  - Medicamentos prescritos em receitas manuais (p.e. por falência do sistema electrónico 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:
- [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.

## 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	Estado do indicador
AA / BB	€ / UTI	Despesa com medicamentos	Com dados desde Dezembro de 2012

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	30 dias

## Legenda

€/UTI - Euros por utente utilizador  
PVP - Preço de venda ao público  
CNPEM - Código Nacional de Prescrição Eletrónica de Medicamentos

<b>264</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 requisição 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 requisição 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 requisição 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:

- [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 em [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](http://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 \[Conceitos e métricas relacionadas com MCDT\]](#).

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	Estado do indicador
AA / BB	€/ UTI	Despesa com MCDT	Com dados desde Setembro de 2014

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	30 dias

### Legenda

MCDT - Meio complementar de diagnóstico e terapêutica  
€/UTI - Euros por utente utilizador CCF - Centro de conferência de faturas

265

Código

6.44.02

Código SIARS

2011.005.01

Nome abreviado

Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé

### Designação

Percentagem de diabéticos com compromisso de vigilância, com registo de risco de ulceração do pé

### Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "registo de risco de ulceração do pé".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com registo do risco de ulceração do pé, realizado no último ano.  
Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes, com compromisso de vigilância e com registo do risco de ulceração do pé, realizado no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes e com compromisso de vigilância no programa de 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 "risco de ulceração do pé", nos últimos 12 meses (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. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.

B. O diagnóstico médico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos um dia do período em análise.

C. Ter compromisso de vigilância na Unidade Funcional no programa de Diabetes, durante pelo menos um dia do período em análise.

### Observações Gerais

A. O [risco de ulceração do pé] 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.

B. A registo de risco de ulceração do pé pode ser classificado como:

- baixo risco
- médio risco
- alto risco

O que se mede no indicador é a existencia do registo do risco, independentemente do respetivo grau.

C. Os sistemas de informação deverão implementar um quadro de registo do risco de úlcera de acordo com as especificações seguintes, decorrentes das orientações atualmente em vigor (norma DGS 005/2011 de 21-1-2011).

#### QUADRO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE ULCERAÇÃO DO PÉ (UTENTES COM DIABETES)

##### Anamnese

1. Complicações tardias da diabetes (diminuição da ac. visual, insuficiência renal, ...). | S | N | na
2. Tabagismo. | S | N | na
3. Conhecimento não demonstrado (risco de doença, autovigilância, ...). | S | N | na
4. Condições socioeconómicas deficientes. | S | N | na
5. Calçado ou meias inadequados. | S | N | na

### Exame aos pés

6. Integridade cutânea alterada (secura, calosidades, gretas ou infeção fúngica). | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 7. Presença de edema. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 8. Deformidades do pé (nas proeminências ósseas ou nos dedos). | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 9a. Neuropatia - deteção por monofilamento. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 9b. Neuropatia - deteção por diapasão. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 9c. Neuropatia - deteção por teste de sensibilidade com algodão. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 9d. Neuropatia - deteção por diminuição dos reflexos tendinosos. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 10a. Isquemia - Ausência do pulso pedioso. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 10b. Isquemia - Ausência do pulso tibial posterior. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 10c. Isquemia - Claudicação da marcha ou dor dos gémeos em repouso. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 10d. Isquemia - Cor e temperatura da pele alterada. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 10e. Isquemia - Índice tíbeo-braquial alterado (< 0,9). | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 11. Antecedentes pessoais de úlcera. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na  
 12. Antecedentes pessoais de amputação de membro inferior (menor ou maior). | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na

### Risco de ulceração do pé

#### Alto Risco

De acordo com a norma DGS 005/2011 de 21-1-2011, são utentes com [isquemia] ou com [neuropatia e deformidades do pé] ou [história de úlcera cicatrizada] ou [amputação prévia].

Um utente é considerado de "alto risco" se a condição [A ou B ou C ou D ou E ou F ou G ou H ou I ou K] é verdadeira.

- A. 10a assinalado (isquemia)
- B. 10b assinalado (isquemia)
- C. 10c assinalado (isquemia)
- D. 10d assinalado (isquemia)
- E. 10e assinalado (isquemia)
- F. 11 assinalado (úlceras anteriores)
- G. 12 assinalado (amputação anterior)
- H. 8 e 9a assinalado (deformidades e neuropatia)
- I. 8 e 9b assinalado (deformidades e neuropatia)
- J. 8 e 9c assinalado (deformidades e neuropatia)
- K. 8 e 9d assinalado (deformidades e neuropatia)

#### Médio Risco

De acordo com a norma DGS 005/2011 de 21-1-2011, são utentes com neuropatia periférica.

Um utente é considerado de "médio risco" se a condição [A e (B ou C ou D ou E)] é verdadeira.

- A. O utente não é classificado como "Alto Risco"
- B. 9a assinalado (neuropatia)
- C. 9b assinalado (neuropatia)
- D. 9c assinalado (neuropatia)
- E. 9d assinalado (neuropatia)

#### Baixo Risco

São os utentes não classificados como "alto risco" nem como "médio risco"

Um utente é considerado de baixo risco se a condição [A e B e (C ou D ou E ou F ou G ou H ou I ou J ou L)] é verdadeira.

- A. O utente não é classificado como "Alto Risco"
- B. O utente não é classificado como "Médio Risco"
- C. 1 assinalado (complicações tardias)
- D. 2 assinalado (tabagismo)
- E. 3 assinalado (conhecimento não demonstrado ...)
- F. 4 assinalado (condições socio-económicas deficientes)
- G. 5 assinalado (calçado e meias inadequadas)
- H. 6 assinalado (integridade cutânea alterada)
- I. 7 assinalado (presença de edema)
- J. 8 assinalado (deformidades do pé ...)
- H. Nenhum dos itens entre 1 e 8 assinalado

### Orientações para o plano de cuidados em função da determinação do risco (norma DGS 005/2011 de 21-1-2011)

- Alto Risco: Hospital (equipas de nível II ou eventualmente de nível III);
- Médio Risco: Avaliação semestral nos CSP (equipa de nível I) ou eventualmente no hospital (equipas de nível II).
- Baixo Risco: Avaliação anual nos CSP (equipa de nível I).

#### Critérios de referência hospitalar urgente

- a. Úlcera sem melhoria clínica no período de 1 mês após vigilância e tratamento aparentemente adequados.
- b. Úlcera com sinais de celulite; ou área de rubor peri-úlceras superior a 2 cm de largura; ou exposição óssea; ou evidência de infeção sistémica.
- c. Úlcera com sinais de compromisso vascular importante, com necrose, gangrena ou outros sinais críticos de isquemia.
- d. Suspeita de pé de charcot.
- e. Dor intensa refratária ao tratamento.

#### Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. Pode ser preenchido no programa/ficha de diabetes e também no plano de trabalho. Esta informação migra para o SAM.

SAM/SClínico:

A. Pode ser preenchido no programa/ficha de diabetes. Esta informação migra para o SAPE.

MEDICINEONE:

A. Disponível para registo no módulo de "Riscos clínicos". Realizável por enfermeiros e médicos. Apesar da área de preenchimento contemplar uma [data de início] e uma [data de fim], deve ser realizado um novo registo por ano para que o utente seja contabilizado no numerador.

VITACARE:

A. 2014-07-02 - não possibilita o registo deste parâmetro, nem por médicos nem por enfermeiros.

#### Período em Análise

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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2011

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

#### Legenda

DM - Diabetes Mellitus

266

Código

2.14.01

Código SIARS

2011.005.02

Nome abreviado

Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé

### Designação

Percentagem de pessoas com diabetes e compromisso de vigilância, com úlcera ativa no pé no último ano

### Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "registo de úlcera ativa no pé".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com registo de úlcera ativa no pé, realizado no último ano.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes, com compromisso de vigilância e com registo de diagnóstico de enfermagem de "úlcera de pé", ativo, no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes e com compromisso de vigilância no programa de 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. Ter o programa de saúde de enfermagem (Tratamento Feridas / Úlceras) ativo, durante pelo menos um dia do período em análise.

C. Ter um diagnóstico de enfermagem (Úlcera), ativo durante pelo menos um dia período em análise.

DENOMINADOR (BB):

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

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

B. O diagnóstico médico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos um dia do período em análise.

C. Ter compromisso de vigilância na Unidade Funcional no programa de Diabetes, durante pelo menos um dia do período em análise.

### Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. Pode ser preenchido no programa/ficha de diabetes.

B - Aceitam-se os seguintes diagnósticos CIPE-B2

1A.1.1.1.10.3.5 Úlcera

1A.1.1.1.10.3.5.1 Úlcera Venosa

1A.1.1.1.10.3.5.2 Úlcera Arterial

1A.1.1.1.10.3.5.3 Úlcera de Pressão

Os diagnósticos anteriores devem ter a especificação "presente" e a localização "pé". A topologia é irrelevante, podendo ser, "direito", "esquerdo" ou "bilateral".

SAM/SClínico:

A. Trata-se de um indicador de registo de enfermagem, pelo que não é lido no SAM.

MEDICINEONE:

A. Disponível para registo no módulo de "Riscos clínicos". Realizável por enfermeiros e médicos. Apesar da área de preenchimento contemplar uma [data de início] e uma [data de fim], deve ser realizado um novo registo por ano para que o utente seja contabilizado no numerador.

VITACARE:

A. 2014-07-02 - não possibilita o registo deste parâmetro, nem por médicos nem por enfermeiros.

### Período em Análise

**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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2011

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

**Legenda**

DM - Diabetes Mellitus

<b>267</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 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.

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 ou E4] é verdadeira: E1. Para mulheres com idades entre [25, 50[ anos, ter pelo menos um registo de resultado de colpocitologia <b>em lâmina</b> , 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 <b>em meio líquido</b> nos últimos 5 anos (ver alíneas G, H, I e K de OBSERVAÇÕES GERAIS). E3. Para mulheres com idades entre [25, 50[ anos, ter pelo menos um resultado <b>pesquisa de DNA do HPV por PCR</b> nos últimos 5 anos (ver alíneas L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS). E4. A utente tem menos de 25 anos.	0,30

#### 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]:

- [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.

L. O código da tabela de MCDT do SNS válido para registar "pesquisa de DNA do HPV por PCR" é o seguinte:

- [Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR], código 31730, área Anatomia Patológica.

M. O teste de [pesquisa de DNA do HPV por PCR], está a ser usado em programas de rastreio comunitários regionais, não sendo um exame participado. A colheita é efetuada através de um esfregaço do colo do útero depositado em meio líquido (e não em lâmina). O protocolo do rastreio apenas prevê a realização de colpocitologia nas situações em que o resultado do teste de tipagem HPV é positivo. O código do teste que é usado para deteção do HPV por PCR é o mesmo que pode ser usado para a tipagem de outros vírus (o código identifica a técnica laboratorial e não o vírus pesquisado). Assim, para que o resultado deste teste possa ser contabilizado neste indicador, o resultado deve ter como parâmetro a identificação inequívoca que o vírus pesquisado foi o HPV.

## 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 contraceutivo, selecionando 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 contraceutivo, selecionando a opção "SNC - Sem Necessidades Contraceptivas", na área de registo do método contraceutivo, 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.
- Numerador (variável "registo de pesquisa de DNA do HPV por PCR"): 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.
- Numerador (variável "registo de pesquisa de DNA do HPV por PCR"): 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	Estado do indicador
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	Com dados desde Dezembro de 2013

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

### Legenda

PF - Planeamento Familiar;  
MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;  
MIF - Mulheres em Idade Fértil;  
Ponder. - Ponderação

<b>269</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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]:

- [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]:

- [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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E001 | Vigilância em saúde infantil e juvenil\]](#)

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).

NN. Data de referência do indicador igual ou superior a maio de 2015, inicialmente por rotura de stock nacional da BCG e posteriormente por a vacina ter deixado de ser obrigatória no PNV.

BB. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB até à data do 2º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

CC. Registo de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB, 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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	Estado do indicador
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	Com dados desde Dezembro de 2013

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	5 dias

### Legenda

Ponder. - Ponderação

<b>270</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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]:

- [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] 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	Estado do indicador
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	Com dados desde Dezembro de 2013

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento	30 dias

	Materna	monitorizado	
--	---------	--------------	--

### Legenda

DUM - Data da Última Menstruação  
RP - Revisão do Puerpério;  
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;  
Ponder. - Ponderação

<b>271</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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

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]:

- [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.
- C. O exame de enfermagem dos pés é documentado através da intervenção de enfermagem "Monitorizar o risco de úlcera do pé diabético" (SAPE/SClínico sem normalização) ou da intervenção "Avaliar risco de úlcera diabética" (9003994) (SClínico V2.0 com normalização).

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	Estado do indicador
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	Com dados desde Dezembro de 2013

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	30 dias

### Legenda

HgbA1c - Hemoglobina glicosada;  
 MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;  
 DM - Diabetes Mellitus;  
 Ponder. - Ponderação

<b>272</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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).	0,12

	Caso o utente tenha menos de 40 anos ou algum dos diagnósticos referidos é atribuída a totalidade da ponderação.	
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]:

- [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]:

- [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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E004\] 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 "registo 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 "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 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	Estado do indicador
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	Com dados desde Dezembro de 2013

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
-------------------	--------------	----------------------------------	---------------------

Processo	Hipertensão	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	30 dias
----------	-------------	--	---------

### 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 insulinoterapia, 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 insulinoterapia, 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://app7.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	Estado do indicador
$AA / (BB + CC) \times 100$	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Março de 2014

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [85; 100]	Ano de 2017: [75; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### 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;

<b>275</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 ICPC-2 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 à classes CFT e ATC acima referidas podem ser consultados em

<http://app7.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 outrém 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Junho de 2014

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [70; 100]	Ano de 2017: [60; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

## Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos;

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2;

ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical"

<b>276</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.48.01	2013.276.01	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://app7.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/](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/](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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Rácio de DDD	Com dados desde Junho de 2014

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Desempenho   Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica	Ano de 2017: [0; 36]	Ano de 2017: [0; 40]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

## 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

<b>277</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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]:

- [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]:

- [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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E006 \] 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 registado 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/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-masso-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. 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 "registro 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Junho de 2014

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	Ano de 2017: [25; 100]	Ano de 2017: [18; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

278	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	7.09.04	2013.278.01	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos

### Designação

Proporção de embalagens de medicamentos prescritos de classes terapêuticas com genérico

### Objetivo

Monitorizar a frequência de prescrição de medicamentos de classes terapêuticas com genéricos

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de embalagens de medicamentos prescritos de classes terapêuticas com genérico.

Numerador: Contagem de embalagens de medicamentos prescritos de classes terapêuticas com genérico.

Denominador: Contagem de embalagens de medicamentos prescritos.

### 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://app7.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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de embalagens	Com dados desde Junho de 2014

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica	Ano de 2017: [60; 80]	Ano de 2017: [50; 90]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	5 dias

<b>279</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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](#)).

### 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: - [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SClinico/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/SClínico:

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

## Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE

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

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO

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

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de visitas domiciliárias	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Utilização	Ano de 2017: [0; 100]	Ano de 2017: [0; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias

## 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:

- [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 contabilizadas no numerador deve ocorrer até ao segundo dia após a [data de admissão na ECCI]. Significa que se um utente for admitido na ECCI no dia 23 de outubro (independentemente da hora de realização), os 2 contactos contabilizáveis para o numerador, devem ser realizados até ao final do dia 25 de outubro.
- E. 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 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. 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos	Ano de 2017: [0; 100]	Ano de 2017: [0; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

<b>281</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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:  $[Fator\ 1] / [Fator\ 2] \times 365,25 / 12$

### Regras de cálculo

Fator 1 (AA):

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

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

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

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

Fator 2 (BB):

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

- [C005](#) | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - SClínico/SAPE

- [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	Estado do indicador
AA / BB x 365,25 / 12	DOM / UTE / MES	Média de domicílios por utente por mês de integração	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Desempenho   Acesso   Distribuição da Atividade	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

<b>282</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 F 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 [activo/inactivo] esteja preenchido com "inactivo", 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 [activo/inactivo] esteja preenchido com "activo", a turma é incluída no denominador.
- D. São consideradas todas as turmas incluídas nas diferentes comunidades educativas incluídas no parque escolar da área de abrangência, nomeadamente: Comunidade Educativa Alunos (CEA); Comunidade Educativa Docentes (CED); Comunidade Educativa Encarregados de Educação (CEEE) e Comunidade Educativa Não Docente (CEND).
- E. 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.

F. 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.

G. 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.

H. 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.

I. 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:

A. São consideradas para o denominador as turmas pertencentes as 4 seguintes comunidades educativas parametrizadas no SClinico: CEA - Comunidade Educativa Alunos; CED - Comunidade Educativa Docentes CEEE - Comunidade Educativa Encarregados de Educação; CEND - Comunidade Educativa Não Docente.

B. Os tipos de turmas considerados e pertencentes aos níveis de ensino pré-escolar, básico (1º, 2º ou 3º ciclos) ou ao ensino secundário são as seguintes: JInfancia, 1ºCiclo, 2ºCiclo, 3ºCiclo, Secundário, Superior ou Outro.

### 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de turmas	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Utilização	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Escolar	Não aplicável	5 dias

### Legenda

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

<b>283</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	3.21.01	2013.283.01	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar

### Designação

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

### Objetivo

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

### Descrição do Indicador

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

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

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

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições definidas no denominador;

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

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

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e (D ou E 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 referenciação para o SNIPI, ativa à data de referência do indicador.

### Observações Gerais

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

B. As consultas contabilizadas no numerador são do tipo [Consulta presencial] de um dos tipos seguintes:

- [C005](#) | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - SClínico/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 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.

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/SClínico:

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

## Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

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

- Denominador (variável "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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Escolar	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

### Legenda

NSE - Necessidades de Saúde Especiais;  
 SNIPI - 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   ECCI	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

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

<b>285</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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. A leitura dos dados necessários é efectuada nos status associados ao risco de úlcera de pressão. Desta forma, o risco de úlcera de pressão, deve ser avaliado através da escala de Braden (ver orientação da DGS nº 17/2011 de 19 de Maio) e obrigatoriamente 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].

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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   ECCI	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias

## Legenda

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

<b>286</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.51.01	2013.286.01	Taxa de cicatrização de úlceras de pressão

### Designação

Taxa de resolução (cicatrização) de úlceras de pressão

### Objetivo

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

### Descrição do Indicador

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

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições do denominador.

B. Posterior ao diagnóstico de "úlcera de pressão presente" ou "úlcera de pressão" contabilizado no denominador e pertencente ao mesmo foco.

DENOMINADOR (BB):

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

A. Documentados em utentes com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver 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.

SClínico com normalização:

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

SAPE/SClínico:

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

## Período em Análise

### INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

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

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

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

### INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

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

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

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

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de diagnósticos de enfermagem	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   ECCI	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias

## 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 [úlcera de pressão].

Denominador: Contagem de utentes [integrados na ECCI].

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições do denominador.

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

DENOMINADOR (BB):

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

A. Uteses com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver 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 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.

SClínico com normalização:

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

SAPE/SClínico:

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

### Período em Análise

#### INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável úlcera de pressão): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   ECCI	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

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

<b>289</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.53.01	2013.289.01	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor

### Designação

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

### Objetivo

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

### Descrição do Indicador

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

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições definidas no denominador.

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

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

DENOMINADOR (BB):

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

A. Com [inscrição ativa](#) numa unidade de saúde do ACES a que pertence a UCC (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:

- [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 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: Dor ausente; Dor presente em grau reduzido; Dor presente em grau moderado; Dor presente em grau elevado; Dor presente em grau muito elevado. Os gestores locais da parametrização devem garantir que esta parametrização não sofre alterações.

SClínico com normalização:

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

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

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

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

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

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

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	5 dias

### Legenda

<b>290</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.54.01	2013.290.01	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."

### Designação

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

### Objetivo

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

### Descrição do Indicador

Exprime a proporção de utentes integrados na ECCI com melhoria do nível de "dependência no autocuidado"

Numerador: Contagem de utentes integrados na ECCI que apresentam diminuição do nível de dependência no autocuidado ao longo da integração na ECCI.

Denominador: Contagem de utentes integrados na ECCI, com pelo menos uma avaliação do nível de dependência.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições definidas no denominador.

B. Com pelo menos duas avaliações do índice de dependência documentadas durante o período de integração na ECCI.

C. A última avaliação do índice de dependência, documentada durante o período de integração na ECCI, é superior à primeira avaliação. (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] são verdadeiras:

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

B. Apenas se contabilizam utentes com duração de integração no intervalo [30 e 365] dias (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Utesntes com pelo menos uma avaliação do nível de dependência durante o período de integração na ECCI (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. A avaliação do nível de dependência deve 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 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. A avaliação do Índice de dependência é documentada através da intervenção de enfermagem: Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel (90506).

SClínico com normalização:

A. A avaliação do Índice de dependência é documentada através da intervenção de enfermagem: Avaliar auto cuidado (9002385).

### Período em Análise

#### INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam as avaliações do índice de dependência que sejam registados durante a integração na ECCI.

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

#### INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 13 a 24 meses, iniciando a 1 de janeiro do ano N-1 e terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam as avaliações do índice de dependência que sejam registados durante a integração na ECCI.

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

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   ECCI	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

<b>291</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 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:

- 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   ECCI	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias

**Legenda**

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

292

Código

7.18.01

Código SIARS

2013.292.01

Nome abreviado

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 salvguarde o que também se afirma na alínea G das OBSERVAÇÕES GERAIS.

C. As vagas das UCCI 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Taxa de ocupação	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias

**Legenda**

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

293

Código

2.18.01

Código SIARS

2013.293.01

Nome abreviado

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. Utes 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	Estado do indicador
AA / BB	DIA / UTE	Média de dias	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---------------------------	--------------------	--------------------

Desempenho | Gestão da Doença | ECCI --- ---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

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

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 1.000 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](#)).

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:

- [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SClínico/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 (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	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	por 1.000	Taxa de consultas domiciliárias (Enf.)	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde do Idoso	Ano de 2017: [650; 1650]	Ano de 2017: [500; 1650]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### 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. Utentes incluídos no denominador.

B. Utentes 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. Utentes 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] 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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E002 | Vigilância em saúde materna\]](#)

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] 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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E005 | Consulta de revisão do puerpério\]](#)

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 inicio] 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 inicio] 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 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 inicio] 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde da Mulher	Ano de 2017: [75; 100]	Ano de 2017: [70; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	5 dias

**Legenda**

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

<b>296</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.42.05	2013.296.01	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.

### Designação

Proporção de agregados familiares de puérperas ou recém-nascidos que receberam visita domiciliária de enfermagem

### Objetivo

Monitorização dos programas de vigilância em saúde materna e de vigilância em saúde infantil e juvenil, na área dos cuidados domiciliários de enfermagem a puérperas e a recém-nascidos.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de agregados familiares de puérperas ou recém-nascidos que receberam visita domiciliária de enfermagem. Numerador: Contagem de agregados familiares com puérperas ou recém-nascidos e pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem até ao 28º dia.

Denominador: Contagem de agregados familiares com puérperas ou recém-nascidos.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Agregados familiares incluídos no denominador.

B. Agregados familiares com pelo menos 1 domicílio de enfermagem, realizado à puérpera, entre a [data de fim da gravidez] e o 28º 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).

C. Agregados familiares com pelo menos 1 domicílio de enfermagem, realizado ao recém-nascido, nos primeiros 28 dias de vida (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de agregados familiares em que a expressão [A ou B] é verdadeira:

A. Com pelo menos uma PUÉRPERA (CC);

B. Com pelo menos um RECÉM-NASCIDO (DD).

PUÉRPERA (CC)

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 H 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 E 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 F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

F. O 60º dia de puerpério, contabilizado a partir da [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador (ver alíneas F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

RECÉM-NASCIDO (DD):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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

A. Que completam 60 dias de vida durante o período em análise.

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

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

RECÉM-NASCIDO (DD):

**Validade:** Indicadores com data de referência igual ou superior a janeiro de 2017.

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

A. Que completam 60 dias de vida durante o período em análise.

B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 28 dias de vida (ver alínea M 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]:

- [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SClinico/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. 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]:

- [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SClinico/SAPE

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

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

D. 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.

E. 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.

F. 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).

G. 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).

H. 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.

I. 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](#)). 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 28º dia de vida.

J. 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).

K. Se um agregado apenas tiver recém-nascido e não tiver puérpera, ou vice-versa, é contabilizado no denominador uma unidade. Se um agregado tiver recém-nascido e puérpera apenas é contabilizada uma unidade no denominador.

L. O agregado é considerado cumpridor se existir pelo menos um domicílio registado entre o D1 o D28 do recém-nascido ou pelo menos um domicílio registado entre o P1 e o P28 da puérpera. Não é necessária a existência de 2 domicílios para que o agregado seja considerado "cumpridor" do numerador.

M. A partir de janeiro de 2017 o SIARS tem como fonte de dados para "inscrição de utentes" o RNU, que não contempla o conceito de "inscrição esporádica".

## Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. No SAPE e no SClínico de enfermagem, 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 e no SClínico, 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 variável de "ancoragem" de cada puérpera a este indicador é o facto do 60º dia de puerpério pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Para cada puérpera incluída no denominador:

a) [Domicílios] - entre a [data de fim da gravidez] (P1) e o 28º dia do puerpério (P28). P1 e P28 são "inclusivé";

b) [Ser mulher] - na data de referência do indicador;

c) [Gravidez registada no módulo ou no programa de saúde materna] - à data de referência do indicador;

d) [Gravidez não classificada como aborto] - à data de referência do indicador

e) [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];

f) [inscrição ativa] - entre a [data de fim da gravidez] (P1) e o 28º dia do puerpério (P28). P1 e P28 são "inclusivé".

- A variável de "ancoragem" de recém-nascido a este indicador é o facto do 60º dia de vida pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Para cada recém-nascido incluído no denominador:

a) [domicílios] - entre o nascimento (D1) e o 28º dia de vida (D28). D1 e D28 são "inclusivé".

b) [inscrição esporádica] - entre o nascimento (D1) e o 28º dia de vida (D28). D1 e D28 são "inclusivé".

c) [inscrição ativa] - entre o nascimento (D1) e o 60º dia de vida (D60). D1 e D60 são "inclusivé".

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
---------	-------------------	--------	---------------------

AA / BB x 100	%	Proporção de agregados familiares	Com dados desde Março de 2015
---------------	---	-----------------------------------	-------------------------------

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde da Mulher	Ano de 2017: [35; 100]	Ano de 2017: [20; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	5 dias

Legenda
RP - Revisão do Puerpério; RN - recém-nascidos

297

Código

5.21.03

Código SIARS

2013.297.01

Nome abreviado

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 Therapeutical 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.whooc.no/ddd/definition\\_and\\_general\\_considera/](http://www.whooc.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.whooc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whooc.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	Cloazolam	---	---
N05BA23	Tofizopam	---	---
N05BB01	Hidroxizina	75	mg
N05BC01	Meprobamato	1200	mg
N05BC01	Emilcamato	900	mg
N05BE01	Buspirona	30	mg
N05BX	Outros ansiolíticos	---	---
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	Zaleplom	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://app7.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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde do Idoso	Ano de 2017: [80; 100]	Ano de 2017: [77; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Mental	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

## Legenda

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos;

DCI - Denominação Comum Internacional;

ATC - Classificação "Anatomical Therapeutic Chemical";

DDD - Dose Diária Definida

<b>298</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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 requisição 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 requisição 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 requisição 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 relacionadas 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:

- [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 em [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](http://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 \[Conceitos e métricas relacionadas com MCDT\]](#).

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](#).

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	Estado do indicador
AA / BB	€/ UTI	Despesa com MCDT	Com dados desde Setembro de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	30 dias

### Legenda

MCDT - Meio complementar de diagnóstico e terapêutica;

€/UTI - Euros por utente utilizador;

CCF - Centro de conferência de faturas.

<b>299</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	7.07.07	2013.299.01	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)

### Designação

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

### Objetivo

Monitorizar programa de prescrição de MCDT. Parâmetro "despesa em MCDT de fisioterapia faturados, por utilizador"

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a despesa média de MCDT de fisioterapia faturados, por utente utilizador, baseado no [preço convencionado].

Numerador: Somatório do [preço convencionado] dos MCDT de fisioterapia 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 "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 requisição 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 requisição 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 requisição 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:

- [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 em [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](http://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 \[Conceitos e métricas relacionadas com MCDT\]](#).

L. Os utentes contabilizados no denominador são os que pertencem ao SNS, isto á aqueles que no SINUS pertencem a um dos seguintes subsistemas:

- Qualquer CRSS
- SNS
- Segurança social
- Subsistema desconhecido.

M. Ver conceito de [inscrição ativa](#).

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	Estado do indicador
AA / BB	€/ UTI	Despesa com MCDT	Com dados desde Setembro de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	30 dias

### Legenda

MCDT - Meio complementar de diagnóstico e terapêutica;  
€/UTI - Euros por utente utilizador;  
CCF - Centro de conferência de faturas

<b>300</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	7.07.08	2013.300.01	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, 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 requisição 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 requisição 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 requisição 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:

- [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	Estado do indicador
AA / BB x 100	por 100	Nº médio de referenciações	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes utilizadores durante o período em análise	5 dias

### Legenda

MCDT - Meio complementar de diagnóstico e terapêutica  
€/UTI - Euros por utente utilizador

<b>301</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.31.03	2013.301.01	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanham. adequado

### Designação

Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida

### Objetivo

Monitorizar o programa de saúde infantil, 1º ano de vida.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de crianças com 1 ano de vida, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de crianças com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de crianças com 1 ano de vida.

### Regras de cálculo

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G] 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 N de OBSERVAÇÕES GERAIS.

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.

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).

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).

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.

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).

DENOMINADOR (BB):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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).

DENOMINADOR (BB):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou superior a janeiro de 2017.

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] 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. [\[inscrição ativa\]](#) durante a totalidade do período compreendido entre os 15 e os 330 dias de vida (ver alínea Q 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]:

- [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](#)]. Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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]:

- [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 [[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 ou MM) 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).

MM. Data de referência do indicador igual ou superior a maio de 2015, inicialmente por rotura de stock nacional da BCG e posteriormente por a vacina ter deixado de ser obrigatória no PNV.

BB. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB até à data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

- CC. Registo de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB 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 DTPaHibVIPVHB 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 DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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.
- Q. A partir de janeiro de 2017 o SIARS tem como fonte de dados para "inscrição de utentes" o RNU, que não contempla o conceito de "inscrição esporádica".

## 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	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de crianças	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	5 dias

### Legenda

TSHPKU - Diagnóstico precoce ou teste do pezinho

<b>302</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	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):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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). DENOMINADOR (BB):

*Validade:* Indicadores com data de referência igual ou superior a janeiro de 2017.

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] 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. [\[inscrição ativa\]](#) durante a totalidade do período compreendido entre os 15 e os 330 dias de vida (ver alínea Q 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]:

- [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 [\[inscrição ativa\]](#). Esta observação é válida para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2016.

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]:

- [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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E001 | Vigilância em saúde infantil e juvenil\]](#)

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 ou MM) 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).

MM. Data de referência do indicador igual ou superior a maio de 2015, inicialmente por rotura de stock nacional da BCG e posteriormente por a vacina ter deixado de ser obrigatória no PNV.

BB. Inoculação da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB até à data do 1º aniversário (registo até à data de referência do indicador).

CC. Registo de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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 ou DTPaHibVIPVHB 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.

Q. A partir de janeiro de 2017 o SIARS tem como fonte de dados para "inscrição de utentes" o RNU, que não contempla o conceito de "inscrição esporádica".

## 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	Estado do indicador
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	Com dados desde Março de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Infantil e Juvenil	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	5 dias

### Legenda

TSHPKU - Diagnóstico precoce ou teste do pezinho;  
Ponder. - Ponderação

<b>303</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.26.05	2013.303.01	Proporção grávidas 6+ cons. vig. enf. gravidez

### Designação

Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem de saúde materna durante a gravidez

### Objetivo

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

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de grávidas que realizaram pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância durante a gravidez.  
Numerador: Contagem de grávidas que realizaram pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância durante a gravidez.  
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 6 consultas de enfermagem de vigilância de gravidez no período compreendido entre a DUM e a [Data de fim da gravidez] (ver alíneas A e C 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 D 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 B de OBSERVAÇÕES GERAIS);

E. [inscrição ativa](#) na unidade de saúde durante pelo menos 5 meses do período compreendido entre a DUM e a [data de fim da gravidez] (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

F. A [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador (ver alínea C 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] 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 [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E002 | Vigilância em saúde materna\]](#)

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. 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 inicio] 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 inicio] 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] 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. 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 C 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 C 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 da [Data de fim da gravidez] pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Para cada utente incluída no denominador, o período em análise para deteção de consultas inicia-se na DUM e termina na [Data de fim da gravidez].

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de	Área	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para
---------	------	----------------------------------	------------

Indicador	clínica		Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do acontecimento monitorizado	5 dias

### Legenda

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

<b>306</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.61.01	2015.306.01	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram

### Designação

Proporção de utentes consultados nos últimos 12 meses e sem rastreio VIH/SIDA que o efetuaram nesse período

### Objetivo

Monitorização do cumprimento da norma de orientação clínica da DGS 58/2011 (revista em 10-12-2014) sobre "Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)". De acordo com a referida norma, existe indicação para a realização do rastreio VIH/SIDA a todos os utentes entre os 18 e os 64 anos que o não tenham previamente efetuado.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes consultados no período em análise (12 meses), sem rastreio prévio ao VIH/Sida e sem esse diagnóstico, que efetuaram o rastreio nesse período.

Numerador: Contagem de utentes que efetuaram o rastreio VIH/SIDA no período em análise (12 meses).

Denominador: Contagem de utentes consultados no período em análise (12 meses), sem rastreio prévio ao VIH/SIDA e sem diagnóstico prévio de VIH/SIDA.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

- A. Todas as condições definidas para o denominador.
- B. Existência de pelo menos um resultado laboratorial de serologia para VIH (ver alíneas B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- C. Existência de pelo menos um resultado de "teste rápido para VIH", realizado na unidade de saúde, durante o período em análise (ver alínea G 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. Ter idade compreendida no intervalo [18, 65[ anos (idade medida na data de referência do indicador).
- B. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.
- C. Com pelo menos uma consulta médica presencial realizada durante o período em análise (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- D. Sem rastreio VIH/SIDA realizado antes do início do período em análise (ver alíneas B, C, D, E e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- E. O diagnóstico de "Infecção VIH/SIDA" (rubrica ICPC B90) não se encontra na lista de problemas, com o estado de "ativo", na data de início do período em análise.
- F. Caso o diagnóstico de "Infecção VIH/SIDA" (rubrica ICPC B90) seja registado durante o período em análise, a respetiva [data de início do problema de saúde] pertence ao período em análise (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Os utentes contabilizados no denominador são aqueles que possuem pelo menos uma [Consulta médica presencial] com um dos códigos seguintes:

- [C002](#) | Consulta médica presencial - SAM/SClínico
- [C008](#) | Consulta médica presencial - MedicineOne
- [C014](#) | Consulta médica presencial - VitaCare

B. "Sem rastreio VIH/SIDA realizado antes do início do período em análise" significa que não existe qualquer resultado de exame laboratorial VIH/SIDA nem qualquer resultado de "teste rápido VIH/SIDA" com [data de realização] compreendida entre a data de nascimento do utente e o início do período em análise do indicador.

C. Os códigos da tabela de MCDT convencionados válidos para registar testes de rastreio VIH/SIDA são os seguintes (a lista inclui os historicamente usados):

- [Anticorpos para VIH 1 e 2 (inclui confirmação)], código 1308.5, área A.
- [Anticorpos para VIH 1 e 2], código 868.0, área A.
- D. Para que um exame laboratorial de rastreio VIH/SIDA seja contabilizado para excluir utentes do denominador ou para os incluir no numerador, 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" do exame. O resultado, para que seja contabilizado, deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.
- F. Caso diagnóstico de "Infeção VIH/SIDA" (rubrica ICPC B90) seja registado durante o período em análise e a respetiva [data de início do problema de saúde] seja anterior ao início do período em análise, tal significa que o doente já tinha o diagnóstico, devendo ser excluído do denominador.
- G. Os "Testes rápidos serológicos para deteção do VIH-1/VIH-2" quando disponíveis para realização na unidade de saúde, devem ser registados no módulo de análises/MCDT (sem registo de requisição), usando o código disponível para o exame laboratorial convencionado (referido na alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Sobre Software

#### MEDICINEONE:

- A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].
- B. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido"
- C. Não possui local próprio para registo de "Testes rápidos serológicos para deteção do VIH-1/VIH-2". Os mesmos, quando realizados são registados no módulo de análises, usando o campo para a serologia do VIH, sem emissão prévia de requisição de MCDT.

#### SClínico/SAPE:

- A. O registo do resultado do teste rápido VIH encontra-se acessível no SClínico - perfil de enfermagem, nas versões 2.3 e seguintes, através da intervenção de enfermagem "Avaliar teste diagnóstico"(9004384) que se encontra associada á atitude terapêutica "TESTE RAPIDO VIH".

### Período em Análise

#### INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "exame laboratorial VIH"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "teste rápido"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): Medida na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição ativa"): Medida na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "existência de consulta médica presencial"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "D. exame laboratorial VIH"): Entre a data de nascimento do utente e a data de início do período em análise.
- Denominador (variável "D. teste rápido VIH"): Entre a data de nascimento do utente e a data de início do período em análise.
- Denominador (variável "E. diagnóstico prévio de VIH/SIDA"): Avaliado no mês N - 13 relativamente ao mês de referência do indicador (mês N).
- Denominador (variável "F. novo diagnóstico de VIH/SIDA"): Avaliado no mês de referência do indicador se existe ou não um diagnóstico cuja [data de início do problema] seja anterior ao início do período em análise.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde adultos	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

### Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;  
TDAR - Teste de Diagnóstico de Antígeno Rápido HIV.

307

Código	Código SIARS	Nome abreviado
5.34.01	2015.307.01	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre

### Designação

Proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 1º trimestre de gravidez

### Objetivo

Monitorização do cumprimento da norma de orientação clínica da DGS 23/2011 (revista em 21-05-2013) sobre "Exames ecográficos na gravidez de baixo risco" (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Descrição do Indicador

Exprime a proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 1º trimestre de gravidez, entre as 11 e as 13 semanas e seis dias.

Numerador: Contagem de grávidas com ecografia realizada entre as 11 e as 13 semanas e seis dias.

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. 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 ou das 11S+0D até às 13S+6D) 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. O 154º dia de gestação pertencente ao período em análise (ver alíneas A e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. [Inscrição ativa](#) na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período compreendido entre as [11; 14[ semanas ([78; 98] dias) de gestação (ver alíneas A e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Para a [ecografia 1º trimestre], 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.

B. 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 154º dia de gestação, que supera em 8 semanas a data limite superior para a realização da ecografia.

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 período em que é necessária a realização da ecografia ([78; 98] dias).
- F. Consideram-se as grávidas com 22 semanas completas de gestação para existir tempo para que os resultados da ecografia do 1º trimestre sejam registados nos sistemas de informação.
- G. De acordo com a norma de orientação clínica da DGS 23/2011 (revista em 21-05-2013) sobre "Exames ecográficos na gravidez de baixo risco":
- a) Existe indicação para a realização de ecografia obstétrica, realizada entre as 11 e as 13 semanas e seis dias (Nível de evidência A, Grau de recomendação I).
- b) A ecografia realizada entre as 11 e as 13 semanas e seis dias tem como objetivos: confirmar a viabilidade fetal, determinar o número de fetos e corionicidade, datar corretamente a gravidez, diagnosticar malformações major e contribuir para a avaliação do risco de aneuploidias.

### 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"

- 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 154º dia de gestação (medido a partir da DUM) pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Os períodos em análise das restantes variáveis do denominador e do numerador dependem do período da gestação em que devem ser realizados:

A. Numerador (variável "ecografia obstétrica do 1.º trimestre": [78; 98] dias de gestação.

B. Denominador (Variável "Ser mulher"): Medido na data de referência do indicador.

C. Denominador (Variável "Gravidez registada no módulo ou no programa de saúde materna"): Medido na data de referência do indicador.

D. Denominador (Variável "Registo do diagnóstico médico de gravidez"): Medido na data de referência do indicador;

F. Denominador (Variável "Inscrição ativa"): [78; 98] dias de gestação.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas	Com dados desde Dezembro de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde da Mulher	Ano de 2017: [75; 100]	Ano de 2017: [70; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	5 dias

### Legenda

MCDT - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;  
 DUM - Data da Última Menstruação.

308

Código

5.34.02

Código SIARS

2015.308.01

Nome abreviado

Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre

### Designação

Proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 2º trimestre de gravidez

### Objetivo

Monitorização do cumprimento da norma de orientação clínica da DGS 23/2011 (revista em 21-05-2013) sobre "Exames ecográficos na gravidez de baixo risco" (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Descrição do Indicador

Exprime a proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico entre as 19 e as 22 semanas e seis dias de gravidez.

Numerador: Contagem de grávidas com ecografia realizada entre as 19 e as 22 semanas e seis dias de gravidez.

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. Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica do 2.º trimestre, com data de realização entre as [19; 23[ semanas ([134; 161] 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. O 217º dia de gestação pertencente ao período em análise (ver alíneas A e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. [inscrição ativa](#) na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período compreendido entre as [19; 23[ semanas ([134; 161] dias) de gestação (ver alíneas A e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. 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. Na contagem de [dias de gravidez] que é efetuada neste indicador, a série que sustenta essa contagem inicia-se no 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 fazem uma datação correta da gravidez e que são traduzíveis, umas nas outras sem erros.

B. Os códigos da tabela de MCDT válidos para [ecografia obstétrica do 2.º trimestre] são o M292.5 e o M291.7. A data que deve ser usada para verificar se este exame está ou não dentro das [19; 23[ semanas ([134; 161] dias) é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até ao 217º dia de gestação, que supera em 8 semanas a data limite superior para a realização da ecografia.

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 período em que é necessária a realização da ecografia ([134; 161] dias).

F. Consideram-se as grávidas com 30 semanas e seis dias de gestação para existir tempo para que os resultados da ecografia do 2º trimestre sejam registados nos sistemas de informação.

G. De acordo norma de orientação clínica da DGS 23/2011 (revista em 21-05-2013) sobre "Exames ecográficos na gravidez de baixo risco":

a) Existe indicação para a realização de ecografia obstétrica, realizada entre as 20 e as 22 semanas (Nível de evidência A, Grau de recomendação I).

b) A ecografia do segundo trimestre permite confirmar alguns dados da ecografia do primeiro trimestre, mas destina-se, sobretudo, à identificação de malformações fetais. São de especial relevância as malformações incompatíveis com a vida ou associadas a elevada morbilidade pós-natal, anomalias com potencial para tratamento intrauterino ou que exigem tratamento ou investigação pós-natal.

c) Existe evidência científica de aumento da qualidade do exame e de diminuição da probabilidade de ter que ser repetido, que quando realizado entre as 20 e as 22 semanas, em comparação com a realização às "18 semanas".

Por outro lado:

a) Existe o limite legal das 24 semanas (no máximo até ao 168º dia de gestação) para a realização de interrupção de gravidez motivada por anomalias fetais graves.

b) Existem contextos territoriais em que é particularmente difícil que todas as grávidas realizem a ecografia do 2º trimestre entre as 20 e as 22 semanas.

c) O indicador tem uma função de monitorização do desempenho das equipas no cumprimento da norma da DGS, existindo restrições externas às equipas, que limitam a sua capacidade para cumprir, com todo o rigor, os limites temporais definidos.

Assim sendo, opta-se por:

Alargar o intervalo para a realização da ecografia do 2º trimestre, medido pelo indicador, para entre as 19 e as 22 semanas e seis dias.

## 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 transpõe 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"

- 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 217º dia de gestação (medido a partir data de parto corrigida, se existir, ou da DUM, caso contrário) pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Os períodos em análise das restantes variáveis do denominador e do numerador dependem do período da gestação em que devem ser

realizados:

- A. Numerador (variável "ecografia obstétrica do 2.º trimestre": [134; 161] dias de gestação.
- B. Denominador (Variável "Ser mulher"): Medido na data de referência do indicador.
- C. Denominador (Variável "Gravidez registada no módulo ou no programa de saúde materna"): Medido na data de referência do indicador.
- D. Denominador (Variável "Registo do diagnóstico médico de gravidez"): Medido na data de referência do indicador;
- F. Denominador (Variável "Inscrição ativa"): [134; 161] dias de gestação.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas	Com dados desde Dezembro de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde da Mulher	Ano de 2017: [75; 100]	Ano de 2017: [70; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	5 dias

### Legenda

MCDT - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;  
DUM - Data da Última Menstruação.

309

Código

5.34.03

Código SIARS

2015.309.01

Nome abreviado

Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre

### Designação

Proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 3º trimestre de gravidez

### Objetivo

Monitorização do cumprimento da norma de orientação clínica da DGS 23/2011 (revista em 21-05-2013) sobre "Exames ecográficos na gravidez de baixo risco" (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Descrição do Indicador

Exprime a proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 3º trimestre de gravidez, entre as 30 e as 34 semanas e seis dias.

Numerador: Contagem de grávidas com ecografia realizada entre as 30 e as 34 semanas e seis dias.

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. Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica do 3.º trimestre, com data de realização entre as [30; 35[ semanas ([211; 245] 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. O 301º dia após o início da gestação pertencente ao período em análise (ver alíneas A e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. [inscrição ativa](#) na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período compreendido entre as [30; 35[ semanas ([211; 245] dias) de gestação (ver alíneas A e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. 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. Na contagem de [dias de gravidez] que é efetuada neste indicador, a série que sustenta essa contagem inicia-se no 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 fazem uma datação correta da gravidez e que são traduzíveis, umas nas outras sem erros.

B. O códigos da tabela de MCDT válido para [ecografia obstétrica do 3.º trimestre] é o M 492.8. A data que deve ser usada para verificar se este exame está ou não dentro das [30; 35[ semanas ([211; 245] dias) é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até ao 301º dia de gestação, que supera em 8 semanas a data limite superior para a realização da ecografia.

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 período em que é necessária a realização da ecografia ([211; 245] dias).

F. Consideram-se as grávidas que completariam 43 semanas completas de gestação para existir tempo para que os resultados da ecografia do 3º trimestre sejam registados nos sistemas de informação.

G. De acordo com norma de orientação clínica da DGS 23/2011 (revista em 21-05-2013) sobre "Exames ecográficos na gravidez de baixo risco":

a) Existe indicação para a realização de ecografia obstétrica, realizada entre as 30 e as 32 semanas (Nível de evidência C, Grau de recomendação II-a).

b) A ecografia obstétrica realizada entre as 30 e as 32 semanas é o exame de eleição para a avaliação do desenvolvimento fetal e o diagnóstico de anomalias tardias.

c) A restrição de crescimento fetal (RCF) afeta 10-15% da população geral e é responsável pelo aumento da mortalidade fetal tardia (cerca de 10 vezes) e da mortalidade perinatal (risco relativo = 2,77). Existem estudos que evidenciam que a deteção e orientação atempadas dos fetos afetados por RCF diminuem de forma significativa (cerca de 20%) a morbilidade e mortalidade perinatal.

d) A deteção pré-natal de anomalias de aparecimento tardio permite, de forma eficaz, planejar o parto num centro hospitalar de apoio perinatal diferenciado e informar atempadamente o casal do prognóstico, orientação e tratamento da anomalia detetada.

Por outro lado:

a) Existem contextos territoriais em que é particularmente difícil que todas as grávidas realizem a ecografia do 3º trimestre entre as 30 e as 32 semanas.

b) O indicador tem uma função de monitorização do desempenho das equipas no cumprimento da norma da DGS, existindo restrições externas às equipas, que limitam a sua capacidade para cumprir, com todo o rigor, os limites temporais definidos.

Assim sendo, opta-se por:

Alargar o intervalo para a realização da ecografia do 3º trimestre, medido pelo indicador, para entre as 30 e as 34 semanas e seis dias.

## 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"

- 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 301º dia após o início da gestação (medido a partir data de parto corrigida, se existir, ou da DUM, caso contrário) pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Os períodos em análise das restantes variáveis do denominador e do numerador dependem do período da gestação em que devem ser realizados:

- A. Numerador (variável "ecografia obstétrica do 3.º trimestre": [211; 245] dias de gestação.
- B. Denominador (Variável "Ser mulher"): Medido na data de referência do indicador.
- C. Denominador (Variável "Gravidez registada no módulo ou no programa de saúde materna"): Medido na data de referência do indicador.
- D. Denominador (Variável "Registo do diagnóstico médico de gravidez"): Medido na data de referência do indicador;
- F. Denominador (Variável "Inscrição ativa"): [211; 245] dias de gestação.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de grávidas	Com dados desde Dezembro de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde da Mulher	Ano de 2017: [45; 100]	Ano de 2017: [40; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	5 dias

### Legenda

MCDT - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;  
DUM - Data da Última Menstruação.

<b>310</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	5.34.04	2015.310.01	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.

### Designação

Índice de realização de exames laboratoriais do 1º trimestre na gravidez

### Objetivo

Monitorização do cumprimento da norma de orientação clínica da DGS 37/2011 (revista em 20-12-2013) sobre "Exames laboratoriais na gravidez de baixo risco", em particular à componente da norma que se refere aos exames do 1º trimestre.

### Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de realização de exames laboratoriais de gravidez durante o 1º trimestre (de acordo com a norma 37/2011 da DGS).

Numerador: Somatório do "score de realização de exames laboratoriais do 1º trimestre" determinado para cada grávida. O "score de realização de exames laboratoriais do 1º trimestre" de cada grávida pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos exames realizados e com a ponderação definida para cada um deles.

Denominador: Contagem de grávidas.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de realização de exames laboratoriais do 1º trimestre" determinado para cada grávida incluída no denominador. O "score de realização de exames laboratoriais do 1º trimestre" de cada grávida pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos exames realizados e com a ponderação definida para cada um deles.

O "score de realização de exames laboratoriais do 1º trimestre" 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.
A	Ter pelo menos um registo de resultado de [hemograma], com data de realização entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,07
B	Ter pelo menos um registo de resultado de [tipagem ABO e Rh], entre a data de nascimento da grávida e o 98º dia de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,07
C	Ter pelo menos um registo de resultado de [Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)], com data de realização entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,07
D	Ter pelo menos um registo de resultado de [Glicémia em jejum], com data de realização entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,07
E	Ter pelo menos um registo de resultado de [VDRL], com data de realização entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,07
F	A condição [F1 ou F2 ou (F3 e F4)] é verdadeira (ver alíneas A, B e G de OBSERVAÇÕES GERAIS): F1. Inoculação e registo da 2ª dose (ou superior) de VASPR (realização antes da [data de início da gravidez] e registo até 154º dia de gravidez). F2. Registo de VASPR com estado [Imunizado] (entre o nascimento da grávida e o 154º dia de gravidez). F3. Ter pelo menos um registo de resultado de [Serologia Rubéola - IgG], com data de realização entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação. F4. Ter pelo menos um registo de resultado de [Serologia Rubéola - IgM], com data de realização entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação.	0,15

G	A condição [G1 ou (G2 e G3)] é verdadeira (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS): G1. Registo de estado de [imune para a toxoplasmose] (serologia toxoplasmose - IgG positiva), com registo entre o nascimento da grávida e o 154º dia de gravidez. G2. Ter pelo menos um registo de resultado de [Serologia Toxoplasmose - IgG], com data de realização entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação. G3. Ter pelo menos um registo de resultado de [Serologia Toxoplasmose - IgM], com data de realização entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação.	0,07
H	A condição [H1 ou H2] é verdadeira (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS): H1. O diagnóstico de "Infeção VIH/SIDA" (rubrica ICPC B90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo" ao 98º dia de gravidez. H2. Ter pelo menos um registo de resultado de [Ac. VIH 1 e 2], com data de realização entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação.	0,15
I	A condição [I1 ou I2] é verdadeira (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS): I1. O diagnóstico de "Hepatite viral" (rubrica ICPC D72) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo" ao 98º dia de gravidez. I2. Ter pelo menos um registo de resultado de [AgHBs], com data de realização entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação.	0,15
J	Ter pelo menos um registo de resultado de [Urocultura com eventual TSA], com data de realização entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,07
K	A condição [K1 ou K2 ou K3 ou K4] é verdadeira (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS): K1. Pelo menos um resultado de [colpocitologia em lâmina] nos 3 anos que antecedem o 98º dia de gestação. K2. Pelo menos um resultado de [colpocitologia em meio líquido] nos 5 anos que antecedem o 98º dia de gestação. K3. Pelo menos um resultado de [pesquisa de DNA do HPV por PCR] nos últimos 5 anos que antecedem o 98º dia de gestação (ver alíneas H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS). K4. Idade inferior a 25 anos.	0,06

**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. O 154º dia de gestação (21 Semanas e 6 Dias) pertencente ao período em análise (ver alíneas A e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- E. [inscrição ativa](#) na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período compreendido entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação (ver alíneas A e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

**Observações Gerais**

- A. 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. Neste indicador utiliza-se a DUM e não a [data prevista de parto corrigida], porque é, com maior probabilidade a informação que o médico requisitante dos exames tinha no momento da prescrição.
- B. Os códigos da tabela de MCDT convencionados válidos para este indicador são os seguintes:
  - a) Hemograma: Código A1080.9 e descritivo "Hemograma com fórmula leucocitária (eritograma, contagem de leucócitos, contagem de plaquetas, fórmula leucocitária e morfologia), s".
  - b) Tipagem ABO e Rh: Código 079.5 e descritivo "Tipagem ABO e Rh (D)"
  - c) Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto): Código A1169.4 e descritivo "Anticorpos irregulares, anti-eritrocitários, pesquisa em meio de antiglobulina humana (em doentes)"

- d) Glicémia em jejum: Código A1270.4 e descritivo "Glucose, doseamento, s/u/l"
- e) VDRL: Código A875.3 e descritivo "Reação de VDRL com titulação"
- f) Serologia Rubéola - IgG: Código A1161.9 e descritivo "Anticorpos para Rubéola – IgG"
- g) Serologia Rubéola - IgM: Código A1162.7 e descritivo "Anticorpos para Rubéola – IgM"
- h) Serologia Toxoplasmose - IgG: Código A1164.3 e descritivo "Anticorpos para Toxoplasma gondii - IgG"
- i) Serologia Toxoplasmose - IgM: Código A1165.1 e descritivo "Anticorpos para Toxoplasma gondii – IgM"
- j) Ac. VIH 1 e 2: Código A1308.5 e descritivo "Anticorpos para VIH 1 e 2 (inclui confirmação)"
- k) AgHBs: Código A1130.9 e descritivo "Antigénio de vírus da Hepatite B - Hbs"
- l) Urocultura com eventual TSA: Código A1265.8 e descritivo "Urina - exame direto, cultural, identificação e TSA (Urocultura)"
- m) Colpocitologia em lâmina: Código B008.6 e descritivo "Exame citológico cervico-vaginal"
- n) Colpocitologia em meio líquido: Código B012.4 e descritivo "Exame citológico cervico-vaginal com processamento automatizado em camada fina"

Os exames laboratoriais só são considerados no numerador se tiverem um resultado registado. A requisição do exame, sem registo de resultado não é suficiente para fazer cumprir a regra relacionada com o exame.

A data que deve ser usada para verificar se estes exames são ou não realizados até às 21 semanas mais 6 dias (154º dia de gestação) é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até ao 154º dia de gestação, que supera em 8 semanas a data limite superior para a respetiva realização.

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 período em que é necessária a realização dos exames laboratoriais ([1; 98] dias).

F. Consideram-se no denominador as grávidas com 22 semanas completas de gestação para existir tempo para que os resultados dos exames laboratoriais sejam registados nos sistemas de informação.

G. Caso a IgG da rubéola seja positiva (grávida imunizada) numa consulta pré-concepcional, a grávida não tem indicação para repetir o exame no 1º trimestre de gravidez. Caso a grávida não tenha efetuado a VASPR, deve-se proceder ao registo no módulo de vacinação do SINUS do estado [imunizado] associado à VASPR, para que a regra possa ser dada como cumprida.

H. O código da tabela de MCDT do SNS válido para registar "pesquisa de DNA do HPV por PCR" é o seguinte:

- [Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR], código 31730, área Anatomia Patológica.

I. O teste de [pesquisa de DNA do HPV por PCR], está a ser usado em programas de rastreio comunitários regionais, não sendo um exame participado. A colheita é efetuada através de um esfregaço do colo do útero depositado em meio líquido (e não em lâmina). O protocolo do rastreio apenas prevê a realização de colpocitologia nas situações em que o resultado do teste de tipagem HPV é positivo. O código do teste que é usado para deteção do HPV por PCR é o mesmo que pode ser usado para a tipagem de outros vírus (o código identifica a técnica laboratorial e não o vírus pesquisado). Assim, para que o resultado deste teste possa ser contabilizado neste indicador, o resultado deve ter como parâmetro a identificação inequívoca que o vírus pesquisado foi o HPV.

## 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"

- 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 variável de "ancoragem" de cada grávida a este indicador é o facto de o 154º dia de gestação (medido a partir da DUM) pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Os períodos em análise das variáveis do denominador e do numerador têm maioritariamente como referencial a datação da gestação, medida a partir da DUM:

A. Numerador (Variável "Hemograma"): A data de realização deve pertencer ao intervalo [78; 98] dias de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

B. Numerador (Variável "Tipagem ABO e Rh"): A data de realização deve estar entre a data de nascimento da grávida e o 98º dia de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

C. Numerador (Variável "Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)": A data de realização deve estar entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação. A data de registo de resultado deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

D. Numerador (Variável "Glicémia em jejum"): A data de realização deve estar entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

E. Numerador (Variável "VDRL"): A data de realização deve estar entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

F. Numerador (Variável "Inoculação e registo da 2ª dose (ou superior) de VASPR"): A realização deve ter ocorrido antes da [data de início da gravidez] e o registo até ao 154º dia de gravidez.

G. Numerador (Variável "Registo de VASPR com estado [Imunizado]"): A data de registo pode estar entre o nascimento da grávida e o 154º dia de gestação.

H. Numerador (Variável "Serologia Rubéola – IgG"): A data de realização deve estar entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

I. Numerador (Variável "Serologia Rubéola – IgM"): A data de realização deve estar entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

J. Numerador (Variável "Imune para a toxoplasmose"): A data de registo pode estar entre o nascimento da grávida e o 154º dia de gestação.

K. Numerador (Variável "Serologia Toxoplasmose – IgG"): A data de realização deve estar entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

L. Numerador (Variável "Serologia Toxoplasmose – IgM"): A data de realização deve estar entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

M. Numerador (Variável "Diagnóstico de Infecção VIH/SIDA"): Deve estar ativo no 98º dia de gravidez.

N. Numerador (Variável "Ac. VIH 1 e 2"): A data de realização deve estar entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

O. Numerador (Variável "Diagnóstico de "hepatite viral"): Deve estar ativo no 98º dia de gravidez.

P. Numerador (Variável "AgHBs"): A data de realização deve estar entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

Q. Numerador (Variável "Urocultura com eventual TSA"): A data de realização deve estar entre as [0; 14[ semanas ([1; 98] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

R. Numerador (Variável "Colpocitologia em lâmina"): A data de realização deve pertencer aos 3 anos que antecedem o 98º dia de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

S. Numerador (Variável "Colpocitologia em meio líquido"): A data de realização deve pertencer aos 5 anos que antecedem o 98º dia de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

T. Numerador (variável "Pesquisa de DNA do HPV por PCR"): A data de realização deve pertencer aos 5 anos que antecedem o 98º dia de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 154º dia de gestação.

U. Numerador (Variável "Idade da mulher"): Idade inferior a 25 anos ao 98º dia de gestação.

V. Denominador (Variável "Ser mulher"): Medido na data de referência do indicador.

W. Denominador (Variável "Gravidez registada no módulo ou no programa de saúde materna"): à data de referência do indicador.

X. Denominador (Variável "Registo do diagnóstico médico de gravidez"): Medido na data de referência do indicador, tendo que ter estado [ativo]

durante pelo menos um dia do período compreendido entre a [Data início] e a [data de fim da gravidez];  
Y. Denominador (Variável "Inscrição ativa"): Analisada no intervalo [1; 98] dias de gestação.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	Com dados desde Dezembro de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde da Mulher	Ano de 2017: [0.75; 1]	Ano de 2017: [0.7; 1]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	5 dias

### Legenda

MCDT - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;  
DUM - Data da Última Menstruação.

<b>311</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	5.34.05	2015.311.01	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.

### Designação

Índice de realização de exames laboratoriais do 2º trimestre na gravidez

### Objetivo

Monitorização do cumprimento da norma de orientação clínica da DGS 37/2011 (revista em 20-12-2013) sobre "Exames laboratoriais na gravidez de baixo risco", em particular à componente da norma que se refere aos exames do 2º trimestre.

### Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de realização de exames laboratoriais de gravidez durante o 2º trimestre (de acordo com a norma 37/2011 da DGS).

Numerador: Somatório do "score de realização de exames laboratoriais do 2º trimestre" determinado para cada grávida. O "score de realização de exames laboratoriais do 2º trimestre" de cada grávida pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos exames realizados e com a ponderação definida para cada um deles.

Denominador: Contagem de grávidas.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de realização de exames laboratoriais do 2º trimestre" determinado para cada grávida incluída no denominador. O "score de realização de exames laboratoriais do 2º trimestre" de cada grávida pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos exames realizados e com a ponderação definida para cada um deles.

O "score de realização de exames laboratoriais do 2º trimestre" 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.
A	Ter pelo menos um registo de resultado de [hemograma], com data de realização entre as [24; 29[ semanas ([169; 203] dias) de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,15
B	Ter pelo menos um registo de resultado de [Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)], com data de realização entre as [24; 29[ semanas ([169; 203] dias) de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,15
C	Ter pelo menos um registo de resultado de [PTGO com 75 g de glicose], com data de realização entre as [24; 29[ semanas ([169; 203] dias) de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,40
D	A condição [D1 ou D2 ou (D3 e D4)] é verdadeira (ver alíneas A, B e G de OBSERVAÇÕES GERAIS): D1. Inoculação e registo da 2ª dose (ou superior) de VASPR (realização antes da [data de início da gravidez] e registo até 259º dia de gravidez). D2. Registo de VASPR com estado [Imunizado] (até ao 259º dia de gravidez). D3. Ter pelo menos um registo de resultado de [Serologia Rubéola - IgG], com data de realização entre as [18; 21[ semanas ([127; 147] dias) de gestação. D4. Ter pelo menos um registo de resultado de [Serologia Rubéola - IgM], com data de realização entre as [18; 21[ semanas ([127; 147] dias) de gestação.	0,15
E	A condição [E1 ou (E2 e E3)] é verdadeira (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS): E1. Registo de estado de [imune para a toxoplasmose] (serologia toxoplasmose - IgG positiva) desde o nascimento até ao 259º dia de gravidez. E2. Ter pelo menos um registo de resultado de [Serologia Toxoplasmose - IgG], com data de realização entre as [24; 29[ semanas ([169; 203] dias) de gestação.	0,15

E3. Ter pelo menos um registo de resultado de [Serologia Toxoplasmose - IgM], com data de realização entre as [24; 29[ semanas ([169; 203] dias) de gestação.

DENOMINADOR (BB):

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

- A. Ser mulher;
- B. Gravidez registada 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. O 259º dia de gestação (36 Semanas e 6 Dias) pertencente ao período em análise (ver alíneas A e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- E. [inscrição ativa](#) na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período compreendido entre as [18; 29[ semanas ([127; 203] dias) de gestação (ver alíneas A e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. 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. Na contagem de [dias de gravidez] que é efetuada neste indicador, a série que sustenta essa contagem inicia-se no 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 fazem uma datação correta da gravidez e que são traduzíveis, umas nas outras sem erros.

B. Os códigos da tabela de MCDT convencionados válidos para este indicador são os seguintes:

- a) Hemograma: Código A1080.9 e descritivo "Hemograma com fórmula leucocitária (eritograma, contagem de leucócitos, contagem de plaquetas, fórmula leucocitária e morfologia), s".
- b) PTGO com 75g de glicose: Código A1048.5 e descritivo "Prova tolerância à glucose, cada doseamento"
- c) Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto): Código A1169.4 e descritivo "Anticorpos irregulares, anti-eritrocitários, pesquisa em meio de antiglobulina humana (em doentes)"
- d) Serologia Rubéola - IgG: Código A1161.9 e descritivo "Anticorpos para Rubéola – IgG"
- e) Serologia Rubéola - IgM: Código A1162.7 e descritivo "Anticorpos para Rubéola – IgM"
- f) Serologia Toxoplasmose - IgG: Código A1164.3 e descritivo "Anticorpos para Toxoplasma gondii - IgG"
- g) Serologia Toxoplasmose - IgM: Código A1165.1 e descritivo "Anticorpos para Toxoplasma gondii – IgM"

Os exames laboratoriais só são considerados no numerador se tiverem um resultado registado. A requisição do exame, sem registo de resultado não é suficiente para fazer cumprir a regra relacionada com o exame.

A data que deve ser usada para verificar se estes exames são ou não realizados até às 36 semanas mais 6 dias (259º dia de gestação) é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até ao 259º dia de gestação, que supera em 8 semanas a data limite superior para a respetiva realização.

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 período em que é necessária a realização dos exames laboratoriais ([127; 203] dias).

F. Consideram-se as grávidas com 37 semanas completas de gestação para existir tempo para que os resultados dos exames laboratoriais sejam registados nos sistemas de informação.

G. Caso a IgG da rubéola seja positiva (grávida imunizada) numa consulta pré-concepcional, a grávida não tem indicação para repetir o exame no 2º trimestre de gravidez. Caso a grávida não tenha efetuado a VASPR, deve-se proceder ao registo no módulo de vacinação do SINUS do

estado [imunizado] associado à VASPR, para que a regra possa ser dada como cumprida.

### 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"

- 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 variável de "ancoragem" de cada grávida a este indicador é o facto de o 259º dia de gestação (medido a partir data de parto corrigida, se existir, ou da DUM, caso contrário) pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Os períodos em análise das variáveis do denominador e do numerador têm maioritariamente como referencial a datação da gestação:

A. Numerador (Variável "Hemograma"): A data de realização deve pertencer ao intervalo [169; 203] dias de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 259º dia de gestação.

B. Numerador (Variável "Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)": A data de realização deve estar entre as [24; 29[ semanas ([169; 203] dias) de gestação. A data de registo de resultado deve ser anterior ao 259º dia de gestação.

C. Numerador (Variável "PTGO com 75 g de glicose"): A data de realização deve estar entre as [24; 29[ semanas ([169; 203] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 259º dia de gestação.

D. Numerador (Variável "Inoculação e registo da 2ª dose (ou superior) de VASPR"): A realização deve ter ocorrido antes da [data de início da gravidez] e o registo até ao 259º dia de gravidez.

E. Numerador (Variável "Registo de VASPR com estado [Imunizado]"): A data de registo deve ser anterior ao 259º dia de gestação.

F. Numerador (Variável "Serologia Rubéola – IgG"): A data de realização deve estar entre as [18; 21[ semanas ([127; 147] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 259º dia de gestação.

G. Numerador (Variável "Serologia Rubéola – IgM"): A data de realização deve estar entre as [18; 21[ semanas ([127; 147] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 259º dia de gestação.

H. Numerador (Variável "Imunizado contra a toxoplasmose"): A data de registo pode estar entre o nascimento da grávida e o 259º dia de gestação.

I. Numerador (Variável "Serologia Toxoplasmose – IgG"): A data de realização deve estar entre as [24; 29[ semanas ([169; 203] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 259º dia de gestação.

J. Numerador (Variável "Serologia Toxoplasmose – IgM"): A data de realização deve estar entre as [24; 29[ semanas ([169; 203] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 259º dia de gestação.

K. Denominador (Variável "Ser mulher"): Medido na data de referência do indicador.

L. Denominador (Variável "Gravidez registada no módulo ou no programa de saúde materna"): à data de referência do indicador.

M. Denominador (Variável "Registo do diagnóstico médico de gravidez"): Medido na data de referência do indicador, tendo que ter estado [ativo] durante pelo menos um dia do período compreendido entre a [Data início] e a [data de fim da gravidez];

N. Denominador (Variável "Inscrição ativa"): Analisada no intervalo [127; 203] dias de gestação.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	Com dados desde Dezembro de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde da Mulher	Ano de 2017: [0.75; 1]	Ano de 2017: [0.7; 1]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	5 dias

### Legenda

MCDT - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;  
 DUM - Data da Última Menstruação.

312

Código

5.34.06

Código SIARS

2015.312.01

Nome abreviado

Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.

### Designação

Índice de realização de exames laboratoriais do 3º trimestre na gravidez

### Objetivo

Monitorização do cumprimento da norma de orientação clínica da DGS 37/2011 (revista em 20-12-2013) sobre "Exames laboratoriais na gravidez de baixo risco", em particular à componente da norma que se refere aos exames do 3º trimestre.

### Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de realização de exames laboratoriais de gravidez durante o 3º trimestre (de acordo com a norma 37/2011 da DGS).

Numerador: Somatório do "score de realização de exames laboratoriais do 3º trimestre" determinado para cada grávida. O "score de realização de exames laboratoriais do 3º trimestre" de cada grávida pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos exames realizados e com a ponderação definida para cada um deles.

Denominador: Contagem de grávidas.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de realização de exames laboratoriais do 3º trimestre" determinado para cada grávida incluída no denominador. O "score de realização de exames laboratoriais do 3º trimestre" de cada grávida pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos exames realizados e com a ponderação definida para cada um deles.

O "score de realização de exames laboratoriais do 3º trimestre" 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.
A	Ter pelo menos um registo de resultado de [hemograma], com data de realização entre as [32; 38[ semanas ([218; 266] dias) de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,125
B	Ter pelo menos um registo de resultado de [VDRL], com data de realização entre as [32; 38[ semanas ([218; 266] dias) de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,125
C	A condição [C1 ou (C2 e C3)] é verdadeira (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS): C1. Registo de estado de [imune para a toxoplasmose] (serologia toxoplasmose - IgG positiva), com registo entre o nascimento da grávida e o 301º dia de gravidez. C2. Ter pelo menos um registo de resultado de [Serologia Toxoplasmose - IgG], com data de realização entre as [32; 38[ semanas ([218; 266] dias) de gestação. G3. Ter pelo menos um registo de resultado de [Serologia Toxoplasmose - IgM], com data de realização entre as [32; 38[ semanas ([218; 266] dias) de gestação.	0,125
D	A condição [D1 ou D2] é verdadeira (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS): D1. O diagnóstico de "Infecção VIH/SIDA" (rubrica ICPC B90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo" ao 266º dia de gravidez. D2. Ter pelo menos um registo de resultado de [Ac. VIH 1 e 2], com data de realização entre as [32; 38[ semanas ([218; 266] dias) de gestação.	0,25
E	A condição [E1 ou E2 ou E3] é verdadeira (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS): E1. O diagnóstico de "Hepatite viral" (rubrica ICPC D72) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo" ao 266º dia de gravidez.	0,125

	E2. Inoculação e registo da 3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB ou DTPaHibVIPVHB (Data de realização e data de registo até ao 266º dia de gravidez). E3. Ter pelo menos um registo de resultado de [AgHBs], com data de realização entre as [32; 38[ semanas ([218; 266] dias) de gestação.	
F	Ter pelo menos um registo de resultado de [Pesquisa de streptococcus β hemolítico do grupo B], com data de realização entre as [35; 38[ semanas ([246; 266] dias) de gestação (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,25

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. O 301º dia de gestação (41 Semanas e 6 Dias) pertencente ao período em análise (ver alíneas A e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. [inscrição ativa](#) na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período compreendido entre as [32; 38[ semanas ([218; 266] dias) de gestação (ver alíneas A e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

## Observações Gerais

A. 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. Na contagem de [dias de gravidez] que é efetuada neste indicador, a série que sustenta essa contagem inicia-se no 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 fazem uma datação correta da gravidez e que são traduzíveis, umas nas outras sem erros.

B. Os códigos da tabela de MCDT convencionados válidos para este indicador são os seguintes:

a) Hemograma: Código A1080.9 e descritivo "Hemograma com fórmula leucocitária (eritrograma, contagem de leucócitos, contagem de plaquetas, fórmula leucocitária e morfologia), s".

b) VDRL: Código A875.3 e descritivo "Reação de VDRL com titulação"

c) Serologia Toxoplasmose - IgG: Código A1164.3 e descritivo "Anticorpos para Toxoplasma gondii - IgG"

d) Serologia Toxoplasmose - IgM: Código A1165.1 e descritivo "Anticorpos para Toxoplasma gondii - IgM"

e) Ac. VIH 1 e 2: Código A1308.5 e descritivo "Anticorpos para VIH 1 e 2 (inclui confirmação)"

f) AgHBs: Código A1130.9 e descritivo "Antigénio de vírus da Hepatite B - Hbs"

g) Pesquisa de streptococcus β hemolítico do grupo B: Código A1214.3 e descritivo "Streptococcus do grupo B - deteção em exsudado vaginal/rectal em grávidas"

Os exames laboratoriais só são considerados no numerador se tiverem um resultado registado. A requisição do exame, sem registo de resultado não é suficiente para fazer cumprir a regra relacionada com o exame.

A data que deve ser usada para verificar se estes exames são ou não realizados até às 41 semanas mais 6 dias (301º dia de gestação) é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até ao 301º dia de gestação, que supera em 8 semanas a data limite superior para a respetiva realização.

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 período em que é necessária a realização dos exames laboratoriais ([218; 266] dias).

F. Consideram-se no denominador as grávidas com 41 semanas e seis dias de gestação para existir tempo para que os resultados dos exames laboratoriais sejam registados nos sistemas de informação.

## 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"

- 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 variável de "ancoragem" de cada grávida a este indicador é o facto de o 301º dia de gestação (medido a partir da DUM) pertencer ou não ao período em análise do denominador, anteriormente definido.

- Os períodos em análise das variáveis do denominador e do numerador têm maioritariamente como referencial a datação da gestação:

A. Numerador (Variável "Hemograma"): A data de realização deve pertencer ao intervalo [218; 266] dias de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 301º dia de gestação.

B. Numerador (Variável "VDRL"): A data de realização deve estar entre as [32; 38] semanas ([218; 266] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 301º dia de gestação.

C. Numerador (Variável "Imune para a toxoplasmose"): A data de registo pode estar entre o nascimento da grávida e o 301º dia de gestação.

D. Numerador (Variável "Serologia Toxoplasmose – IgG"): A data de realização deve estar entre as [32; 38] semanas ([218; 266] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 301º dia de gestação.

E. Numerador (Variável "Serologia Toxoplasmose – IgM"): A data de realização deve estar entre as [32; 38] semanas ([218; 266] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 301º dia de gestação.

F. Numerador (Variável "Diagnóstico de Infecção VIH/SIDA"): Deve estar ativo ao 266º dia de gravidez.

G. Numerador (Variável "Ac. VIH 1 e 2"): A data de realização deve estar entre as [32; 38] semanas ([218; 266] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 301º dia de gestação.

H. Numerador (Variável "Diagnóstico de "Hepatite viral"): Deve estar ativo ao 266º dia de gravidez.

I. Numerador (Variável "Diagnóstico de "3ª dose (ou superior) de VHB ou VHAB"): Análise entre o nascimento e o 266º dia de gravidez.

J. Numerador (Variável "AgHBs"): A data de realização deve estar entre as [32; 38] semanas ([218; 266] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 301º dia de gestação.

K. Numerador (Variável "Pesquisa de streptococcus β hemolítico do grupo B"): A data de realização deve estar entre as [35; 38] semanas ([246; 266] dias) de gestação. A data de registo deve ser anterior ao 301º dia de gestação.

S. Denominador (Variável "Ser mulher"): Medido na data de referência do indicador.

T. Denominador (Variável "Gravidez registada no módulo ou no programa de saúde materna"): à data de referência do indicador.

U. Denominador (Variável "Registo do diagnóstico médico de gravidez"): Medido na data de referência do indicador, tendo que ter estado [ativo] durante pelo menos um dia do período compreendido entre a [Data início] e a [data de fim da gravidez];

V. Denominador (Variável "Inscrição ativa"): Analisada no intervalo [218; 266] dias de gestação.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	Com dados desde Dezembro de 2015

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Saúde   Saúde da Mulher	Ano de 2017: [0.75; 1]	Ano de 2017: [0.7; 1]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde Materna	Utentes inscritos durante pelo menos um dia do acontecimento monitorizado	5 dias

### Legenda

MCDT - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;  
 DUM - Data da Última Menstruação.

<b>316</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.20.03	2015.316.01	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90

### Designação

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade compreendida no intervalo [18; 65[ anos, com pressão arterial inferior a 140/90 mmHg

### Objetivo

Monitorizar o cumprimento da norma da DGS nº 026/2011 sobre "Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial", avaliando a proporção de doentes com pressão arterial controlada.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial e idade compreendida no intervalo [18; 65[ anos, com pelo menos uma medição de pressão arterial nos últimos 6 meses e último resultado inferior a 140/90 mmHg.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, idade compreendida no intervalo [18; 65[ anos e pressão arterial inferior a 140/90 mmHg, registada nos últimos 6 meses.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, com idade compreendida no intervalo [18; 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 140/90 mmHg (ver alíneas A, B, C, D, E 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 hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

C. Ter idade compreendida no intervalo [18; 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"). Ver alínea F 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.

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 140 e PAD inferior a 90. Basta que a PAS seja igual ou superior a 140 ou que a PAD seja igual ou superior a 90 mmHg, para que esse registo não seja considerado.

F. De acordo com a norma da DGS 026/2011, sobre "Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial", o objetivo da terapêutica anti-hipertensora em sentido estrito é, a curto prazo, a redução e controlo da pressão arterial para valores inferiores a 140/90 mmHg, desde que sejam tolerados e não estejam contraindicados. A própria norma é aplicável apenas a utentes com idade igual ou superior a 18 anos. A frequência com que valores inferiores a 140/90 mmHg são tolerados diminui com o aumento da idade dos doentes. Estes 2 fatores justificam que se balize o denominador a utentes com idade compreendida no intervalo [18; 65[ anos.

G. Como infere da leitura da referida norma da DGS 026/2011, mais relevante do que o próprio valor de pressão arterial de cada doente é o

risco cardiovascular calculado, que depende de outros fatores como o sexo, a idade, o consumo de tabaco, resultado de colesterol. Assim, por exemplo uma doente hipertensa com 45 anos, uma pressão arterial sistólica de 150 mmHg, colesterol total de 200mg/dl, um colesterol HDL de 50 mg/dl, tem um risco cardiovascular a 10 anos calculado pelo SCORE (<http://cvdrisk.nhlbi.nih.gov/evalData.asp>) de apenas 1%. Se for homem e tiver 40 anos, com os restantes parâmetros iguais, o risco é também baixo (2%), provavelmente sem indicação adição de medidas farmacológicas, ou pelo menos havendo necessidade de as discutir com o doente. Como nos cuidados de saúde primários não é desprezível a proporção de utentes que, embora tendo HTA diagnosticada, possuem um risco cardiovascular reduzido, o presente indicador deve ser usado com precaução, pois o estabelecimento de metas elevadas pode induzir sobremedicação e aumento da despesa sem ganhos em saúde.

## 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 (variável "resultado de pressão arterial"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição do utente"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "diagnóstico de HTA"): Coincidente com a 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 "resultado de 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.
- Denominador (variável "inscrição do utente"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "diagnóstico de HTA"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "idade"): Calculada para 31 de dezembro do ano da data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Hipertensão Arterial	Ano de 2017: [40; 100]	Ano de 2017: [30; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

## Legenda

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

330

Código	Código SIARS	Nome abreviado
3.24.01	2017.330.01	Índice de utilização anual de consultas médicas

### Designação

Índice de utilização dimensionado à estimativa de necessidade anual de consultas médicas

### Objetivo

Monitorizar a frequência com que as consultas médicas previsivelmente necessárias por critérios socio-demográficos e de morbilidade, são efetivamente realizadas.

### Descrição do Indicador

Índice calibrado para resultar numa escala de valores entre um mínimo de "0" e um valor máximo de "aproximadamente 1". Desenhado para medir a frequência com que as consultas médicas previsivelmente necessárias por critérios socio-demográficos e de morbilidade, são efetivamente realizadas.

Numerador: Número ponderado de consultas médicas realizadas no período em análise aos utentes incluídos no denominador, contabilizando-se, utente a utente, no máximo o número inteiro igual ou superior ao valor apurado no denominador.

Denominador: Número estimado de consultas médicas necessárias por ano, por critérios sociodemográficos e de morbilidade.

Os resultados deste indicador aproximam-se de "1" quando a unidade funcional realiza em média, por utente, tantas ou mais consultas do que as consideradas necessárias por critérios sociodemográficos e de morbilidade.

Os resultados tendem a afastar-se de "1" (em sentido decrescente) quando a unidade funcional faz, em média, menos consultas do que as estimadas como "necessárias" pelos critérios já enunciados.

### Regras de cálculo

#### 1. REGRAS PARA ESTIMAR A NECESSIDADE DE CONSULTAS MÉDICAS POR CRITÉRIOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS - IDADE

Regra	Crítérios de Inclusão na Regra	Ponderador	Observações ou Exemplos	Validade
A	A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. A idade do utente, medida em dias, à data de referência do indicador, pertence ao intervalo [1; 330[. Nota: O intervalo [1; 330[ dias corresponde, aproximadamente, a ter entre <b>0 e 11 meses</b> .	<b>Fórmula</b> $6 \times (d2 - d1 + 1) / 329$ Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 3 seguintes: 1. Idade da criança, medida em [dias de vida], na data de referência do indicador. 2. Idade da criança, medida em [dias de vida], ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. 3. 329 <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 2 seguintes: 1. Idade da criança, medida em [dias de vida], ao 15º dia do mês em que passou a estar inscrita na unidade funcional. 2. 1	A DGS, no programa de saúde infantil e juvenil vigente, recomenda 6 consultas de vigilância no referido período etário: - 1ª consulta - Consulta do 1º mês - Consulta do 2º mês - Consulta do 4º mês - Consulta do 6º mês - Consulta do 9º mês <b>Exemplo</b> Uma criança que se tenha inscrito ao 115º dia de vida (um pouco antes de fazer 4 meses) e que à data de referência do indicador esteja inscrita e tenha 278 dias de vida (um pouco mais do que 9 meses) irá ponderar $6 \times (278 - 115 + 1) / 329 = 3$ .	Início: 01-01-2016; Fim: --
B	A condição [A e B] é	<b>Fórmula</b>	À data de referência do indicador, as crianças	Início:

	<p>verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. A idade do utente, medida em dias, à data de referência do indicador, pertence ao intervalo [330; 570[.</p> <p>Nota: O intervalo [330; 570[ dias corresponde, aproximadamente, a ter entre <b>11 e 19 meses</b>.</p>	<p><math>4.7 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math></p> <p>Em que:</p> <p><b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 3 valores seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade da criança, medida em [dias de vida], na data de referência do indicador.</li> <li>2. Idade da criança, medida em [dias de vida], ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> <li>3. 569</li> </ol> <p><b>d1</b> É o valor máximo, entre os 2 valores seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade da criança, medida em [dias de vida], ao 15º dia do mês em que passou a estar inscrita na unidade funcional.</li> <li>2. Idade da criança, medida em [dias de vida], no 1º dia do período em análise do indicador.</li> </ol>	<p>abrangidas pela regra têm entre 11 e 19 meses. Dependendo da idade concreta da criança à data de referência do indicador, a DGS, no programa de saúde infantil e juvenil vigente, recomenda nos 12 meses anteriores entre um mínimo de 4 consultas e um máximo de 7 consultas. Assim optou-se por, neste grupo etário, utilizar como ponderador o valor de 4.7, correspondente à média do [nº de consultas recomendadas] nos 12 meses anteriores às idades de 12 meses, 13 meses, 14 meses, 15 meses, q6 meses, a7 meses, 19 meses e 19 meses.</p> <p><b>Exemplo</b> Uma criança inscrita logo após o nascimento, e que à data de referência do indicador esteja inscrita e tenha 490 dias de vida (um pouco mais do que 16 meses) irá ponderar <math>4.7 \times (490 - 126 + 1) / 365 = 4,7</math>. Efetivamente esta criança no 1º dia do período em análise já tem um pouco mais de 4 meses pelo que a DGS preconiza para essa criança e para os 12 meses que constituem o período em análise, as 4 consultas seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta do 6º mês</li> <li>- Consulta do 9º mês</li> <li>- Consulta do 12º mês</li> <li>- Consulta do 15º mês</li> </ul>	<p>01-01-2016; Fim: --</p>
C	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. A idade do utente, medida em dias, à data de referência do indicador, pertence ao intervalo [570; 2007[.</p> <p>Nota: O intervalo [570; 2007[ dias corresponde, aproximadamente, a ter entre <b>19 meses e 5.5 anos</b>.</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>1 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math></p> <p>Em que:</p> <p><b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade da criança, medida em [dias de vida], na data de referência do indicador.</li> <li>2. Idade da criança, medida em [dias de vida], ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> <li>3. 2006</li> </ol> <p><b>d1</b> É o valor máximo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade da criança, medida em [dias de vida], ao 15º dia do mês em que passou a estar inscrita na unidade funcional.</li> <li>2. Idade da criança, medida em [dias de vida], no 1º dia do período em análise do indicador.</li> </ol>	<p>À data de referência do indicador, as crianças abrangidas pela regra têm entre 19 meses e 5.5 anos.</p> <p>Durante esse período de tempo, a DGS, no programa de saúde infantil e juvenil vigente, recomenda 1 consulta por ano, nas idades chave seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 anos;</li> <li>- 3 anos;</li> <li>- 4 anos;</li> <li>- 5 anos.</li> </ul> <p>A fórmula de cálculo da ponderação do denominador garante que uma criança que esteja inscrita ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "1" e que uma criança que por se inscrever durante o período em análise, ou por sair da unidade antes do fim do período, é ponderada entre "0" e "1" na direta proporção do número de dias em que tem a respetiva inscrição ativa.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>
D	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>0.5 \times d3 / 365</math></p> <p>Em que:</p> <p><b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do</li> </ol>	<p>À data de referência do indicador, as crianças abrangidas pela regra têm entre 5.5 e 7.5 anos. Durante esse período de tempo, a DGS, no programa de saúde infantil e juvenil vigente, recomenda 1 consulta única consulta entre os 6 e os 7 anos, o que confere uma probabilidade de 50% de a consulta ser necessária e se realizar durante os 12</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

	B. A idade do utente, medida em dias, à data de referência do indicador, pertence ao intervalo [2007; 2737]. Nota: O intervalo [2007; 2737] dias corresponde, aproximadamente, a ter entre <b>5.5 e 7.5 anos</b> .	período em análise. 2. 365	meses do período em análise do indicador. A fórmula de cálculo da ponderação garante que uma criança que esteja inscrita ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.5" e que uma criança que por se inscrever durante o período em análise, ou por sair da unidade antes do fim do período, é ponderada entre "0" e "0.5" na direta proporção do número de dias em que tem a respetiva inscrição ativa.	
E	A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. A idade do utente, medida em dias, à data de referência do indicador, pertence ao intervalo [2737; 3832]. Nota: O intervalo [2737; 3832] dias corresponde, aproximadamente, a ter entre <b>7.5 e 10.5 anos</b> .	<b>Fórmula</b> $0.67 \times d3 / 365$ Em que: <b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise. 2. 365	À data de referência do indicador, as crianças abrangidas pela regra têm entre 7.5 e 10.5 anos. Durante esse período de tempo, a DGS, no programa de saúde infantil e juvenil vigente, recomenda 2 consultas diferentes nas idades chave dos "8 anos" e "10 anos" o que confere uma probabilidade de 66,7% de a consulta ser necessária e se realizar durante os 12 meses do período em análise do indicador. A fórmula de cálculo da ponderação garante que uma criança que esteja inscrita ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.67" e que uma criança que por se inscrever durante o período em análise, ou por sair da unidade antes do fim do período, é ponderada entre "0" e "0.67" na direta proporção do número de dias em que tem a respetiva inscrição ativa.	Início: 01-01-2016; Fim: --
F	A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. A idade do utente, medida em dias, à data de referência do indicador, pertence ao intervalo [3832; 7345]. Nota: O intervalo [3832; 7345] dias corresponde, aproximadamente, a ter entre <b>10.5 e 20 anos</b> .	<b>Fórmula</b> $0.21 \times d3 / 365$ Em que: <b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise. 2. 365	À data de referência do indicador, as crianças e adolescentes abrangidas pela regra têm entre 10.5 e 20 anos. Durante esse período de tempo, a DGS, no programa de saúde infantil e juvenil vigente, recomenda 2 consultas diferentes, uma entre os 12 e os 13 anos e outra entre os 15 e 18 anos. A fórmula de cálculo da ponderação garante que uma criança ou adolescente que esteja inscrita ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.21" e que um utente que por se inscrever durante o período em análise, ou por sair da unidade antes do fim do período, é ponderado entre "0" e "0.21" na direta proporção do número de dias em que tem a respetiva inscrição ativa.	Início: 01-01-2016; Fim: --
G	A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. A idade do utente, pertence ao intervalo [ <b>20; 50] anos</b> .	<b>Fórmula</b> $0.2 \times d3 / 365$ Em que: <b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise. 2. 365	O ponderador assume uma probabilidade de cada utente necessitar de pelo menos uma consulta médica de 5 em 5 anos, por critérios exclusivamente relacionados com a idade, isto é, 20% de probabilidade de necessitar de uma consulta ao longo dos 12 meses que constituem o período em análise do indicador. A fórmula de cálculo da ponderação garante que um utente que esteja inscrito ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.2". Assegura também que um utente que inscreva durante o período em análise, ou que saia da	Início: 01-01-2016; Fim: --

			<p>unidade antes do fim do período, é ponderado entre "0" e "0.2" na direta proporção do número de dias em que a respetiva inscrição se encontrar ativa.</p>	
H	<p>A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. A idade do utente, pertence ao intervalo [50; 65] anos.</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>0.5 \times d3 / 365</math> Em que: <b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise. 2. 365</p>	<p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente necessitar de pelo menos uma consulta médica de 2 em 2 anos, por critérios exclusivamente relacionados com a idade, isto é, 50% de probabilidade de necessitar de uma consulta ao longo dos 12 meses que constituem o período em análise do indicador. A fórmula de cálculo da ponderação garante que um utente que esteja inscrito ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.5". Assegura também que um utente que inscreva durante o período em análise, ou que saia da unidade antes do fim do período, é ponderado entre "0" e "0.5" na direta proporção do número de dias em que a respetiva inscrição se encontrar ativa.</p>	<p>Início:01-01-2016; Fim: --</p>
I	<p>A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. A idade do utente, pertence ao intervalo [65; 75] anos.</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>0.67 \times d3 / 365</math> Em que: <b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise. 2. 365</p>	<p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente necessitar de pelo menos uma consulta médica de 1,5 em 1,5 anos, por critérios exclusivamente relacionados com a idade, isto é, 67% de probabilidade de necessitar de uma consulta ao longo dos 12 meses que constituem o período em análise do indicador. A fórmula de cálculo da ponderação garante que um utente que esteja inscrito ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.67". Assegura também que um utente que inscreva durante o período em análise, ou que saia da unidade antes do fim do período, é ponderado entre "0" e "0.67" na direta proporção do número de dias em que a respetiva inscrição se encontrar ativa.</p>	<p>Início:01-01-2016; Fim: --</p>
J	<p>A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. A idade do utente, pertence ao intervalo [75; +INF] anos.</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>1 \times d3 / 365</math> Em que: <b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise. 2. 365</p>	<p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente necessitar de pelo menos uma consulta médica por ano, por critérios exclusivamente relacionados com a idade, isto é, 100% de probabilidade de necessitar de uma consulta ao longo dos 12 meses que constituem o período em análise do indicador. A fórmula de cálculo da ponderação garante que um utente que esteja inscrito ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.67". Assegura também que um utente que inscreva durante o período em análise, ou que saia da unidade antes do fim do período, é ponderado entre "0" e "0.67" na direta proporção do número de dias em que a respetiva inscrição se encontrar ativa.</p>	<p>Início:01-01-2016; Fim: --</p>

## 2. REGRAS PARA ESTIMAR A NECESSIDADE DE CONSULTAS MÉDICAS POR CRITÉRIOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS - INSUFICIÊNCIA ECONÓMICA

Regra	Critérios de Inclusão na	Ponderador	Observações ou Exemplos	Validade
-------	--------------------------	------------	-------------------------	----------

	Regra			
K	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Ter o estado de <b>"insuficiência económica"</b> ativo na data de referência do indicador, registado no RNU.</p>	<p><b>Fórmula</b>  <math>1.255 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math>                      Em que:</p> <p><b>d2</b>                      É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data de referência do indicador.</li> <li>2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol> <p><b>d1</b>                      É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15º dia do mês de registo do estado de "insuficiência económica".</li> <li>2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</li> </ol>	<p>A ponderação de 1.255 consultas por ano corresponde ao acréscimo médio de consultas médicas a utentes com "insuficiência económica" em 2016, quando comparados com utentes saudáveis, sem insuficiência económica, do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com "insuficiência económica" necessitar em média de 1.255 consultas médicas ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o estado de "insuficiência económica" não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o utente e o estado de insuficiência económica são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise".</p> <p>Assim, por exemplo, um estado de "insuficiência económica" realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.6275 consultas.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

### 3. REGRAS PARA ESTIMAR A NECESSIDADE DE CONSULTAS DECORRENTES DA EXISTÊNCIA DE PROBLEMAS DE SAÚDE CRÓNICOS OU OUTRAS CONDIÇÕES DEFINIDAS CLINICAMENTE

Regra	Crítérios de Inclusão na Regra	Ponderador	Observações ou Exemplos	Validade
L	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Ter a condição de <b>gravidez ou de puerpério</b> ativa durante pelo menos um dia do período em análise.</p> <p>Nota: Ver alínea C, D e E das OBSERVAÇÕES GERAIS</p>	<p><b>Fórmula</b>  <math>5.13 \times (d2 - d1 + 1) / 322</math>                      Em que:</p> <p><b>d2</b>                      É o valor mínimo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data de fim do puerpério (Ver alínea C, D e E das OBSERVAÇÕES GERAIS).</li> <li>2. Data de referência do indicador.</li> <li>3. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol> <p><b>d1</b>                      É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15º dia do mês de registo da gravidez na lista de problemas.</li> <li>2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</li> </ol>	<p>A ponderação de 5.13 consultas por ano corresponde ao acréscimo médio de consultas médicas a grávidas ou puérperas em 2016, quando comparadas com as mulheres saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente grávida ou puérpera necessitar em média de 5.13 consultas médicas ao longo da gravidez e puerpério (322 dias no máximo), por critérios exclusivamente relacionados com esses estados de saúde.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que uma utente em que a gravidez é registada por exemplo a 60 dias de terminar o período em análise pondera na direta proporção do número de dias em que a gravidez coincide com esse período (60 dias), ou seja <math>5.13 \times 60 / 322 = 0.956</math>, o que corresponde à necessidade estimada de um pouco menos que 1 consulta médica.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

M	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>hipertensão</b> (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".</p>	<p><b>Fórmula</b>  <math>1.96 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math>          Em que:  <b>d2</b>          É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:          1. Data de referência do indicador.          2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.  <b>d1</b>          É o valor máximo, entre os 3 seguintes:          1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de HTA na lista de problemas.          2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.          3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</p>	<p>A ponderação de 1.96 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas médicas a utentes com hipertensão arterial em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com HTA necessitar em média de 1.96 consultas médicas ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de hipertensão não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de hipertensão realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.98 consultas.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>
N	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>diabetes</b> (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".</p>	<p><b>Fórmula</b>  <math>2.71 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math>          Em que:  <b>d2</b>          É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:          1. Data de referência do indicador.          2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.  <b>d1</b>          É o valor máximo, entre os 3 seguintes:          1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de diabetes na lista de problemas.          2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.          3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</p>	<p>A ponderação de 2.71 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas médicas a utentes com diabetes Mellitus em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com diabetes necessitar em média de 2.71 consultas médicas ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de diabetes não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de diabetes Mellitus realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 1,355 consultas.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>
O	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição</p>	<p><b>Fórmula</b>  <math>1.04 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math>          Em que:</p>	<p>A ponderação de 1.04 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas médicas a utentes com asma em 2016, quando</p>	<p>Início: 01-01-2016;</p>

	<p>ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>asma</b> (rubrica da ICPC-2 R96) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".</p>	<p><b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data de referência do indicador.</li> <li>2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol> <p><b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de asma na lista de problemas.</li> <li>2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</li> </ol>	<p>comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com asma necessitar em média de 1.04 consultas médicas ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de asma não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise".</p> <p>Assim, por exemplo, um diagnóstico de asma realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.502 consultas.</p>	<p>Fim: --</p>
P	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>DPOC</b> (rubrica da ICPC-2 R95) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>2.10 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math> Em que:</p> <p><b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data de referência do indicador.</li> <li>2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol> <p><b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de DPOC na lista de problemas.</li> <li>2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</li> </ol>	<p>A ponderação de 2.10 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas médicas a utentes com DPOC em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com DPOC necessitar em média de 2.10 consultas médicas ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de DPOC não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise".</p> <p>Assim, por exemplo, um diagnóstico de DPOC realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 1.05 consultas.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>
Q	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Na data de referência do indicador, o</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>1.98 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math> Em que:</p> <p><b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data de referência do indicador.</li> <li>2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol>	<p>A ponderação de 1.98 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas médicas a utentes com depressão em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com depressão necessitar em média de 1.98 consultas médicas ao longo do ano, por critérios</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

	<p>diagnóstico de <b>depressão</b> (rubrica da ICPC-2 P76) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".</p>	<p><b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de depressão na lista de problemas. 2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</p>	<p>exclusivamente relacionados com esse estado de saúde. A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de depressão não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de depressão realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.99 consultas.</p>	
R	<p>A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>ansiedade</b> (rubrica da ICPC-2 P74) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>1.45 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math> Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de ansiedade na lista de problemas. 2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</p>	<p>A ponderação de 1.45 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas médicas a utentes com ansiedade em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS). O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com ansiedade necessitar em média de 1.45 consultas médicas ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde. A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de ansiedade não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de ansiedade realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.725 consultas.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>
S	<p>A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. Na data de referência do indicador, existe pelo menos um diagnóstico de <b>neoplasia maligna</b> (rubricas da ICPC-2 consideradas na alínea G das OBSERVAÇÕES GERAIS) na lista de</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>1.63 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math> Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do primeiro diagnóstico de neoplasia maligna na lista de problemas. 2. 15º dia do mês de inscrição na</p>	<p>A ponderação de 1.63 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas médicas a utentes com neoplasia maligna em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS). O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com neoplasia maligna necessitar em média de 1.63 consultas médicas ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde. A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de neoplasia maligna não existe desde o início do período em</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

	problemas, com o estado de "ativo".	unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.	análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de neoplasia maligna realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.815 consultas.	
T	A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>tabagismo</b> (rubrica da ICPC-2 P17) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".	<b>Fórmula</b> $0.42 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de tabagismo na lista de problemas. 2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.	A ponderação de 0.42 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas médicas a utentes com tabagismo em 2016, quando comparados com utentes sem esse nem outros diagnósticos na lista de problemas, do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS). O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com tabagismo necessitar em média de 0.42 consultas médicas ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde. A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de tabagismo não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a "doença" são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de tabagismo realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.21 consultas.	Início: 01-01-2016; Fim: --
U	A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>abuso crónico do álcool</b> (rubrica da ICPC-2 P15) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".	<b>Fórmula</b> $0.81 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de abuso crónico do álcool na lista de problemas. 2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.	A ponderação de 0.81 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas médicas a utentes com abuso crónico do álcool em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS). O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com abuso crónico do álcool necessitar em média de 0.81 consultas médicas ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde. A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de abuso crónico do álcool não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas	Início: 01-01-2016; Fim: --

			<p>é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de abuso crónico do álcool realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.405 consultas.</p>	
V	<p>A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>infecção VIH/SIDA</b> (rubrica da ICPC-2 B90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>0.23 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math> Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de infecção VIH/SIDA na lista de problemas. 2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</p>	<p>A ponderação de 0.23 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas médicas a utentes com infeção VIH/SIDA em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS). O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com infeção VIH/SIDA necessitar em média de 0.23 consultas médicas ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde. A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de infeção VIH/SIDA não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de infeção VIH/SIDA realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.115 consultas.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

#### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E PONDERAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS

Regra	Crítérios de Inclusão na Regra	Ponderador	Observações ou Exemplos	Validade
W	<p>São consideradas todas as consultas médicas em que a expressão [A e B e C e (D ou E ou F ou G)] seja verdadeira. A. Realizada na unidade funcional, isto é, com registo numa agenda de marcação com código de nível 1 de hierarquia de locais pertencente à unidade funcional no mês da realização da consulta. B. Realizada a utente com inscrição ativa na unidade de saúde na data em que a consulta é realizada. C. Realizada por médico ou interno da unidade funcional. D. Cumpra os critérios para ser</p>	<p>Cada consulta médica presencial e de vigilância pondera 1. Cada consulta médica presencial no domicílio pondera 1. Cada consulta médica presencial não classificada como "de vigilância" nem como "domicílio", pondera 0.75. Cada consulta médica não presencial pondera 0.25.</p>	<p>Um utente que tenha, ao longo do período em análise, 2 consultas de vigilância, 1 domicílio, 3 consultas de doença aguda e 4 consultas não presenciais, tem um valor ponderado de consultas realizadas, calculado pela fórmula: <math>2 + 1 + 3 \times 0.75 + 4 \times 0.25 = 6.25</math></p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

<p>considerada "consulta não presencial"(ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS). E. Cumpra os critérios para ser considerada "consulta presencial" no consultório (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS). F. Cumpra os critérios para ser considerada "consulta presencial" no domicílio (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS). G. Cumpra os critérios para ser considerada "consulta presencial" de vigilância (ver alínea J de OBSERVAÇÕES GERAIS).</p>			
---	--	--	--

## 5. REGRAS DE CÁLCULO ADICIONAIS

Para cada utente individualmente é necessário calcular sequencialmente:

### E0 - Estimativa de consultas por critérios de idade.

Cada um dos utentes com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise cumpre critérios de inclusão em uma e apenas uma das regras do primeiro quadro (REGRAS A, B, C, D, E, F, G, H, I e J).

O resultado ponderado por essa regra corresponde à "Estimativa de consultas por critérios de idade" (E0).

### E1 - Estimativa de consultas mais elevada por critérios de insuficiência económica, problemas de saúde crónicos ou outras condições definidas clinicamente.

Cada um dos utentes com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise pode cumprir critérios de inclusão em zero, uma ou mais regras dos segundo e terceiros quadros (REGRAS K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U e V).

Caso o utente tenha critérios para inclusão pelo menos uma dessas regras, aquela que resultar num valor ponderado mais elevado corresponde a E1.

Se o utente não tiver critérios de inclusão em nenhuma (por ser saudável e não ter insuficiência económica), E1 = 0.

### E2 - Segunda estimativa de consultas mais elevada por critérios de insuficiência económica, problemas de saúde crónicos ou outras condições definidas clinicamente.

Cada um dos utentes com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise pode cumprir critérios de inclusão em zero, uma ou mais regras dos segundo e terceiros quadros (REGRAS K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U e V).

Caso o utente tenha critérios para inclusão pelo menos duas dessas regras, aquela que resultar no segundo valor ponderado mais elevado corresponde a E2.

Se o utente não tiver critérios de inclusão em nenhuma regra ou se tiver apenas em uma, E2 = 0.

### E3 - Terceira estimativa de consultas mais elevada por critérios de insuficiência económica, problemas de saúde crónicos ou outras condições definidas clinicamente.

Cada um dos utentes com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise pode cumprir critérios de inclusão em zero, uma ou mais regras dos segundo e terceiros quadros (REGRAS K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U e V).

Caso o utente tenha critérios para inclusão pelo menos três dessas regras, aquela que resultar no terceiro valor ponderado mais elevado corresponde a E3.

Se o utente não tiver critérios de inclusão em nenhuma regra ou se tiver apenas em uma ou se tiver apenas em duas, E3 = 0.

### Ettotal - Estimativa total anual de consultas médicas.

Ettotal = E0 + E1 + E2 / 2 + E3 / 3

### C0 - Ponderação de consultas.

A cada utente são associadas as consultas que cumprirem os critérios da regra W e ponderadas também de acordo com a referida regra (C0).

#### Cc - Ponderação corrigida de consultas.

Para cada utente, ponderação das consultas é corrigida da seguinte forma:

- Se  $(C0 \leq Etot)$  então  $(Cc = C0)$ ;
- Se  $(Etotal < C0)$  e  $(C0 \leq [\text{arredondamento por excesso de Etot}])$  então  $(Cc = C0)$ ;
- Se  $(C0 > [\text{arredondamento por excesso de Etot}])$  então  $(Cc = [\text{arredondamento por excesso de Etot}])$ ;

#### 6. RESULTADO FINAL DO INDICADOR (RR)

$RR = (\text{Somatório (Cc)}) / (\text{Somatório (Etotal)})$

#### Observações Gerais

A. Para efeitos da contagem da idade do utente, em dias, o dia de nascimento corresponde ao 1º (não existe dia "0").

B. A data usada para medir a idade do utente e verificar se pertence ou não ao intervalo etário é a [data de referência do indicador].

C. 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. Na contagem de [dias de gravidez] que é efetuada neste indicador, a série que sustenta essa contagem inicia-se no 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 fazem uma datação correta da gravidez e que são traduzíveis, umas nas outras sem erros.

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

- Se existe uma [data de parto], a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto].
- 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].
- 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.

F. A [data de fim do puerpério] corresponde a 42 dias após a [data de fim da gravidez]

G. Um utente é classificado como tendo "neoplasia maligna" se tiver pelo menos uma das seguintes rubricas ICPC-2 na lista de problemas, com estado "ativo".

A79 - NEOPLASIA MALIGNA NEE

B72 - DOENÇA DE HODGKIN/LINFOMA

B73 - LEUCEMIA

B74 - NEOPLASIA MALIGNA DO SANGUE, OUTRA

D74 - NEOPLASIA MALIGNA DO ESTÔMAGO

D75 - NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON/RECTO

D76 - NEOPLASIA MALIGNA DO PÂNCREAS

D77 - NEOPLASIA MALIGNA DO APARELHO DIGESTIVO, OUTRA/NE

F74 - NEOPLASIA DO OLHO/ANEXOS

H75 - NEOPLASIA DO OUVIDO

K72 - NEOPLASIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO

L71 - NEOPLASIA MALIGNA

N74 - NEOPLASIA MALIGNA DO SISTEMA NEUROLÓGICO

R84 - NEOPLASIA MALIGNA DO BRÔNQUIO/PULMÃO

R85 - NEOPLASIA RESPIRATÓRIA MALIGNA, OUTRA

S77 - NEOPLASIA MALIGNA DA PELE

T71 - NEOPLASIA MALIGNA DA TIRÓIDE

T73 - NEOPLASIA ENDÓCRINA, OUTRA/NE

U75 - NEOPLASIA MALIGNA DO RIM  
 U76 - NEOPLASIA MALIGNA DA BEXIGA  
 U77 - NEOPLASIA MALIGNA DO APARELHO URINÁRIO, OUTRA  
 W72 - NEOPLASIA MALIGNA RELACIONADA COM A GRAVIDEZ  
 X75 - NEOPLASIA MALIGNA DO COLO  
 X76 - NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA  
 X77 - NEOPLASIA MALIGNA GENITAL FEMININA, OUTRA  
 Y77 - NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA  
 Y78 - NEOPLASIA MALIGNA GENITAL MASCULINO, OUTRA

H. As consultas contabilizadas são do tipo [Consulta médica não presencial] com um dos códigos seguintes:

- [C001](#) | Consulta médica não presencial - SAM/SClínico;
- [C007](#) | Consulta médica não presencial - MedicineOne
- [C013](#) | Consulta médica não presencial - VitaCare

I. As consultas contabilizadas do tipo [Consulta médica presencial], quer no domicílio, quer no consultório, possuem um dos códigos seguintes:

- [C002](#) | Consulta médica presencial - SAM/SClínico
- [C008](#) | Consulta médica presencial - MedicineOne
- [C014](#) | Consulta médica presencial - VitaCare

O que distingue as consultas "no consultório" ou "no domicílio" são parametrizações específicas de cada sistema de informação de registo clínico e administrativo.

J. Para se considerar uma [Consulta Médica de Vigilância], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C003](#) | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico;
- [C009](#) | Consulta médica de vigilância - MedicineOne
- [C015](#) | Consulta médica de vigilância - VitaCare

No contexto deste indicador é irrelevante qual o subtipo de [Consulta Médica de Vigilância], sendo possíveis, entre outros, diabetes, hipertensão, saúde materna, planeamento familiar e obesidade.

Salienta-se que todas as [Consultas Médicas de Vigilância] são também [Consultas médicas presenciais].

## EXEMPLO DE CÁLCULO

Apresenta-se de seguida o exemplo de cálculo do índice com data de referência de 31-12-2016, para um único utente, com as características seguintes:

- Idade: 55 anos;
- Inscrito há vários anos na unidade funcional em análise;
- Com diabetes na lista de problemas com estado ativo, registado a 1 de abril de 2016;
- Com tabagismo na lista de problemas com estado ativo, registados há mais de 1 ano;
- Sem outros problemas na lista de problemas;
- Sem registo de "insuficiência económica" no RNU;
- Ao longo de 2016 teve 3 consultas de vigilância, 1 domicílio, 4 consultas presenciais do dia e 2 consultas não presenciais.

Regra / Variável	Descritivo da regra ou variável	Cálculos	Valor	Observações
-	Início do período em análise	--	01-01-2016	--
-	Fim do período em análise	--	31-12-2016	--
A	Idade [0; 11[ meses	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
B	Idade [11; 19[ meses	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
C	Idade [19 meses; 5.5 anos[	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
D	Idade [5.5; 7.5[ anos	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
E	Idade [7.5; 10.5[ anos	--	0	Utente não pertence ao grupo etário

F	Idade [10.5; 20[ anos	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
G	Idade [20; 50[ anos	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
H	Idade [50; 65[ anos	$H = 0.5 \times d3 / 365 = 0.5 \times 365 / 365 = 0.5$	0.5	Utente pertencente ao grupo etário. <b>Fórmula</b> $0.5 \times d3 / 365$ Em que: <b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise. 2. 365
I	Idade [65; 75[ anos	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
J	Idade [75; +INF[ anos	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
K	Insuficiência económica	--	0	Utente não tem insuficiência económica
L	Gravidez ou puerpério	--	0	Utente sem critérios de inclusão
M	Hipertensão	--	0	Utente sem critérios de inclusão
N	Diabetes	$d2 = 31-12-2016$ $d1 = 15-04-2016$ $N = 2.71 \times ([31-12-2016] - [15-04-2016] + 1) / 365$ $N = 2.71 \times 261 / 365$ $N = 1.937835$	1.937835	Utente com critérios de inclusão. <b>Fórmula</b> $2.71 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de diabetes na lista de problemas. 2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.
O	Asma	--	0	Utente sem critérios de inclusão
P	DPOC	--	0	Utente sem critérios de inclusão
Q	Depressão	--	0	Utente sem critérios de inclusão
R	Ansiedade	--	0	Utente sem critérios de inclusão
S	Neoplasia maligna	--	0	Utente sem critérios de inclusão
T	Tabagismo	$d2 = 31-12-2016$ $d1 = 1-1-2016$ $T = 0.42 \times ([31-12-2016] - [1-01-2016] + 1) / 365$ $T = 0.42 \times 366 / 365$ $T = 0.42115$	0.42115	Utente com critérios de inclusão. <b>Fórmula</b> $0.42 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de tabagismo na

				<p>lista de problemas. 2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</p>
U	Abuso crónico do álcool	--	0	Utente sem critérios de inclusão
V	Infeção VIH/SIDA	--	0	Utente sem critérios de inclusão
W	Ponderação de consultas	<p>[Consultas não presenciais] - 2 [Consultas de vigilância] - 3 [Consultas no domicílio] - 1 [Consultas presenciais que não são no domicílio nem são de vigilância] = 4</p> <p><math>W = [Consultas não presenciais] \times 0.25 + [Consultas de vigilância] \times 1 + [Consultas no domicílio] \times 1 + [Consultas presenciais que não são no domicílio nem são de vigilância] \times 0.75</math> <math>W = 2 \times 0.25 + 3 \times 1 + 1 \times 1 + 4 \times 0.75</math> <math>W = 7.5</math></p>	7.5	<p>Cada consulta médica presencial e de vigilância pondera 1. Cada consulta médica presencial no domicílio pondera 1. Cada consulta médica presencial não classificada como "de vigilância" nem como "domicílio", pondera 0.75. Cada consulta médica não presencial pondera 0.25.</p>
E0	Estimativa de consultas por critérios de idade	$E0 = A + B + C + D + E + F + G + H + I + J$	0.5	--
E1	Estimativa de consultas mais elevada por critérios de insuficiência económica, problemas de saúde crónicos ou outras condições definidas clinicamente	$E1 = N$ $E1 = 1.937835$	1.937835	Estimativa decorrente de ter diabetes.
E2	Segunda estimativa de consultas mais elevada por critérios de insuficiência económica, problemas de saúde crónicos ou outras condições definidas clinicamente	$E2 = T$ $E2 = 0.42115$	0.42115	Estimativa decorrente de ter "tabagismo".
E2	Terceira estimativa de consultas mais elevada por critérios de insuficiência económica, problemas de saúde crónicos ou outras condições definidas clinicamente	$E3 = 0$	0	Apenas existe estimativa de consultas por "diabetes" e por "tabagismo".

Ettotal	Estimativa total anual de consultas médicas	$Ettotal = E0 + E1 + E2 / 2 + E3 / 3$ $Ettotal = 0.5 + 1.937835 + 0.42115 / 2 + 0 / 3$ $Ettotal = 2.64841$	2.64841	--
C0	Ponderação de consultas	$C0 = W$ $C0 = 7.5$	7.5	--
Cc	Ponderação corrigida de consultas	[arredondamento por excesso de Ettotal] = 4 Como $C0 >$ [arredondamento por excesso de Ettotal], $Cc = 3$	3	Para cada utente, ponderação das consultas é corrigida da seguinte forma: a) Se $(C0 \leq Ettotal)$ então $(Cc = C0)$ ; b) Se $(Ettotal < C0)$ e $(C0 \leq$ [arredondamento por excesso de Ettotal]) então $(Cc = C0)$ ; c) Se $(C0 >$ [arredondamento por excesso de Ettotal]) então $(Cc =$ [arredondamento por excesso de Ettotal]);
RR	RESULTADO FINAL DO INDICADOR	$RR = (\text{Somatório } (Cc)) / (\text{Somatório } (Ettotal))$ $RR = 3 / 2.64841$ $RR = 1.133$	1.133	Este utente tem um índice superior a 1. O excesso de 0.133 num indicador real com todos os utentes de uma unidade funcional, entraria nos cálculos para compensar utentes que no ano tivessem realizado menos consultas do que as estimadas por critérios socio-demográficos e clínicos.

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

Todas as variáveis têm uma duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
$(\text{Somatório } (Cc)) / (\text{Somatório } (Ettotal))$		Índice (escala valores entre 0 e aproximadamente 1)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Cobertura ou Utilização	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

331

Código

3.24.02

Código SIARS

2017.331.01

Nome abreviado

Índice de utilização anual de consultas enferm.

### Designação

Índice de utilização dimensionado à estimativa de necessidade anual de consultas de enfermagem

### Objetivo

Monitorizar a frequência com que as consultas de enfermagem previsivelmente necessárias por critérios socio-demográficos e de morbilidade, são efetivamente realizadas.

### Descrição do Indicador

Índice calibrado para resultar numa escala de valores entre um mínimo de "0" e um valor máximo de "aproximadamente 1". Desenhado para medir a frequência com que as consultas de enfermagem previsivelmente necessárias por critérios socio-demográficos e de morbilidade, são efetivamente realizadas.

Numerador: Número ponderado de consultas de enfermagem realizadas no período em análise aos utentes incluídos no denominador, contabilizando-se, utente a utente, no máximo o número inteiro igual ou superior ao valor apurado no denominador.

Denominador: Número estimado de consultas de enfermagem necessárias por ano, por critérios sociodemográficos e de morbilidade.

Os resultados deste indicador aproximam-se de "1" quando a unidade funcional realiza em média, por utente, tantas ou mais consultas do que as consideradas necessárias por critérios sociodemográficos e de morbilidade.

Os resultados tendem a afastar-se de "1" (em sentido decrescente) quando a unidade funcional faz, em média, menos consultas do que as estimadas como "necessárias" pelos critérios já enunciados.

### Regras de cálculo

#### 1. REGRAS PARA ESTIMAR A NECESSIDADE DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM POR CRITÉRIOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS - IDADE

Regra	Crítérios de Inclusão na Regra	Ponderador	Observações ou Exemplos	Validade
A	A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. A idade do utente, medida em dias, à data de referência do indicador, pertence ao intervalo [1; 330]. Nota: O intervalo [1; 330] dias corresponde, aproximadamente, a ter entre <b>0 e 11 meses</b> .	<b>Fórmula</b> $6 \times (d2 - d1 + 1) / 329$ Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 3 seguintes: 1. Idade da criança, medida em [dias de vida], na data de referência do indicador. 2. Idade da criança, medida em [dias de vida], ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. 3. 329 <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 2 seguintes: 1. Idade da criança, medida em [dias de vida], ao 15º dia do mês em que passou a estar inscrita na unidade funcional. 2. 1	A DGS, no programa de saúde infantil e juvenil vigente, recomenda 6 consultas de vigilância no referido período etário: - 1ª consulta - Consulta do 1º mês - Consulta do 2º mês - Consulta do 4º mês - Consulta do 6º mês - Consulta do 9º mês <b>Exemplo</b> Uma criança que se tenha inscrito ao 115º dia de vida (um pouco antes de fazer 4 meses) e que à data de referência do indicador esteja inscrita e tenha 278 dias de vida (um pouco mais do que 9 meses) irá ponderar $6 \times (278 - 115 + 1) / 329 = 3$ .	Início: 01-01-2016; Fim: --
B	A condição [A e B] é	<b>Fórmula</b>	À data de referência do indicador, as crianças	Início:

	<p>verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. A idade do utente, medida em dias, à data de referência do indicador, pertence ao intervalo [330; 570[.</p> <p>Nota: O intervalo [330; 570[ dias corresponde, aproximadamente, a ter entre <b>11 e 19 meses</b>.</p>	<p><math>4.7 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math></p> <p>Em que:</p> <p><b>d2</b></p> <p>É o valor mínimo, entre os 3 valores seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade da criança, medida em [dias de vida], na data de referência do indicador.</li> <li>2. Idade da criança, medida em [dias de vida], ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> <li>3. 569</li> </ol> <p><b>d1</b></p> <p>É o valor máximo, entre os 2 valores seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade da criança, medida em [dias de vida], ao 15º dia do mês em que passou a estar inscrita na unidade funcional.</li> <li>2. Idade da criança, medida em [dias de vida], no 1º dia do período em análise do indicador.</li> </ol>	<p>abrangidas pela regra têm entre 11 e 19 meses.</p> <p>Dependendo da idade concreta da criança à data de referência do indicador, a DGS, no programa de saúde infantil e juvenil vigente, recomenda nos 12 meses anteriores entre um mínimo de 4 consultas e um máximo de 7 consultas. Assim optou-se por, neste grupo etário, utilizar como ponderador o valor de 4.7, correspondente à média do [nº de consultas recomendadas] nos 12 meses anteriores às idades de 12 meses, 13 meses, 14 meses, 15 meses, q6 meses, a7 meses, 19 meses e 19 meses.</p> <p><b>Exemplo</b></p> <p>Uma criança inscrita logo após o nascimento, e que à data de referência do indicador esteja inscrita e tenha 490 dias de vida (um pouco mais do que 16 meses) irá ponderar <math>4.7 \times (490 - 126 + 1) / 365 = 4,7</math>. Efetivamente esta criança no 1º dia do período em análise já tem um pouco mais de 4 meses pelo que a DGS preconiza para essa criança e para os 12 meses que constituem o período em análise, as 4 consultas seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta do 6º mês</li> <li>- Consulta do 9º mês</li> <li>- Consulta do 12º mês</li> <li>- Consulta do 15º mês</li> </ul>	<p>01-01-2016; Fim: --</p>
C	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. A idade do utente, medida em dias, à data de referência do indicador, pertence ao intervalo [570; 2007[.</p> <p>Nota: O intervalo [570; 2007[ dias corresponde, aproximadamente, a ter entre <b>19 meses e 5.5 anos</b>.</p>	<p><b>Fórmula</b></p> <p><math>1 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math></p> <p>Em que:</p> <p><b>d2</b></p> <p>É o valor mínimo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade da criança, medida em [dias de vida], na data de referência do indicador.</li> <li>2. Idade da criança, medida em [dias de vida], ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> <li>3. 2006</li> </ol> <p><b>d1</b></p> <p>É o valor máximo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade da criança, medida em [dias de vida], ao 15º dia do mês em que passou a estar inscrita na unidade funcional.</li> <li>2. Idade da criança, medida em [dias de vida], no 1º dia do período em análise do indicador.</li> </ol>	<p>À data de referência do indicador, as crianças abrangidas pela regra têm entre 19 meses e 5.5 anos.</p> <p>Durante esse período de tempo, a DGS, no programa de saúde infantil e juvenil vigente, recomenda 1 consulta por ano, nas idades chave seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 anos;</li> <li>- 3 anos;</li> <li>- 4 anos;</li> <li>- 5 anos.</li> </ul> <p>A fórmula de cálculo da ponderação do denominador garante que uma criança que esteja inscrita ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "1" e que uma criança que por se inscrever durante o período em análise, ou por sair da unidade antes do fim do período, é ponderada entre "0" e "1" na direta proporção do número de dias em que tem a respetiva inscrição ativa.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>
D	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p>	<p><b>Fórmula</b></p> <p><math>0.5 \times d3 / 365</math></p> <p>Em que:</p> <p><b>d3</b></p> <p>É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do</li> </ol>	<p>À data de referência do indicador, as crianças abrangidas pela regra têm entre 5.5 e 7.5 anos.</p> <p>Durante esse período de tempo, a DGS, no programa de saúde infantil e juvenil vigente, recomenda 1 consulta única consulta entre os 6 e os 7 anos, o que confere uma probabilidade de 50% de a consulta ser necessária e se realizar durante os 12</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

	<p>B. A idade do utente, medida em dias, à data de referência do indicador, pertence ao intervalo [2007; 2737]. Nota: O intervalo [2007; 2737] dias corresponde, aproximadamente, a ter entre <b>5.5 e 7.5 anos</b>.</p>	<p>período em análise. 2. 365</p>	<p>meses do período em análise do indicador. A fórmula de cálculo da ponderação garante que uma criança que esteja inscrita ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.5" e que uma criança que por se inscrever durante o período em análise, ou por sair da unidade antes do fim do período, é ponderada entre "0" e "0.5" na direta proporção do número de dias em que tem a respetiva inscrição ativa.</p>	
E	<p>A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. A idade do utente, medida em dias, à data de referência do indicador, pertence ao intervalo [2737; 3832]. Nota: O intervalo [2737; 3832] dias corresponde, aproximadamente, a ter entre <b>7.5 e 10.5 anos</b>.</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>0.67 \times d3 / 365</math> Em que: <b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise. 2. 365</p>	<p>À data de referência do indicador, as crianças abrangidas pela regra têm entre 7.5 e 10.5 anos. Durante esse período de tempo, a DGS, no programa de saúde infantil e juvenil vigente, recomenda 2 consultas diferentes nas idades chave dos "8 anos" e "10 anos" o que confere uma probabilidade de 66,7% de a consulta ser necessária e se realizar durante os 12 meses do período em análise do indicador. A fórmula de cálculo da ponderação garante que uma criança que esteja inscrita ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.67" e que uma criança que por se inscrever durante o período em análise, ou por sair da unidade antes do fim do período, é ponderada entre "0" e "0.67" na direta proporção do número de dias em que tem a respetiva inscrição ativa.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>
F	<p>A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. A idade do utente, medida em dias, à data de referência do indicador, pertence ao intervalo [3832; 7345]. Nota: O intervalo [3832; 7345] dias corresponde, aproximadamente, a ter entre <b>10.5 e 20 anos</b>.</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>0.21 \times d3 / 365</math> Em que: <b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise. 2. 365</p>	<p>À data de referência do indicador, as crianças e adolescentes abrangidas pela regra têm entre 10.5 e 20 anos. Durante esse período de tempo, a DGS, no programa de saúde infantil e juvenil vigente, recomenda 2 consultas diferentes, uma entre os 12 e os 13 anos e outra entre os 15 e 18 anos. A fórmula de cálculo da ponderação garante que uma criança ou adolescente que esteja inscrita ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.21" e que um utente que por se inscrever durante o período em análise, ou por sair da unidade antes do fim do período, é ponderado entre "0" e "0.21" na direta proporção do número de dias em que tem a respetiva inscrição ativa.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>
G	<p>A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. A idade do utente, pertence ao intervalo [<b>20</b>; <b>50</b>] anos.</p>	<p><b>Fórmula</b> <math>0.214 \times d3 / 365</math> Em que: <b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise. 2. 365</p>	<p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente necessitar de pelo menos uma consulta de enfermagem de 4.7 em 4.7 anos, por critérios exclusivamente relacionados com a idade, isto é, 21.4% de probabilidade de necessitar de uma consulta ao longo dos 12 meses que constituem o período em análise do indicador. A fórmula de cálculo da ponderação garante que um utente que esteja inscrito ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.214". Assegura também que um utente que inscreva durante o período em análise, ou que saia da</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

			<p>unidade antes do fim do período, é ponderado entre "0" e "0.214" na direta proporção do número de dias em que a respetiva inscrição se encontrar ativa.</p> <p>O valor 0.214 corresponde à proporção de homens saudáveis, sem registo administrativo de insuficiência económica, no intervalo etário [20; 50[ anos, com pelo menos uma consulta de enfermagem de qualquer tipo em 2016 (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p>	
H	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. A idade do utente, pertence ao intervalo [50; 65[ anos.</p>	<p><b>Fórmula</b> 0.303 x d3 / 365</p> <p>Em que:</p> <p><b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <p>1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise.</p> <p>2. 365</p>	<p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente necessitar de pelo menos uma consulta de enfermagem de 3.3 em 3.3 anos, por critérios exclusivamente relacionados com a idade, isto é, 30,3% de probabilidade de necessitar de uma consulta ao longo dos 12 meses que constituem o período em análise do indicador.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que um utente que esteja inscrito ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.303".</p> <p>Assegura também que um utente que inscreva durante o período em análise, ou que saia da unidade antes do fim do período, é ponderado entre "0" e "0.303" na direta proporção do número de dias em que a respetiva inscrição se encontrar ativa.</p> <p>O valor 0.303 corresponde à proporção de utentes saudáveis, sem registo administrativo de insuficiência económica, no intervalo etário [50; 65[ anos, com pelo menos uma consulta de enfermagem de qualquer tipo em 2016 (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p>	<p>Início:01-01-2016;;</p> <p>Fim: --</p>
I	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. A idade do utente, pertence ao intervalo [65; 75[ anos.</p>	<p><b>Fórmula</b> 0.409 x d3 / 365</p> <p>Em que:</p> <p><b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <p>1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise.</p> <p>2. 365</p>	<p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente necessitar de pelo menos uma consulta de enfermagem de 2,4 em 2,4 anos, por critérios exclusivamente relacionados com a idade, isto é, 40,9% de probabilidade de necessitar de uma consulta ao longo dos 12 meses que constituem o período em análise do indicador.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que um utente que esteja inscrito ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.409".</p> <p>Assegura também que um utente que inscreva durante o período em análise, ou que saia da unidade antes do fim do período, é ponderado entre "0" e "0.409" na direta proporção do número de dias em que a respetiva inscrição se encontrar ativa.</p> <p>O valor 0.409 corresponde à proporção de utentes saudáveis, sem registo administrativo de insuficiência económica, no intervalo etário [65; 74[ anos, com pelo menos uma consulta de enfermagem de qualquer tipo em 2016 (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p>	<p>Início:01-01-2016;;</p> <p>Fim: --</p>
J	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição</p>	<p><b>Fórmula</b> 0.430 x d3 / 365</p> <p>Em que:</p>	<p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente necessitar de pelo menos uma consulta de enfermagem de 2,3 em 2,3 anos, por critérios</p>	<p>Início:01-01-2016;;</p>

	<p>ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. A idade do utente, pertence ao intervalo [75; +INF[ anos.</p>	<p><b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise. 2. 365</p>	<p>exclusivamente relacionados com a idade, isto é, 43.0% de probabilidade de necessitar de uma consulta ao longo dos 12 meses que constituem o período em análise do indicador. A fórmula de cálculo da ponderação garante que um utente que esteja inscrito ao longo dos 12 meses do período em análise do indicador, pondera "0.430". Assegura também que um utente que inscreva durante o período em análise, ou que saia da unidade antes do fim do período, é ponderado entre "0" e "0.430" na direta proporção do número de dias em que a respetiva inscrição se encontrar ativa. O valor 0.430 corresponde à proporção de utentes saudáveis, sem registo administrativo de insuficiência económica, no intervalo etário [75; +INF[ anos, com pelo menos uma consulta de enfermagem de qualquer tipo em 2016 (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p>	<p>Fim: --</p>
--	---	---	---	----------------

## 2. REGRAS PARA ESTIMAR A NECESSIDADE DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM POR CRITÉRIOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS - INSUFICIÊNCIA ECONÓMICA

Regra	Critérios de Inclusão na Regra	Ponderador	Observações ou Exemplos	Validade
K	<p>A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. Ter o estado de "insuficiência económica" ativo na data de referência do indicador, registado no RNU.</p>	<p>Fórmula <math>0.807 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math> Em que:que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do estado de "insuficiência económica". 2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</p>	<p>A ponderação de 0.807 consultas por ano corresponde ao acréscimo médio de consultas de enfermagem a utentes com "insuficiência económica" em 2016, quando comparados com utentes saudáveis, sem insuficiência económica, do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS). O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com "insuficiência económica" necessitar em média de 0.807 consultas de enfermagem ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado.ado. A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o estado de "insuficiência económica" não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o utente e o estado de insuficiência económica são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um estado de "insuficiência económica" realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.403 consultas.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

### 3. REGRAS PARA ESTIMAR A NECESSIDADE DE CONSULTAS DECORRENTES DA EXISTÊNCIA DE PROBLEMAS DE SAÚDE CRÓNICOS OU OUTRAS CONDIÇÕES DEFINIDAS CLINICAMENTE

Regra	Crítérios de Inclusão na Regra	Ponderador	Observações ou Exemplos	Validade
L	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Ter a condição de <b>gravidez ou de puerpério</b> ativa durante pelo menos um dia do período em análise.</p> <p>Nota: Ver alínea C, D e E das OBSERVAÇÕES GERAIS</p>	<p><b>Fórmula</b>  <math>5.19 \times (d2 - d1 + 1) / 322</math>                      Em que:  <b>d2</b>                      É o valor mínimo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data de fim do puerpério (Ver alínea C, D e E das OBSERVAÇÕES GERAIS).</li> <li>2. Data de referência do indicador.</li> <li>3. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol> <p><b>d1</b>                      É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15º dia do mês de registo da gravidez na lista de problemas.</li> <li>2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</li> </ol>	<p>A ponderação de 5.19 consultas por ano corresponde ao acréscimo médio de consultas de enfermagem a grávidas ou puérperas em 2016, quando comparadas com as mulheres saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente grávida ou puérpera necessitar em média de 5.19 consultas de enfermagem ao longo da gravidez e puerpério (322 dias no máximo), por critérios exclusivamente relacionados com esses estados de saúde.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que uma utente em que a gravidez é registada por exemplo a 60 dias de terminar o período em análise pondera na direta proporção do número de dias em que a gravidez coincide com esse período (60 dias), ou seja <math>5.19 \times 60 / 322 = 0.967</math>, o que corresponde à necessidade estimada de um pouco menos que 1 consulta de enfermagem.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>
M	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>hipertensão</b> (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".</p>	<p><b>Fórmula</b>  <math>0.95 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math>                      Em que:  <b>d2</b>                      É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data de referência do indicador.</li> <li>2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol> <p><b>d1</b>                      É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de HTA na lista de problemas.</li> <li>2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</li> </ol>	<p>A ponderação de 0.95 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas de enfermagem a utentes com hipertensão arterial em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com HTA necessitar em média de 0.95 consultas de enfermagem ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de hipertensão não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise".</p> <p>Assim, por exemplo, um diagnóstico de hipertensão realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0,475 consultas.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>
N	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de</p>	<p><b>Fórmula</b>  <math>2.47 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math>                      Em que:  <b>d2</b></p>	<p>A ponderação de 2.47 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas de enfermagem a utentes com diabetes Mellitus em 2016, quando comparados com utentes saudáveis</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

	<p>saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>diabetes</b> (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".</p>	<p>É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data de referência do indicador.</li> <li>2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol> <p><b>d1</b></p> <p>É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de diabetes na lista de problemas.</li> <li>2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</li> </ol>	<p>do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com diabetes necessitar em média de 2.47 consultas de enfermagem ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de diabetes não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise".</p> <p>Assim, por exemplo, um diagnóstico de diabetes Mellitus realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 1,235 consultas.</p>	
O	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>asma</b> (rubrica da ICPC-2 R96) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".</p>	<p><b>Fórmula</b></p> $0.44 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ <p>Em que:</p> <p><b>d2</b></p> <p>É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data de referência do indicador.</li> <li>2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol> <p><b>d1</b></p> <p>É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de asma na lista de problemas.</li> <li>2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</li> </ol>	<p>A ponderação de 0.44 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas de enfermagem a utentes com asma em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com asma necessitar em média de 0.44 consultas de enfermagem ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de asma não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise".</p> <p>Assim, por exemplo, um diagnóstico de asma realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.22 consultas.</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>
P	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Na data de referência</p>	<p><b>Fórmula</b></p> $0.70 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ <p>Em que:</p> <p><b>d2</b></p> <p>É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data de referência do indicador.</li> <li>2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição</li> </ol>	<p>A ponderação de 0.70 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas de enfermagem a utentes com DPOC em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com DPOC necessitar em média de 0.70</p>	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

	do indicador, o diagnóstico de <b>DPOC</b> (rubrica da ICPC-2 R95) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".	ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de DPOC na lista de problemas. 2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.	consultas de enfermagem ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde. A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de DPOC não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de DPOC realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.35 consultas.	
Q	A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>depressão</b> (rubrica da ICPC-2 P76) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".	<b>Fórmula</b> $0.42 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de depressão na lista de problemas. 2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.	A ponderação de 0.42 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas de enfermagem a utentes com depressão em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS). O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com depressão necessitar em média de 0.42 consultas de enfermagem ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde. A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de depressão não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de depressão realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.21 consultas.	Início: 01-01-2016; Fim: --
R	A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>ansiedade</b> (rubrica da ICPC-2 P74) encontra-se na lista de problemas,	<b>Fórmula</b> $0.43 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de ansiedade na lista de	A ponderação de 0.43 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas de enfermagem a utentes com ansiedade em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS). O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com ansiedade necessitar em média de 0.43 consultas de enfermagem ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde. A fórmula de cálculo da ponderação garante que	Início: 01-01-2016; Fim: --

	com o estado de "ativo".	<p>problemas.</p> <p>2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</p> <p>3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</p>	<p>num utente em que o diagnóstico de ansiedade não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise".</p> <p>Assim, por exemplo, um diagnóstico de ansiedade realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.215 consultas.</p>	
S	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Na data de referência do indicador, existe pelo menos um diagnóstico de <b>neoplasia maligna</b> (rubricas da ICPC-2 consideradas na alínea G das OBSERVAÇÕES GERAIS) na lista de problemas, com o estado de "ativo".</p>	<p><b>Fórmula</b></p> $0.70 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ <p>Em que:</p> <p><b>d2</b></p> <p>É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data de referência do indicador.</li> <li>2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol> <p><b>d1</b></p> <p>É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15º dia do mês de registo do primeiro diagnóstico de neoplasia maligna na lista de problemas.</li> <li>2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</li> </ol>	<p>A ponderação de 0.70 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas de enfermagem a utentes com neoplasia maligna em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com neoplasia maligna necessitar em média de 0.70 consultas de enfermagem ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de neoplasia maligna não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise".</p> <p>Assim, por exemplo, um diagnóstico de neoplasia maligna realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.35 consultas.</p>	<p>Início: 01-01-2016;</p> <p>Fim: --</p>
T	<p>A condição [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise.</p> <p>B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>tabagismo</b> (rubrica da ICPC-2 P17) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".</p>	<p><b>Fórmula</b></p> $0.43 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ <p>Em que:</p> <p><b>d2</b></p> <p>É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data de referência do indicador.</li> <li>2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol> <p><b>d1</b></p> <p>É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de tabagismo na lista de problemas.</li> <li>2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>3. Data a que corresponde o 1º dia do</li> </ol>	<p>A ponderação de 0.43 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas de enfermagem a utentes com tabagismo em 2016, quando comparados com utentes sem esse nem outros diagnósticos na lista de problemas, do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS).</p> <p>O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com tabagismo necessitar em média de 0.43 consultas de enfermagem ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde.</p> <p>A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de tabagismo não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a</p>	<p>Início: 01-01-2016;</p> <p>Fim: --</p>

		período em análise.	totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a "doença" são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de tabagismo realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.215 consultas.	
U	A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>abuso crónico do álcool</b> (rubrica da ICPC-2 P15) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".	<b>Fórmula</b> $0.496 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de abuso crónico do álcool na lista de problemas. 2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.	A ponderação de 0.496 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas de enfermagem a utentes com abuso crónico do álcool em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS). O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com abuso crónico do álcool necessitar em média de 0.496 consultas de enfermagem ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde. A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de abuso crónico do álcool não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de abuso crónico do álcool realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.248 consultas.	Início: 01-01-2016; Fim: --
V	A condição [A e B] é verdadeira: A. Utente com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise. B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de <b>infecção VIH/SIDA</b> (rubrica da ICPC-2 B90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".	<b>Fórmula</b> $0.43 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ Em que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional. <b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes: 1. 15º dia do mês de registo do diagnóstico de infecção VIH/SIDA na lista de problemas. 2. 15º dia do mês de inscrição na unidade funcional. 3. Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.	A ponderação de 0.43 consultas por ano, corresponde ao acréscimo médio de consultas de enfermagem a utentes com infecção VIH/SIDA em 2016, quando comparados com utentes saudáveis do mesmo grupo etário e no mesmo período de tempo (dados de Portugal Continental, disponíveis na ACSS). O ponderador assume uma probabilidade de cada utente com infecção VIH/SIDA necessitar em média de 0.43 consultas de enfermagem ao longo do ano, por critérios exclusivamente relacionados com esse estado de saúde. A fórmula de cálculo da ponderação garante que num utente em que o diagnóstico de infecção VIH/SIDA não existe desde o início do período em análise ou em que a inscrição na unidade funcional não durou a totalidade do período (por entrada tardia ou saída precoce) a necessidade de consultas é estimada na direta proporção do número de dias	Início: 01-01-2016; Fim: --

			em que o doente e a doença são conhecidos e coincidentes com o referido "período em análise". Assim, por exemplo, um diagnóstico de infeção VIH/SIDA realizado a 1 de julho num indicador cuja data de referência é 31 de dezembro, pondera apenas metade do máximo, ou seja, 0.215 consultas.	
--	--	--	--	--

#### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E PONDERAÇÃO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM REALIZADAS

Regra	Crítérios de Inclusão na Regra	Ponderador	Observações ou Exemplos	Validade
W	<p>São consideradas todas as consultas de enfermagem em que a expressão [A e B e C e (D ou E ou F ou G)] seja verdadeira.</p> <p>A. Realizada na unidade funcional, isto é, com registo numa agenda de marcação com código de nível 1 de hierarquia de locais pertencente à unidade funcional no mês da realização da consulta.</p> <p>B. Realizada a utente com inscrição ativa na unidade de saúde na data em que a consulta é realizada.</p> <p>C. Realizada por enfermeiro da unidade funcional.</p> <p>D. Cumpra os critérios para ser considerada "consulta de enfermagem não presencial" (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS).</p> <p>E. Cumpra os critérios para ser considerada "consulta de enfermagem presencial" no consultório (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS).</p> <p>F. Cumpra os critérios para ser considerada "consulta de enfermagem presencial" no domicílio (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS).</p> <p>G. Cumpra os critérios para ser considerada "consulta de enfermagem presencial" de vigilância (ver alínea J de OBSERVAÇÕES GERAIS).</p>	<p>Cada consulta de enfermagem presencial e de vigilância pondera 1.</p> <p>Cada consulta de enfermagem presencial no domicílio pondera 1.</p> <p>Cada consulta de enfermagem presencial não classificada como "de vigilância" nem como "domicílio", pondera 0.75.</p> <p>Cada consulta de enfermagem não presencial pondera 0.25.</p>	<p>Um utente que tenha, ao longo do período em análise 2 consultas de vigilância, 1 domicílio, 3 consultas para execução de actos e 4 consultas não presenciais, tem um valor ponderado de consultas realizadas, calculado pela fórmula:</p> $2 + 1 + 3 \times 0.75 + 4 \times 0.25 = 6.25$	<p>Início: 01-01-2016; Fim: --</p>

#### 5. REGRAS DE CÁLCULO ADICIONAIS

Para cada utente individualmente é necessário calcular sequencialmente:

##### E0 - Estimativa de consultas por critérios de idade.

Cada um dos utentes com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise cumpre critérios de inclusão em uma e apenas uma das regras do primeiro quadro (REGRAS A, B, C, D, E, F, G, H, I e J).

O resultado ponderado por essa regra corresponde à "Estimativa de consultas por critérios de idade" (E0).

##### E1 - Estimativa de consultas mais elevada por critérios de insuficiência económica, problemas de saúde crónicos ou outras condições

**definidas clinicamente.**

Cada um dos utentes com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise pode cumprir critérios de inclusão em zero, uma ou mais regras dos segundo e terceiros quadros (REGRAS K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U e V).

Caso o utente tenha critérios para inclusão pelo menos uma dessas regras, aquela que resultar num valor ponderado mais elevado corresponde a E1.

Se o utente não tiver critérios de inclusão em nenhuma (por ser saudável e não ter insuficiência económica),  $E1 = 0$ .

**E2 - Segunda estimativa de consultas mais elevada por critérios de insuficiência económica, problemas de saúde crónicos ou outras condições definidas clinicamente.**

Cada um dos utentes com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise pode cumprir critérios de inclusão em zero, uma ou mais regras dos segundo e terceiros quadros (REGRAS K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U e V).

Caso o utente tenha critérios para inclusão pelo menos duas dessas regras, aquela que resultar no segundo valor ponderado mais elevado corresponde a E2.

Se o utente não tiver critérios de inclusão em nenhuma regra ou se tiver apenas em uma,  $E2 = 0$ .

**E3 - Terceira estimativa de consultas mais elevada por critérios de insuficiência económica, problemas de saúde crónicos ou outras condições definidas clinicamente.**

Cada um dos utentes com inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período em análise pode cumprir critérios de inclusão em zero, uma ou mais regras dos segundo e terceiros quadros (REGRAS K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U e V).

Caso o utente tenha critérios para inclusão pelo menos três dessas regras, aquela que resultar no terceiro valor ponderado mais elevado corresponde a E3.

Se o utente não tiver critérios de inclusão em nenhuma regra ou se tiver apenas em uma ou se tiver apenas em duas,  $E3 = 0$ .

**Ettotal - Estimativa total anual de consultas de enfermagem.**

$Ettotal = E0 + E1 + E2 / 2 + E3 / 3$

**C0 - Ponderação de consultas.**

A cada utente são associadas as consultas que cumprirem os critérios da regra W e ponderadas também de acordo com a referida regra (C0).

**Cc - Ponderação corrigida de consultas.**

Para cada utente, ponderação das consultas é corrigida da seguinte forma:

- Se  $(C0 \leq Ettotal)$  então  $(Cc = C0)$ ;
- Se  $(Ettotal < C0)$  e  $(C0 \leq [\text{arredondamento por excesso de Ettotal}])$  então  $(Cc = C0)$ ;
- Se  $(C0 > [\text{arredondamento por excesso de Ettotal}])$  então  $(Cc = [\text{arredondamento por excesso de Ettotal}])$ ;

**6. RESULTADO FINAL DO INDICADOR (RR)**

$RR = (\text{Somatório } (Cc)) / (\text{Somatório } (Ettotal))$

**Observações Gerais**

A. Para efeitos da contagem da idade do utente, em dias, o dia de nascimento corresponde ao 1º (não existe dia "0").

B. A data usada para medir a idade do utente e verificar se pertence ou não ao intervalo etário é a [data de referência do indicador].

C. 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. Na contagem de [dias de gravidez] que é efetuada neste indicador, a série que sustenta essa contagem inicia-se no 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 fazem uma datação correta da gravidez e que são traduzíveis, umas nas outras sem erros.

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 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.

E. 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.

F. A [data de fim do puerpério] corresponde a 42 dias após a [data de fim da gravidez]

G. Um utente é classificado como tendo "neoplasia maligna" se tiver pelo menos uma das seguintes rubricas ICPC-2 na lista de problemas, com estado "ativo".

A79 - NEOPLASIA MALIGNA NEE

B72 - DOENÇA DE HODGKIN/LINFOMA

B73 - LEUCEMIA

B74 - NEOPLASIA MALIGNA DO SANGUE, OUTRA

D74 - NEOPLASIA MALIGNA DO ESTÔMAGO

D75 - NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON/RECTO

D76 - NEOPLASIA MALIGNA DO PÂNCREAS

D77 - NEOPLASIA MALIGNA DO APARELHO DIGESTIVO, OUTRA/NE

F74 - NEOPLASIA DO OLHO/ANEXOS

H75 - NEOPLASIA DO OUVIDO

K72 - NEOPLASIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO

L71 - NEOPLASIA MALIGNA

N74 - NEOPLASIA MALIGNA DO SISTEMA NEUROLÓGICO

R84 - NEOPLASIA MALIGNA DO BRÔNQUIO/PULMÃO

R85 - NEOPLASIA RESPIRATÓRIA MALIGNA, OUTRA

S77 - NEOPLASIA MALIGNA DA PELE

T71 - NEOPLASIA MALIGNA DA TIRÓIDE

T73 - NEOPLASIA ENDÓCRINA, OUTRA/NE

U75 - NEOPLASIA MALIGNA DO RIM

U76 - NEOPLASIA MALIGNA DA BEXIGA

U77 - NEOPLASIA MALIGNA DO APARELHO URINÁRIO, OUTRA

W72 - NEOPLASIA MALIGNA RELACIONADA COM A GRAVIDEZ

X75 - NEOPLASIA MALIGNA DO COLO

X76 - NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA

X77 - NEOPLASIA MALIGNA GENITAL FEMININA, OUTRA

Y77 - NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA

Y78 - NEOPLASIA MALIGNA GENITAL MASCULINO, OUTRA

H. As consultas contabilizadas são do tipo [Consulta de enfermagem não presencial] com um dos códigos seguintes:

- [C004](#) | Consulta enfermagem sem a presença do utente (indireta) - SClinico/SAPE

- [C010](#) | Consulta enfermagem sem a presença do utente (indireta) - MedicineOne

- [C016](#) | Consulta enfermagem sem a presença do utente (indireta) - VitaCare

I. As consultas contabilizadas do tipo [Consulta enfermagem com a presença do utente (direta)], quer no domicílio, quer no consultório, possuem um dos códigos seguintes:

- [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SAPE/SClinico

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

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

O que distingue as consultas "no consultório" ou "no domicílio" são parametrizações específicas de cada sistema de informação de registo clínico e administrativo.

J. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C006](#) | Consulta de enfermagem de vigilância - SClinico/SAPE

- [C012](#) | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- [C018](#) | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

No contexto deste indicador é irrelevante qual o subtipo de [Consulta de Enfermagem de Vigilância], sendo possíveis, entre outros, diabetes, hipertensão, saúde materna, planeamento familiar e obesidade.

Salienta-se que todas as [Consultas de Enfermagem de Vigilância] são também [Consultas de enfermagem presenciais].

### EXEMPLO DE CÁLCULO

Apresenta-se de seguida o exemplo de cálculo do índice com data de referência de 31-12-2016, para um único utente, com as características seguintes:

- Idade: 35 anos;
- Inscrito na unidade funcional em junho de 2016;
- Grávida, com data prevista de parto para 5-1-2017 e registo da gravidez na lista de problemas em julho de 2016;
- Com asma na lista de problemas com estado ativo, registados há mais de 1 ano;
- Sem outros problemas na lista de problemas;
- Com registo de "insuficiência económica" no RNU, há vários anos;
- Ao longo de 2016 teve 2 consultas de vigilância, 0 domicílios, 1 consulta para realização de injectável e 2 consultas não presenciais.

Regra / Variável	Descritivo da regra ou variável	Cálculos	Valor	Observações
-	Início do período em análise	--	01-01-2016	--
-	Fim do período em análise	--	31-12-2016	--
A	Idade [0; 11[ meses	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
B	Idade [11; 19[ meses	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
C	Idade [19 meses; 5.5 anos[	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
D	Idade [5.5; 7.5[ anos	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
E	Idade [7.5; 10.5[ anos	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
F	Idade [10.5; 20[ anos	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
G	Idade [20; 50[ anos	$d3 = [31-12-2016] - [15-6-2016] + 1$ $d3 = 200$ $G = 0.214 \times d3 / 365$ $G = 0.214 \times 200 / 365$	0.11726	Utente pertence ao grupo etário. <b>Fórmula</b> $0.214 \times d3 / 365$ Em que: <b>d3</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Contagem de dias de inscrição ativa do utente durante os 12 meses do período em análise. 2. 365
H	Idade [50; 65[ anos	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
I	Idade [65; 75[ anos	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
J	Idade [75; +INF[ anos	--	0	Utente não pertence ao grupo etário
K	Insuficiência económica	$d2 = [31-12-2016]$ $d1 = [15-06-2016]$ $K = 0.807 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ $K = 0.807 \times ([31-12-2016] - [15-12-2016] + 1) / 365$ $K = 0.807 \times 200 / 365$ $K = 0,44219$	0,44219	Utente com insuficiência económica <b>Fórmula</b> $0.807 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ Em que:que: <b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes: 1. Data de referência do indicador. 2. Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.

				<p><b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15º dia do mês de registo do estado de "insuficiência económica".</li> <li>15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</li> </ol>
L	Gravidez ou puerpério	$d2 = [31-12-2016]$ $d1 = [15-07-2016]$ $L = 5.19 \times (d2 - d1 + 1) / 322$ $L = 5.19 \times ([31-12-2016] - [31-12-2016] + 1) / 322$ $L = 5.19 \times 170 / 322$ $L = 2.74$	2.74	<p>Utente com critérios de inclusão</p> <p><b>Fórmula</b>  <math>5.19 \times (d2 - d1 + 1) / 322</math></p> <p>Em que:</p> <p><b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Data de fim do puerpério (Ver alínea C, D e E das OBSERVAÇÕES GERAIS).</li> <li>Data de referência do indicador.</li> <li>Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol> <p><b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15º dia do mês de registo da gravidez na lista de problemas.</li> <li>15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</li> </ol>
M	Hipertensão	--	0	Utente sem critérios de inclusão
N	Diabetes	--	0	Utente sem critérios de inclusão
O	Asma	$d2 = [31-12-2016]$ $d1 = [15-06-2016]$ $K = 0.44 \times (d2 - d1 + 1) / 365$ $K = 0.44 \times ([31-12-2016] - [31-12-2016] + 1) / 365$ $K = 0.44 \times 200 / 365$ $K = 0.241$	0.241	<p>Utente com critérios de inclusão.</p> <p><b>Fórmula</b>  <math>0.44 \times (d2 - d1 + 1) / 365</math></p> <p>Em que:</p> <p><b>d2</b> É o valor mínimo, entre os 2 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Data de referência do indicador.</li> <li>Data correspondente ao 15º dia do mês em que deixou de ter inscrição ativa na unidade funcional.</li> </ol> <p><b>d1</b> É o valor máximo, entre os 3 seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15º dia do mês de registo do diagnóstico de asma na lista de problemas.</li> <li>15º dia do mês de inscrição na unidade funcional.</li> <li>Data a que corresponde o 1º dia do período em análise.</li> </ol>
P	DPOC	--	0	Utente sem critérios de inclusão
Q	Depressão	--	0	Utente sem critérios de inclusão
R	Ansiedade	--	0	Utente sem critérios de inclusão
S	Neoplasia maligna	--	0	Utente sem critérios de inclusão
T	Tabagismo	--	0	Utente sem critérios de inclusão
U	Abuso crónico do álcool	--	0	Utente sem critérios de inclusão
V	Infeção VIH/SIDA	--	0	Utente sem critérios de inclusão
W	Ponderação de consultas	[Consultas não presenciais] - 2	3.25	Cada consulta de enfermagem presencial e de vigilância pondera 1.

		<p>[Consultas de vigiância] - 2 [Consultas no domicílio] - 0 [Consultas presenciais que não são no domicílio nem são de vigiância] = 1</p> <p><math>W = [Consultas não presenciais] \times 0.25 + [Consultas de vigiância] \times 1 + [Consultas no domicílio] \times 1 + [Consultas presenciais que não são no domicílio nem são de vigiância] \times 0.75</math>  <math>W = 2 \times 0.25 + 2 \times 1 + 0 \times 1 + 1 \times 0.75</math>  <math>W = 3.25</math></p>		<p>Cada consulta de enfermagem presencial no domicílio pondera 1. Cada consulta de enfermagem presencial não classificada como "de vigiância" nem como "domicílio", pondera 0.75. Cada consulta de enfermagem não presencial pondera 0.25.</p>
E0	Estimativa de consultas por critérios de idade	$E0 = A + B + C + D + E + F + G + H + I + J$	0.11726	--
E1	Estimativa de consultas mais elevada por critérios de insuficiência económica, problemas de saúde crónicos ou outras condições definidas clinicamente	$E1 = L$ $E1 = 2.74$	2.74	Estimativa decorrente de ter gravidez
E2	Segunda estimativa de consultas mais elevada por critérios de insuficiência económica, problemas de saúde crónicos ou outras condições definidas clinicamente	$E2 = K$ $E2 = 0.44219$	0.44219	Estimativa decorrente de ter insuficiência económica
E2	Terceira estimativa de consultas mais elevada por critérios de insuficiência económica, problemas de saúde crónicos ou outras condições definidas clinicamente	$E3 = O$ $E3 = 0.241$	0.241	Apenas existe estimativa de consultas por "diabetes" e por "tabagismo".
Ettotal	Estimativa total anual de consultas de enfermagem	$Ettotal = E0 + E1 + E2 / 2 + E3 / 3$ $Ettotal = 0.11726 + 2.74 + 0.44219 / 2 + 0.241 / 3$ $Ettotal = 3.159$	3.159	--
C0	Ponderação de consultas	$C0 = W$ $C0 = 3.25$	3.25	--
Cc	Ponderação corrigida de	[arredondamento por	3.25	Para cada utente, ponderação das consultas é corrigida da

	consultas	excesso de Etotal] = 4 Como (Ettotal < C0) e (C0 <= [arredondamento por excesso de Etotal]), Cc = 3.25		seguinte forma: a) Se (C0 <= Ettotal) então (Cc = C0); b) Se (Ettotal < C0) e (C0 <= [arredondamento por excesso de Etotal]) então (Cc = C0); c) Se (C0 > [arredondamento por excesso de Etotal]) então (Cc = [arredondamento por excesso de Etotal]);
RR	RESULTADO FINAL DO INDICADOR	RR = (Somatório (Cc)) / (Somatório (Ettotal)) RR = 3.25 / 3.159 RR = 1,029	1,312194	Este utente tem um índice ligeiramente superior a 1. O excesso de 0.029 num indicador real com todos os utentes de uma unidade funcional, entraria nos cálculos para compensar utentes que no ano tivessem realizado menos consultas do que as estimadas por critérios socio-demográficos e clínicos.

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

Todas as variáveis têm uma duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
(Somatório (Cc)) / (Somatório (Ettotal))		Índice (escala valores entre 0 e aproximadamente 1)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Cobertura ou Utilização	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

<b>335</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	3.25.01	2017.335.01	Prop. cons. indir. receituário c/ resposta 72H

### Designação

Proporção consultas não presenciais com receituário prescrito nas primeiras 72H após respetivo pedido.

### Objetivo

Monitorizar os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), aplicados à "renovação de medicação em caso de doença crónica" solicitados pelos utentes através de consulta não presencial, nos termos da legislação vigente (72 horas de resposta).

### Descrição do Indicador

Exprime a proporção consultas médicas não presenciais com pedido de renovação de receita médica, com resposta nas primeiras 72 horas após o pedido.

Numerador: Contagem de consultas médicas não presenciais com pedido de renovação de receita médica e com resposta nas primeiras 72 horas após o pedido.

Denominador: Contagem de consultas médicas não presenciais com pedido de renovação de receita médica.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos um medicamento da receita médica prescrito nas primeiras 72 horas após a data de inserção do primeiro registo administrativo associado à consulta (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Realizada a utente com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde durante pelo menos um dia do período em análise.

B. Realizada a utente com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de realização da consulta.

C. Realizada num dos locais pertencentes à unidade de observação (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. Realizada por médico ou interno (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. Do tipo "não presencial" (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

F. Com pelo menos uma receita médica emitida (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Se a unidade de observação do indicador for uma unidade funcional (USF, UCSP ou equivalente), a consulta médica ou de enfermagem deve estar associada a um dos códigos RNU que lhe estejam associados na hierarquia de locais. Os locais RNU pertencentes a cada unidade funcional podem ser consultados, na RIS, em [http://sim-sns.min-saude.pt/ncsp\\_acss/hierarquia.aspx](http://sim-sns.min-saude.pt/ncsp_acss/hierarquia.aspx). O mesmo sucede se a unidade de observação do indicador for um ACES. Se a unidade de observação for um médico ou enfermeiro, surgirão no denominador as consultas realizadas por qualquer médico da unidade funcional a utentes que na data de referência do indicador pertençam ao ficheiro de utentes do profissional de saúde (unidade de observação do indicador). Os utentes que na data de referência do indicador já não esteja inscritos na unidade funcional, aparecem associados ao último médico de família e ao último enfermeiro de família de inscrição.

B. As consultas contabilizados no denominador são do tipo [Consulta médica não presencial], com um dos códigos seguintes:

- [C001](#) | Consulta médica não presencial - SAM/SCLínico:

- [C007](#) | Consulta médica não presencial - MedicineOne

- [C013](#) | Consulta médica não presencial - VitaCare

C. A fonte de dados para a leitura das receitas de medicamentos é a BDNP. Nas receitas médicas em que a BDNP não tenha um identificador único da consulta médica que a gerou, considera-se que a consulta que lhe deu origem foi a mais recente das que se consigam identificar com igualdade de código de local de prescrição, entre 10 dias antes da prescrição e as 24 horas do dia da prescrição.

D. A data e hora que contam para o início da contagem das 72 horas é a do primeiro registo administrativo associado à consulta que gera a receita médica, seja ela a do agendamento da consulta, faturação da taxa moderadora, dispensa, isenção registo administrativo do pedido num sistema de tarefas, devendo idealmente ser gerado de forma automática pelo sistema de informação.

### Período em Análise

#### INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "data de prescrição de medicamento"): O período em análise desta variável está ancorado na respetiva consulta que lhe deu origem e tem início na data e hora de registo do pedido da consulta pelo utente e fim 72 horas depois.
- Denominador (variável "inscrição"): Ancorada na data de realização da consulta.
- Denominador (variável "consulta"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. - Denominador (variável "pelo menos uma receita médica emitida"): O período em análise desta variável está ancorado na respetiva consulta que lhe deu origem e tem início na data e hora de registo do pedido da consulta pelo utente e fim 10 dias depois.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de consultas	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos	Ano de 2017: [85; 100]	Ano de 2017: [80; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Não aplicável	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	30 dias

### Legenda

RIS - Rede Interna da Saúde.  
BDNP - Base de Dados Nacional de Prescrições.  
TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos.

<b>341</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	7.19.01	2017.341.01	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão

### Designação

Despesa média (PVP) de medicamentos prescritos e comparticipados, por utente inscrito padrão

### Objetivo

Monitorizar a despesa com medicamentos prescritos que são comparticipados, efetuada no contexto de atividade das unidades funcionais dos cuidados de saúde primários. Os resultados do indicador são ajustados para a distribuição por sexo e idade de uma população padrão.

### Descrição do Indicador

Exprime a despesa média anual em medicamentos prescritos que são comparticipados, baseada no PVP, por cada utente ponderado à proporção de tempo de [inscrição ativa](#) na unidade de observação, relativamente ao período em análise e também com ajustamento a uma população padrão (distribuição por género e idade).

Numerador da despesa média bruta: Somatório do PVP de medicamentos prescritos e comparticipados pelo SNS a utentes com [inscrição ativa](#) na unidade de observação.

Denominador da despesa média bruta: Contagem de utentes com [inscrição ativa](#) na unidade de observação, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da despesa média por utente à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

Trata-se do somatório do [PVP equivalente] dos medicamentos comparticipados pelo SNS (ver alíneas E, G, H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS) a utentes com idade [X; Y] e género Z em que a condição [A e B e C e (D ou E ou F)] é verdadeira:

A. Prescritos durante o período em análise de 12 meses que antecedem a data de referência do indicador, a utentes com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês da prescrição (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Prescritos a utentes do género Z.

C. Prescritos a utentes que na data de referência do indicador têm idade em anos pertencente ao intervalo [X; Y].

D. 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;

E. 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;

F. 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;

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição, com idade [X; Y] e género Z, em que a condição [A e B e C] é verdadeira.

A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo mesmo um dia do período em análise.

B. Têm género Z.

C. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y].

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas.

#### DESPESA MÉDIA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### DESPESA MÉDIA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

##### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#), isto é 44 grupos de utentes por unidade de observação e também para a população padrão.

##### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#), ou seja, escolhe-se sempre como população padrão a totalidade dos utentes com [\[inscrição ativa\]](#) em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador.

##### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão.

##### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição.

##### 5. DISTRIBUIÇÃO DA DESPESA PVP EQUIVALENTE DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA.

##### 6. DETERMINAÇÃO DA DESPESA PVP EQUIVALENTE ESPERADA

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

##### 7. TOTAL DA DESPESA PVP EQUIVALENTE ESPERADA

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular o [DESPESA PVP EQUIVALENTE ESPERADA NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

##### 8. CÁLCULO DA DESPESA MÉDIA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[DESPESA MÉDIA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [DESPESA PVP EQUIVALENTE ESPERADA NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)]

### Observações Gerais

A. Neste indicador, a despesa em medicamentos dos utentes é atribuída à unidade funcional onde o utente, no mês da prescrição, tem [\[inscrição ativa\]](#). O cruzamento, para cada utente, entre as prescrições e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo número de utente.

B. A despesa com a prescrição de medicamentos que ocorre num ano é distribuída pelas unidades funcionais de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a prescrição, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da prescrição. Assim, caso no mês da prescrição existe uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, essa despesa não é contabilizada neste indicador.

C. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas] em unidades de observação diferentes, a despesa desse mês é contabilizada em todas.

D. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes. Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da despesa média bruta é 10.000. Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, a prescrição de 12 meses (numerador) é dividida pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

E. PVP Equivalente:

Com a prescrição por DCI, o médico dá liberdade ao utente e à farmácia para, caso exista mais do que uma marca comercial do DCI prescrito no mercado, tomarem uma decisão sobre o medicamento que é efetivamente dispensado, bem como a despesa associada.

Assim, neste indicador cria-se o conceito da métrica do [PVP equivalente], com as regras seguintes:

i) 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).

ii) 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;

F. 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 equivalente] no somatório do numerador do indicador é a [data de prescrição].

G. 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).

H. 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 manuscritas (p.e. por falência do sistema electrónico 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.
- "Outros produtos" como tiras de glicémia, agulhas e produtos dietéticos.

I. 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"

- Variável AA ("despesa com medicamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a prescrição.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD	€ / UTE	Despesa com medicamentos	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Desempenho   Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica	Ano de 2017: [90; 130]	Ano de 2017: [90; 135]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	30 dias

### Legenda

CSP - Cuidados de Saúde Primários;  
SNS - Serviço Nacional de Saúde;  
PVP - Preço de Venda ao Público;  
DCI - Denominação Comum Internacional;  
€ / UTE - Euros por utente inscrito.

342

Código

3.29.01

Código SIARS

2017.342.01

Nome abreviado

Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis

### Designação

Proporção de consultas médicas por iniciativa dos utentes marcadas em menos de 15 dias úteis

### Objetivo

Monitorizar os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para as consultas médicas não relacionadas com doença aguda.

### Descrição do Indicador

Exprime a proporção de consultas médicas por iniciativa dos utentes que são realizadas até 15 dias úteis após o pedido.  
Numerador - Contagem de consultas médicas agendadas por iniciativa dos utentes, realizadas até 15 dias úteis após a data do pedido.  
Denominador - Contagem de consultas médicas realizadas por iniciativa dos utentes.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Consulta realizada até ao final do 15º dia útil após o dia do pedido (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

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

A. Efetuada por qualquer médico ou interno da unidade funcional durante o período em análise.

B. Agendada por iniciativa do utente ou sem especificação da iniciativa do agendamento (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Do tipo "consulta médica presencial" (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. Não se incluem as consultas de vigilância (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. Realizada a utente com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês da realização da consulta.

### Observações Gerais

A. A contagem dos dias inicia-se no dia seguinte àquele em que foi efetuado o agendamento. Excluem-se da contagem sábados, domingos e feriados oficiais. O dia de feriado municipal é contabilizado como se fosse "dia útil".

B. A legislação relacionada com os TMRG estabelece que as consultas por motivo não relacionado com doença aguda devem ter resposta até 15 dias úteis a partir da data do pedido. No entanto, este indicador inclui no denominador todas as consultas presenciais por iniciativa do utente, independentemente do motivo ser ou não por doença aguda.

C. Não devem ser consideradas no denominador nem no numerador as marcações por iniciativa dos profissionais.

D. Para se considerar uma [Consulta Médica de Presencial], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C002](#) [Consulta médica presencial - SAM/SClínico].

- [C008](#) [Consulta médica presencial - MedicineOne].

- [C014](#) [Consulta médica presencial - VitaCare].

E. Para se considerar uma [Consulta Médica de Vigilância], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C003](#) | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- [C009](#) | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- [C015](#) | Consulta médica de vigilância - VitaCare

### Período em Análise

**INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"**

- Numerador (variável "consulta médica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "data de pedido da consulta"): É um atributo da variável "consulta médica".
- Denominador (variável "consulta médica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição do utente"): Apurado no último dia do mês da realização da consulta.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de consultas	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos	Ano de 2017: [65; 100]	Ano de 2017: [60; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Não aplicável	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

**Legenda**

TMRG - tempos máximos de resposta garantidos

<b>344</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	3.31.01	2017.344.01	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.

### Designação

Proporção de consultas médicas realizadas no dia do agendamento

### Objetivo

Monitorizar a proporção de consultas médicas realizadas no dia do agendamento.

### Descrição do Indicador

Exprime a proporção de consultas médicas presenciais que são realizadas no dia em que são agendadas.  
Numerador - Contagem de consultas médicas presenciais, que são realizadas no dia em que são agendadas.  
Denominador - Contagem de consultas médicas presenciais.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador.
- B. Consulta realizada no dia do agendamento.

DENOMINADOR (BB):

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

- A. Efetuada por qualquer médico ou interno da unidade funcional durante o período em análise.
- B. Do tipo "consulta médica presencial" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- C. Realizado a utente com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês da realização da consulta.

### Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta Médica de Presencial], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C002](#) [Consulta médica presencial - SAM/SClínico].
- [C008](#) [Consulta médica presencial - MedicineOne].
- [C014](#) [Consulta médica presencial - VitaCare].

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "consulta médica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "data de pedido da consulta"): É um atributo da variável "consulta médica".
- Denominador (variável "consulta médica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição do utente"): Apurado no último dia do mês da realização da consulta.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de consultas	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---------------------------	--------------------	--------------------

Desempenho   Acesso   Consulta no Próprio Dia	Ano de 2017: [20; 35]	Ano de 2017: [15; 45]
---	-----------------------	-----------------------

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Não aplicável	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

TMRG - tempos máximos de resposta garantidos

346

Código

3.33.01

Código SIARS

2017.346.01

Nome abreviado

Propor. consul. realiz. no intervalo [8; 11[ h

### Designação

Proporção de consultas realizadas no intervalo [8; 11[ horas.

### Objetivo

Monitorizar a distribuição horária das consultas presenciais.

### Descrição do Indicador

Exprime a proporção de consultas médicas ou de enfermagem presenciais que são realizadas no intervalo [8; 11[ horas.  
Numerador - Contagem de consultas médicas ou de enfermagem presenciais que são realizadas no intervalo [8; 11[ horas.  
Denominador - Contagem de consultas médicas ou de enfermagem presenciais realizadas.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador.
- B. Realizadas no intervalo [8; 11[ horas.

DENOMINADOR (BB):

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

- A. Efetuada por qualquer médico ou enfermeiro da unidade funcional durante o período em análise.
- B. Do tipo "consulta médica presencial" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- C. Do tipo "consulta de enfermagem presencial" (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- D. Não é do tipo "domicílio".
- E. Realizado a utente com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês da realização da consulta.
- F. Realizadas no intervalo [8; 20] horas.

### Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta Médica de Presencial], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C002](#) [Consulta médica presencial - SAM/SClínico].
- [C008](#) [Consulta médica presencial - MedicineOne].
- [C014](#) [Consulta médica presencial - VitaCare].

B. Para se considerar uma [Consulta enfermagem com a presença do utente (direta)], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SClínico/SAPE
- [C011](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne
- [C017](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - VitaCare

C. Devem ser disponibilizados adicionalmente as seguintes métricas:

- a) Nº consultas médicas realizadas (subconjunto do denominador);
- b) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [8; 11[ horas;
- c) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [11; 14[ horas;
- d) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [14; 17[ horas;
- e) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [17; 20] horas;
- f) Nº consultas de enfermagem realizadas (subconjunto do denominador);
- g) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [8; 11[ horas;

- h) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [11; 14[ horas;
- i) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [14; 17[ horas;
- j) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [17; 20] horas;
- k) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [8; 11[ horas;
- l) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [11; 14[ horas;
- m) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [14; 17[ horas;
- n) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [17; 20[ horas.

### Período em Análise

#### INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "consulta médica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "consulta de enfermagem"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "hora de agendamento da consulta"): É um atributo da variável "consulta médica" e da variável "consulta de enfermagem".
- Denominador (variável "consulta médica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "consulta de enfermagem"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição do utente"): Apurado no último dia do mês da realização da consulta.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de consultas	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	Ano de 2017: [20; 30]	Ano de 2017: [15; 35]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Não aplicável	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

347

Código

3.33.01

Código SIARS

2017.347.01

Nome abreviado

Propor. consul. realiz. no intervalo [11; 14[ h

### Designação

Proporção de consultas realizadas no intervalo [11; 14[ horas.

### Objetivo

Monitorizar a distribuição horária das consultas presenciais.

### Descrição do Indicador

Exprime a proporção de consultas médicas ou de enfermagem presenciais que são realizadas no intervalo [11; 14[ horas.  
Numerador - Contagem de consultas médicas ou de enfermagem presenciais que são realizadas no intervalo [11; 14[ horas.  
Denominador - Contagem de consultas médicas ou de enfermagem presenciais realizadas.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador.
- B. Realizadas no intervalo [11; 14[ horas.

DENOMINADOR (BB):

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

- A. Efetuada por qualquer médico ou enfermeiro da unidade funcional durante o período em análise.
- B. Do tipo "consulta médica presencial" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- C. Do tipo "consulta de enfermagem presencial" (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- D. Não é do tipo "domicílio".
- E. Realizado a utente com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês da realização da consulta.
- F. Realizadas no intervalo [8; 20] horas.

### Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta Médica de Presencial], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C002](#) [Consulta médica presencial - SAM/SClínico].
- [C008](#) [Consulta médica presencial - MedicineOne].
- [C014](#) [Consulta médica presencial - VitaCare].

B. Para se considerar uma [Consulta enfermagem com a presença do utente (direta)], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SClínico/SAPE
- [C011](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne
- [C017](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - VitaCare

C. Devem ser disponibilizados adicionalmente as seguintes métricas:

- a) Nº consultas médicas realizadas (subconjunto do denominador);
- b) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [8; 11[ horas;
- c) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [11; 14[ horas;
- d) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [14; 17[ horas;
- e) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [17; 20] horas;
- f) Nº consultas de enfermagem realizadas (subconjunto do denominador);
- g) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [8; 11[ horas;

- h) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [11; 14[ horas;
- i) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [14; 17[ horas;
- j) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [17; 20] horas;
- k) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [8; 11[ horas;
- l) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [11; 14[ horas;
- m) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [14; 17[ horas;
- n) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [17; 20[ horas.

### Período em Análise

#### INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "consulta médica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "consulta de enfermagem"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "hora de agendamento da consulta"): É um atributo da variável "consulta médica" e da variável "consulta de enfermagem".
- Denominador (variável "consulta médica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "consulta de enfermagem"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição do utente"): Apurado no último dia do mês da realização da consulta.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de consultas	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Desempenho   Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	Ano de 2017: [22.5; 32.5]	Ano de 2017: [20; 35]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Não aplicável	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

348

Código

3.33.01

Código SIARS

2017.348.01

Nome abreviado

Propor. consul. realiz. no intervalo [14; 17[ h

### Designação

Proporção de consultas realizadas no intervalo [14; 17[ horas.

### Objetivo

Monitorizar a distribuição horária das consultas presenciais.

### Descrição do Indicador

Exprime a proporção de consultas médicas ou de enfermagem presenciais que são realizadas no intervalo [14; 17[ horas.  
Numerador - Contagem de consultas médicas ou de enfermagem presenciais que são realizadas no intervalo [14; 17[ horas.  
Denominador - Contagem de consultas médicas ou de enfermagem presenciais realizadas.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador.
- B. Realizadas no intervalo [14; 17[ horas.

DENOMINADOR (BB):

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

- A. Efetuada por qualquer médico ou enfermeiro da unidade funcional durante o período em análise.
- B. Do tipo "consulta médica presencial" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- C. Do tipo "consulta de enfermagem presencial" (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- D. Não é do tipo "domicílio".
- E. Realizado a utente com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês da realização da consulta.
- F. Realizadas no intervalo [8; 20] horas.

### Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta Médica de Presencial], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C002](#) [Consulta médica presencial - SAM/SClínico].
- [C008](#) [Consulta médica presencial - MedicineOne].
- [C014](#) [Consulta médica presencial - VitaCare].

B. Para se considerar uma [Consulta enfermagem com a presença do utente (direta)], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SClínico/SAPE
- [C011](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne
- [C017](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - VitaCare

C. Devem ser disponibilizados adicionalmente as seguintes métricas:

- a) Nº consultas médicas realizadas (subconjunto do denominador);
- b) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [8; 11[ horas;
- c) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [11; 14[ horas;
- d) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [14; 17[ horas;
- e) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [17; 20] horas;
- f) Nº consultas de enfermagem realizadas (subconjunto do denominador);
- g) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [8; 11[ horas;

- h) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [11; 14[ horas;
- i) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [14; 17[ horas;
- j) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [17; 20] horas;
- k) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [8; 11[ horas;
- l) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [11; 14[ horas;
- m) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [14; 17[ horas;
- n) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [17; 20[ horas.

### Período em Análise

#### INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "consulta médica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "consulta de enfermagem"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "hora de agendamento da consulta"): É um atributo da variável "consulta médica" e da variável "consulta de enfermagem".
- Denominador (variável "consulta médica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "consulta de enfermagem"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição do utente"): Apurado no último dia do mês da realização da consulta.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de consultas	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Desempenho   Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	Ano de 2017: [22.5; 32.5]	Ano de 2017: [20; 35]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Não aplicável	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

349

Código

3.33.01

Código SIARS

2017.349.01

Nome abreviado

Propor. consul. realiz. no intervalo [17; 20] h

### Designação

Proporção de consultas realizadas no intervalo [17; 20] horas.

### Objetivo

Monitorizar a distribuição horária das consultas presenciais.

### Descrição do Indicador

Exprime a proporção de consultas médicas ou de enfermagem presenciais que são realizadas no intervalo [17; 20] horas.  
Numerador - Contagem de consultas médicas ou de enfermagem presenciais que são realizadas no intervalo [17; 20] horas.  
Denominador - Contagem de consultas médicas ou de enfermagem presenciais realizadas.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

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

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador.
- B. Realizadas no intervalo [17; 20] horas.

DENOMINADOR (BB):

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

- A. Efetuada por qualquer médico ou enfermeiro da unidade funcional durante o período em análise.
- B. Do tipo "consulta médica presencial" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- C. Do tipo "consulta de enfermagem presencial" (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- D. Não é do tipo "domicílio".
- E. Realizado a utente com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês da realização da consulta.
- F. Realizadas no intervalo [8; 20] horas.

### Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta Médica de Presencial], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C002](#) [Consulta médica presencial - SAM/SClínico].
- [C008](#) [Consulta médica presencial - MedicineOne].
- [C014](#) [Consulta médica presencial - VitaCare].

B. Para se considerar uma [Consulta enfermagem com a presença do utente (direta)], é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C005](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - SClínico/SAPE
- [C011](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne
- [C017](#) | Consulta enfermagem com a presença do utente (direta) - VitaCare

C. Devem ser disponibilizados adicionalmente as seguintes métricas:

- a) Nº consultas médicas realizadas (subconjunto do denominador);
- b) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [8; 11[ horas;
- c) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [11; 14[ horas;
- d) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [14; 17[ horas;
- e) Nº consultas médicas realizadas no intervalo [17; 20] horas;
- f) Nº consultas de enfermagem realizadas (subconjunto do denominador);
- g) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [8; 11[ horas;

- h) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [11; 14[ horas;
- i) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [14; 17[ horas;
- j) Nº consultas de enfermagem realizadas no intervalo [17; 20] horas;
- k) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [8; 11[ horas;
- l) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [11; 14[ horas;
- m) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [14; 17[ horas;
- n) Nº consultas médicas ou de enfermagem realizadas no intervalo [17; 20[ horas.

### Período em Análise

#### INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "consulta médica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "consulta de enfermagem"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "hora de agendamento da consulta"): É um atributo da variável "consulta médica" e da variável "consulta de enfermagem".
- Denominador (variável "consulta médica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "consulta de enfermagem"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição do utente"): Apurado no último dia do mês da realização da consulta.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de consultas	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	Ano de 2017: [15; 25]	Ano de 2017: [10; 35]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Não aplicável	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

<b>350</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	7.20.01	2017.350.01	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus

### Designação

Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus

### Objetivo

Monitorizar o custo do tratamento da Diabetes Mellitus.

### Descrição do Indicador

Exprime a despesa média com antidiabéticos orais, insulina, tiras de glicémia e agulhas de doseamento de glicémia nos doentes com Diabetes Mellitus.

Numerador - Somatório do Preço de Venda ao Público (PVP) dos antidiabéticos orais, insulina, tiras de glicémia e agulhas de doseamento de glicémia prescritos aos doentes com Diabetes Mellitus.

Denominador - Contagem de doentes com Diabetes Mellitus.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do PVP de medicamentos ou de dispositivos médicos em que a expressão [A e (B ou C ou D)] é verdadeira:

- A. Prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde durante o período em análise aos utentes incluídos no denominador.
- B. Pertencente à classe dos antidiabéticos orais (ver alíneas A e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- C. Pertencente à classe das insulinas (ver alíneas B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- D. Pertencente ao grupo dos dispositivos médicos para a automonitorização da diabetes (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

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

- A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.
- B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 (rubrica da ICPC-2 T89) ou o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) encontram-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

### 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. Os medicamentos pertencentes às classes CFT e ATC acima referidas podem ser consultados em <http://app7.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.
- D. Os dispositivos médicos para a automonitorização da diabetes cuja despesa é contabilizada no numerador podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos/programa-controlo-diabetes-mellitus>.

### 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 "prescrição de medicamentos e produtos terapêuticos"): 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 Mellitus"): Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB	€ / UTE	Preço médio por utente	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [120; 300]	Ano de 2017: [120; 320]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

PVP - Preço de Venda ao Público

<b>351</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	7.20.02	2017.351.01	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado

### Designação

Custo com terapêutica do doente com Diabetes Mellitus controlado

### Objetivo

Monitorizar a eficiência do tratamento da Diabetes Mellitus.

### Descrição do Indicador

Exprime a despesa média com antidiabéticos orais, insulina, tiras de glicémia e agulhas de doseamento de glicémia nos doentes com Diabetes Mellitus controlada.

Numerador - Somatório do Preço de Venda ao Público (PVP) dos antidiabéticos orais, insulina, tiras de glicémia e agulhas de doseamento de glicémia prescritos aos doentes com Diabetes Mellitus controlada.

Denominador - Contagem de doentes com Diabetes Mellitus controlada.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do PVP de medicamentos ou de dispositivos médicos em que a expressão [A e (B ou C ou D)] é verdadeira:

- A. Prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde durante o período em análise aos utentes incluídos no denominador.
- B. Pertencente à classe dos antidiabéticos orais (ver alíneas A e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- C. Pertencente à classe das insulinas (ver alíneas B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- D. Pertencente ao grupo dos dispositivos médicos para a automonitorização da diabetes (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

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 Diabetes Mellitus tipo 1 (rubrica da ICPC-2 T89) ou o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) encontram-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".
- C. Com pelo menos um registo de HgbA1c no último semestre (ver alíneas E, F, G e H de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- D. O último resultado registado de HgbA1c é inferior ou igual a 8.0% (ver alíneas E, F, G e H 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. Os medicamentos pertencentes às classes CFT e ATC acima referidas podem ser consultados em <http://app7.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.
- D. Os dispositivos médicos para a automonitorização da diabetes cuja despesa é contabilizada no numerador podem ser consultados em <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos/programa-controlo-diabetes-mellitus>.
- E. 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.
- F. Apenas se contabilizam HgbA1c com resultado registado.
- G. 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.
- H. Se em determinada data existir um resultado de HgbA1c que cumpra a condição C do numerador (último semestre) e também a condição D (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 denominador. 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 denominador.

### 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".

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 "prescrição de medicamentos e produtos terapêuticos"): 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 Mellitus"): Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB	€ / UTE	Preço médio por utente	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [120; 300]	Ano de 2017: [120; 320]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Diabetes	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

PVP - Preço de Venda ao Público

352

Código

7.22.01

Código SIARS

2017.352.01

Nome abreviado

Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA

### Designação

Custo com terapêutica do doente com Hipertensão Arterial

### Objetivo

Monitorizar o custo do tratamento da Hipertensão Arterial.

### Descrição do Indicador

Exprime a despesa média com antihipertensores nos doentes com Hipertensão Arterial.

Numerador - Somatório do Preço de Venda ao Público (PVP) dos antihipertensores prescritos aos doentes com Hipertensão Arterial.

Denominador - Contagem de doentes com Hipertensão Arterial.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do PVP de medicamentos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde durante o período em análise aos utentes incluídos no denominador.

B. Pertencente à classe dos antihipertensores (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 Arterial (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

### Observações Gerais

A. Consideram-se pertencentes ao grupo dos [antihipertensores], os medicamentos pertencentes à classe 3.4 da classificação CFT.

B. Os medicamentos pertencentes às classes CFT e ATC acima referidas podem ser consultados em

<http://app7.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

### Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de hipertensão arterial 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 "prescrição de medicamentos"): 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 Hipertensão Arterial"): Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB	€ / UTE	Preço médio por utente	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Hipertensão Arterial	Ano de 2017: [50; 90]	Ano de 2017: [50; 95]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Hipertensão	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

PVP - Preço de Venda ao Público

353

Código

7.23.02

Código SIARS

2017.353.01

Nome abreviado

Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada

### Designação

Custo com terapêutica do doente com Hipertensão Arterial controlada

### Objetivo

Monitorizar a eficiência do tratamento da Hipertensão Arterial.

### Descrição do Indicador

Exprime a despesa média com antihipertensores nos doentes com Hipertensão Arterial controlada.

Numerador - Somatório do Preço de Venda ao Público (PVP) dos antihipertensores prescritos aos doentes com Hipertensão Arterial controlada.

Denominador - Contagem de doentes com Hipertensão Arterial controlada.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do PVP de medicamentos em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde durante o período em análise aos utentes incluídos no denominador.

B. Pertencente à classe dos antihipertensores (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](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.

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

C. 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 C, D, E, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

### Observações Gerais

A. Consideram-se pertencentes ao grupo dos [antihipertensores], os medicamentos pertencentes à classe 3.4 da classificação CFT.

B. Os medicamentos pertencentes às classes CFT e ATC acima referidas podem ser consultados em

<http://app7.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

C. São contabilizados no denominador utentes com 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 realizados em texto livre no SOAP.

F. Apenas são considerados no denominador 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.

G. 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 denominador.

### 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 (variável "prescrição de medicamentos e produtos terapêuticos"): 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 Hipertensão Arterial"): Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB	€ / UTE	Preço médio por utente	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Hipertensão Arterial	Ano de 2017: [50; 100]	Ano de 2017: [50; 105]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Hipertensão	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	5 dias

### Legenda

PVP - Preço de Venda ao Público

<b>354</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	7.24.01	2017.354.01	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)

### Designação

Despesa média, baseada no preço convencionado de MCDT prescritos, por utente inscrito padrão

### Objetivo

Monitorizar a despesa com MCDT prescritos, efetuada no contexto de atividade das unidades funcionais dos cuidados de saúde primários. Os resultados do indicador são ajustados para a distribuição por sexo e idade de uma população padrão.

### Descrição do Indicador

Exprime a despesa média anual em MCDT prescritos, baseada no preço convencionado, por cada utente ponderado à proporção de tempo de [inscrição ativa](#) na unidade de observação, relativamente ao período em análise e também com ajustamento a uma população padrão (distribuição por género e idade).

Numerador da despesa média bruta: Somatório do preço convencionado de MCDT prescritos a utentes com [inscrição ativa](#) na unidade de observação.

Denominador da despesa média bruta: Contagem de utentes com [inscrição ativa](#) na unidade de observação, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da despesa média por utente à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

Trata-se do somatório do preço convencionado dos MCDT prescritos (ver alíneas E, F, G e H de OBSERVAÇÕES GERAIS) a utentes com idade [X; Y[ e género Z em que a condição [A e B e C e (D ou E ou F)] é verdadeira:

A. Prescritos durante o período em análise de 12 meses que antecedem a data de referência do indicador, a utentes com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês da prescrição (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Prescritos a utentes do género Z.

C. Prescritos a utentes que na data de referência do indicador têm idade em anos pertencente ao intervalo [X; Y[.

D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa requisição com código identificador dessa unidade de saúde;

E. 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 requisição com código identificador dessa unidade de saúde;

F. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa requisição com código identificador de qualquer unidade do ACES;

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição, com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C] é verdadeira.

A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo mesmo um dia do período em análise.

B. Têm género Z.

C. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas.

#### DESPESA MÉDIA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### DESPESA MÉDIA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

##### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#), isto é 44 grupos de utentes por unidade de observação e também para a população padrão.

##### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#), ou seja, escolhe-se sempre como população padrão a totalidade dos utentes com [\[inscrição ativa\]](#) em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador.

##### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão.

##### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição.

##### 5. DISTRIBUIÇÃO DA DESPESA COM MCDT (PREÇO CONVENCIONADO) DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA.

##### 6. DETERMINAÇÃO DA DESPESA COM MCDT (PREÇO CONVENCIONADO) ESPERADA

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

##### 7. TOTAL DA DESPESA COM MCDT (PREÇO CONVENCIONADO) ESPERADA

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular o [DESPESA MCDT PRESCRITOS ESPERADA NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

##### 8. CÁLCULO DA DESPESA AJUSTADA COM MCDT PRESCRITOS, POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[DESPESA MÉDIA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [DESPESA MCDT PRESCRITOS ESPERADA NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)]

#### Observações Gerais

A. Neste indicador, a despesa com MCDT dos utentes é atribuída à unidade funcional onde o utente, no mês da prescrição, tem [\[inscrição ativa\]](#). O cruzamento, para cada utente, entre as prescrições e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo número de utente.

B. A despesa com a prescrição de MCDT que ocorre num ano é distribuída pelas unidades funcionais de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a prescrição, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da prescrição. Assim, caso no mês da prescrição existe uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum

motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, essa despesa não é contabilizada neste indicador.

C. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas](#) em unidades de observação diferentes, a despesa desse mês é contabilizada em todas.

D. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes. Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da despesa média bruta é 10.000. Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, a prescrição de 12 meses (numerador) é dividida pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

E. 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](http://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 \[Conceitos e métricas relacionadas com MCDT\]](#).

F. 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].

G. São contabilizados no numerador as despesas relacionados com MCDT prescritos e pertencentes à tabela de MCDT convencionados, quer sejam realizados quer não;

H. 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 electrónico de prescrição).

## Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável AA ("despesa com MCDT"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a prescrição.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD	€/ UTE	Despesa com MCDT	Com dados desde Dezembro de 2016

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Qualificação da Prescrição   Prescrição MCDT's	Ano de 2017: [25; 45]	Ano de 2017: [25; 50]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	30 dias

## Legenda

MCDT - Meio complementar de diagnóstico e terapêutica;  
€/ UTE - Euros por utente inscrito.

<b>355</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.62.02	2017.355.01	Taxa internam. p/ asma adultos jovens (ajust.)

### Designação

Taxa de internamento por asma em adultos jovens (ajustada para uma população padrão)

### Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a adultos jovens com "asma", no controlo da sintomatologia desta doença, usando como medida de efetividade a "taxa de internamento hospitalar" por agudização dessa patologia.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos hospitalares com diagnóstico principal de "asma", por cada 100.000 utentes com [inscrição ativa](#) e com idades entre 18 e 39 anos.

Numerador da taxa bruta: Contagem de episódios de internamento hospitalar com diagnóstico principal de "asma".

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes [inscritos ativos](#) com idades entre 18 e 39 anos, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de internamento por utente inscrito à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

Contagem de internamentos hospitalares referentes a utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J] é verdadeira:

- A. Internados com data de alta incluída no período em análise (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- B. Internados com duração superior a 24 horas (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- C. Não são considerados os utentes transferidos de outros hospitais.
- D. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês alta do episódio de internamento (ver alíneas C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- E. Com o género Z.
- F. Que na data de alta do episódio hospitalar têm idade, em anos, pertencente ao intervalo [X; Y[.
- G. Na data de admissão têm idade compreendida entre 18 e 39 anos (com pelo menos 18 anos já feitos e ainda sem ter ultrapassado o 40º aniversário);
- H. O utente internado tem diagnóstico principal de "asma" (ver alíneas A e H de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- I. O utente internado não tem diagnósticos secundários de fibrose quística nem de outras doenças respiratórias crónicas (ver alíneas B e H de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- J. Excluem-se episódios de internamento por gravidez, parto e puerpério.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS), com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira.

A. Com idades compreendidas entre 18 e 39 anos (com pelo menos 18 anos já feitos e ainda sem ter ultrapassado o 40º aniversário).

B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo menos um dia do período em análise.

C. Com género Z.

D. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

#### TAXA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

##### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), usando os grupos definidos na tabela seguinte, que está adaptada ao intervalo etário em análise neste indicador de [18; 40[ anos.

Intervalo etário	Género	
[18; 20[ anos	Masc.	Femin.
[20; 25[ anos	Masc.	Femin.
[25; 30[ anos	Masc.	Femin.
[30; 35[ anos	Masc.	Femin.
[35; 40[ anos	Masc.	Femin.

##### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas escolhe-se como população padrão a totalidade dos utentes com [[inscrição ativa](#)] em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador, com idades compreendidas no intervalo [18; 40[ anos, subdivididos nos escalões de idade e género definidos no ponto anterior (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

##### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se o método definido [aqui](#), adaptado aos escalões de idade e género definidos no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão referidos (no intervalo [18; 40[ anos).

##### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição e apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

##### 5. DISTRIBUIÇÃO DOS INTERNAMENTOS ASSOCIADOS À UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA, mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

##### 6. DETERMINAÇÃO DOS INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 7. TOTAL DE INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular os [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

#### 8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100.000

### Observações Gerais

A. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "asma":

#### ICD-10-CM:

- J4521 - Mild intermittent asthma with (acute) exacerbation
- J4522 - Mild intermittent asthma with status asthmaticus
- J4531 - Mild persistent asthma with (acute) exacerbation
- J4532 - Mild persistent asthma with status asthmaticus
- J4541 - Moderate persistent asthma with (acute) exacerbation
- J4542 - Moderate persistent asthma with status asthmaticus
- J4551 - Severe persistent asthma with (acute) exacerbation
- J4552 - Severe persistent asthma with status asthmaticus
- J45901 - Unspecified asthma with (acute) exacerbation
- J45902 - Unspecified asthma with status asthmaticus
- J45990 - Exercise induced bronchospasm
- J45991 - Cough variant asthma
- J45998 - Other asthma

#### ICD-9-CM:

- 49300 - Asma extrínseca, não especificada
- 49301 - Asma extrínseca, com estado asmático
- 49302 - Asma extrínseca, com exacerbação (aguda)
- 49310 - Asma intrínseca, não especificada
- 49311 - Asma intrínseca, com estado asmático
- 49312 - Asma intrínseca, com exacerbação (aguda)
- 49320 - Asma crónica obstrutiva, não especificada
- 49321 - Asma crónica obstrutiva, com estado asmático
- 49322 - Asma crónica obstrutiva, com exacerbação (aguda)
- 49381 - Broncospasmo induzido pelo exercício
- 49382 - Variante de tosse da asma
- 49390 - Asma não especificada, estado não especificado
- 49391 - Asma não especificada, com estado asmático
- 49392 - Asma não especificada, com exacerbação (aguda)

B. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "fibrose quística" ou "outras doenças respiratórias crónicas":

#### ICD-10-CM:

- E840 - Cystic fibrosis with pulmonary manifestations
- E8411 - Meconium ileus in cystic fibrosis
- E8419 - Cystic fibrosis with other intestinal manifestations
- E848 - Cystic fibrosis with other manifestations
- E849 - Cystic fibrosis, unspecified
- J8483 - Surfactant mutations of the lung
- J84841 - Neuroendocrine cell hyperplasia of infancy
- J84842 - Pulmonary interstitial glycogenosis
- J84843 - Alveolar capillary dysplasia with vein misalignment
- J84848 - Other interstitial lung diseases of childhood
- P270 - Wilson-Mikity syndrome
- P271 - Bronchopulmonary dysplasia originating in the perinatal period

P278 - Other chronic respiratory diseases originating in the perinatal period  
P279 - Unspecified chronic respiratory disease originating in the perinatal period  
Q254 - Other congenital malformations of aorta  
Q311 - Congenital subglottic stenosis  
Q312 - Laryngeal hypoplasia  
Q313 - Laryngocele  
Q315 - Congenital laryngomalacia  
Q318 - Other congenital malformations of larynx  
Q319 - Congenital malformation of larynx, unspecified  
Q320 - Congenital tracheomalacia  
Q321 - Other congenital malformations of trachea  
Q322 - Congenital bronchomalacia  
Q323 - Congenital stenosis of bronchus  
Q324 - Other congenital malformations of bronchus  
Q330 - Congenital cystic lung  
Q331 - Accessory lobe of lung  
Q332 - Sequestration of lung  
Q333 - Agenesis of lung  
Q334 - Congenital bronchiectasis  
Q335 - Ectopic tissue in lung  
Q336 - Congenital hypoplasia and dysplasia of lung  
Q338 - Other congenital malformations of lung  
Q339 - Congenital malformation of lung, unspecified  
Q340 - Anomaly of pleura  
Q341 - Congenital cyst of mediastinum  
Q348 - Other specified congenital malformations of respiratory system  
Q349 - Congenital malformation of respiratory system, unspecified  
Q390 - Atresia of esophagus without fistula  
Q391 - Atresia of esophagus with tracheo-esophageal fistula  
Q392 - Congenital tracheo-esophageal fistula without atresia  
Q393 - Congenital stenosis and stricture of esophagus  
Q394 - Esophageal web  
Q893 - Situs inversus

**ICD-9-CM:**

27700 - Fibrose quística sem mencao de ileo meconial  
27701 - Fibrose quística com ileo meconial  
27702 - Fibrose quística com manifestações pulmonares  
27703 - Fibrose quística com manifestações gastrintestinais  
27709 - Fibrose quística com manifestações não classificáveis em outra parte  
51662 - Glicogenose intersticial pulmonar  
51663 - Denca pulmonar devida a mutações da surfactante  
51664 - Displasia alveolo-capilar com desalinhamento venoso  
51669 - Doenças pulmonares intersticiais da criança NCOP  
74721 - Anomalia congénita do arco aortico  
7483 - Malformacao congénita da laringe, traqueia ou bronquios NCOP  
7485 - Agenesia,hipoplasia e displasia pulmonar  
74860 - Anomalia congénita pulmão SOE  
74861 - Bronquiectasias congénitas  
7488 - Malformações congénitas especificadas do aparelho respiratório NCOP  
7489 - Malformações congénitas do aparelho respiratório SOE  
7503 - Fistula traqueo-esofágica, atresia ou estenose do esófago  
7593 - Situs inversus  
7707 - Doença respiratoria cronica com inicio no periodo perinatal

C. Neste indicador, cada episódio de internamento do numerador é relacionado com a unidade funcional onde o utente, no mês da alta, tem [inscrição ativa](#). O cruzamento, para cada utente, entre os episódios de internamento e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo

número de utente.

D. Cada episódio de internamento hospitalar é associado a uma unidade funcional de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a alta desse internamento, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da data de alta. Assim, caso no mês alta hospitalar exista uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, internamento não é contabilizada neste indicador.

E. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas] em unidades de observação diferentes no mês em que ocorre a alta (ou no mês anterior), o internamento é associado a todas as inscrições.

F. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes. Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da taxa de internamento bruta é 10.000. Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, os internamentos do numerador são divididos pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

G. Apenas se consideram os episódios de internamento válidos para faturação no âmbito dos GDH.

H. As regras de cálculo deste indicador, na componente dos diagnósticos válidos para incluir ou excluir utentes, são baseadas nas especificações publicadas pela "Agency for Healthcare Research and Quality" na área dos indicadores de qualidade em prevenção, disponíveis online em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI\\_TechSpec\\_ICD10\\_v60.aspx](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v60.aspx).

## Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável AA ("internamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a alta do internamento.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD x 100.000	por 100.000	Taxa internamento ajustada (por 100.000 utentes com inscrição ativa por ano)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Respiratório	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	90 dias

## Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;  
ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica  
UF - Unidade Funcional

<b>356</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.63.02	2017.356.01	Taxa internam. p/ asma/DPOC em adultos (ajust.)

### Designação

Taxa de internamento por asma ou DPOC em adultos (ajustada para uma população padrão)

### Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a adultos com "asma" ou com "DPOC", no controlo da sintomatologia destas doenças, usando como medida a "taxa de internamento hospitalar" por agudização de uma destas patologias.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos hospitalares com diagnóstico principal de asma ou de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), por cada 100.000 utentes com [inscrição ativa](#) com 40 ou mais anos.

Numerador da taxa bruta: Contagem de episódios de internamento hospitalar com diagnóstico principal de asma ou de doença pulmonar obstrutiva crónica.

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes com [inscrição ativa](#) com 40 ou mais anos, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de internamento por utente inscrito à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

Contagem de internamentos hospitalares referentes a utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e (H ou I ou J) e K e L] é verdadeira:

- A. Internados com data de alta incluída no período em análise (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- B. Internados com duração superior a 24 horas (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- C. Não são considerados os utentes transferidos de outros hospitais.
- D. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês alta do episódio de internamento (ver alíneas E, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- E. Com o género Z.
- F. Que na data de alta do episódio hospitalar têm idade, em anos, pertencente ao intervalo [X; Y[.
- G. Na data de admissão, o utente internado tem 40 ou mais anos;
- H. O utente internado tem diagnóstico principal de "doença pulmonar obstrutiva crónica" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- I. O utente internado tem diagnóstico principal de "asma" (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- J. O utente internado tem diagnóstico principal de "bronquite aguda" (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS) e diagnósticos secundários de "doença pulmonar obstrutiva crónica" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- K. O utente internado não tem diagnósticos secundários de fibrose quística nem de outras doenças respiratórias crónicas (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- L. Excluem-se episódios de internamento por gravidez, parto e puerpério.

Em que:

- X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).
- Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).
- Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS), com idade X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira.

- A. Com idades 40 ou mais anos.
- B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo mesmo um dia do período em análise.
- C. Com género Z.
- D. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS).

#### TAXA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

##### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), usando os grupos definidos na tabela seguinte, que está adaptada ao intervalo etário em análise neste indicador de [40; +INF[ anos.

Intervalo etário	Género	
[40; 45[ anos	Masc.	Femin.
[45; 50[ anos	Masc.	Femin.
[50; 55[ anos	Masc.	Femin.
[55; 60[ anos	Masc.	Femin.
[60; 65[ anos	Masc.	Femin.
[65; 70[ anos	Masc.	Femin.
[70; 75[ anos	Masc.	Femin.
[75; 80[ anos	Masc.	Femin.
[80; 85[ anos	Masc.	Femin.
[85; 90[ anos	Masc.	Femin.
[90; 95[ anos	Masc.	Femin.
[95; 100[ anos	Masc.	Femin.
[100; +INF[ anos	Masc.	Femin.

##### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas escolhe-se como população padrão a totalidade dos utentes com [inscrição ativa](#) em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador, com idades compreendidas no intervalo [40; +INF[ anos.

##### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se o método definido [aqui](#), adaptado aos escalões de idade e género definidos no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE

GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão referidos (no intervalo [40; +INF[ anos).

4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição e apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

5. DISTRIBUIÇÃO DOS INTERNAMENTOS ASSOCIADOS À UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA, mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

6. DETERMINAÇÃO DOS INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

7. TOTAL DE INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular os [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100.000

## Observações Gerais

A. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "doença pulmonar obstrutiva crónica":

**ICD-10-CM:**

- J410 - Simple chronic bronchitis
- J411 - Mucopurulent chronic bronchitis
- J418 - Mixed simple and mucopurulent chronic bronchitis
- J42 - Unspecified chronic bronchitis
- J430 - Unilateral pulmonary emphysema [MacLeod's syndrome]
- J431 - Panlobular emphysema
- J432 - Centrilobular emphysema
- J438 - Other emphysema
- J439 - Emphysema, unspecified
- J440 - Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection
- J441 - Chronic obstructive pulmonary disease with (acute) exacerbation
- J449 - Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified
- J470 - Bronchiectasis with acute lower respiratory infection
- J471 - Bronchiectasis with (acute) exacerbation
- J479 - Bronchiectasis, uncomplicated

**ICD-9-CM:**

- 4910 - Bronquite crónica simples
- 4911 - Bronquite crónica mucopurulenta
- 49120 - Bronquite crónica obstrutiva, sem exacerbação
- 49121 - Bronquite crónica obstrutiva, com exacerbação (aguda)
- 49122 - Bronquite crónica obstrutiva, com bronquite aguda
- 4918 - Bronquite crónica não classificável em outra parte
- 4919 - Bronquite crónica não especificada
- 4920 - Bolha enfisematosa
- 4928 - Enfisema não classificável em outra parte
- 494 - Bronquiectasias
- 4940 - Bronquiectasias sem exacerbação aguda

4941 - Bronquiectasias com exacerbação aguda  
496 - Obstrução crónica de vias respiratórias NCOP

B. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "asma":

**ICD-10-CM:**

J4521 - Mild intermittent asthma with (acute) exacerbation  
J4522 - Mild intermittent asthma with status asthmaticus  
J4531 - Mild persistent asthma with (acute) exacerbation  
J4532 - Mild persistent asthma with status asthmaticus  
J4541 - Moderate persistent asthma with (acute) exacerbation  
J4542 - Moderate persistent asthma with status asthmaticus  
J4551 - Severe persistent asthma with (acute) exacerbation  
J4552 - Severe persistent asthma with status asthmaticus  
J45901 - Unspecified asthma with (acute) exacerbation  
J45902 - Unspecified asthma with status asthmaticus  
J45990 - Exercise induced bronchospasm  
J45991 - Cough variant asthma  
J45998 - Other asthma

**ICD-9-CM:**

49300 - Asma extrínseca, não especificada  
49301 - Asma extrínseca, com estado asmático  
49302 - Asma extrínseca, com exacerbação (aguda)  
49310 - Asma intrínseca, não especificada  
49311 - Asma intrínseca, com estado asmático  
49312 - Asma intrínseca, com exacerbação (aguda)  
49320 - Asma crónica obstrutiva, não especificada  
49321 - Asma crónica obstrutiva, com estado asmático  
49322 - Asma crónica obstrutiva, com exacerbação (aguda)  
49381 - Broncospasmo induzido pelo exercício  
49382 - Variante de tosse da asma  
49390 - Asma não especificada, estado não especificado  
49391 - Asma não especificada, com estado asmático  
49392 - Asma não especificada, com exacerbação (aguda)

C. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "bronquite aguda":

**ICD-10-CM:**

J200 - Acute bronchitis due to Mycoplasma pneumoniae  
J201 - Acute bronchitis due to Hemophilus influenzae  
J202 - Acute bronchitis due to streptococcus  
J203 - Acute bronchitis due to coxsackievirus  
J204 - Acute bronchitis due to parainfluenza virus  
J205 - Acute bronchitis due to respiratory syncytial virus  
J206 - Acute bronchitis due to rhinovirus  
J207 - Acute bronchitis due to echovirus  
J208 - Acute bronchitis due to other specified organisms  
J209 - Acute bronchitis, unspecified  
J40 - Bronchitis, not specified as acute or chronic

**ICD-9-CM:**

4660 - Bronquite aguda  
490 - Bronquite, não especificada como aguda ou crónica

D. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "fibrose quística" ou "outras doenças respiratórias crónicas":

**ICD-10-CM:**

E840 - Cystic fibrosis with pulmonary manifestations  
E8411 - Meconium ileus in cystic fibrosis

E8419 - Cystic fibrosis with other intestinal manifestations  
E848 - Cystic fibrosis with other manifestations  
E849 - Cystic fibrosis, unspecified  
J8483 - Surfactant mutations of the lung  
J84841 - Neuroendocrine cell hyperplasia of infancy  
J84842 - Pulmonary interstitial glycogenosis  
J84843 - Alveolar capillary dysplasia with vein misalignment  
J84848 - Other interstitial lung diseases of childhood  
P270 - Wilson-Mikity syndrome  
P271 - Bronchopulmonary dysplasia originating in the perinatal period  
P278 - Other chronic respiratory diseases originating in the perinatal period  
P279 - Unspecified chronic respiratory disease originating in the perinatal period  
Q254 - Other congenital malformations of aorta  
Q311 - Congenital subglottic stenosis  
Q312 - Laryngeal hypoplasia  
Q313 - Laryngocele  
Q315 - Congenital laryngomalacia  
Q318 - Other congenital malformations of larynx  
Q319 - Congenital malformation of larynx, unspecified  
Q320 - Congenital tracheomalacia  
Q321 - Other congenital malformations of trachea  
Q322 - Congenital bronchomalacia  
Q323 - Congenital stenosis of bronchus  
Q324 - Other congenital malformations of bronchus  
Q330 - Congenital cystic lung  
Q331 - Accessory lobe of lung  
Q332 - Sequestration of lung  
Q333 - Agenesis of lung  
Q334 - Congenital bronchiectasis  
Q335 - Ectopic tissue in lung  
Q336 - Congenital hypoplasia and dysplasia of lung  
Q338 - Other congenital malformations of lung  
Q339 - Congenital malformation of lung, unspecified  
Q340 - Anomaly of pleura  
Q341 - Congenital cyst of mediastinum  
Q348 - Other specified congenital malformations of respiratory system  
Q349 - Congenital malformation of respiratory system, unspecified  
Q390 - Atresia of esophagus without fistula  
Q391 - Atresia of esophagus with tracheo-esophageal fistula  
Q392 - Congenital tracheo-esophageal fistula without atresia  
Q393 - Congenital stenosis and stricture of esophagus  
Q394 - Esophageal web  
Q893 - Situs inversus

**ICD-9-CM:**

27700 - Fibrose quística sem mencao de ileo meconial  
27701 - Fibrose quística com ileo meconial  
27702 - Fibrose quística com manifestações pulmonares  
27703 - Fibrose quística com manifestações gastrintestinais  
27709 - Fibrose quística com manifestações não classificáveis em outra parte  
51662 - Glicogenose intersticial pulmonar  
51663 - Denca pulmonar devida a mutações da surfactante  
51664 - Displasia alveolo-capilar com desalinhamento venoso  
51669 - Doencas pulmonares intersticiais da criança NCOP  
74721 - Anomalia congénita do arco aortico  
7483 - Malformacao congénita da laringe, traqueia ou bronquios NCOP  
7485 - Agenesia,hipoplasia e displasia pulmonar

74860 - Anomalia congénita pulmão SOE  
74861 - Bronquiectasias congénitas  
7488 - Malformações congénitas especificadas do aparelho respiratório NCOP  
7489 - Malformações congénitas do aparelho respiratório SOE  
7503 - Fistula traqueo-esofágica, atresia ou estenose do esófago  
7593 - Situs inversus  
7707 - Doença respiratoria cronica com inicio no período perinatal

E. Neste indicador, cada episódio de internamento do numerador é relacionado com a unidade funcional onde o utente, no mês da alta, tem [inscrição ativa](#). O cruzamento, para cada utente, entre os episódios de internamento e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo número de utente.

F. Cada episódio de internamento hospitalar é associado a uma unidade funcional de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a alta desse internamento, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da data de alta. Assim, caso no mês alta hospitalar exista uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, internamento não é contabilizada neste indicador.

G. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas](#) em unidades de observação diferentes no mês em que ocorre a alta (ou no mês anterior), o internamento é associado a todas as inscrições.

H. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes. Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da taxa de internamento bruta é 10.000. Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, os internamentos do numerador são divididos pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

I. Apenas se consideram os episódios de internamento válidos para faturação no âmbito dos GDH.

J. As regras de cálculo deste indicador, na componente dos diagnósticos válidos para incluir ou excluir utentes, são baseadas nas especificações publicadas pela "Agency for Healthcare Research and Quality" na área dos indicadores de qualidade em prevenção, disponíveis online em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI\\_TechSpec\\_ICD10\\_v60.aspx](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v60.aspx).

## Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável AA ("internamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a alta do internamento.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD x 100.000	por 100.000	Taxa internamento (por 100.000 residentes por ano)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Respiratório	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	90 dias

## Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;  
ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica  
DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crónica;

UF - Unidade Funcional

357

Código

6.64.02

Código SIARS

2017.357.01

Nome abreviado

Taxa intern. diab. não contr. s/ compl. (ajus.)

### Designação

Taxa de internamento por diabetes não controlada sem menção a complicações agudas nem crónicas de diabetes (ajustada para uma população padrão)

### Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a utentes com Diabetes Mellitus, no controlo metabólico da doença, usando como medida a "taxa de internamento hospitalar" por não controlo da doença sem menção a complicações agudas nem crónicas da doença.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos hospitalares com diagnóstico principal de "Diabetes Mellitus não controlada sem menção a complicações agudas nem crónicas da doença", por cada 100.000 utentes com [inscrição ativa](#) com 18 ou mais anos.

Numerador da taxa bruta: Contagem de episódios de internamento hospitalar com diagnóstico principal de "Diabetes Mellitus não controlada sem menção a complicações agudas nem crónicas da doença".

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes [inscritos ativos](#) com 18 ou mais anos, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de internamento por utente inscrito à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

Contagem de internamentos hospitalares referentes a utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H e I] é verdadeira:

A. Internados com data de alta incluída no período em análise (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Internados com duração superior a 24 horas (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. Não são considerados os utentes transferidos de outros hospitais.

D. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês alta do episódio de internamento (ver alíneas B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. Com o género Z.

F. Que na data de alta do episódio hospitalar têm idade, em anos, pertencente ao intervalo [X; Y[.

G. Na data de admissão, o utente internado tem 18 ou mais anos;

H. O utente internado tem diagnóstico principal compatível com "Diabetes Mellitus não controlada, sem menção a complicações agudas ou crónicas de diabetes" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

I. Excluem-se episódios de internamento por gravidez, parto e puerpério.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS), com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira.

A. Com idades 18 ou mais anos.

B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo mesmo um dia do período em análise.

C. Com género Z.

D. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

#### TAXA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

#### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), usando os grupos definidos na tabela seguinte, que está adaptada ao intervalo etário em análise neste indicador de [18; +INF[ anos.

Intervalo etário	Género	
[18; 20[ anos	Masc.	Femin.
[20; 25[ anos	Masc.	Femin.
[25; 30[ anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
Intervalos etários de 5 anos anos	Masc.	Femin.
	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
[80; 85[ anos	Masc.	Femin.
[85; 90[ anos	Masc.	Femin.
[90; 95[ anos	Masc.	Femin.
[95; 100[ anos	Masc.	Femin.
[100; +INF[ anos	Masc.	Femin.

#### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas escolhe-se como população padrão a totalidade dos utentes com [inscrição ativa](#) em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador, com idades compreendidas no intervalo [18; +INF[ anos.

#### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se o método definido [aqui](#), adaptado aos escalões de idade e género definidos no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão referidos (no intervalo [18; +INF[ anos).

#### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição e apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 5. DISTRIBUIÇÃO DOS INTERNAMENTOS ASSOCIADOS À UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA, mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 6. DETERMINAÇÃO DOS INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 7. TOTAL DE INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular os [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

#### 8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100.000

### Observações Gerais

A. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "Diabetes Mellitus não controlada, sem menção a complicações agudas ou crónicas de diabetes":

#### ICD-10-CM:

- E1065 - Type 1 diabetes mellitus with hyperglycemia
- E1165 - Type 2 diabetes mellitus with hyperglycemia
- E10649 - Type 1 diabetes mellitus with hypoglycemia without coma
- E11649 - Type 2 diabetes mellitus with hypoglycemia without coma

#### ICD-9-CM:

- 25002 - Diabetes Mellitus, s/complicação, tipo II ou n/especificada, não controlada
- 25003 - Diabetes Mellitus, s/menção complicação, tipo I [tipo juvenil], não controlada

B. Neste indicador, cada episódio de internamento do numerador é relacionado com a unidade funcional onde o utente, no mês da alta, tem [inscrição ativa](#). O cruzamento, para cada utente, entre os episódios de internamento e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo número de utente.

C. Cada episódio de internamento hospitalar é associado a uma unidade funcional de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a alta desse internamento, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da data de alta. Assim, caso no mês alta hospitalar exista uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, internamento não é contabilizada neste indicador.

D. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas](#) em unidades de observação diferentes no mês em que ocorre a alta (ou no mês anterior), o internamento é associado a todas as inscrições.

E. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes. Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da taxa de internamento bruta é 10.000. Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, os internamentos do numerador são divididos pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

F. Apenas se consideram os episódios de internamento válidos para faturação no âmbito dos GDH.

G. As regras de cálculo deste indicador, na componente dos diagnósticos válidos para incluir ou excluir utentes, são baseadas nas especificações publicadas pela "Agency for Healthcare Research and Quality" na área dos indicadores de qualidade em prevenção, disponíveis online em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI\\_TechSpec\\_ICD10\\_v60.aspx](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v60.aspx).

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável AA ("internamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a alta do internamento.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD x 100.000	por 100.000	Taxa internamento (por 100.000 residentes por ano)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Diabetes	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	90 dias

### Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;  
 ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica  
 DM - Diabetes Mellitus;  
 UF - Unidade Funcional

358

Código

6.65.02

Código SIARS

2017.358.01

Nome abreviado

Taxa intern. por complic. agudas diab. (ajust.)

### Designação

Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes (ajustada para uma população padrão)

### Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a utentes com Diabetes Mellitus, no controlo metabólico e de complicações agudas da doença, usando como medida a "taxa de internamento hospitalar" por complicações agudas da doença.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos hospitalares com diagnóstico principal de "Diabetes Mellitus com complicações agudas", por cada 100.000 utentes com [inscrição ativa](#) com 18 ou mais anos.

Numerador da taxa bruta: Contagem de episódios de internamento hospitalar com diagnóstico principal de "Diabetes Mellitus com complicações agudas".

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes [inscritos ativos](#) com 18 ou mais anos, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de internamento por utente inscrito à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

Contagem de internamentos hospitalares referentes a utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H e I] é verdadeira:

A. Referentes a utentes internados com data de alta incluída no período em análise (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Internados com duração superior a 24 horas (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. Não são considerados os utentes transferidos de outros hospitais.

D. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês alta do episódio de internamento (ver alíneas B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. Com o género Z.

F. Que na data de alta do episódio hospitalar têm idade, em anos, pertencente ao intervalo [X; Y[.

G. Na data de admissão têm 18 ou mais anos;

H. O utente internado tem diagnóstico principal compatível com "complicações de Diabetes Mellitus classificadas como agudas", designadamente cetoacidose, hiperosmolaridade ou coma (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

I. Excluem-se episódios de internamento por gravidez, parto e puerpério.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS), com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira.

A. Com idades 18 ou mais anos.

B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo mesmo um dia do período em análise.

C. Com género Z.

D. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

#### TAXA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

#### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), usando os grupos definidos na tabela seguinte, que está adaptada ao intervalo etário em análise neste indicador de [18; +INF[ anos.

Intervalo etário	Género	
[18; 20[ anos	Masc.	Femin.
[20; 25[ anos	Masc.	Femin.
[25; 30[ anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
Intervalos etários de 5 anos anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
[80; 85[ anos	Masc.	Femin.
[85; 90[ anos	Masc.	Femin.
[90; 95[ anos	Masc.	Femin.
[95; 100[ anos	Masc.	Femin.
[100; +INF[ anos	Masc.	Femin.

#### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas escolhe-se como população padrão a totalidade dos utentes com [inscrição ativa](#) em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador, com idades compreendidas no intervalo [18; +INF[ anos.

#### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se o método definido [aqui](#), adaptado aos escalões de idade e género definidos no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão referidos (no intervalo [18; +INF[ anos).

#### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição e apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 5. DISTRIBUIÇÃO DOS INTERNAMENTOS ASSOCIADOS À UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA, mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 6. DETERMINAÇÃO DOS INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 7. TOTAL DE INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular os [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

#### 8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100.000

### Observações Gerais

A. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "complicações de Diabetes Mellitus classificadas como agudas":

#### ICD-10-CM:

- E1010 - Type 1 diabetes mellitus with ketoacidosis without coma
- E1011 - Type 1 diabetes mellitus with ketoacidosis with coma
- E10641 - Type 1 diabetes mellitus with hypoglycemia with coma
- E1065 - Type 1 diabetes mellitus with hyperglycemia
- E1100 - Type 2 diabetes mellitus with hyperosmolarity without nonketotic hyperglycemic-hyperosmolar coma (NKHHC)
- E1101 - Type 2 diabetes mellitus with hyperosmolarity with coma
- E11641 - Type 2 diabetes mellitus with hypoglycemia with coma
- E1165 - Type 2 diabetes mellitus with hyperglycemia

#### ICD-9-CM:

- 25010 - Diabetes Mellitus c/cetoacidose, tipo II ou n/especif., n/espec. como n/control.
- 25011 - Diabetes Mellitus c/cetoacidose, tipo I [juvenil], n/espec. como n/ncontrolada
- 25012 - Diabetes Mellitus com cetoacidose, tipo II ou n/especif., não controlada
- 25013 - Diabetes Mellitus com cetoacidose, tipo I [tipo juvenil], não controlada
- 25020 - Diabetes Mellitus c/hiperosmolaridade, tipo II ou n/esp., n/espec. como n/contr.
- 25021 - Diabetes Mellitus c/hiperosmolaridade tipo I [juvenil], n/especif. como n/contr.
- 25022 - Diabetes Mellitus c/hiperosmolaridade tipo II ou n/especif., não controlada
- 25023 - Diabetes Mellitus c/hiperosmolaridade tipo I [id] [tipo juvenil], não controlada
- 25030 - Diabetes Mellitus c/coma NCOP, tipo II ou n/espec., n/especif. como não controlad
- 25031 - Diabetes Mellitus c/coma NCOP, tipo I [juvenil], n/especif. como não controlada
- 25032 - Diabetes Mellitus com coma NCOP, tipo II ou não especificado, não controlada
- 25033 - Diabetes Mellitus com coma NCOP, tipo I [tipo juvenil], não controlada

B. Neste indicador, cada episódio de internamento do numerador é relacionado com a unidade funcional onde o utente, no mês da alta, tem [inscrição ativa](#). O cruzamento, para cada utente, entre os episódios de internamento e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo número de utente.

C. Cada episódio de internamento hospitalar é associado a uma unidade funcional de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a alta desse internamento, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da data de alta. Assim, caso no mês alta hospitalar exista uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, internamento não é contabilizada neste indicador.

D. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas](#) em unidades de observação diferentes no mês em que ocorre a alta (ou no mês anterior), o internamento é associado a todas as inscrições.

E. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes. Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da taxa de internamento bruta é 10.000.

Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, os internamentos do numerador são divididos pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

F. Apenas se consideram os episódios de internamento válidos para faturação no âmbito dos GDH.

G. As regras de cálculo deste indicador, na componente dos diagnósticos válidos para incluir ou excluir utentes, são baseadas nas especificações publicadas pela "Agency for Healthcare Research and Quality" na área dos indicadores de qualidade em prevenção, disponíveis online em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI\\_TechSpec\\_ICD10\\_v60.aspx](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v60.aspx).

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável AA ("internamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a alta do internamento.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD x 100.000	por 100.000	Taxa internamento (por 100.000 residentes por ano)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Diabetes	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	90 dias

### Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;  
ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica  
DM - Diabetes Mellitus;  
UF - Unidade Funcional

<b>359</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.66.02	2017.359.01	Taxa intern. por complic. crón. diab. (ajust.)

### Designação

Taxa de internamento por complicações crónicas da diabetes (ajustada para uma população padrão)

### Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a utentes com Diabetes Mellitus, na prevenção de complicações crónicas da doença, usando como medida a "taxa de internamento hospitalar" por complicações crónicas da doença.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos hospitalares com diagnóstico principal de "Diabetes Mellitus com complicações crónicas", por cada 100.000 utentes com [inscrição ativa](#) com 18 ou mais anos.

Numerador da taxa bruta: Contagem de episódios de internamento hospitalar com diagnóstico principal de "Diabetes Mellitus com complicações crónicas".

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes [inscritos ativos](#) com 18 ou mais anos, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de internamento por utente inscrito à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

Contagem de internamentos hospitalares referentes a utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e I e J] é verdadeira:

A. Referentes a utentes internados com data de alta incluída no período em análise (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Internados com duração superior a 24 horas (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. Não são considerados os utentes transferidos de outros hospitais.

D. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês alta do episódio de internamento (ver alíneas B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

F. Com o género Z.

G. Que na data de alta do episódio hospitalar têm idade, em anos, pertencente ao intervalo [X; Y[.

H. Na data de admissão têm 18 ou mais anos;

I. O utente internado tem diagnóstico principal compatível com "complicações de Diabetes Mellitus classificadas como crónicas", designadamente renais, oculares, neurológicas, circulatórias ou "outras complicações não especificadas" (ver alíneas A e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

J. Excluem-se episódios de internamento por gravidez, parto e puerpério.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS), com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira.

A. Com idades 18 ou mais anos.

B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo mesmo um dia do período em análise.

C. Com género Z.

D. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

#### TAXA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

#### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), usando os grupos definidos na tabela seguinte, que está adaptada ao intervalo etário em análise neste indicador de [18; +INF[ anos.

Intervalo etário	Género	
[18; 20[ anos	Masc.	Femin.
[20; 25[ anos	Masc.	Femin.
[25; 30[ anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
Intervalos etários de 5 anos anos	Masc.	Femin.
	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
[80; 85[ anos	Masc.	Femin.
[85; 90[ anos	Masc.	Femin.
[90; 95[ anos	Masc.	Femin.
[95; 100[ anos	Masc.	Femin.
[100; +INF[ anos	Masc.	Femin.

#### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas escolhe-se como população padrão a totalidade dos utentes com [inscrição ativa](#) em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador, com idades compreendidas no intervalo [18; +INF[ anos.

#### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se o método definido [aqui](#), adaptado aos escalões de idade e género definidos no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão referidos (no intervalo [18; +INF[ anos).

#### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição e apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 5. DISTRIBUIÇÃO DOS INTERNAMENTOS ASSOCIADOS À UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA, mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 6. DETERMINAÇÃO DOS INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 7. TOTAL DE INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular os [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

#### 8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100.000

### Observações Gerais

A. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "complicações de Diabetes Mellitus classificadas como crónicas":

#### ICD-10-CM:

- E1021 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic nephropathy
- E1022 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic chronic kidney disease
- E1029 - Type 1 diabetes mellitus with other diabetic kidney complication
- E10311 - Type 1 diabetes mellitus with unspecified diabetic retinopathy with macular edema
- E10319 - Type 1 diabetes mellitus with unspecified diabetic retinopathy without macular edema
- E10321 - Type 1 diabetes mellitus with mild nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema
- E10329 - Type 1 diabetes mellitus with mild nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema
- E10331 - Type 1 diabetes mellitus with moderate nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema
- E10339 - Type 1 diabetes mellitus with moderate nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema
- E10341 - Type 1 diabetes mellitus with severe nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema
- E10349 - Type 1 diabetes mellitus with severe nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema
- E10351 - Type 1 diabetes mellitus with proliferative diabetic retinopathy with macular edema
- E10359 - Type 1 diabetes mellitus with proliferative diabetic retinopathy without macular edema
- E1036 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic cataract
- E1039 - Type 1 diabetes mellitus with other diabetic ophthalmic complication
- E1040 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic neuropathy, unspecified
- E1041 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic mononeuropathy
- E1042 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic polyneuropathy
- E1043 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic autonomic (poly)neuropathy
- E1044 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic amyotrophy
- E1049 - Type 1 diabetes mellitus with other diabetic neurological complication
- E1051 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic peripheral angiopathy without gangrene
- E1052 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic peripheral angiopathy with gangrene
- E1059 - Type 1 diabetes mellitus with other circulatory complications
- E10610 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic neuropathic arthropathy
- E10618 - Type 1 diabetes mellitus with other diabetic arthropathy
- E10620 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic dermatitis
- E10621 - Type 1 diabetes mellitus with foot ulcer
- E10622 - Type 1 diabetes mellitus with other skin ulcer
- E10628 - Type 1 diabetes mellitus with other skin complications
- E10630 - Type 1 diabetes mellitus with periodontal disease
- E10638 - Type 1 diabetes mellitus with other oral complications
- E1069 - Type 1 diabetes mellitus with other specified complication
- E108 - Type 1 diabetes mellitus with unspecified complications

E1121 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic nephropathy  
 E1122 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic chronic kidney disease  
 E1129 - Type 2 diabetes mellitus with other diabetic kidney complication  
 E11311 - Type 2 diabetes mellitus with unspecified diabetic retinopathy with macular edema  
 E11319 - Type 2 diabetes mellitus with unspecified diabetic retinopathy without macular edema  
 E11321 - Type 2 diabetes mellitus with mild nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema  
 E11329 - Type 2 diabetes mellitus with mild nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema  
 E11331 - Type 2 diabetes mellitus with moderate nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema  
 E11339 - Type 2 diabetes mellitus with moderate nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema  
 E11341 - Type 2 diabetes mellitus with severe nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema  
 E11349 - Type 2 diabetes mellitus with severe nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema  
 E11351 - Type 2 diabetes mellitus with proliferative diabetic retinopathy with macular edema  
 E11359 - Type 2 diabetes mellitus with proliferative diabetic retinopathy without macular edema  
 E1136 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic cataract  
 E1139 - Type 2 diabetes mellitus with other diabetic ophthalmic complication  
 E1140 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic neuropathy, unspecified  
 E1141 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic mononeuropathy  
 E1142 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic polyneuropathy  
 E1143 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic autonomic (poly)neuropathy  
 E1144 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic amyotrophy  
 E1149 - Type 2 diabetes mellitus with other diabetic neurological complication  
 E1151 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic peripheral angiopathy without gangrene  
 E1152 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic peripheral angiopathy with gangrene  
 E1159 - Type 2 diabetes mellitus with other circulatory complications  
 E11610 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic neuropathic arthropathy  
 E11618 - Type 2 diabetes mellitus with other diabetic arthropathy  
 E11620 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic dermatitis  
 E11621 - Type 2 diabetes mellitus with foot ulcer  
 E11622 - Type 2 diabetes mellitus with other skin ulcer  
 E11628 - Type 2 diabetes mellitus with other skin complications  
 E11630 - Type 2 diabetes mellitus with periodontal disease  
 E11638 - Type 2 diabetes mellitus with other oral complications  
 E1169 - Type 2 diabetes mellitus with other specified complication  
 E118 - Type 2 diabetes mellitus with unspecified complications

**ICD-9-CM:**

25040 - Diabetes Mellitus c/manif.renais, tipo II ou n/especif., n/espec.como n/control.  
 25041 - Diabetes Mellitus c/manifest.renais, tipo I [juvenil], n/especif.como n/control.  
 25042 - Diabetes Mellitus com manifest.renais, tipo II ou n/especificada, não controlada  
 25043 - Diabetes Mellitus com manifestações renais, tipo I [tipo juvenil], não controlad  
 25050 - Diabetes Mellitus c/manif.ofthalm., tipo II ou n/especif., n/espec.como n/control  
 25051 - Diabetes Mellitus c/manifest.ofthalm., tipo I [juvenil], n/especif.como n/control  
 25052 - Diabetes Mellitus c/manifest.ofthalmicas, tipo II ou n/especif., não controlada  
 25053 - Diabetes Mellitus c/manifest.ofthalmicas, tipo I [tipo juvenil], não controlada  
 25060 - Diabetes Mellitus c/manif.neurol., tipo II ou n/especif., n/espec.como n/control  
 25061 - Diabetes Mellitus c/manif.neurologicas, tipo I [juvenil], n/espec.como n/control  
 25062 - Diabetes Mellitus c/manif.neurologicas, tipo II ou n/especif., não controlada  
 25063 - Diabetes Mellitus com manifestações neurologicas, tipo I [juvenil], não control.  
 25070 - Diabetes Mellitus c/alter.circul.perif., tipo II ou n/espec., n/esp.como n/contr  
 25071 - Diabetes Mellitus c/alter.circul.perif., tipo I [juvenil], n/espec.como n/contr.  
 25072 - Diabetes Mellitus com alter.circul.perifer. tipo II ou n/especif., não controlad  
 25073 - Diabetes Mellitus c/alter.circulat.perifericas, tipo I [juvenil], não controlada  
 25080 - Diabetes Mellitus c/manif.especif.NCOP, tipo II ou n/esp., n/esp. como n/control  
 25081 - Diabetes Mellitus c/manif.especif.NCOP, tipo I [juvenil], n/especif.como n/contr  
 25082 - Diabetes Mellitus c/manif.especif.NCOP, tipo II ou n/especif., não controlada  
 25083 - Diabetes Mellitus c/manifest.especificadas NCOP, tipo I [juvenil], não controlad  
 25090 - Diabetes Mellitus c/compl.n/especif., tipo II ou n/espec., n/espec. como n/contr

25091 - Diabetes Mellitus c/compl.n/especif., tipo I [juvenil], n/especif.cómo n/control

B. Neste indicador, cada episódio de internamento do numerador é relacionado com a unidade funcional onde o utente, no mês da alta, tem [inscrição ativa](#). O cruzamento, para cada utente, entre os episódios de internamento e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo número de utente.

C. Cada episódio de internamento hospitalar é associado a uma unidade funcional de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a alta desse internamento, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da data de alta. Assim, caso no mês alta hospitalar exista uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, internamento não é contabilizada neste indicador.

D. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas](#) em unidades de observação diferentes no mês em que ocorre a alta (ou no mês anterior), o internamento é associado a todas as inscrições.

E. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes. Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da taxa de internamento bruta é 10.000. Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, os internamentos do numerador são divididos pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

F. Apenas se consideram os episódios de internamento válidos para faturação no âmbito dos GDH.

G. As regras de cálculo deste indicador, na componente dos diagnósticos válidos para incluir ou excluir utentes, são baseadas nas especificações publicadas pela "Agency for Healthcare Research and Quality" na área dos indicadores de qualidade em prevenção, disponíveis online em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI\\_TechSpec\\_ICD10\\_v60.aspx](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v60.aspx).

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável AA ("internamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a alta do internamento.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD x 100.000	por 100.000	Taxa internamento (por 100.000 residentes por ano)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Diabetes	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	90 dias

### Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;  
ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica  
DM - Diabetes Mellitus;  
UF - Unidade Funcional

<b>360</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.67.02	2017.360.01	Taxa intern. p/ amp. membro inf. diab. (ajust.)

### Designação

Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão)

### Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a utentes com Diabetes Mellitus, na prevenção de complicações crónicas da doença, usando como medida a "taxa de internamento hospitalar" para amputação de membro inferior.

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos hospitalares com diagnóstico principal ou secundário de "Diabetes Mellitus" e procedimento de "amputação de membro inferior", por cada 100.000 utentes com [inscrição ativa](#) com 18 ou mais anos.

Numerador da taxa bruta: Contagem de episódios de internamento hospitalar com diagnóstico principal ou secundário de "Diabetes Mellitus" e procedimento de "amputação de membro inferior".

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes [inscritos ativos](#) com 18 ou mais anos, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de internamento por utente inscrito à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

Contagem de internamentos hospitalares referentes a utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H e J e K] é verdadeira:

A. Referentes a utentes internados com data de alta incluída no período em análise (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Internados com duração superior a 24 horas (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. Não são considerados os utentes transferidos de outros hospitais.

D. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês alta do episódio de internamento (ver alíneas D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. Com o género Z.

F. Que na data de alta do episódio hospitalar têm idade, em anos, pertencente ao intervalo [X; Y[.

G. Na data de admissão têm 18 ou mais anos;

H. Registo de procedimento de amputação de membro inferior (ver alíneas A e I de OBSERVAÇÕES GERAIS);

I. Registo de diagnóstico principal ou secundário compatível com "Diabetes Mellitus" (ver alíneas B e I de OBSERVAÇÕES GERAIS).

J. Sem registo de diagnóstico principal ou secundário de "amputação traumática de membro inferior" (ver alíneas C e I de OBSERVAÇÕES GERAIS).

K. Excluem-se episódios de internamento por gravidez, parto e puerpério.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS), com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira.

A. Com idades 18 ou mais anos.

B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo mesmo um dia do período em análise.

C. Com género Z.

D. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

#### TAXA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

##### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), usando os grupos definidos na tabela seguinte, que está adaptada ao intervalo etário em análise neste indicador de [18; +INF[ anos.

Intervalo etário	Género	
[18; 20[ anos	Masc.	Femin.
[20; 25[ anos	Masc.	Femin.
[25; 30[ anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
Intervalos etários de 5 anos anos	Masc.	Femin.
	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
[80; 85[ anos	Masc.	Femin.
[85; 90[ anos	Masc.	Femin.
[90; 95[ anos	Masc.	Femin.
[95; 100[ anos	Masc.	Femin.
[100; +INF[ anos	Masc.	Femin.

##### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas escolhe-se como população padrão a totalidade dos utentes com [inscrição ativa](#) em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador, com idades compreendidas no intervalo [18; +INF[ anos.

##### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se o método definido [aqui](#), adaptado aos escalões de idade e género definidos no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão referidos (no intervalo [18; +INF[ anos).

##### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição e apenas para as

classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

**5. DISTRIBUIÇÃO DOS INTERNAMENTOS ASSOCIADOS À UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO**

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA, mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

**6. DETERMINAÇÃO DOS INTERNAMENTOS ESPERADOS**

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

**7. TOTAL DE INTERNAMENTOS ESPERADOS**

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular os [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

**8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO**

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100.000

## Observações Gerais

A. Consideram-se os seguintes códigos de procedimento ICD-9-CM e ICD-10-CM para "amputação de membro inferior":

**ICD-10-CM:**

0Y620ZZ - Detachment at Right Hindquarter, Open Approach  
 0Y630ZZ - Detachment at Left Hindquarter, Open Approach  
 0Y640ZZ - Detachment at Bilateral Hindquarter, Open Approach  
 0Y670ZZ - Detachment at Right Femoral Region, Open Approach  
 0Y680ZZ - Detachment at Left Femoral Region, Open Approach  
 0Y6C0Z1 - Detachment at Right Upper Leg, High, Open Approach  
 0Y6C0Z2 - Detachment at Right Upper Leg, Mid, Open Approach  
 0Y6C0Z3 - Detachment at Right Upper Leg, Low, Open Approach  
 0Y6D0Z1 - Detachment at Left Upper Leg, High, Open Approach  
 0Y6D0Z2 - Detachment at Left Upper Leg, Mid, Open Approach  
 0Y6D0Z3 - Detachment at Left Upper Leg, Low, Open Approach  
 0Y6F0ZZ - Detachment at Right Knee Region, Open Approach  
 0Y6G0ZZ Detachment at Left Knee Region, Open Approach  
 0Y6H0Z1 - Detachment at Right Lower Leg, High, Open Approach  
 0Y6H0Z2 - Detachment at Right Lower Leg, Mid, Open Approach  
 0Y6H0Z3 - Detachment at Right Lower Leg, Low, Open Approach  
 0Y6J0Z1 - Detachment at Left Lower Leg, High, Open Approach  
 0Y6J0Z2 - Detachment at Left Lower Leg, Mid, Open Approach  
 0Y6J0Z3 - Detachment at Left Lower Leg, Low, Open Approach  
 0Y6M0Z0 Detachment at Right Foot, Complete, Open Approach  
 0Y6M0Z4 Detachment at Right Foot, Complete 1st Ray, Open Approach  
 0Y6M0Z5 Detachment at Right Foot, Complete 2nd Ray, Open Approach  
 0Y6M0Z6 Detachment at Right Foot, Complete 3rd Ray, Open Approach  
 0Y6M0Z7 Detachment at Right Foot, Complete 4th Ray, Open Approach  
 0Y6M0Z8 Detachment at Right Foot, Complete 5th Ray, Open Approach  
 0Y6M0Z9 Detachment at Right Foot, Partial 1st Ray, Open Approach  
 0Y6M0ZB Detachment at Right Foot, Partial 2nd Ray, Open Approach  
 0Y6M0ZC Detachment at Right Foot, Partial 3rd Ray, Open Approach  
 0Y6M0ZD Detachment at Right Foot, Partial 4th Ray, Open Approach  
 0Y6M0ZF Detachment at Right Foot, Partial 5th Ray, Open Approach  
 0Y6N0Z0 - Detachment at Left Foot, Complete, Open Approach  
 0Y6N0Z4 - Detachment at Left Foot, Complete 1st Ray, Open Approach  
 0Y6N0Z5 - Detachment at Left Foot, Complete 2nd Ray, Open Approach  
 0Y6N0Z6 - Detachment at Left Foot, Complete 3rd Ray, Open Approach

OY6N0Z7 - Detachment at Left Foot, Complete 4th Ray, Open Approach  
OY6N0Z8 - Detachment at Left Foot, Complete 5th Ray, Open Approach  
OY6N0Z9 - Detachment at Left Foot, Partial 1st Ray, Open Approach  
OY6N0ZB Detachment at Left Foot, Partial 2nd Ray, Open Approach  
OY6N0ZC Detachment at Left Foot, Partial 3rd Ray, Open Approach  
OY6N0ZD Detachment at Left Foot, Partial 4th Ray, Open Approach  
OY6N0ZF Detachment at Left Foot, Partial 5th Ray, Open Approach  
OY6P0Z0 - Detachment at Right 1st Toe, Complete, Open Approach  
OY6P0Z1 - Detachment at Right 1st Toe, High, Open Approach  
OY6P0Z2 - Detachment at Right 1st Toe, Mid, Open Approach  
OY6P0Z3 - Detachment at Right 1st Toe, Low, Open Approach  
OY6Q0Z0 Detachment at Left 1st Toe, Complete, Open Approach  
OY6Q0Z1 Detachment at Left 1st Toe, High, Open Approach  
OY6Q0Z2 Detachment at Left 1st Toe, Mid, Open Approach  
OY6Q0Z3 Detachment at Left 1st Toe, Low, Open Approach  
OY6R0Z0 - Detachment at Right 2nd Toe, Complete, Open Approach  
OY6R0Z1 - Detachment at Right 2nd Toe, High, Open Approach  
OY6R0Z2 - Detachment at Right 2nd Toe, Mid, Open Approach  
OY6R0Z3 - Detachment at Right 2nd Toe, Low, Open Approach  
OY6S0Z0 - Detachment at Left 2nd Toe, Complete, Open Approach  
OY6S0Z1 - Detachment at Left 2nd Toe, High, Open Approach  
OY6S0Z2 - Detachment at Left 2nd Toe, Mid, Open Approach  
OY6S0Z3 - Detachment at Left 2nd Toe, Low, Open Approach  
OY6T0Z0 - Detachment at Right 3rd Toe, Complete, Open Approach  
OY6T0Z1 - Detachment at Right 3rd Toe, High, Open Approach  
OY6T0Z2 - Detachment at Right 3rd Toe, Mid, Open Approach  
OY6T0Z3 - Detachment at Right 3rd Toe, Low, Open Approach  
OY6U0Z0 - Detachment at Left 3rd Toe, Complete, Open Approach  
OY6U0Z1 - Detachment at Left 3rd Toe, High, Open Approach  
OY6U0Z2 - Detachment at Left 3rd Toe, Mid, Open Approach  
OY6U0Z3 - Detachment at Left 3rd Toe, Low, Open Approach  
OY6V0Z0 - Detachment at Right 4th Toe, Complete, Open Approach  
OY6V0Z1 - Detachment at Right 4th Toe, High, Open Approach  
OY6V0Z2 - Detachment at Right 4th Toe, Mid, Open Approach  
OY6V0Z3 - Detachment at Right 4th Toe, Low, Open Approach  
OY6W0Z0 Detachment at Left 4th Toe, Complete, Open Approach  
OY6W0Z1 Detachment at Left 4th Toe, High, Open Approach  
OY6W0Z2 Detachment at Left 4th Toe, Mid, Open Approach  
OY6W0Z3 Detachment at Left 4th Toe, Low, Open Approach  
OY6X0Z0 - Detachment at Right 5th Toe, Complete, Open Approach  
OY6X0Z1 - Detachment at Right 5th Toe, High, Open Approach  
OY6X0Z2 - Detachment at Right 5th Toe, Mid, Open Approach  
OY6X0Z3 - Detachment at Right 5th Toe, Low, Open Approach  
OY6Y0Z0 - Detachment at Left 5th Toe, Complete, Open Approach  
OY6Y0Z1 - Detachment at Left 5th Toe, High, Open Approach  
OY6Y0Z2 - Detachment at Left 5th Toe, Mid, Open Approach  
OY6Y0Z3 - Detachment at Left 5th Toe, Low, Open Approach

**ICD-9-CM:**

8410 - Amputação de membro inferior, não especificada de outro modo  
8412 - Amputação do membro inferior pelo pé  
8413 - Desarticulação do tornozelo  
8414 - Amputação do tornozelo pelos maléolos da tibia e peróneo  
8415 - Amputações abaixo do joelho NCOP  
8416 - Desarticulação do joelho  
8417 - Amputação do membro inferior acima do joelho  
8418 - Desarticulação da coxa-femoral

8419 - Amputação abdominopélvica

B. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "Diabetes Mellitus":

**ICD-10-CM:**

- E1010 - Type 1 diabetes mellitus with ketoacidosis without coma
- E1011 - Type 1 diabetes mellitus with ketoacidosis with coma
- E1021 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic nephropathy
- E1022 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic chronic kidney disease
- E1029 - Type 1 diabetes mellitus with other diabetic kidney complication
- E10311 - Type 1 diabetes mellitus with unspecified diabetic retinopathy with macular edema
- E10319 - Type 1 diabetes mellitus with unspecified diabetic retinopathy without macular edema
- E10321 - Type 1 diabetes mellitus with mild nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema
- E10329 - Type 1 diabetes mellitus with mild nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema
- E10331 - Type 1 diabetes mellitus with moderate nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema
- E10339 - Type 1 diabetes mellitus with moderate nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema
- E10341 - Type 1 diabetes mellitus with severe nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema
- E10349 - Type 1 diabetes mellitus with severe nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema
- E10351 - Type 1 diabetes mellitus with proliferative diabetic retinopathy with macular edema
- E10359 - Type 1 diabetes mellitus with proliferative diabetic retinopathy without macular edema
- E1036 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic cataract
- E1039 - Type 1 diabetes mellitus with other diabetic ophthalmic complication
- E1040 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic neuropathy, unspecified
- E1041 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic mononeuropathy
- E1042 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic polyneuropathy
- E1043 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic autonomic (poly)neuropathy
- E1044 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic amyotrophy
- E1049 - Type 1 diabetes mellitus with other diabetic neurological complication
- E1051 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic peripheral angiopathy without gangrene
- E1052 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic peripheral angiopathy with gangrene
- E1059 - Type 1 diabetes mellitus with other circulatory complications
- E10610 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic neuropathic arthropathy
- E10618 - Type 1 diabetes mellitus with other diabetic arthropathy
- E10620 - Type 1 diabetes mellitus with diabetic dermatitis
- E10621 - Type 1 diabetes mellitus with foot ulcer
- E10622 - Type 1 diabetes mellitus with other skin ulcer
- E10628 - Type 1 diabetes mellitus with other skin complications
- E10630 - Type 1 diabetes mellitus with periodontal disease
- E10638 - Type 1 diabetes mellitus with other oral complications
- E10641 - Type 1 diabetes mellitus with hypoglycemia with coma
- E10649 - Type 1 diabetes mellitus with hypoglycemia without coma
- E1065 - Type 1 diabetes mellitus with hyperglycemia
- E1069 - Type 1 diabetes mellitus with other specified complication
- E108 - Type 1 diabetes mellitus with unspecified complications
- E109 - Type 1 diabetes mellitus without complications
- E1100 - Type 2 diabetes mellitus with hyperosmolarity without nonketotic hyperglycemic-hyperosmolar coma (NKHHC)
- E1101 - Type 2 diabetes mellitus with hyperosmolarity with coma
- E1121 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic nephropathy
- E1122 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic chronic kidney disease
- E1129 - Type 2 diabetes mellitus with other diabetic kidney complication
- E11311 - Type 2 diabetes mellitus with unspecified diabetic retinopathy with macular edema
- E11319 - Type 2 diabetes mellitus with unspecified diabetic retinopathy without macular edema
- E11321 - Type 2 diabetes mellitus with mild nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema
- E11329 - Type 2 diabetes mellitus with mild nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema
- E11331 - Type 2 diabetes mellitus with moderate nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema
- E11339 - Type 2 diabetes mellitus with moderate nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema
- E11341 - Type 2 diabetes mellitus with severe nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema

E11349 - Type 2 diabetes mellitus with severe nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema  
E11351 - Type 2 diabetes mellitus with proliferative diabetic retinopathy with macular edema  
E11359 - Type 2 diabetes mellitus with proliferative diabetic retinopathy without macular edema  
E1136 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic cataract  
E1139 - Type 2 diabetes mellitus with other diabetic ophthalmic complication  
E1140 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic neuropathy, unspecified  
E1141 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic mononeuropathy  
E1142 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic polyneuropathy  
E1143 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic autonomic (poly)neuropathy  
E1144 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic amyotrophy  
E1149 - Type 2 diabetes mellitus with other diabetic neurological complication  
E1151 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic peripheral angiopathy without gangrene  
E1152 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic peripheral angiopathy with gangrene  
E1159 - Type 2 diabetes mellitus with other circulatory complications  
E11610 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic neuropathic arthropathy  
E11618 - Type 2 diabetes mellitus with other diabetic arthropathy  
E11620 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic dermatitis  
E11621 - Type 2 diabetes mellitus with foot ulcer  
E11622 - Type 2 diabetes mellitus with other skin ulcer  
E11628 - Type 2 diabetes mellitus with other skin complications  
E11630 - Type 2 diabetes mellitus with periodontal disease  
E11638 - Type 2 diabetes mellitus with other oral complications  
E11641 - Type 2 diabetes mellitus with hypoglycemia with coma  
E11649 - Type 2 diabetes mellitus with hypoglycemia without coma  
E1165 - Type 2 diabetes mellitus with hyperglycemia  
E1169 - Type 2 diabetes mellitus with other specified complication  
E118 - Type 2 diabetes mellitus with unspecified complications  
E119 - Type 2 diabetes mellitus without complications  
E1300 - Other specified diabetes mellitus with hyperosmolarity without nonketotic hyperglycemic-hyperosmolar coma (NKHHC)  
E1301 - Other specified diabetes mellitus with hyperosmolarity with coma  
E1310 - Other specified diabetes mellitus with ketoacidosis without coma  
E1311 - Other specified diabetes mellitus with ketoacidosis with coma  
E1321 - Other specified diabetes mellitus with diabetic nephropathy  
E1322 - Other specified diabetes mellitus with diabetic chronic kidney disease  
E1329 - Other specified diabetes mellitus with other diabetic kidney complication  
E13311 - Other specified diabetes mellitus with unspecified diabetic retinopathy with macular edema  
E13319 - Other specified diabetes mellitus with unspecified diabetic retinopathy without macular edema  
E13321 - Other specified diabetes mellitus with mild nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema  
E13329 - Other specified diabetes mellitus with mild nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema  
E13331 - Other specified diabetes mellitus with moderate nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema  
E13339 - Other specified diabetes mellitus with moderate nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema  
E13341 - Other specified diabetes mellitus with severe nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema  
E13349 - Other specified diabetes mellitus with severe nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema  
E13351 - Other specified diabetes mellitus with proliferative diabetic retinopathy with macular edema  
E13359 - Other specified diabetes mellitus with proliferative diabetic retinopathy without macular edema  
E1336 - Other specified diabetes mellitus with diabetic cataract  
E1339 - Other specified diabetes mellitus with other diabetic ophthalmic complication  
E1340 - Other specified diabetes mellitus with diabetic neuropathy, unspecified  
E1341 - Other specified diabetes mellitus with diabetic mononeuropathy  
E1342 - Other specified diabetes mellitus with diabetic polyneuropathy  
E1343 - Other specified diabetes mellitus with diabetic autonomic (poly)neuropathy  
E1344 - Other specified diabetes mellitus with diabetic amyotrophy  
E1349 - Other specified diabetes mellitus with other diabetic neurological complication  
E1351 - Other specified diabetes mellitus with diabetic peripheral angiopathy without gangrene  
E1352 - Other specified diabetes mellitus with diabetic peripheral angiopathy with gangrene  
E1359 - Other specified diabetes mellitus with other circulatory complications

E13610 - Other specified diabetes mellitus with diabetic neuropathic arthropathy  
 E13618 - Other specified diabetes mellitus with other diabetic arthropathy  
 E13620 - Other specified diabetes mellitus with diabetic dermatitis  
 E13621 - Other specified diabetes mellitus with foot ulcer  
 E13622 - Other specified diabetes mellitus with other skin ulcer  
 E13628 - Other specified diabetes mellitus with other skin complications  
 E13630 - Other specified diabetes mellitus with periodontal disease  
 E13638 - Other specified diabetes mellitus with other oral complications  
 E13641 - Other specified diabetes mellitus with hypoglycemia with coma  
 E13649 - Other specified diabetes mellitus with hypoglycemia without coma  
 E1365 - Other specified diabetes mellitus with hyperglycemia  
 E1369 - Other specified diabetes mellitus with other specified complication  
 E138 - Other specified diabetes mellitus with unspecified complications  
 E139 - Other specified diabetes mellitus without complications

**ICD-9-CM:**

25000 - Diabetes Mellitus, s/complic., tipo II ou n/especific., n/especific.como não control  
 25001 - Diabetes Mellitus, s/menção complicação, tipo I [id] [juvenil], n/espec.incontr.  
 25002 - Diabetes Mellitus, s/complicação, tipo II ou n/especificada, não controlada  
 25003 - Diabetes Mellitus, s/menção complicação, tipo I [tipo juvenil], não controlada  
 25010 - Diabetes Mellitus c/cetoacidose, tipo II ou n/especific., n/espec. como n/control.  
 25011 - Diabetes Mellitus c/cetoacidose, tipo I [juvenil], n/espec. como n/ncontrolada  
 25012 - Diabetes Mellitus com cetoacidose, tipo II ou n/especific., não controlada  
 25013 - Diabetes Mellitus com cetoacidose, tipo I [tipo juvenil], não controlada  
 25020 - Diabetes Mellitus c/hiperosmolaridade, tipo II ou n/esp., n/espec. como n/contr.  
 25021 - Diabetes Mellitus c/hiperosmolaridade tipo I [juvenil], n/especific. como n/contr.  
 25022 - Diabetes Mellitus c/hiperosmolaridade tipo II ou n/especific., não controlada  
 25023 - Diabetes Mellitus c/hiperosmolaridade tipo I [id] [tipo juvenil], não controlada  
 25030 - Diabetes Mellitus c/coma NCOP, tipo II ou n/espec., n/especific.como não controlad  
 25031 - Diabetes Mellitus c/coma NCOP, tipo I [juvenil], n/especific. como não controlada  
 25032 - Diabetes Mellitus com coma NCOP, tipo II ou não especificado, não controlada  
 25033 - Diabetes Mellitus com coma NCOP, tipo I [tipo juvenil], não controlada  
 25040 - Diabetes Mellitus c/manif.renais, tipo II ou n/especific., n/espec.como n/control.  
 25041 - Diabetes Mellitus c/manifest.renais, tipo I [juvenil], n/especific.como n/control.  
 25042 - Diabetes Mellitus com manifest.renais, tipo II ou n/especificada, não controlada  
 25043 - Diabetes Mellitus com manifestações renais, tipo I [tipo juvenil], não controlad  
 25050 - Diabetes Mellitus c/manif.ofthalm., tipo II ou n/especific., n/espec.como n/control  
 25051 - Diabetes Mellitus c/manifest.ofthalm., tipo I [juvenil], n/especific.como n/control  
 25052 - Diabetes Mellitus c/manifest.ofthalmicas, tipo II ou n/especific., não controlada  
 25053 - Diabetes Mellitus c/manifest.ofthalmicas, tipo I [tipo juvenil], não controlada  
 25060 - Diabetes Mellitus c/manif.neurol., tipo II ou n/especific., n/espec.como n/control  
 25061 - Diabetes Mellitus c/manif.neurologicas, tipo I [juvenil], n/espec.como n/control  
 25062 - Diabetes Mellitus c/manif.neurologicas, tipo II ou n/especific., não controlada  
 25063 - Diabetes Mellitus com manifestações neurologicas, tipo I [juvenil], não control.  
 25070 - Diabetes Mellitus c/alter.circul.perif., tipo II ou n/espec., n/esp.como n/contr  
 25071 - Diabetes Mellitus c/alter.circul.perif., tipo I [juvenil], n/espec.como n/contr.  
 25072 - Diabetes Mellitus com alter.circul.perifer. tipo II ou n/especific., não controlad  
 25073 - Diabetes Mellitus c/alter.circulat.perifericas, tipo I [juvenil], não controlada  
 25080 - Diabetes Mellitus c/manif.especific.NCOP, tipo II ou n/esp., n/esp. como n/control  
 25081 - Diabetes Mellitus c/manif.especific.NCOP, tipo I [juvenil], n/especific.como n/contr  
 25082 - Diabetes Mellitus c/manif.especific.NCOP, tipo II ou n/especific., não controlada  
 25083 - Diabetes Mellitus c/manifest.especificadas NCOP, tipo I [juvenil], não controlad  
 25090 - Diabetes Mellitus c/compl.n/especific., tipo II ou n/espec., n/espec. como n/contr  
 25091 - Diabetes Mellitus c/compl.n/especific., tipo I [juvenil], n/especific.como n/control  
 25092 - Diabetes Mellitus com complic. n/especific., tipo II ou n/especific., não controlada  
 25093 - Diabetes Mellitus com complic. n/especificada, tipo I [juvenil], não controlada

C. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "amputação traumática de membro inferior":

**ICD-10-CM:**

S78011A - Complete traumatic amputation at right hip joint, initial encounter  
 S78012A - Complete traumatic amputation at left hip joint, initial encounter  
 S78019A - Complete traumatic amputation at unspecified hip joint, initial encounter  
 S78021A - Partial traumatic amputation at right hip joint, initial encounter  
 S78022A - Partial traumatic amputation at left hip joint, initial encounter  
 S78029A - Partial traumatic amputation at unspecified hip joint, initial encounter  
 S78111A - Complete traumatic amputation at level between right hip and knee, initial encounter  
 S78112A - Complete traumatic amputation at level between left hip and knee, initial encounter  
 S78119A - Complete traumatic amputation at level between unspecified hip and knee, initial encounter  
 S78121A - Partial traumatic amputation at level between right hip and knee, initial encounter  
 S78122A - Partial traumatic amputation at level between left hip and knee, initial encounter  
 S78129A - Partial traumatic amputation at level between unspecified hip and knee, initial encounter  
 S78911A - Complete traumatic amputation of right hip and thigh, level unspecified, initial encounter  
 S78912A - Complete traumatic amputation of left hip and thigh, level unspecified, initial encounter  
 S78919A - Complete traumatic amputation of unspecified hip and thigh, level unspecified, initial encounter  
 S78921A - Partial traumatic amputation of right hip and thigh, level unspecified, initial encounter  
 S78922A - Partial traumatic amputation of left hip and thigh, level unspecified, initial encounter  
 S78929A - Partial traumatic amputation of unspecified hip and thigh, level unspecified, initial encounter  
 S88011A - Complete traumatic amputation at knee level, right lower leg, initial encounter  
 S88012A - Complete traumatic amputation at knee level, left lower leg, initial encounter  
 S88019A - Complete traumatic amputation at knee level, unspecified lower leg, initial encounter  
 S88021A - Partial traumatic amputation at knee level, right lower leg, initial encounter  
 S88022A - Partial traumatic amputation at knee level, left lower leg, initial encounter  
 S88029A - Partial traumatic amputation at knee level, unspecified lower leg, initial encounter  
 S88111A - Complete traumatic amputation at level between knee and ankle, right lower leg, initial encounter  
 S88112A - Complete traumatic amputation at level between knee and ankle, left lower leg, initial encounter  
 S88119A - Complete traumatic amputation at level between knee and ankle, unspecified lower leg, initial encounter  
 S88121A - Partial traumatic amputation at level between knee and ankle, right lower leg, initial encounter  
 S88122A - Partial traumatic amputation at level between knee and ankle, left lower leg, initial encounter  
 S88129A - Partial traumatic amputation at level between knee and ankle, unspecified lower leg, initial encounter  
 S88911A - Complete traumatic amputation of right lower leg, level unspecified, initial encounter  
 S88912A - Complete traumatic amputation of left lower leg, level unspecified, initial encounter  
 S88919A - Complete traumatic amputation of unspecified lower leg, level unspecified, initial encounter  
 S88921A - Partial traumatic amputation of right lower leg, level unspecified, initial encounter  
 S88922A - Partial traumatic amputation of left lower leg, level unspecified, initial encounter  
 S88929A - Partial traumatic amputation of unspecified lower leg, level unspecified, initial encounter  
 S98011A - Complete traumatic amputation of right foot at ankle level, initial encounter  
 S98012A - Complete traumatic amputation of left foot at ankle level, initial encounter  
 S98019A - Complete traumatic amputation of unspecified foot at ankle level, initial encounter  
 S98021A - Partial traumatic amputation of right foot at ankle level, initial encounter  
 S98022A - Partial traumatic amputation of left foot at ankle level, initial encounter  
 S98029A - Partial traumatic amputation of unspecified foot at ankle level, initial encounter  
 S98111A - Complete traumatic amputation of right great toe, initial encounter  
 S98112A - Complete traumatic amputation of left great toe, initial encounter  
 S98119A - Complete traumatic amputation of unspecified great toe, initial encounter  
 S98121A - Partial traumatic amputation of right great toe, initial encounter  
 S98122A - Partial traumatic amputation of left great toe, initial encounter  
 S98129A - Partial traumatic amputation of unspecified great toe, initial encounter  
 S98131A - Complete traumatic amputation of one right lesser toe, initial encounter  
 S98132A - Complete traumatic amputation of one left lesser toe, initial encounter  
 S98139A - Complete traumatic amputation of one unspecified lesser toe, initial encounter  
 S98141A - Partial traumatic amputation of one right lesser toe, initial encounter  
 S98142A - Partial traumatic amputation of one left lesser toe, initial encounter  
 S98149A - Partial traumatic amputation of one unspecified lesser toe, initial encounter

S98211A - Complete traumatic amputation of two or more right lesser toes, initial encounter  
 S98212A - Complete traumatic amputation of two or more left lesser toes, initial encounter  
 S98219A - Complete traumatic amputation of two or more unspecified lesser toes, initial encounter  
 S98221A - Partial traumatic amputation of two or more right lesser toes, initial encounter  
 S98222A - Partial traumatic amputation of two or more left lesser toes, initial encounter  
 S98229A - Partial traumatic amputation of two or more unspecified lesser toes, initial encounter  
 S98311A - Complete traumatic amputation of right midfoot, initial encounter  
 S98312A - Complete traumatic amputation of left midfoot, initial encounter  
 S98319A - Complete traumatic amputation of unspecified midfoot, initial encounter  
 S98321A - Partial traumatic amputation of right midfoot, initial encounter  
 S98322A - Partial traumatic amputation of left midfoot, initial encounter  
 S98329A - Partial traumatic amputation of unspecified midfoot, initial encounter  
 S98911A - Complete traumatic amputation of right foot, level unspecified, initial encounter  
 S98912A - Complete traumatic amputation of left foot, level unspecified, initial encounter  
 S98919A - Complete traumatic amputation of unspecified foot, level unspecified, initial encounter  
 S98921A - Partial traumatic amputation of right foot, level unspecified, initial encounter  
 S98922A - Partial traumatic amputation of left foot, level unspecified, initial encounter  
 S98929A - Partial traumatic amputation of unspecified foot, level unspecified, initial encounter H. Considera-se o seguinte código de procedimento ICD-10-PCS para amputação de dedo do pé:  
 0Y6P0Z0 - Detachment at Right 1st Toe, Complete, Open Approach  
 0Y6P0Z1 - Detachment at Right 1st Toe, High, Open Approach  
 0Y6P0Z2 - Detachment at Right 1st Toe, Mid, Open Approach  
 0Y6P0Z3 - Detachment at Right 1st Toe, Low, Open Approach  
 0Y6Q0Z0 Detachment at Left 1st Toe, Complete, Open Approach  
 0Y6Q0Z1 Detachment at Left 1st Toe, High, Open Approach  
 0Y6Q0Z2 Detachment at Left 1st Toe, Mid, Open Approach  
 0Y6Q0Z3 Detachment at Left 1st Toe, Low, Open Approach  
 0Y6R0Z0 - Detachment at Right 2nd Toe, Complete, Open Approach  
 0Y6R0Z1 - Detachment at Right 2nd Toe, High, Open Approach  
 0Y6R0Z2 - Detachment at Right 2nd Toe, Mid, Open Approach  
 0Y6R0Z3 - Detachment at Right 2nd Toe, Low, Open Approach  
 0Y6S0Z0 - Detachment at Left 2nd Toe, Complete, Open Approach  
 0Y6S0Z1 - Detachment at Left 2nd Toe, High, Open Approach  
 0Y6S0Z2 - Detachment at Left 2nd Toe, Mid, Open Approach  
 0Y6S0Z3 - Detachment at Left 2nd Toe, Low, Open Approach  
 0Y6T0Z0 - Detachment at Right 3rd Toe, Complete, Open Approach  
 0Y6T0Z1 - Detachment at Right 3rd Toe, High, Open Approach  
 0Y6T0Z2 - Detachment at Right 3rd Toe, Mid, Open Approach  
 0Y6T0Z3 - Detachment at Right 3rd Toe, Low, Open Approach  
 0Y6U0Z0 - Detachment at Left 3rd Toe, Complete, Open Approach  
 0Y6U0Z1 - Detachment at Left 3rd Toe, High, Open Approach  
 0Y6U0Z2 - Detachment at Left 3rd Toe, Mid, Open Approach  
 0Y6U0Z3 - Detachment at Left 3rd Toe, Low, Open Approach  
 0Y6V0Z0 - Detachment at Right 4th Toe, Complete, Open Approach  
 0Y6V0Z1 - Detachment at Right 4th Toe, High, Open Approach  
 0Y6V0Z2 - Detachment at Right 4th Toe, Mid, Open Approach  
 0Y6V0Z3 - Detachment at Right 4th Toe, Low, Open Approach  
 0Y6W0Z0 Detachment at Left 4th Toe, Complete, Open Approach  
 0Y6W0Z1 Detachment at Left 4th Toe, High, Open Approach  
 0Y6W0Z2 Detachment at Left 4th Toe, Mid, Open Approach  
 0Y6W0Z3 Detachment at Left 4th Toe, Low, Open Approach  
 0Y6X0Z0 - Detachment at Right 5th Toe, Complete, Open Approach  
 0Y6X0Z1 - Detachment at Right 5th Toe, High, Open Approach  
 0Y6X0Z2 - Detachment at Right 5th Toe, Mid, Open Approach  
 0Y6X0Z3 - Detachment at Right 5th Toe, Low, Open Approach  
 0Y6Y0Z0 - Detachment at Left 5th Toe, Complete, Open Approach

OY6Y0Z1 - Detachment at Left 5th Toe, High, Open Approach  
OY6Y0Z2 - Detachment at Left 5th Toe, Mid, Open Approach  
OY6Y0Z3 - Detachment at Left 5th Toe, Low, Open Approach

**ICD-9-CM:**

8950 - Amputação traumática de um ou mais dedos do pé sem menção de complicações  
8951 - Amputação traumática de um ou mais dedos do pé com complicações  
8960 - Amputação traumática do pé (completa/parcial) unilateral sem menção de complicações  
8961 - Amputação traumática do pé (completa/parcial) unilateral com complicações  
8962 - Amputação traumática do pé (completa/parcial) bilateral sem menção de complicações  
8963 - Amputação traumática do pé (completa/parcial) bilateral com complicações  
8970 - Amput.traum.(completa/parcial) m. inf. unilateral abaixo joelho s/menção complic  
8971 - Amput.traum.(completa/parcial) m. inf. unilateral abaixo joelho com complicações  
8972 - Amput.traum.(completa/parcial) m. inf. unilateral a nível/acima joelho s/complic  
8973 - Amput.traum.(completa/parcial) m. inf. unilateral a nível/acima joelho c/complic  
8974 - Amput.traum.(completa/parcial) m. inf. unilat.nível n/especif.s/menção complicac  
8975 - Amput.traum.(completa/parcial) m. inf. unilat.nível n/especif.com complicações  
8976 - Amput.traum.(completa/parcial) m. inf. bilat. qualquer nível sem menção complica  
8977 - Amput.traum.(completa/parcial) m. inf. bilateral qualquer nível com complicações

D. Neste indicador, cada episódio de internamento do numerador é relacionado com a unidade funcional onde o utente, no mês da alta, tem [inscrição ativa](#). O cruzamento, para cada utente, entre os episódios de internamento e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo número de utente.

E. Cada episódio de internamento hospitalar é associado a uma unidade funcional de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a alta desse internamento, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da data de alta. Assim, caso no mês alta hospitalar exista uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, internamento não é contabilizada neste indicador.

F. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas](#) em unidades de observação diferentes no mês em que ocorre a alta (ou no mês anterior), o internamento é associado a todas as inscrições.

G. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes. Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da taxa de internamento bruta é 10.000. Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, os internamentos do numerador são divididos pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

H. Apenas se consideram os episódios de internamento válidos para faturação no âmbito dos GDH.

I. As regras de cálculo deste indicador, na componente dos diagnósticos válidos para incluir ou excluir utentes, são baseadas nas especificações publicadas pela "Agency for Healthcare Research and Quality" na área dos indicadores de qualidade em prevenção, disponíveis online em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI\\_TechSpec\\_ICD10\\_v60.aspx](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v60.aspx).

**Período em Análise**

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável AA ("internamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a alta do internamento.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD x 100.000	por 100.000	Taxa internamento (por 100.000 residentes por ano)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---------------------------	--------------------	-------------------

---	---	---
-----	-----	-----

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Diabetes	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	90 dias

### Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;  
ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica  
DM - Diabetes Mellitus;  
UF - Unidade Funcional

<b>361</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.68.02	2017.361.01	Taxa de internamento por HTA (ajust.)

### Designação

Taxa de internamento por hipertensão arterial (ajustada para uma população padrão)

### Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a utentes com hipertensão arterial, no respetivo controlo e prevenção de complicações, usando como medida a "taxa de internamento hospitalar com diagnóstico principal relacionado com hipertensão arterial".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos hospitalares com diagnóstico principal de "hipertensão arterial", por cada 100.000 utentes com [inscrição ativa](#) com 18 ou mais anos.

Numerador da taxa bruta: Contagem de episódios de internamento hospitalar com diagnóstico principal de "hipertensão arterial".

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes [inscritos ativos](#) com 18 ou mais anos, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de internamento por utente inscrito à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

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

- A. Referentes a utentes internados com data de alta incluída no período em análise (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- B. Internados com duração superior a 24 horas (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS);
- C. Não são considerados os utentes transferidos de outros hospitais.
- D. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês alta do episódio de internamento (ver alíneas E, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- E. Com o género Z.
- F. Que na data de alta do episódio hospitalar têm idade, em anos, pertencente ao intervalo [X; Y[.
- G. Na data de admissão têm 18 ou mais anos;
- H. O utente internado tem diagnóstico principal compatível com "hipertensão arterial" (ver alíneas A e J de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- I. Sem registos de procedimentos cardíacos (ver alíneas B e J de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- J. Sem registos de doença hipertensiva renal (ver alíneas C e J de OBSERVAÇÕES GERAIS) simultaneamente com procedimentos de "acesso de diálise" (ver alíneas D e J de OBSERVAÇÕES GERAIS).
- K. Excluem-se episódios de internamento por gravidez, parto e puerpério.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS), com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira.

A. Com idades 18 ou mais anos.

B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo mesmo um dia do período em análise.

C. Com género Z.

D. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

#### TAXA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

##### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), usando os grupos definidos na tabela seguinte, que está adaptada ao intervalo etário em análise neste indicador de [18; +INF[ anos.

Intervalo etário	Género	
[18; 20[ anos	Masc.	Femin.
[20; 25[ anos	Masc.	Femin.
[25; 30[ anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
Intervalos etários de 5 anos anos	Masc.	Femin.
	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
[80; 85[ anos	Masc.	Femin.
[85; 90[ anos	Masc.	Femin.
[90; 95[ anos	Masc.	Femin.
[95; 100[ anos	Masc.	Femin.
[100; +INF[ anos	Masc.	Femin.

##### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas escolhe-se como população padrão a totalidade dos utentes com [inscrição ativa](#) em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador, com idades compreendidas no intervalo [18; +INF[ anos.

##### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se o método definido [aqui](#), adaptado aos escalões de idade e género definidos no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão referidos (no intervalo [18; +INF[ anos).

##### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição e apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

5. DISTRIBUIÇÃO DOS INTERNAMENTOS ASSOCIADOS À UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO  
Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA, mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

6. DETERMINAÇÃO DOS INTERNAMENTOS ESPERADOS  
Aplica-se o método definido [aqui](#), mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

7. TOTAL DE INTERNAMENTOS ESPERADOS  
Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular os [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO  
Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).  
[TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100.000

### Observações Gerais

A. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "hipertensão arterial":

**ICD-10-CM:**

- I10 - Essencial (primary) hypertension
- I119 - Hypertensive heart disease without heart failure
- I129 - Hypertensive chronic kidney disease with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease
- I1310 - Hypertensive heart and chronic kidney disease without heart failure, with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease

**ICD-9-CM:**

- 4010 - Hipertensão essencial especificada como maligna
- 4019 - Hipertensão essencial não especificada como maligna ou benigna
- 40200 - Doença cardíaca hipertensiva maligna sem insuficiencia cardíaca
- 40210 - Doença cardíaca hipertensiva benigna sem insuficiencia cardíaca
- 40290 - Doença cardíaca hipertensiva não especificada, sem insuficiencia cardíaca
- 40300 - Doença do rim, hipertensiva maligna, com doença crónica, estadio I-IV ou n/especificada
- 40310 - Doença renal hipertensiva benigna, com doença crónica, estadio I-IV ou n/especificada
- 40390 - Doença renal hipertensiva não especificada, com doença crónica, estadio I-IV ou n/especificada
- 40400 - Doença hipertensiva cardio-renal, maligna, s/insuf.card c/drc est.I-IV ou n/especificada
- 40410 - Doença hipertensiva cardio-renal, benigna, s/insuf.card c/drc est.I-IV ou n/especificada
- 40490 - Doença hipertensiva cardio-renal, n/especific s/insuf.card c/drc est.I-IV ou n/especificada

B. Consideram-se os seguintes códigos de procedimento ICD-9-CM e ICD-10-CM para "procedimento cardíaco":

**ICD-10-CM:**

Códigos disponíveis em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V60-ICD10/TechSpecs/PQI\\_Appendix\\_B.pdf](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V60-ICD10/TechSpecs/PQI_Appendix_B.pdf)

**ICD-9-CM:**

- 0050 - Implant.pacem.ressincroniz.card. s/menção desfibril., sist.total
- 0051 - Implant.desfibrilador ressincronização cardíaca, sistema total
- 0052 - Implant./subst. electr.transv. no sist.venoso coronar.ventr.esq.
- 0053 - Implant./subst. de gerador impulsos de pacemaker ressincr. card.
- 0054 - Implant./subst. de gerador impulsos de desfibr.ressincr.cardiaco
- 0056 - Ins/subst sensor pressão implant c/terminal p/monit.hemod.intracard ou gr. vasos
- 0057 - Impl/subst disp subcut p/ monitor.hemodin. intracard ou gr.vaso
- 0066 - Angioplastia coronaria percutanea transluminal [ptca]
- 1751 - Implant de disposit recarreg modulação contract card sist total
- 1752 - Implant/subst disp recarreg modulação contract card gerad apenas
- 1755 - Aterectomia coronaria transluminal
- 3500 - Valvotomia fechada do coração, válvula não especificada
- 3501 - Valvotomia fechada do coração, válvula aórtica

- 3502 - Valvotomia fechada do coração, válvula mitral
- 3503 - Valvotomia fechada do coração, válvula pulmonar
- 3504 - Valvotomia fechada do coração, válvula tricuspida
- 3505 - Substituição endovascular da válvula aórtica
- 3506 - Substituição trans-apical da válvula aórtica
- 3507 - Substituição endovascular da válvula pulmonar
- 3508 - Substituição trans-apical da válvula pulmonar
- 3509 - Substituição endovascular de válvula cardíaca SOE
- 3510 - Valvuloplastia a céu aberto de válvula n/especif s/substituição
- 3511 - Valvuloplastia a céu aberto da válvula aórtica sem substituição
- 3512 - Valvuloplastia a céu aberto da válvula mitral sem substituição
- 3513 - Valvuloplastia a céu aberto da válvula pulmonar sem substituição
- 3514 - Valvuloplastia a céu aberto da válvula tricuspida sem substituição
- 3520 - Substituição aberta e/ou NCOP de válvula cardíaca SOE
- 3521 - Substituição aberta e/ou NCOP de válvula aórtica c/enxerto de tecido
- 3522 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula aórtica
- 3523 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula mitral c/enxerto de tecido
- 3524 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula mitral
- 3525 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula pulmonar c/enxerto de tecido
- 3526 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula pulmonar
- 3527 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula tricuspide c/enxerto de tecido
- 3528 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula tricuspide
- 3531 - Operações no músculo papilar
- 3532 - Operações nas cordas tendinosas
- 3533 - Aneloplastia
- 3534 - Infundibulectomia
- 3535 - Operações nas cordas trabeculares do coração
- 3539 - Operações em estruturas NCOP adjacentes as válvulas cardíacas
- 3541 - Alargamento de defeito existente no septo auricular técnica de r
- 3542 - Criação de defeito septal no coração
- 3550 - Reparação de defeito septal cardíaco não especificado com prótese
- 3551 - Reparação de defeito do septo auricular com prótese técnica aberta
- 3552 - Reparação de defeito do septo auricular com prótese técnica fechada
- 3553 - Reparação a céu aberto de defeito do septo ventricular c/prótese
- 3554 - Reparação de defeito de coxim endocárdico com prótese
- 3555 - Reparação fechada de defeito do septo ventricular, com prótese
- 3560 - Reparação de defeito septal do coração não especificado com enxerto
- 3561 - Reparação de defeito do septo auricular com enxerto de tecido
- 3562 - Reparação de defeito do septo ventricular com enxerto de tecido
- 3563 - Reparação de defeito do coxim endocárdico
- 3570 - Reparação NCOP ou n/espec de defeito septal cardíaco não especificado
- 3571 - Reparação NCOP ou não especificada de defeito do septo auricular
- 3572 - Reparação NCOP ou não especificada de defeito do septo ventricular
- 3573 - Reparação NCOP ou não especificada de defeito do coxim endocárdico
- 3581 - Reparação total de tetralogia de Fallot
- 3582 - Reparação total de retorno venoso pulmonar anormal total
- 3583 - Reparação total do tronco arterioso
- 3584 - Correção total de transposição dos grandes vasos, NCOP
- 3591 - Transposição interauricular de retorno venoso baffle
- 3592 - Criação de canal entre o ventrículo direito e a artéria pulmonar
- 3593 - Criação de canal entre o ventrículo esquerdo e a aorta
- 3594 - Criação de canal entre a aurícula e a artéria pulmonar
- 3595 - Revisão de actos cirúrgicos correctivos no coração
- 3596 - Valvuloplastia percutânea com balão
- 3597 - Reparação percutânea da válvula mitral com implante
- 3598 - Intervenções nos septos cardíacos NCOP

3599 - Intervenções nas válvulas cardíacas NCOP  
 3601 - Angiopl.percut.translum. 1 coron. ou aterect.coron.,s/m/ag.tromb  
 3602 - Angiopl.percut.translum. 1 coron.,ou aterect.coron.,c/ag.trombol  
 3603 - Angioplastia de arteria coronaria, por toracotomia  
 3604 - Infusão de agente trombolitico em arteria coronaria  
 3605 - Angiopl.percut.translum. var.coron. ou ater.cor.,num acto operat  
 3606 - Inserção de stent(s) n/diluidores de farmacos em arteria coronar  
 3607 - Inserção de stent(s) coronario(s) diluidores de farmacos  
 3609 - Remoção de obstrução de arteria coronaria, NCOP  
 3610 - Bypass ãortocoronario p/revasc coração, n/especific outro modo  
 3611 - Bypass (ãorto)coronario de uma arteria coronaria  
 3612 - Bypass (ãorto)coronario de duas arterias coronarias  
 3613 - Bypass (ãorto)coronario de tres arterias coronarias  
 3614 - Bypass (ãorto)coronario de quatro ou mais arterias coronarias  
 3615 - Bypass simples da arteria mamaria interna a coronaria  
 3616 - Bypass duplo da arteria mamaria interna a coronaria  
 3617 - Bypass arterial abdomino-coronario  
 3619 - Bypass para revascularização do coração NCOP  
 362 - Revascularização do coração por implante arterial  
 363 - Revascularizações do coração NCOP  
 3631 - Revascularização transmiocardica a ceu aberto  
 3632 - Revascularização transmiocardica NCOP  
 3633 - Revascularização transmiocardica endoscopia  
 3634 - Revascularização transmiocardica percutanea  
 3639 - Revascularização cardíaca NCOP  
 3691 - Reparação de aneurisma de vaso coronario  
 3699 - Intervenção cirurgica nos vasos do coração NCOP  
 3731 - Pericardiectomia  
 3732 - Excisão de aneurisma do coração  
 3733 - Excisão/destruição de lesão/tecido NCOP coração, cirurgia aberta  
 3734 - Excisão/destruição endovascular de lesão/tecido NCOP coração  
 3735 - Ventriculectomia parcial  
 3736 - Excisão, destruição e/ou exclusão do apendice da auricula esquerda (laa)  
 3737 - Excisão ou destruição toracoscopica de lesão/tecido coração NCOP  
 3741 - Implantação dispositivo protesico suporte card a volta do coraca  
 375 - Procedimentos de substituição do coração  
 3751 - Transplantação cardíaca  
 3752 - Implantação de coração [artificial] biventricular interno total  
 3753 - Subst/reparação unid.toracica sist substituição (total) coração  
 3754 - Subst/repair. compon.implant.NCOP sist.substit. (total) coração  
 3755 - Remoção de sistema biventricular interno de substituição coração  
 3760 - Implantação/inserção sistema biventricular ext assist ão coração  
 3761 - Implante de balão de pulsação  
 3762 - Inserção dispositivo extracorp temp n/implant assist circulatori  
 3763 - Reparação de sistema de assistência ão coração  
 3764 - Remoção dispositivo(s) ou sistema(s) ext assistência ão coração  
 3765 - Implant sist (extracorp) ventriculo unico assistência ão coração  
 3766 - Inserção de sistema implantável de assistência ão coração  
 3770 - Inserção inicial de terminal de pacemaker [electrodo], SOE  
 3771 - Inserção inicial de terminal transvenoso de pacemaker no ventric  
 3772 - Inserção inicial term.transven.de pacemaker na auricula e ventri  
 3773 - Inserção inicial terminal transvenoso de pacemaker na auricula  
 3774 - Inserção ou substituição de terminal de pacemaker no epicardio  
 3775 - Revisão de terminal de pacemaker [electrodo]  
 3776 - Substit. terminal transvenoso auricular e/ou ventric. pacemaker  
 3777 - Remoção de terminais de pacemaker [electrodos], sem substituição

3778 - Inserção de pacemaker temporario transvenoso  
3779 - Revisão ou mudanca de sitio da bolsa do pacemaker  
3780 - Inserção inicial ou subst.pacemaker, n/espec.com.o ritmo-reactivo  
3781 - Inserc.inicial pacemaker camara simples n/esp.com.o ritmo-reactiv  
3782 - Inserção inicial de pacemaker de camara simples, ritmo-reactivo  
3783 - Inserção inicial de pacemaker de camara dupla  
3785 - Substit.qualquer tipo pacemaker camara simp,n/esp.c/ritmo-reacti  
3786 - Subst. de qualquer tipo pacemaker camara simples, ritmo-reactivo  
3787 - Substituição de qualquer tipo de pacemaker com camara dupla  
3789 - Revisão ou remoção de pacemaker  
3794 - Implantação ou substit.cardioversor/desfibr.autom, sistema total  
3795 - Implantação de cardioversor/desfibr. automat.,apenas termin(ais)  
3796 - Implantação cardiovers./desfibrilador autom.,so gerador impulsos  
3797 - Substituição cardioversor/desfibrilador autom., so terminal(ais)  
3798 - Substituição cardiovers./desfibrilador autom.,so gerador impulso  
3826 - Inserção sensor pressão implant s/terminal p/monit.hemod.intracard ou gr. vaso

C. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "doença hipertensiva renal":

**ICD-10-CM:**

I129 - Hypertensive chronic kidney disease with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease  
I1310 - Hypertensive heart and chronic kidney disease without heart failure, with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease

**ICD-9-CM:**

40300 - Doença do rim, hipertensiva maligna, com doença crónica, estadio I-IV ou n/especificada  
40310 - Doença renal hipertensiva benigna, com doença crónica, estadio I-IV ou n/especificada  
40390 - Doença renal hipertensiva não especificada, com doença crónica, estadio I-IV ou n/especificada  
40400 - Doença hipertensiva cardio-renal, maligna, s/insuf.card c/drc est.I-IV ou n/especificada  
40410 - Doença hipertensiva cardio-renal, benigna, s/insuf.card c/drc est.I-IV ou n/especificada  
40490 - Doença hipertensiva cardio-renal, n/especific s/insuf.card c/drc est.I-IV ou n/especificada

D. Consideram-se os seguintes códigos de procedimento ICD-9-CM e ICD-10-CM para "acesso de diálise":

**ICD-10-CM:**

031209D - Bypass Innominate Artery to Upper Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
031209F - Bypass Innominate Artery to Lower Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
03120AD - Bypass Innominate Artery to Upper Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03120AF - Bypass Innominate Artery to Lower Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03120JD - Bypass Innominate Artery to Upper Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03120JF - Bypass Innominate Artery to Lower Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03120KD - Bypass Innominate Artery to Upper Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03120KF - Bypass Innominate Artery to Lower Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03120ZD - Bypass Innominate Artery to Upper Arm Vein, Open Approach  
03120ZF - Bypass Innominate Artery to Lower Arm Vein, Open Approach  
031309D - Bypass Right Subclavian Artery to Upper Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
031309F - Bypass Right Subclavian Artery to Lower Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
03130AD - Bypass Right Subclavian Artery to Upper Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03130AF - Bypass Right Subclavian Artery to Lower Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03130JD - Bypass Right Subclavian Artery to Upper Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03130JF - Bypass Right Subclavian Artery to Lower Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03130KD - Bypass Right Subclavian Artery to Upper Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03130KF - Bypass Right Subclavian Artery to Lower Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03130ZD - Bypass Right Subclavian Artery to Upper Arm Vein, Open Approach  
03130ZF - Bypass Right Subclavian Artery to Lower Arm Vein, Open Approach  
031409D - Bypass Left Subclavian Artery to Upper Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
031409F - Bypass Left Subclavian Artery to Lower Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
03140AD - Bypass Left Subclavian Artery to Upper Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03140AF - Bypass Left Subclavian Artery to Lower Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach

03140JD - Bypass Left Subclavian Artery to Upper Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03140JF - Bypass Left Subclavian Artery to Lower Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03140KD - Bypass Left Subclavian Artery to Upper Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03140KF - Bypass Left Subclavian Artery to Lower Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03140ZD - Bypass Left Subclavian Artery to Upper Arm Vein, Open Approach  
03140ZF - Bypass Left Subclavian Artery to Lower Arm Vein, Open Approach  
031509D - Bypass Right Axillary Artery to Upper Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
031509F - Bypass Right Axillary Artery to Lower Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
03150AD - Bypass Right Axillary Artery to Upper Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03150AF - Bypass Right Axillary Artery to Lower Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03150JD - Bypass Right Axillary Artery to Upper Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03150JF - Bypass Right Axillary Artery to Lower Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03150KD - Bypass Right Axillary Artery to Upper Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03150KF - Bypass Right Axillary Artery to Lower Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03150ZD - Bypass Right Axillary Artery to Upper Arm Vein, Open Approach  
03150ZF - Bypass Right Axillary Artery to Lower Arm Vein, Open Approach  
031609D - Bypass Left Axillary Artery to Upper Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
031609F - Bypass Left Axillary Artery to Lower Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
03160AD - Bypass Left Axillary Artery to Upper Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03160AF - Bypass Left Axillary Artery to Lower Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03160JD - Bypass Left Axillary Artery to Upper Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03160JF - Bypass Left Axillary Artery to Lower Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03160KD - Bypass Left Axillary Artery to Upper Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03160KF - Bypass Left Axillary Artery to Lower Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03160ZD - Bypass Left Axillary Artery to Upper Arm Vein, Open Approach  
03160ZF - Bypass Left Axillary Artery to Lower Arm Vein, Open Approach  
031709D - Bypass Right Brachial Artery to Upper Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
031709F - Bypass Right Brachial Artery to Lower Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
03170AD - Bypass Right Brachial Artery to Upper Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03170AF - Bypass Right Brachial Artery to Lower Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03170JD - Bypass Right Brachial Artery to Upper Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03170JF - Bypass Right Brachial Artery to Lower Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03170KD - Bypass Right Brachial Artery to Upper Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03170KF - Bypass Right Brachial Artery to Lower Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03170ZD - Bypass Right Brachial Artery to Upper Arm Vein, Open Approach  
03170ZF - Bypass Right Brachial Artery to Lower Arm Vein, Open Approach  
031809D - Bypass Left Brachial Artery to Upper Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
031809F - Bypass Left Brachial Artery to Lower Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
03180AD - Bypass Left Brachial Artery to Upper Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03180AF - Bypass Left Brachial Artery to Lower Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03180JD - Bypass Left Brachial Artery to Upper Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03180JF - Bypass Left Brachial Artery to Lower Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03180KD - Bypass Left Brachial Artery to Upper Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03180KF - Bypass Left Brachial Artery to Lower Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03180ZD - Bypass Left Brachial Artery to Upper Arm Vein, Open Approach  
03180ZF - Bypass Left Brachial Artery to Lower Arm Vein, Open Approach  
031909F - Bypass Right Ulnar Artery to Lower Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
03190AF - Bypass Right Ulnar Artery to Lower Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
03190JF - Bypass Right Ulnar Artery to Lower Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
03190KF - Bypass Right Ulnar Artery to Lower Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
03190ZF - Bypass Right Ulnar Artery to Lower Arm Vein, Open Approach  
031A09F - Bypass Left Ulnar Artery to Lower Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
031A0AF - Bypass Left Ulnar Artery to Lower Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
031A0JF - Bypass Left Ulnar Artery to Lower Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
031A0KF - Bypass Left Ulnar Artery to Lower Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
031A0ZF - Bypass Left Ulnar Artery to Lower Arm Vein, Open Approach

031B09F - Bypass Right Radial Artery to Lower Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
 031B0AF - Bypass Right Radial Artery to Lower Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
 031B0JF - Bypass Right Radial Artery to Lower Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
 031B0KF - Bypass Right Radial Artery to Lower Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
 031B0ZF - Bypass Right Radial Artery to Lower Arm Vein, Open Approach  
 031C09F - Bypass Left Radial Artery to Lower Arm Vein with Autologous Venous Tissue, Open Approach  
 031C0AF - Bypass Left Radial Artery to Lower Arm Vein with Autologous Arterial Tissue, Open Approach  
 031C0JF - Bypass Left Radial Artery to Lower Arm Vein with Synthetic Substitute, Open Approach  
 031C0KF - Bypass Left Radial Artery to Lower Arm Vein with Nonautologous Tissue Substitute, Open Approach  
 031C0ZF - Bypass Left Radial Artery to Lower Arm Vein, Open Approach  
 03PY07Z - Removal of Autologous Tissue Substitute from Upper Artery, Open Approach  
 03PY0JZ - Removal of Synthetic Substitute from Upper Artery, Open Approach  
 03PY0KZ - Removal of Nonautologous Tissue Substitute from Upper Artery, Open Approach  
 03PY37Z - Removal of Autologous Tissue Substitute from Upper Artery, Percutaneous Approach  
 03PY3JZ - Removal of Synthetic Substitute from Upper Artery, Percutaneous Approach  
 03PY3KZ - Removal of Nonautologous Tissue Substitute from Upper Artery, Percutaneous Approach  
 03PY47Z - Removal of Autologous Tissue Substitute from Upper Artery, Percutaneous Endoscopic Approach  
 03PY4JZ - Removal of Synthetic Substitute from Upper Artery, Percutaneous Endoscopic Approach  
 03PY4KZ - Removal of Nonautologous Tissue Substitute from Upper Artery, Percutaneous Endoscopic Approach  
 03WY0JZ - Revision of Synthetic Substitute in Upper Artery, Open Approach  
 03WY3JZ - Revision of Synthetic Substitute in Upper Artery, Percutaneous Approach  
 03WY4JZ - Revision of Synthetic Substitute in Upper Artery, Percutaneous Endoscopic Approach  
 03WYXJZ - Revision of Synthetic Substitute in Upper Artery, External Approach  
 05HY33Z - Insertion of Infusion Device into Upper Vein, Percutaneous Approach  
 06HY33Z - Insertion of Infusion Device into Lower Vein, Percutaneous Approach

**ICD-9-CM:**

3895 - Cateterização venosa para dialise renal  
 3927 - Arteriovenostomia para dialise renal  
 3929 - Shunt ou bypass vascular (periferico) NCOP  
 3942 - Revisão de shunt arteriovenoso para hemodialise  
 3943 - Remoção de shunt arteriovenoso para hemodialise  
 3993 - Inserção da canula topo a topo  
 3994 - Substituição de canula topo a topo

E. Neste indicador, cada episódio de internamento do numerador é relacionado com a unidade funcional onde o utente, no mês da alta, tem [inscrição ativa](#). O cruzamento, para cada utente, entre os episódios de internamento e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo número de utente.

F. Cada episódio de internamento hospitalar é associado a uma unidade funcional de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a alta desse internamento, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da data de alta. Assim, caso no mês alta hospitalar exista uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, internamento não é contabilizada neste indicador.

G. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas](#) em unidades de observação diferentes no mês em que ocorre a alta (ou no mês anterior), o internamento é associado a todas as inscrições.

H. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes. Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da taxa de internamento bruta é 10.000. Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, os internamentos do numerador são divididos pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

I. Apenas se consideram os episódios de internamento válidos para faturação no âmbito dos GDH.

J. As regras de cálculo deste indicador, na componente dos diagnósticos válidos para incluir ou excluir utentes, são baseadas nas especificações publicadas pela "Agency for Healthcare Research and Quality" na área dos indicadores de qualidade em prevenção, disponíveis online em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI\\_TechSpec\\_ICD10\\_v60.aspx](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v60.aspx).

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável AA ("internamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a alta do internamento.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD x 100.000	por 100.000	Taxa internamento (por 100.000 residentes por ano)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Hipertensão	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	90 dias

### Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;  
ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica  
UF - Unidade Funcional

362

Código

6.69.02

Código SIARS

2017.362.01

Nome abreviado

Taxa de internamento por ICC (ajust.)

### Designação

Taxa de internamento por insuficiência cardíaca congestiva (ajustada para uma população padrão)

### Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a utentes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), no respetivo controlo, usando como medida a "taxa de internamento hospitalar com diagnóstico principal de insuficiência cardíaca congestiva".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos hospitalares com diagnóstico principal de "insuficiência cardíaca congestiva", por cada 100.000 utentes com [inscrição ativa](#) com 18 ou mais anos.

Numerador da taxa bruta: Contagem de episódios de internamento hospitalar com diagnóstico principal de "insuficiência cardíaca congestiva".

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes [inscritos ativos](#) com 18 ou mais anos, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de internamento por utente inscrito à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

Contagem de internamentos hospitalares referentes a utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J] é verdadeira:

A. Referentes a utentes internados com data de alta incluída no período em análise (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Internados com duração superior a 24 horas (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. Não são considerados os utentes transferidos de outros hospitais.

D. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês alta do episódio de internamento (ver alíneas C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. Com o género Z.

F. Que na data de alta do episódio hospitalar têm idade, em anos, pertencente ao intervalo [X; Y[.

G. Na data de admissão têm 18 ou mais anos;

H. O utente internado tem diagnóstico principal compatível com "insuficiência cardíaca congestiva" (ver alíneas A e H de OBSERVAÇÕES GERAIS).

I. Sem registos de procedimentos cardíacos (ver alíneas B e H de OBSERVAÇÕES GERAIS).

J. Excluem-se episódios de internamento por gravidez, parto e puerpério.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS), com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira.

A. Com idades 18 ou mais anos.

B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo mesmo um dia do período em análise.

C. Com género Z.

D. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

#### TAXA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

##### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), usando os grupos definidos na tabela seguinte, que está adaptada ao intervalo etário em análise neste indicador de [18; +INF[ anos.

Intervalo etário	Género	
[18; 20[ anos	Masc.	Femin.
[20; 25[ anos	Masc.	Femin.
[25; 30[ anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
Intervalos etários de 5 anos anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
[80; 85[ anos	Masc.	Femin.
[85; 90[ anos	Masc.	Femin.
[90; 95[ anos	Masc.	Femin.
[95; 100[ anos	Masc.	Femin.
[100; +INF[ anos	Masc.	Femin.

##### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas escolhe-se como população padrão a totalidade dos utentes com [inscrição ativa](#) em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador, com idades compreendidas no intervalo [18; +INF[ anos.

##### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se o método definido [aqui](#), adaptado aos escalões de idade e género definidos no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão referidos (no intervalo [18; +INF[ anos).

##### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição e apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 5. DISTRIBUIÇÃO DOS INTERNAMENTOS ASSOCIADOS À UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA, mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 6. DETERMINAÇÃO DOS INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 7. TOTAL DE INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular os [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

#### 8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100.000

### Observações Gerais

A. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "insuficiência cardíaca congestiva":

#### ICD-10-CM:

- I0981 - Rheumatic heart failure
- I5030 - Unspecified diastolic (congestive) heart failure
- I110 - Hypertensive heart disease with heart failure
- I5031 - Acute diastolic (congestive) heart failure
- I130 - Hypertensive heart and chronic kidney disease with heart failure and stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease
- I5032 - Chronic diastolic (congestive) heart failure
- I132 Hypertensive heart and chronic kidney disease with heart failure and with stage 5 chronic kidney disease, or end stage renal disease
- I5033 - Acute on chronic diastolic (congestive) heart failure
- I501 - Left ventricular failure
- I5040 - Unspecified combined systolic (congestive) and diastolic (congestive) heart failure
- I5020 - Unspecified systolic (congestive) heart failure
- I5041 - Acute combined systolic (congestive) and diastolic (congestive) heart failure
- I5021 - Acute systolic (congestive) heart failure
- I5042 - Chronic combined systolic (congestive) and diastolic (congestive) heart failure
- I5022 - Chronic systolic (congestive) heart failure
- I5043 - Acute on chronic combined systolic (congestive) and diastolic (congestive) heart failure
- I5023 - Acute on chronic systolic (congestive) heart failure
- I509 - Heart failure, unspecified

#### ICD-9-CM:

- 39891 - Insuficiência cardíaca reumática (congestiva)
- 40201 - Doença cardíaca hipertensiva maligna com insuficiência cardíaca
- 40211 - Doença cardíaca hipertensiva benigna com insuficiência cardíaca
- 40291 - Doença cardíaca hipertensiva não especificada, com insuficiência cardíaca
- 40401 - Doença hipertensiva cardio-renal, maligna, c/insuf.card c/drc est.I-IV ou n/especificada
- 40403 - Doença hipertensiva cardio-renal, maligna, c/insuf.card c/drc estadio V ou terminal
- 40411 - Doença hipertensiva cardio-renal, benigna, c/insuf.card c/drc est.I-IV ou n/especificada
- 40413 - Doença hipertensiva cardio-renal, benigna, c/insuf.card c/drc estadio V ou terminal
- 40491 - Doença hipertensiva cardio-renal, n/especif c/insuf.card c/drc est.I-IV ou n/especificada
- 40493 - Doença hipertensiva cardio-renal, n/especif c/insuf.card c/drc estadio V ou terminal
- 4280 - Insuficiência cardíaca congestiva, não especificada
- 4281 - Insuficiência cardíaca esquerda
- 42820 - Insuficiência cardíaca sistólica não especificada
- 42821 - Insuficiência cardíaca sistólica aguda
- 42822 - Insuficiência cardíaca sistólica crónica

42823 - Insuficiência cardíaca sistólica crónica agudizada  
42830 - Insuficiência cardíaca diastólica não especificada  
42831 - Insuficiência cardíaca diastólica aguda  
42832 - Insuficiência cardíaca diastólica crónica  
42833 - Insuficiência cardíaca diastólica crónica agudizada  
42840 - Insuficiência cardíaca sistólica e diastólica combinada, não especificada  
42841 - Insuficiência cardíaca sistólica e diastólica combinada, aguda  
42842 - Insuficiência cardíaca sistólica e diastólica combinada, crónica  
42843 - Insuficiência cardíaca sistólica e diastólica combinada, crónica agudizada  
4289 - Insuficiência cardíaca não especificada

B. Consideram-se os seguintes códigos de procedimento ICD-9-CM e ICD-10-CM para "procedimento cardíaco":

**ICD-10-CM:**

Códigos disponíveis em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V60-ICD10/TechSpecs/PQI\\_Appendix\\_B.pdf](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V60-ICD10/TechSpecs/PQI_Appendix_B.pdf)

**ICD-9-CM:**

0050 - Implant.pacem.ressincroniz.card. s/menção desfibril., sist.total  
0051 - Implant.desfibrilador ressincronização cardíaca, sistema total  
0052 - Implant./subst. electr.transv. no sist.venoso coronar.ventr.esq.  
0053 - Implant./subst. de gerador impulsos de pacemaker ressincr. card.  
0054 - Implant./subst. de gerador impulsos de desfibr.ressincr.cardiaco  
0056 - Ins/subst sensor pressão implant c/terminal p/monit.hemodin.intracard ou gr. vasos  
0057 - Impl/subst disp subcut p/ monitor.hemodin. intracard ou gr.vaso  
0066 - Angioplastia coronaria percutanea transluminal [ptca]  
1751 - Implant de disposit recarreg modulação contract card sist total  
1752 - Implant/subst disp recarreg modulação contract card gerad apenas  
1755 - Aterectomia coronaria transluminal  
3500 - Valvotomia fechada do coração, válvula não especificada  
3501 - Valvotomia fechada do coração, válvula aórtica  
3502 - Valvotomia fechada do coração, válvula mitral  
3503 - Valvotomia fechada do coração, válvula pulmonar  
3504 - Valvotomia fechada do coração, válvula tricuspida  
3505 - Substituição endovascular da válvula aórtica  
3506 - Substituição trans-apical da válvula aórtica  
3507 - Substituição endovascular da válvula pulmonar  
3508 - Substituição trans-apical da válvula pulmonar  
3509 - Substituição endovascular de válvula cardíaca SOE  
3510 - Valvuloplastia a ceu aberto de válvula n/especif s/substituição  
3511 - Valvuloplastia a ceu aberto da válvula aórtica sem substituição  
3512 - Valvuloplastia a ceu aberto da válvula mitral sem substituição  
3513 - Valvuloplastia a ceu aberto da válvula pulmonar sem substituição  
3514 - Valvuloplastia a ceu aberto da válvula tricuspida sem substituiç  
3520 - Substituição aberta e/ou NCOP de válvula cardíaca SOE  
3521 - Substituição aberta e/ou NCOP de válvula aórtica c/enxerto de tecido  
3522 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula aórtica  
3523 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula mitral c/enxerto de tecido  
3524 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula mitral  
3525 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula pulmonar c/enxerto de tecido  
3526 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula pulmonar  
3527 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula tricuspide c/enxerto de tecido  
3528 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula tricuspide  
3531 - Operações no musculo papilar  
3532 - Operações nas cordas tendinosas  
3533 - Aneloplastia  
3534 - Infundibulectomia  
3535 - Operações nas cordas trabeculares do coração  
3539 - Operações em estroturas NCOP adjacentes as válvulas cardíacas

3541 - Alargamento de defeito existente no septo auricular tecnica de r  
3542 - Criação de defeito septal no coração  
3550 - Reparação de defeito septal cardiaco não especificado com protes  
3551 - Reparação de defeito do septo auricular com protese tecnica aber  
3552 - Reparação de defeito do septo auricular com protese tecnica fech  
3553 - Reparação a ceu aberto de defeito do septo ventricular c/protese  
3554 - Reparação de defeito de coxim endocardico com protese  
3555 - Reparação fechada de defeito do septo ventricular, com protese  
3560 - Reparação de defeito septal do coração não especificado com enxe  
3561 - Reparação de defeito do septo auricular com enxerto de tecido  
3562 - Reparação de defeito do septo ventricular com enxerto de tecido  
3563 - Reparação de defeito do coxim endocardico  
3570 - Reparação NCOP ou n/espec de defeito septal cardiaco não especif  
3571 - Reparação NCOP ou não especificada de defeito do septo auricular  
3572 - Reparação NCOP ou não especificada de defeito do septo ventricul  
3573 - Reparação NCOP ou não especificada de defeito do coxim endocardi  
3581 - Reparação total de tetralogia de fallot  
3582 - Reparação total de retorno venoso pulmonar anomalo total  
3583 - Reparação total do truncus arteriosus  
3584 - Correção total de transposição dos grandes vasos, NCOP  
3591 - Transposição interauricular de retorno venoso baffle  
3592 - Criação de canal entre o ventriculo direito e a arteria pulmonar  
3593 - Criação de canal entre o ventriculo esquerdo e a ãorta  
3594 - Criação de canal entre a auricula e a arteria pulmonar  
3595 - Revisão de actos cirurgicos correctivos no coração  
3596 - Valvuloplastia percutanea com balão  
3597 - Reparação percutanea da válvula mitral com implante  
3598 - Intervenções nos septos cardiacos NCOP  
3599 - Intervenções nas válvulas cardíacas NCOP  
3601 - Angiopl.percut.translum. 1 coron. ou aterect.coron.,s/m/ag.tromb  
3602 - Angiopl.percut.translum. 1 coron.,ou aterect.coron.,c/ag.trombol  
3603 - Angioplastia de arteria coronaria, por toracotomia  
3604 - Infusão de agente trombolitico em arteria coronaria  
3605 - Angiopl.percut.translum. var.coron. ou ater.cor.,num acto operat  
3606 - Inserção de stent(s) n/diluidores de farmacos em arteria coronar  
3607 - Inserção de stent(s) coronario(s) diluidores de farmacos  
3609 - Remoção de obstrução de arteria coronaria, NCOP  
3610 - Bypass ãortocoronario p/revasc coração, n/especific outro modo  
3611 - Bypass (ãorto)coronario de uma arteria coronaria  
3612 - Bypass (ãorto)coronario de duas arterias coronarias  
3613 - Bypass (ãorto)coronario de tres arterias coronarias  
3614 - Bypass (ãorto)coronario de quatro ou mais arterias coronarias  
3615 - Bypass simples da arteria mamaria interna a coronaria  
3616 - Bypass duplo da arteria mamaria interna a coronaria  
3617 - Bypass arterial abdomino-coronario  
3619 - Bypass para revascularização do coração NCOP  
362 - Revascularização do coração por implante arterial  
363 - Revascularizações do coração NCOP  
3631 - Revascularização transmiocardica a ceu aberto  
3632 - Revascularização transmiocardica NCOP  
3633 - Revascularização transmiocardica endoscopia  
3634 - Revascularização transmiocardica percutanea  
3639 - Revascularização cardíaca NCOP  
3691 - Reparação de aneurisma de vaso coronario  
3699 - Intervenção cirurgica nos vasos do coração NCOP  
3731 - Pericardiectomia

- 3732 - Excisão de aneurisma do coração
- 3733 - Excisão/destruição de lesão/tecido NCOP coração, cirurgia aberta
- 3734 - Excisão/destruição endovascular de lesão/tecido NCOP coração
- 3735 - Ventriculectomia parcial
- 3736 - Excisão, destruição e/ou exclusão do apêndice da aurícula esquerda (Iaa)
- 3737 - Excisão ou destruição toracoscópica de lesão/tecido coração NCOP
- 3741 - Implantação dispositivo protésico suporte card a volta do coraca
- 375 - Procedimentos de substituição do coração
- 3751 - Transplantação cardíaca
- 3752 - Implantação de coração [artificial] biventricular interno total
- 3753 - Subst/reparação unid.toracica sist substituição (total) coração
- 3754 - Subst/repar. compon.implant.NCOP sist.substit. (total) coração
- 3755 - Remoção de sistema biventricular interno de substituição coração
- 3760 - Implantação/inserção sistema biventricular ext assist ão coração
- 3761 - Implante de balão de pulsação
- 3762 - Inserção dispositivo extracorp temp n/implant assist circulatori
- 3763 - Reparação de sistema de assistência ão coração
- 3764 - Remoção dispositivo(s) ou sistema(s) ext assistência ão coração
- 3765 - Implant sist (extracorp) ventriculo unico assistência ão coração
- 3766 - Inserção de sistema implantável de assistência ão coração
- 3770 - Inserção inicial de terminal de pacemaker [electrodo], SOE
- 3771 - Inserção inicial de terminal transvenoso de pacemaker no ventric
- 3772 - Inserção inicial term.transven.de pacemaker na aurícula e ventri
- 3773 - Inserção inicial terminal transvenoso de pacemaker na aurícula
- 3774 - Inserção ou substituição de terminal de pacemaker no epicardio
- 3775 - Revisão de terminal de pacemaker [electrodo]
- 3776 - Substit. terminal transvenoso auricular e/ou ventric. pacemaker
- 3777 - Remoção de terminais de pacemaker [electrodos], sem substituição
- 3778 - Inserção de pacemaker temporario transvenoso
- 3779 - Revisão ou mudança de sitio da bolsa do pacemaker
- 3780 - Inserção inicial ou subst.pacemaker, n/espec.como ritmo-reactivo
- 3781 - Insc.inicial pacemaker camara simples n/esp.como ritmo-reactiv
- 3782 - Inserção inicial de pacemaker de camara simples, ritmo-reactivo
- 3783 - Inserção inicial de pacemaker de camara dupla
- 3785 - Substit.qualquer tipo pacemaker camara simp,n/esp.c/ritmo-reacti
- 3786 - Subst. de qualquer tipo pacemaker camara simples, ritmo-reactivo
- 3787 - Substituição de qualquer tipo de pacemaker com camara dupla
- 3789 - Revisão ou remoção de pacemaker
- 3794 - Implantação ou substit.cardioversor/desfibr.autom, sistema total
- 3795 - Implantação de cardioversor/desfibr. automat., apenas termin(ais)
- 3796 - Implantação cardiovers./desfibrilador autom.,so gerador impulsos
- 3797 - Substituição cardioversor/desfibrilador autom., so terminal(ais)
- 3798 - Substituição cardiovers./desfibrilador autom.,so gerador impulso
- 3826 - Inserção sensor pressão implant s/terminal p/monit.hemod.intracard ou gr. vaso

C. Neste indicador, cada episódio de internamento do numerador é relacionado com a unidade funcional onde o utente, no mês da alta, tem [inscrição ativa](#). O cruzamento, para cada utente, entre os episódios de internamento e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo número de utente.

D. Cada episódio de internamento hospitalar é associado a uma unidade funcional de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a alta desse internamento, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da data de alta. Assim, caso no mês alta hospitalar exista uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, internamento não é contabilizada neste indicador.

E. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas](#) em unidades de observação diferentes no mês em que ocorre a alta (ou no mês anterior), o internamento é associado a todas as inscrições.

F. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes.

Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da taxa de internamento bruta é 10.000. Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, os internamentos do numerador são divididos pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

G. Apenas se consideram os episódios de internamento válidos para faturação no âmbito dos GDH.

H. As regras de cálculo deste indicador, na componente dos diagnósticos válidos para incluir ou excluir utentes, são baseadas nas especificações publicadas pela "Agency for Healthcare Research and Quality" na área dos indicadores de qualidade em prevenção, disponíveis online em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI\\_TechSpec\\_ICD10\\_v60.aspx](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v60.aspx).

## Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável AA ("internamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a alta do internamento.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD x 100.000	por 100.000	Taxa internamento (por 100.000 residentes por ano)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Cardiovascular	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	90 dias

## Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;  
ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica  
ICC - insuficiência cardíaca congestiva;  
UF - Unidade Funcional

<b>363</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.70.02	2017.363.01	Taxa de intern. por pneumonia adultos (ajust.)

### Designação

Taxa de internamento por pneumonia bacteriana em adultos (ajustada para uma população padrão)

### Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a adultos com "pneumonia bacteriana", no respetivo tratamento e controlo de sintomatologia, usando como medida de efetividade a "taxa de internamento hospitalar com diagnóstico principal de pneumonia bacteriana".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos hospitalares com diagnóstico principal de "pneumonia bacteriana", por cada 100.000 utentes com [inscrição ativa](#) com idades com 18 ou mais anos.

Numerador da taxa bruta: Contagem de episódios de internamento hospitalar com diagnóstico principal de "pneumonia bacteriana".

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes [inscritos ativos](#) com 18 ou mais anos, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de internamento por utente inscrito à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

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

A. Referentes a utentes internados com data de alta incluída no período em análise (ver alínea J de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Internados com duração superior a 24 horas (ver alínea J de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. Não são considerados os utentes transferidos de outros hospitais.

D. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês alta do episódio de internamento (ver alíneas E, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. Com o género Z.

F. Que na data de alta do episódio hospitalar têm idade, em anos, pertencente ao intervalo [X; Y[.

G. Na data de admissão têm 18 ou mais anos;

H. O utente internado tem diagnóstico principal compatível com "pneumonia bacteriana" (ver alíneas A e J de OBSERVAÇÕES GERAIS).

I. Sem registos de diagnósticos relacionados com "anemia falciforme" nem com "doenças relacionadas com a hemoglobina-S" (ver alíneas B e J de OBSERVAÇÕES GERAIS).

J. Sem registos de diagnósticos relacionados com "imunodepressão" (ver alíneas C e J de OBSERVAÇÕES GERAIS).

K. Sem registos de procedimentos relacionados com "imunodepressão" (ver alíneas D e J de OBSERVAÇÕES GERAIS).

L. Excluem-se episódios de internamento por gravidez, parto e puerpério.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS), com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira.

A. Com idades 18 ou mais anos.

B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo mesmo um dia do período em análise.

C. Com género Z.

D. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

#### TAXA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

##### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), usando os grupos definidos na tabela seguinte, que está adaptada ao intervalo etário em análise neste indicador de [18; +INF[ anos.

Intervalo etário	Género	
[18; 20[ anos	Masc.	Femin.
[20; 25[ anos	Masc.	Femin.
[25; 30[ anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
Intervalos etários de 5 anos anos	Masc.	Femin.
	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
[80; 85[ anos	Masc.	Femin.
[85; 90[ anos	Masc.	Femin.
[90; 95[ anos	Masc.	Femin.
[95; 100[ anos	Masc.	Femin.
[100; +INF[ anos	Masc.	Femin.

##### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas escolhe-se como população padrão a totalidade dos utentes com [inscrição ativa](#) em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador, com idades compreendidas no intervalo [18; +INF[ anos.

##### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se o método definido [aqui](#), adaptado aos escalões de idade e género definidos no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão referidos (no intervalo [18; +INF[ anos).

##### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição e apenas para as

classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

**5. DISTRIBUIÇÃO DOS INTERNAMENTOS ASSOCIADOS À UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO**

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA, mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

**6. DETERMINAÇÃO DOS INTERNAMENTOS ESPERADOS**

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

**7. TOTAL DE INTERNAMENTOS ESPERADOS**

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular os [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

**8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO**

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100.000

## Observações Gerais

A. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "pneumonia bacteriana":

**ICD-10-CM:**

- J13 - Pneumonia due to Streptococcus pneumoniae
- J14 - Pneumonia due to Hemophilus influenzae
- J15211 - Pneumonia due to Methicillin susceptible Staphylococcus aureus
- J15212 - Pneumonia due to Methicillin resistant Staphylococcus aureus
- J153 - Pneumonia due to streptococcus, group B
- J154 - Pneumonia due to other streptococci
- J157 - Pneumonia due to Mycoplasma pneumoniae
- J159 - Unspecified bacterial pneumonia
- J160 - Chlamydial pneumonia
- J168 - Pneumonia due to other specified infectious organisms
- J180 - Bronchopneumonia, unspecified organism
- J181 - Lobar pneumonia, unspecified organism
- J188 - Other pneumonia, unspecified organism
- J189 - Pneumonia, unspecified organism

**ICD-9-CM:**

- 481 - Pneumonia pneumococica por estreptococos pneumoniae
- 4822 - Pneumonia devida a hemophilus influenzae
- 48230 - Pneumonia devida a estreptococos não especificados
- 48231 - Pneumonia devida a estreptococos do grupo A
- 48232 - Pneumonia devida a estreptococos do grupo B
- 48239 - Pneumonia devida a estreptococos não classificados em outra parte
- 48241 - Pneumonia devida a estafilococos aureus sensível a metilina
- 48242 - Pneumonia devida a estafilococos aureus resistente a metilina
- 4829 - Pneumonia bacteriana não especificada
- 4830 - Pneumonia devida a mycoplasma pneumoniae
- 4831 - Pneumonia devida a clamidia
- 4838 - Pneumonia devida a organismo especificado não classificado em outra parte
- 485 - Broncopneumonia devida a microrganismo não especificado
- 486 - Pneumonia devida a microrganismo não especificado

B. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "anemia falciforme" ou "doenças relacionadas com a hemoglobina-S":

**ICD-10-CM:**

- D5700 - Hb-SS disease with crisis, unspecified

D5701 - Hb-SS disease with acute chest syndrome  
D5702 - Hb-SS disease with splenic sequestration  
D571 - Sickle-cell disease without crisis  
D5720 - Sickle-cell/Hb-C disease without crisis  
D57211 - Sickle-cell/Hb-C disease with acute chest syndrome  
D57212 - Sickle-cell/Hb-C disease with splenic sequestration  
D57219 - Sickle-cell/Hb-C disease with crisis, unspecified  
D5740 - Sickle-cell thalassemia without crisis  
D57411 - Sickle-cell thalassemia with acute chest syndrome  
D57412 - Sickle-cell thalassemia with splenic sequestration  
D57419 - Sickle-cell thalassemia with crisis, unspecified  
D5780 - Other sickle-cell disorders without crisis  
D57811 - Other sickle-cell disorders with acute chest syndrome  
D57812 - Other sickle-cell disorders with splenic sequestration  
D57819 - Other sickle-cell disorders with crisis, unspecified

**ICD-9-CM:**

28241 - Talassémia de células falciformes, sem crise  
28242 - Talassémia de células falciformes, com crise  
28260 - Doença de células falciformes, não especificada  
28261 - Doença da hemoglobina S (hb-SS), sem crise  
28262 - Doença da hemoglobina S (hb-SS), com crise  
28263 - Doença de células falciformes / hb-C, sem crise  
28264 - Doença de células falciformes / hb-C, com crise  
28268 - Doença de células falciformes NCOP, sem crise  
28269 - Doença de células falciformes NCOP, com crise

C. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "imunodeficiência":

**ICD-10-CM:**

Códigos disponíveis em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V60-ICD10/TechSpecs/PQI\\_Appendix\\_C.pdf](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V60-ICD10/TechSpecs/PQI_Appendix_C.pdf)

**ICD-9-CM:**

042 - Doença pelo vírus da imunodeficiência humana  
1363 - Pneumocistose  
1992 - Neoplasia maligna associada a órgão transplantado  
23873 - Síndrome mielodisplásico, lesões de alto grau  
23876 - Mielofibrose com metaplasia medular  
23877 - Perturbação linfoproliferativa pós-transplante  
23879 - Neoplasia de comportamento incerto de tecidos linfáticos e hematopoiéticos NCOP  
260 - Kwashiorkor  
261 - Marasmo nutricional  
262 - Formas de desnutrição proteico-calóricas graves  
27900 - Hipogamaglobulinemia SOE  
27901 - Imunodeficiência selectiva iga  
27902 - Imunodeficiência selectiva igm  
27903 - Imunodeficiência selectiva NCOP  
27904 - Hipogamaglobulinemia congénita  
27905 - Imunodeficiência com igm aumentadas  
27906 - Imunodeficiência comum variável  
27909 - Deficiência da imunidade humoral NCOP  
27910 - Imunodeficiência celular-células-t  
27911 - Síndrome de di George  
27912 - Síndrome de Wiskott-Aldrich  
27913 - Síndrome de Nezelof  
27919 - Deficiência de imunidade celular NCOP  
2792 - Deficiência imunidade combinada  
2793 - Deficiência da imunidade não especificada

2794 - Doença autoimune, não classificada em outra parte  
27941 - Síndrome linfoproliferativa autoimune  
27949 - Doença autoimune, não classificada em outra parte  
27950 - Doença do enxerto contra o hospedeiro, não especificada  
27951 - Doença do enxerto contra o hospedeiro, aguda  
27952 - Doença do enxerto contra o hospedeiro, crónica  
27953 - Doença do enxerto contra o hospedeiro, crónica agudizada  
2798 - Alterações imunitárias NCOP  
2799 - Alteração imunitária SOE  
28409 - Anemia aplástica constitucional não classificável em outra parte  
2841 - Pancitopenia  
28411 - Pancitopenia induzida por quimioterapia antineoplásica  
28412 - Pancitopenia induzida por fármacos NCOP  
28419 - Pancitopenia NCOP  
2880 - Neutropenia  
28800 - Neutropenia, não especificada  
28801 - Neutropenia congénita  
28802 - Neutropenia cíclica  
28803 - Neutropenia induzida por fármacos  
28809 - Neutropenia não classificável em outra parte  
2881 - Alterações funcionais dos neutrófilos polimorfonucleares  
2882 - Anomalias genéticas dos leucócitos  
2884 - Síndromes hemofagocíticas  
28850 - Leucocitopenia, não especificada  
28851 - Linfocitopenia  
28859 - Contagem diminuída de glóbulos brancos, não classificável em outra parte  
28953 - Esplenomegalia neutropénica  
28983 - Mielofibrose  
40301 - Doença do rim, hipertensiva maligna, com doença crónica, estágio V ou terminal  
40311 - Doença renal hipertensiva benigna, com doença crónica, estágio V ou terminal  
40391 - Doença renal hipertensiva não especificada, com doença crónica, estágio V ou terminal  
40402 - Doença hipertensiva cardio-renal, maligna, s/insuf.card c/drc estágio V ou terminal  
40403 - Doença hipertensiva cardio-renal, maligna, c/insuf.card c/drc estágio V ou terminal  
40412 - Doença hipertensiva cardio-renal, benigna, s/insuf.card c/drc estágio V ou terminal  
40413 - Doença hipertensiva cardio-renal, benigna, c/insuf.card c/drc estágio V ou terminal  
40492 - Doença hipertensiva cardio-renal, n/especif s/insuf.card c/drc estágio V ou terminal  
40493 - Doença hipertensiva cardio-renal, n/especif c/insuf.card c/drc estágio V ou terminal  
5793 - Não absorção pos-cirúrgica, NCOP ou não especificada  
585 - Doença renal crónica  
5855 - Doença renal crónica, estágio v  
5856 - Doença renal crónica terminal  
9968 - Complicações de órgão transplantado  
99680 - Complicações de órgão transplantado não especificado  
99681 - Complicações de rim transplantado  
99682 - Complicação de fígado transplantado  
99683 - Complicação de coração transplantado  
99684 - Complicação de pulmão transplantado  
99685 - Complicação de medula óssea transplantada  
99686 - Complicação de pâncreas transplantado  
99687 - Complicações de intestino transplantado  
99688 - Complicações de órgãos transplantados, células germinativas  
99689 - Complicações de órgão transplantado especificado NCOP  
V420 - Status de rim substituído por transplante  
V421 - Coração substituído por transplante  
V426 - Pulmão substituído por transplante  
V427 - fígado substituído por transplante

V428 - Órgão ou tecido especificado NCOP, substituído por transplante  
V4281 - Medula óssea substituída por transplante  
V4282 - Células germinativas periféricas substituídas por transplante  
V4283 - Status de transplante de pâncreas  
V4284 - Status de transplante de intestinos  
V4289 - Órgão ou tecido especificado NCOP, substituído por transplante  
V451 - Status de dialise renal  
V4511 - Status de dialise renal  
V560 - Admissão para dialise extracorpórea  
V561 - Admissão para colocação ou ajuste de cateter de dialise extracorpórea  
V562 - Admissão para colocação ou ajuste de cateter de dialise peritoneal

D. Consideram-se os seguintes códigos de procedimento ICD-9-CM e ICD-10-CM para "imunodeficiência":

**ICD-10-CM:**

Códigos disponíveis em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V60-ICD10/TechSpecs/PQI\\_Appendix\\_C.pdf](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V60-ICD10/TechSpecs/PQI_Appendix_C.pdf)

**ICD-9-CM:**

0018 - Infusão de terapêutica de anticorpos imunossupressora  
335 - Transplantação de pulmão  
3350 - Transplante pulmonar, não especificado  
3351 - Transplante pulmonar unilateral  
3352 - Transplante pulmonar bilateral  
336 - Transplantação combinada de coração-pulmão  
375 - Procedimentos de substituição do coração  
3751 - Transplantação cardíaca  
410 - Transplante de medula óssea ou de células hematopoiéticas germinativas  
4100 - Transplante de medula óssea, sem outra especificação  
4101 - Transplante de medula óssea autóloga, sem depuração  
4102 - Transplante de medula óssea alogénica, com depuração  
4103 - Transplante de medula óssea alogénica, sem depuração  
4104 - Transplante autólogo cel.hematopoiéticas germinativas, s/depurac  
4105 - Transplante alogénico cel.germinativas hematopoiéticas, s/depur.  
4106 - Transplante de células germinativas do cordão umbilical  
4107 - Transplante autólogo cel.hematopoiéticas germinativas, c/depurac  
4108 - Transplante alogénico cel.germinativas hematopoiéticas, c/depur.  
4109 - Transplante de medula óssea autóloga, com depuração  
5051 - Transplantação de fígado homólogo  
5059 - Transplantação do fígado NCOP  
5280 - Transplantação do pâncreas SOE  
5281 - Reimplantação de tecido pancreático  
5282 - Homotransplante de pâncreas  
5283 - Heterotransplante de pâncreas  
5285 - Halotransplante de células de ilhas de Langerhans  
5286 - Transplante de células de ilhas de Langerhans, SOE  
5569 - Transplantações de rim NCOP

E. Neste indicador, cada episódio de internamento do numerador é relacionado com a unidade funcional onde o utente, no mês da alta, tem [inscrição ativa](#). O cruzamento, para cada utente, entre os episódios de internamento e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo número de utente.

F. Cada episódio de internamento hospitalar é associado a uma unidade funcional de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a alta desse internamento, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da data de alta. Assim, caso no mês alta hospitalar exista uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, internamento não é contabilizada neste indicador.

G. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas](#) em unidades de observação diferentes no mês em que ocorre a alta (ou no mês anterior), o internamento é associado a todas as inscrições.

H. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes.

Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da taxa de internamento bruta é 10.000. Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, os internamentos do numerador são divididos pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

I. Apenas se consideram os episódios de internamento válidos para faturação no âmbito dos GDH.

J. As regras de cálculo deste indicador, na componente dos diagnósticos válidos para incluir ou excluir utentes, são baseadas nas especificações publicadas pela "Agency for Healthcare Research and Quality" na área dos indicadores de qualidade em prevenção, disponíveis online em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI\\_TechSpec\\_ICD10\\_v60.aspx](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v60.aspx).

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável AA ("internamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a alta do internamento.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD x 100.000	por 100.000	Taxa internamento (por 100.000 residentes por ano)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Respiratório	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	90 dias

### Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;  
ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica  
UF - Unidade Funcional

<b>364</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.71.02	2017.364.01	Taxa de internamento por angina peito (ajust.)

### Designação

Taxa de internamento por angina de peito (ajustada para uma população padrão)

### Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a utentes com angina de peito estável, no controlo sintomático, usando como medida a "taxa de internamento hospitalar com diagnóstico principal angina de peito, sem procedimentos cardíacos".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos hospitalares com diagnóstico principal de "angina de peito", por cada 100.000 utentes com [inscrição ativa](#) com 18 ou mais anos.

Numerador da taxa bruta: Contagem de episódios de internamento hospitalar com diagnóstico principal de "angina de peito".

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes [inscritos ativos](#) com 18 ou mais anos, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de internamento por utente inscrito à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

Contagem de internamentos hospitalares referentes a utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J] é verdadeira:

A. Referentes a utentes internados com data de alta incluída no período em análise (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Internados com duração superior a 24 horas (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. Não são considerados os utentes transferidos de outros hospitais.

D. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês alta do episódio de internamento (ver alíneas C, D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. Com o género Z.

F. Que na data de alta do episódio hospitalar têm idade, em anos, pertencente ao intervalo [X; Y[.

G. Na data de admissão têm 18 ou mais anos;

H. O utente internado tem diagnóstico principal compatível com "angina" (ver alíneas A e H de OBSERVAÇÕES GERAIS).

I. Sem registos de procedimentos cardíacos (ver alíneas B e H de OBSERVAÇÕES GERAIS).

J. Excluem-se episódios de internamento por gravidez, parto e puerpério.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS), com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira.

A. Com idades 18 ou mais anos.

B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo mesmo um dia do período em análise.

C. Com género Z.

D. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

#### TAXA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

##### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), usando os grupos definidos na tabela seguinte, que está adaptada ao intervalo etário em análise neste indicador de [18; +INF[ anos.

Intervalo etário	Género	
[18; 20[ anos	Masc.	Femin.
[20; 25[ anos	Masc.	Femin.
[25; 30[ anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
Intervalos etários de 5 anos anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
[80; 85[ anos	Masc.	Femin.
[85; 90[ anos	Masc.	Femin.
[90; 95[ anos	Masc.	Femin.
[95; 100[ anos	Masc.	Femin.
[100; +INF[ anos	Masc.	Femin.

##### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas escolhe-se como população padrão a totalidade dos utentes com [inscrição ativa](#) em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador, com idades compreendidas no intervalo [18; +INF[ anos.

##### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se o método definido [aqui](#), adaptado aos escalões de idade e género definidos no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão referidos (no intervalo [18; +INF[ anos).

##### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição e apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

##### 5. DISTRIBUIÇÃO DOS INTERNAMENTOS ASSOCIADOS À UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA, mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 6. DETERMINAÇÃO DOS INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 7. TOTAL DE INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular os [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

#### 8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100.000

### Observações Gerais

A. Consideram-se os seguintes códigos de diagnóstico ICD-9-CM e ICD-10-CM para "angina de peito":

#### ICD-10-CM:

- I200 - Unstable angina
- I201 - Angina pectoris with documented spasm
- I208 - Other forms of angina pectoris
- I209 - Angina pectoris, unspecified
- I240 - Acute coronary thrombosis not resulting in myocardial infarction
- I248 - Other forms of acute ischemic heart disease
- I249 - Acute ischemic heart disease, unspecified
- I25110 - Atherosclerotic heart disease of native coronary artery with unstable angina pectoris
- I25111 - Atherosclerotic heart disease of native coronary artery with angina pectoris with documented spasm
- I25118 - Atherosclerotic heart disease of native coronary artery with other forms of angina pectoris
- I25119 - Atherosclerotic heart disease of native coronary artery with unspecified angina pectoris
- I25700 - Atherosclerosis of coronary artery bypass graft(s), unspecified, with unstable angina pectoris
- I25701 - Atherosclerosis of coronary artery bypass graft(s), unspecified, with angina pectoris with documented spasm
- I25708 - Atherosclerosis of coronary artery bypass graft(s), unspecified, with other forms of angina pectoris
- I25709 - Atherosclerosis of coronary artery bypass graft(s), unspecified, with unspecified angina pectoris
- I25710 - Atherosclerosis of autologous vein coronary artery bypass graft(s) with unstable angina pectoris
- I25711 - Atherosclerosis of autologous vein coronary artery bypass graft(s) with angina pectoris with documented spasm
- I25718 - Atherosclerosis of autologous vein coronary artery bypass graft(s) with other forms of angina pectoris
- I25719 - Atherosclerosis of autologous vein coronary artery bypass graft(s) with unspecified angina pectoris
- I25720 - Atherosclerosis of autologous artery coronary artery bypass graft(s) with unstable angina pectoris
- I25721 - Atherosclerosis of autologous artery coronary artery bypass graft(s) with angina pectoris with documented spasm
- I25728 - Atherosclerosis of autologous artery coronary artery bypass graft(s) with other forms of angina pectoris
- I25729 - Atherosclerosis of autologous artery coronary artery bypass graft(s) with unspecified angina pectoris
- I25730 - Atherosclerosis of nonautologous biological coronary artery bypass graft(s) with unstable angina pectoris
- I25731 - Atherosclerosis of nonautologous biological coronary artery bypass graft(s) with angina pectoris with documented spasm
- I25738 - Atherosclerosis of nonautologous biological coronary artery bypass graft(s) with other forms of angina pectoris
- I25739 - Atherosclerosis of nonautologous biological coronary artery bypass graft(s) with unspecified angina pectoris
- I25750 - Atherosclerosis of native coronary artery of transplanted heart with unstable angina
- I25751 - Atherosclerosis of native coronary artery of transplanted heart with angina pectoris with documented spasm
- I25758 - Atherosclerosis of native coronary artery of transplanted heart with other forms of angina pectoris
- I25759 - Atherosclerosis of native coronary artery of transplanted heart with unspecified angina pectoris
- I25760 - Atherosclerosis of bypass graft of coronary artery of transplanted heart with unstable angina
- I25761 - Atherosclerosis of bypass graft of coronary artery of transplanted heart with angina pectoris with documented spasm
- I25768 - Atherosclerosis of bypass graft of coronary artery of transplanted heart with other forms of angina pectoris
- I25769 - Atherosclerosis of bypass graft of coronary artery of transplanted heart with unspecified angina pectoris
- I25790 - Atherosclerosis of other coronary artery bypass graft(s) with unstable angina pectoris
- I25791 - Atherosclerosis of other coronary artery bypass graft(s) with angina pectoris with documented spasm

I25798 - Atherosclerosis of other coronary artery bypass graft(s) with other forms of angina pectoris

I25799 - Atherosclerosis of other coronary artery bypass graft(s) with unspecified angina pectoris

**ICD-9-CM:**

- 4111 - Síndrome coronária intermediária
- 41181 - Oclusão coronária aguda, sem enfarte do miocárdio
- 41189 - Forma aguda ou subaguda de doença isquémica do coração, NCOP
- 4130 - Angina de decúbito
- 4131 - Angina de Prinzmetal
- 4139 - Angina de peito não classificada em outra parte ou não especificada

B. Consideram-se os seguintes códigos de procedimento ICD-9-CM e ICD-10-CM para "procedimento cardíaco":

**ICD-10-CM:**

Códigos disponíveis em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V60-ICD10/TechSpecs/PQI\\_Appendix\\_B.pdf](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V60-ICD10/TechSpecs/PQI_Appendix_B.pdf)

**ICD-9-CM:**

- 0050 - Implant.pacem.ressincroniz.card. s/menção desfibril., sist.total
- 0051 - Implant.desfibrilador ressincronização cardíaca, sistema total
- 0052 - Implant./subst. electr.transv. no sist.venoso coronar.ventr.esq.
- 0053 - Implant./subst. de gerador impulsos de pacemaker ressincr. card.
- 0054 - Implant./subst. de gerador impulsos de desfibr.ressincr.cardiaco
- 0056 - Ins/subst sensor pressão implant c/terminal p/monit.hemod.intracard ou gr. vasos
- 0057 - Impl/subst disp subcut p/ monitor.hemodin. intracard ou gr.vaso
- 0066 - Angioplastia coronaria percutanea transluminal [ptca]
- 1751 - Implant de disposit recarreg modulação contract card sist total
- 1752 - Implant/subst disp recarreg modulação contract card gerad apenas
- 1755 - Aterectomia coronaria transluminal
- 3500 - Valvotomia fechada do coração, válvula não especificada
- 3501 - Valvotomia fechada do coração, válvula aórtica
- 3502 - Valvotomia fechada do coração, válvula mitral
- 3503 - Valvotomia fechada do coração, válvula pulmonar
- 3504 - Valvotomia fechada do coração, válvula tricuspida
- 3505 - Substituição endovascular da válvula aórtica
- 3506 - Substituição trans-apical da válvula aórtica
- 3507 - Substituição endovascular da válvula pulmonar
- 3508 - Substituição trans-apical da válvula pulmonar
- 3509 - Substituição endovascular de válvula cardíaca SOE
- 3510 - Valvuloplastia a ceu aberto de válvula n/especif s/substituição
- 3511 - Valvuloplastia a ceu aberto da válvula aórtica sem substituição
- 3512 - Valvuloplastia a ceu aberto da válvula mitral sem substituição
- 3513 - Valvuloplastia a ceu aberto da válvula pulmonar sem substituição
- 3514 - Valvuloplastia a ceu aberto da válvula tricuspida sem substituição
- 3520 - Substituição aberta e/ou NCOP de válvula cardíaca SOE
- 3521 - Substituição aberta e/ou NCOP de válvula aórtica c/enxerto de tecido
- 3522 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula aórtica
- 3523 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula mitral c/enxerto de tecido
- 3524 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula mitral
- 3525 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula pulmonar c/enxerto de tecido
- 3526 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula pulmonar
- 3527 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula tricuspida c/enxerto de tecido
- 3528 - Substituição aberta e/ou NCOP da válvula tricuspida
- 3531 - Operações no músculo papilar
- 3532 - Operações nas cordas tendinosas
- 3533 - Aneloplastia
- 3534 - Infundibulectomia
- 3535 - Operações nas cordas trabeculares do coração
- 3539 - Operações em estruturas NCOP adjacentes as válvulas cardíacas
- 3541 - Alargamento de defeito existente no septo auricular técnica de r

3542 - Criação de defeito septal no coração  
3550 - Reparação de defeito septal cardíaco não especificado com protes  
3551 - Reparação de defeito do septo auricular com protese tecnica aber  
3552 - Reparação de defeito do septo auricular com protese tecnica fech  
3553 - Reparação a ceu aberto de defeito do septo ventricular c/protese  
3554 - Reparação de defeito de coxim endocardico com protese  
3555 - Reparação fechada de defeito do septo ventricular, com protese  
3560 - Reparação de defeito septal do coração não especificado com enxe  
3561 - Reparação de defeito do septo auricular com enxerto de tecido  
3562 - Reparação de defeito do septo ventricular com enxerto de tecido  
3563 - Reparação de defeito do coxim endocardico  
3570 - Reparação NCOP ou n/espec de defeito septal cardíaco não especif  
3571 - Reparação NCOP ou não especificada de defeito do septo auricular  
3572 - Reparação NCOP ou não especificada de defeito do septo ventricul  
3573 - Reparação NCOP ou não especificada de defeito do coxim endocardi  
3581 - Reparação total de tetralogia de fallot  
3582 - Reparação total de retorno venoso pulmonar anomalo total  
3583 - Reparação total do truncus arteriosus  
3584 - Correção total de transposição dos grandes vasos, NCOP  
3591 - Transposição interauricular de retorno venoso baffle  
3592 - Criação de canal entre o ventriculo direito e a arteria pulmonar  
3593 - Criação de canal entre o ventriculo esquerdo e a ãorta  
3594 - Criação de canal entre a auricula e a arteria pulmonar  
3595 - Revisão de actos cirurgicos correctivos no coração  
3596 - Valvuloplastia percutanea com balão  
3597 - Reparação percutanea da válvula mitral com implante  
3598 - Intervenções nos septos cardiacos NCOP  
3599 - Intervenções nas válvulas cardíacas NCOP  
3601 - Angiopl.percut.translum. 1 coron. ou aterect.coron.,s/m/ag.tromb  
3602 - Angiopl.percut.translum. 1 coron.,ou aterect.coron.,c/ag.trombol  
3603 - Angioplastia de arteria coronaria, por toracotomia  
3604 - Infusão de agente trombolitico em arteria coronaria  
3605 - Angiopl.percut.translum. var.coron. ou ater.cor.,num acto operat  
3606 - Inserção de stent(s) n/diluidores de farmacos em arteria coronar  
3607 - Inserção de stent(s) coronario(s) diluidores de farmacos  
3609 - Remoção de obstrução de arteria coronaria, NCOP  
3610 - Bypass ãortocoronario p/revasc coração, n/especific outro modo  
3611 - Bypass (ãorto)coronario de uma arteria coronaria  
3612 - Bypass (ãorto)coronario de duas arterias coronarias  
3613 - Bypass (ãorto)coronario de tres arterias coronarias  
3614 - Bypass (ãorto)coronario de quatro ou mais arterias coronarias  
3615 - Bypass simples da arteria mamaria interna a coronaria  
3616 - Bypass duplo da arteria mamaria interna a coronaria  
3617 - Bypass arterial abdomino-coronario  
3619 - Bypass para revascularização do coração NCOP  
362 - Revascularização do coração por implante arterial  
363 - Revascularizações do coração NCOP  
3631 - Revascularização transmiocardica a ceu aberto  
3632 - Revascularização transmiocardica NCOP  
3633 - Revascularização transmiocardica endoscopia  
3634 - Revascularização transmiocardica percutanea  
3639 - Revascularização cardíaca NCOP  
3691 - Reparação de aneurisma de vaso coronario  
3699 - Intervenção cirurgica nos vasos do coração NCOP  
3731 - Pericardiectomia  
3732 - Excisão de aneurisma do coração

3733 - Excisão/destruição de lesão/tecido NCOP coração, cirurgia aberta  
 3734 - Excisão/destruição endovascular de lesão/tecido NCOP coração  
 3735 - Ventriculectomia parcial  
 3736 - Excisão, destruição e/ou exclusão do apêndice da aurícula esquerda (Iaa)  
 3737 - Excisão ou destruição toracoscópica de lesão/tecido coração NCOP  
 3741 - Implantação dispositivo protésico suporte card a volta do coraca  
 375 - Procedimentos de substituição do coração  
 3751 - Transplantação cardíaca  
 3752 - Implantação de coração [artificial] biventricular interno total  
 3753 - Subst/reparação unid.toracica sist substituição (total) coração  
 3754 - Subst/repar. compon.implant.NCOP sist.substit. (total) coração  
 3755 - Remoção de sistema biventricular interno de substituição coração  
 3760 - Implantação/inserção sistema biventricular ext assist ão coração  
 3761 - Implante de balão de pulsação  
 3762 - Inserção dispositivo extracorp temp n/implant assist circulatori  
 3763 - Reparação de sistema de assistência ão coração  
 3764 - Remoção dispositivo(s) ou sistema(s) ext assistência ão coração  
 3765 - Implant sist (extracorp) ventriculo unico assistência ão coração  
 3766 - Inserção de sistema implantável de assistência ão coração  
 3770 - Inserção inicial de terminal de pacemaker [electrodo], SOE  
 3771 - Inserção inicial de terminal transvenoso de pacemaker no ventric  
 3772 - Inserção inicial term.transven.de pacemaker na aurícula e ventri  
 3773 - Inserção inicial terminal transvenoso de pacemaker na aurícula  
 3774 - Inserção ou substituição de terminal de pacemaker no epicardio  
 3775 - Revisão de terminal de pacemaker [electrodo]  
 3776 - Substit. terminal transvenoso auricular e/ou ventric. pacemaker  
 3777 - Remoção de terminais de pacemaker [electrodos], sem substituição  
 3778 - Inserção de pacemaker temporario transvenoso  
 3779 - Revisão ou mudança de sitio da bolsa do pacemaker  
 3780 - Inserção inicial ou subst.pacemaker, n/espec.como ritmo-reactivo  
 3781 - Insc. inicial pacemaker camara simples n/esp.como ritmo-reactiv  
 3782 - Inserção inicial de pacemaker de camara simples, ritmo-reactivo  
 3783 - Inserção inicial de pacemaker de camara dupla  
 3785 - Substit.qualquer tipo pacemaker camara simp,n/esp.c/ritmo-reacti  
 3786 - Subst. de qualquer tipo pacemaker camara simples, ritmo-reactivo  
 3787 - Substituição de qualquer tipo de pacemaker com camara dupla  
 3789 - Revisão ou remoção de pacemaker  
 3794 - Implantação ou substit.cardioversor/desfibr.autom, sistema total  
 3795 - Implantação de cardioversor/desfibr. automat., apenas termin(ais)  
 3796 - Implantação cardiovers./desfibrilador autom., so gerador impulsos  
 3797 - Substituição cardioversor/desfibrilador autom., so terminal(ais)  
 3798 - Substituição cardiovers./desfibrilador autom.,so gerador impulso  
 3826 - Inserção sensor pressão implant s/terminal p/monit.hemod.intracard ou gr. vaso

C. Neste indicador, cada episódio de internamento do numerador é relacionado com a unidade funcional onde o utente, no mês da alta, tem [inscrição ativa](#). O cruzamento, para cada utente, entre os episódios de internamento e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo número de utente.

D. Cada episódio de internamento hospitalar é associado a uma unidade funcional de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a alta desse internamento, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da data de alta. Assim, caso no mês alta hospitalar exista uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, internamento não é contabilizada neste indicador.

E. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas](#) em unidades de observação diferentes no mês em que ocorre a alta (ou no mês anterior), o internamento é associado a todas as inscrições.

F. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes. Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as

saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da taxa de internamento bruta é 10.000. Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, os internamentos do numerador são divididos pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

G. Apenas se consideram os episódios de internamento válidos para faturação no âmbito dos GDH.

H. As regras de cálculo deste indicador, na componente dos diagnósticos válidos para incluir ou excluir utentes, são baseadas nas especificações publicadas pela "Agency for Healthcare Research and Quality" na área dos indicadores de qualidade em prevenção, disponíveis online em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI\\_TechSpec\\_ICD10\\_v60.aspx](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v60.aspx).

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável AA ("internamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a alta do internamento.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD x 100.000	por 100.000	Taxa internamento (por 100.000 residentes por ano)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Cardiovascular	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	90 dias

### Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;  
ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica  
UF - Unidade Funcional

<b>365</b>	<b>Código</b>	<b>Código SIARS</b>	<b>Nome abreviado</b>
	6.72.02	2017.365.01	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)

### Designação

Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão)

### Objetivo

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelos CSP a utentes com asma, DPOC, pneumonia, ICC, angina de peito, hipertensão e diabetes, no respetivo controlo sintomático, na prevenção de complicações e agudizações, usando como medida a "taxa de internamento hospitalar".

### Descrição do Indicador

Indicador que exprime a razão entre o número de internamentos hospitalares evitáveis (relacionados com asma, DPOC, pneumonia, ICC, angina de peito, hipertensão ou diabetes, em doentes adultos), por cada 100.000 utentes com [inscrição ativa](#) com 18 ou mais anos.

Numerador da taxa bruta: Contagem de episódios de internamento hospitalar relacionados com asma, DPOC, pneumonia, ICC, angina de peito, hipertensão ou diabetes, em doentes adultos.

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes [inscritos ativos](#) com 18 ou mais anos, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de internamento por utente inscrito à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

Contagem de internamentos hospitalares referentes a utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e (H ou I ou J ou K ou L ou M ou N)] é verdadeira:

A. Referentes a utentes internados com data de alta incluída no período em análise (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS);

B. Internados com duração superior a 24 horas (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS);

C. Não são considerados os utentes transferidos de outros hospitais.

D. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação no mês alta do episódio de internamento (ver alíneas B, C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

E. Com o género Z.

F. Que na data de alta do episódio hospitalar têm idade, em anos, pertencente ao intervalo [X; Y[.

G. Na data de admissão têm 18 ou mais anos;

H. Internamento por "doença pulmonar obstrutiva crónica" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

I. Internamento por "asma" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

J. Internamento por "Diabetes Mellitus" ou complicações (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

K. Internamento para amputação não traumática de membro inferior (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

L. Internamento por "hipertensão arterial" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

M. Internamento por "insuficiência cardíaca congestiva" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

N. Internamento por "angina" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### VARIÁVEL BB

Trata-se de uma contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS), com idade X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira.

- A. Com idades 18 ou mais anos.
- B. Com [inscrição ativa](#) na unidade de observação durante pelo mesmo um dia do período em análise.
- C. Com género Z.
- D. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

#### TAXA BRUTA POR UTENTE INSCRITO (CC)

CC = Somatório(AA) / Somatório(BB)

#### TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

O algoritmo de cálculo de uma taxa ou proporção a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

##### 1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), usando os grupos definidos na tabela seguinte, que está adaptada ao intervalo etário em análise neste indicador de [18; +INF[ anos.

Intervalo etário	Género	
[18; 20[ anos	Masc.	Femin.
[20; 25[ anos	Masc.	Femin.
[25; 30[ anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
Intervalos etários de 5 anos anos	Masc.	Femin.
...	Masc.	Femin.
[80; 85[ anos	Masc.	Femin.
[85; 90[ anos	Masc.	Femin.
[90; 95[ anos	Masc.	Femin.
[95; 100[ anos	Masc.	Femin.
[100; +INF[ anos	Masc.	Femin.

##### 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas escolhe-se como população padrão a totalidade dos utentes com [inscrição ativa](#) em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador, com idades compreendidas no intervalo [18; +INF[ anos.

##### 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Aplica-se o método definido [aqui](#), adaptado aos escalões de idade e género definidos no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão referidos (no intervalo [18; +INF[ anos).

#### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição e apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 5. DISTRIBUIÇÃO DOS INTERNAMENTOS ASSOCIADOS À UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA, mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 6. DETERMINAÇÃO DOS INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se o método definido [aqui](#), mas apenas para as classes de género e idade definidas no ponto 1 (CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO).

#### 7. TOTAL DE INTERNAMENTOS ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular os [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

#### 8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA POR UTENTE INSCRITO PADRÃO] = [INTERNAMENTOS ESPERADOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100.000

### Observações Gerais

A. A condição (H ou I ou J ou K ou L ou M ou N) da VARIÁVEL AA deste indicador corresponde a identificar os episódios de internamento que cumprem critérios de inclusão nos numeradores (VARIÁVEL AA) de um dos seguintes indicadores:

[355](#) - Taxa de internamento por asma em adultos jovens (ajustada para uma população padrão)

[356](#) - Taxa de internamento por asma ou DPOC em adultos (ajustada para uma população padrão)

[357](#) - Taxa de internamento por diabetes não controlada sem menção a complicações agudas nem crónicas de diabetes (ajustada para uma população padrão)

[358](#) - Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes (ajustada para uma população padrão)

[359](#) - Taxa de internamento por complicações crónicas da diabetes (ajustada para uma população padrão)

[360](#) - Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão)

[361](#) - Taxa de internamento por hipertensão arterial (ajustada para uma população padrão)

[362](#) - Taxa de internamento por insuficiência cardíaca congestiva (ajustada para uma população padrão)

[363](#) - Taxa de internamento por pneumonia bacteriana em adultos (ajustada para uma população padrão)

[364](#) - Taxa de internamento por angina de peito (ajustada para uma população padrão)

As especificações dos indicadores suprarreferidos estão feitas para que o mesmo episódio de internamento (mesmo utente, mesma instituição hospitalar e mesma data de alta) apenas cumpra critérios de inclusão num dos indicadores.

Nas raras situações em que o mesmo episódio de internamento possa estar no numerador (VARIÁVEL AA) de indicadores diferentes (para o mesmo período em análise), esse episódio de internamento é contabilizado uma única vez na VARIÁVEL AA deste indicador.

B. Neste indicador, cada episódio de internamento do numerador é relacionado com a unidade funcional onde o utente, no mês da alta, tem [inscrição ativa](#). O cruzamento, para cada utente, entre os episódios de internamento e a respetiva inscrição nos CSP é feito pelo respetivo número de utente.

C. Cada episódio de internamento hospitalar é associado a uma unidade funcional de Portugal, sem duplicações, pela inscrição do utente no último dia do mês em que ocorre a alta desse internamento, ou caso o utente tenha deixado de estar inscrito por óbito, anulação da inscrição ou qualquer outro tipo de "inativação de inscrição", pela inscrição no mês anterior ao da data de alta. Assim, caso no mês alta hospitalar exista uma inscrição ativa nos CSP é essa que conta. Caso não exista nenhuma nesse mês, usa-se a disponível no mês anterior. Se por algum motivo no mês anterior não existir qualquer inscrição ativa, internamento não é contabilizada neste indicador.

D. Nas raras situações em que um utente tenha duas ou mais [inscrições ativas](#) em unidades de observação diferentes no mês em que ocorre a alta (ou no mês anterior), o internamento é associado a todas as inscrições.

E. A ponderação de cada utente ao número de meses de inscrição permite ajustar os resultados do indicador ao tempo de inscrição dos utentes. Por exemplo se uma unidade com 10.000 utentes, tiver 400 utentes que deixam de estar inscritos e outros 400 que se inscrevem e que as saídas e entradas sucedem, utente a utente, no mesmo mês, a dimensão ponderada do denominador da taxa de internamento bruta é 10.000. Se outra unidade, com 17.000 utentes, perder 1.700 utentes (por saída de médico e alteração do compromisso assistencial) em 30 de junho de determinado ano, esses 1700 utentes apenas contarão como 850 no denominador e a dimensão ponderada ao número de meses de inscrição

dos 17.000 utentes é de apenas 16.150. Em ambos os casos, os internamentos do numerador são divididos pelo nº médio de utentes ao longo desse período.

F. Apenas se consideram os episódios de internamento válidos para faturação no âmbito dos GDH.

G. As regras de cálculo deste indicador, na componente dos diagnósticos válidos para incluir ou excluir utentes, são baseadas nas especificações publicadas pela "Agency for Healthcare Research and Quality" na área dos indicadores de qualidade em prevenção, disponíveis online em [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI\\_TechSpec\\_ICD10\\_v60.aspx](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v60.aspx).

### Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Variável AA ("internamento"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável AA ("inscrição ativa"): Avaliada utente a utente no último dia do mês em que ocorre a alta do internamento.
- Variável AA ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.
- VARIÁVEL BB ("inscrição ativa"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Variável BB ("idade"): Avaliada na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
EE / DD x 100.000	por 100.000	Taxa internamento (por 100.000 residentes por ano)	Em desenvolvimento

Área   Subárea   Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho   Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	Ano de 2017: [200; 850]	Ano de 2017: [200; 1000]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Ganhos em Saúde	Transversal	Utentes inscritos em pelo menos um dia do período em análise	90 dias

### Legenda

GDH - Grupos de diagnóstico homogéneo;  
ICD-9-CM - Classificação internacional de doenças, versão 9, modificação clínica  
UF - Unidade Funcional