

## INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROQUALI

Ciclo/01/2026

(Conforme o Regulamento do Programa de Qualificação da Atenção e da Gestão-  
PROQUALI, aprovado pela portaria FMSC N.º 40 de 10 de fevereiro de 2026.)

### I EIXO - ATENÇÃO PRIMÁRIA

#### **1-Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipe de Atenção Primária (EAP) e Equipe de Saúde Bucal (ESB)**

##### I - I - Equipes de Saúde

#### **1.Percentual de usuários cadastrados e atualizados vinculados à unidade.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número de cadastros atualizados /

Denominador: Número de cadastros vinculados a unidade × 100.

Meta Total Quadrimestral: > 28,35%.

#### **2.Percentual de acesso de Demanda Programada em relação ao total de Demandas na Unidade.**

**Método de cálculo:** Numerador: Nº total de atendimentos por demanda programada (consulta agendada programada; cuidado continuado; e consulta agendada) / Denominador: Nº total de atendimentos por todos os tipos de demandas (espontâneas e programadas).

Meta Total Quadrimestral: > 50% e ≤ 70%.

#### **3.Percentual de realização de visitas domiciliares pelos profissionais Agentes Comunitários de Saúde.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais ACS / Denominador: Número de visitas esperadas por ACS - 200 × número de ACS.

Meta Total Quadrimestral: ≥ 90%.

**4. Percentual de exame de rastreamento para câncer do colo do útero em mulheres e em homens transgênero de 25 a 64 anos de idade, coletado, solicitado ou avaliado nos últimos 36 meses.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número de procedimentos de coleta de material citopatológico do colo de útero / Denominador: mulheres e em homens transgênero cadastrados entre 25 a 64 anos de idade.

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 11,11\%$ .

**5. Percentual de exame de rastreamento para câncer de mama, em mulheres e em homens transgênero entre 50 e 69 anos, solicitado ou avaliado nos últimos 24 meses.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número de mamografias solicitadas ou avaliadas / Denominador: População mulheres e homens transgênero entre 50 e 69 anos.

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 12,5\%$ .

**6. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS em relação ao total de gestantes.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número total de atendimentos odontológicos à gestante / Denominador: Número total de gestantes acompanhadas  $\times 100$ .

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 75\%$ .

**7. Proporção de gestantes com início de pré-natal até a 12ª semana de gestação.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número de gestantes que iniciaram o pré-natal até a 12ª semana de gestação no mês / Denominador: Número total de gestantes inseridas no mês  $\times 100$ .

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 75\%$ .

**8. Proporção de gestantes que realizaram a vacina dtpa.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número de gestantes que realizaram a vacina dtpa / Denominador: Número total de gestantes com idade gestacional  $\geq 20$  semanas.

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 75\%$ .

**9. Proporção de puérperas com pelo menos 7 (sete) consultas de pré-natal realizadas por médicos e enfermeiros.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número de puérperas com 7 ou mais consultas de pré-natal / Denominador: Número total de puérperas no mês  $\times$

100.

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 75\%$ .

**10. Percentual de puérperas que tiveram a consulta puerperal.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número total de consultas puerperais no mês / Denominador: Número total de puérperas no mês  $\times 100$ .

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 75\%$ .

**11. Percentual de puericulturas realizadas até 1º ano de vida com médico ou enfermeiro.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número total de crianças que realizaram puericultura até o 1º ano de vida / Denominador: Número total de crianças com idade até 1 ano de idade vinculadas à equipe  $\times 100$ .

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 75\%$ .

**12. Percentual de crianças até os 2 anos de idade com as vacinas difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por Haemophilus influenzae tipo b, poliomielite, sarampo, caxumba e rubéola, pneumocócica, registradas com todas as doses recomendadas.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número total de crianças de até 2 anos com as vacinas com todas as doses recomendadas / Denominador: Número total de crianças com idade até os 2 anos de idade vinculadas à equipe  $\times 100$ .

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 75\%$ .

**13. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática / Denominador: Número de pessoas cadastradas na área da US  $\times 100$ .

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 5,0\%$ .

**14. Percentual entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista / Denominador: Número de primeiras consultas odontológicas programáticas.

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 75\%$ .

**15. Percentual de educandos que realizaram escovação dental supervisionada.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número de educandos que realizaram

escovação dental supervisionada / Denominador: Total de educandos matriculados  $\times 100$ .

Meta Progressiva: 1º ciclo:  $\geq 15\%$ ; 2º ciclo:  $\geq 60\%$ ; 3º ciclo:  $\geq 95\%$ .

## **16. Taxa de Exodontia realizada pela eSB.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número total de exodontias realizadas pela eSB / Denominador: Nº total de procedimentos clínicos individuais preventivos, curativos e exodontias realizados.

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 8\%$  e  $< 10$ .

## **17. Procedimentos odontológicos preventivos por equipes de Saúde Bucal (eSB).**

**Método de cálculo:** Numerador: Nº total de procedimentos odontológicos individuais preventivos registrados por eSB / Denominador: Nº total de procedimentos odontológicos individuais registrados por eSB.

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 80$  e  $\leq 85$ .

## **18. Tratamentos Restauradores Atraumáticos (ART) realizados por equipe de Saúde Bucal (eSB).**

**Método de cálculo:** Numerador: Nº total de procedimento restaurador atraumático realizado pelo cirurgião-dentista em eSB / Denominador: Nº total de procedimentos restauradores.

Meta Total Quadrimestral:  $> 8\%$ .

## **19. Percentual de realização de avaliação multidimensional da pessoa idosa (IVCF20).**

**Método de cálculo:** Numerador: Número total de realizações de avaliações multidimensionais da pessoa idosa (IVCF20) / Denominador: Número total de idosos do território adscrito  $\times 100$ .

Meta Progressiva: 1º ciclo:  $\geq 15\%$ ; 2º ciclo:  $\geq 60\%$ ; 3º ciclo:  $\geq 95\%$ .

## **20. Percentual de pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas no serviço com solicitação pela equipe de hemoglobina glicada no mês.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no serviço com solicitação de hemoglobina glicada realizada pela equipe / Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no serviço  $\times 100$ .

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 75\%$ .

**21. Percentual de pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas no serviço com avaliação dos pés no mês.**

**Método de cálculo:** Numerador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no serviço com avaliação dos pés no mês / Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no serviço  $\times 100$ .

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 25\%$ .

**22. Número de realização de atividade coletiva com o tema alimentação saudável.**

**Método de cálculo:** Número de atividades coletivas realizadas com o tema alimentação saudável.

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 4$  atividades.

**23. Número de realização de atendimento em grupos relativos ao tema saúde mental.**

**Método de cálculo:** Número de atendimentos em grupo relativos ao tema saúde mental.

Meta Total Quadrimestral:  $\geq 4$  atividades.

**24. Realização de procedimentos, atendimento individual e atividade coletiva em PICS.**

**Método de cálculo:** Número de procedimentos, atendimento individual e atividade coletiva em PICS Meta Total Quadrimestral:  $\geq 4$  atividades

Relatórios: E-SUS

Fonte do indicador: PIAPS 2026

**25. Realização da Estratificação de risco cardiovascular na APS em pessoas entre 40 e 74 anos.**

**Método de cálculo:** Numerador: Nº total de estratificações realizadas / Denominador: Nº total de usuários de 40 a 74 anos cadastrados na equipe. Meta total quadrimestral:  $\geq 10\%$  da população 40 a 74 anos cadastrada na equipe.

Relatórios: E-SUS

Fonte do indicador: PIAPS 2026

**I - II - Equipe Consultório na Rua (ECR)**

**1. Percentual de atendimentos individuais de profissionais de nível superior para pessoas em situação de rua.**

**Método de cálculo:** (Número de atendimentos individuais de profissionais de nível superior para pessoas em situação de rua / Número total de pessoas em situação de rua cadastradas no SISAB).

Meta:  $\geq 70\%$  de atendimentos / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS (último relatório gerado).

**2. Percentual de atendimentos individuais de profissionais de nível médio/técnico para pessoas em situação de rua.**

**Método de cálculo:** (Número de atendimentos individuais de profissionais de nível médio/técnico para pessoas em situação de rua / Número total de pessoas em situação de rua cadastradas no SISAB) X 100.

Meta:  $\geq 70\%$  de atendimentos / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS (último relatório gerado).

**3. Número de atividades coletivas realizadas junto a população em situação de rua pela equipe.**

**Método de cálculo:** Número de atividades coletivas realizadas junto à população em situação de rua pela equipe no quadrimestre.

Meta:  $\geq 32$  atividades coletivas / Quadrimestre  
Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**4. Número de testes rápidos (HIV, sífilis e hepatites) realizados na população em situação de rua.**

**Método de cálculo:** (Número de testes rápidos (HIV, sífilis e hepatites) realizados.

Meta : 48 testes por mês/ 192 testes no Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**5. Percentual de acompanhamentos da população em situação de rua em atendimento para Tuberculose no Serviço de Tisiologia.**

**Método de cálculo:** (Número de pessoas em situação de rua com TB em atendimento no Serviço de Tisiologia acompanhadas pela equipe / Número total de pessoas em situação de rua com tuberculose em atendimento no Serviço de Tisiologia) X 100.

Meta:  $\geq 70\%$  / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS, planilha de controle de tisiologia do serviço



**6. Percentual de busca ativa de usuários em situação de rua realizadas pela equipe.**

**Método de cálculo:** (Número de demandas de busca ativa de pessoas em situação de rua / Número total de atendimentos do mês das pessoas em situação de rua realizado pela equipe) X 100.

Meta:  $\geq 50\%$  / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**7. Percentual de usuários em situação de rua atendidos no mês e que receberam orientação de saúde bucal.**

**Método de cálculo:** (Número total de orientações em saúde bucal para as pessoas em situação de rua / Número de pessoas em situação de rua atendidas no mês X 100).

Meta:  $\geq 50\%$  / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**8. Percentual de ações de articulações de rede para os usuários de rua realizadas pela equipe.**

**Método de cálculo:** (Número total de articulações de rede para o atendimento das pessoas em situação de rua / Número total de atendimentos do mês realizados pela equipe) X 100.

Meta:  $\geq 50\%$  / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**I - III - Equipe de Atenção Básica Prisional**

**1. Média de atendimentos de enfermeiros e médicos por população privada de liberdade.**

**Método de cálculo:** Número de atendimentos de enfermeiros e médicos / População privada de liberdade cadastrada.

Meta:  $\geq 1$  consulta/indivíduo cadastrado / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS - INFOPEN (SUSEPE).

**2. Percentual de testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites) realizados na população privada de liberdade que ingressa.**

**Método de cálculo:** (Número de pessoas privadas de liberdade que ingressa / Número de testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites) realizados) X 100.

Meta:  $\geq 60\%$  testes rápidos realizados/população ingressa / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS – INFOPEN (SUSEPE).

**3. Percentual de pessoas privadas de liberdade com diagnóstico de HIV, Sífilis e/ou TB acompanhadas pela equipe.**

**Método de cálculo:** (Número de pessoas privadas de liberdade com diagnóstico de HIV, Sífilis e/ou TB acompanhadas pela equipe / Número total de pessoas privadas de liberdade com diagnóstico de HIV, Sífilis e/ou TB) X 100.

Meta:  $\geq 90\%$  das pessoas privadas de liberdade com diagnóstico de HIV, Sífilis e/ou TB acompanhadas pela equipe / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS - Planilha de acompanhamento entre os serviços.

**4. Atendimento odontológico para a população privada de liberdade.**

**Método de cálculo:** Número de atendimentos odontológicos realizados / População privada de liberdade cadastrada.

Meta:  $\geq 40\%$  atendimento odontológico / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS - INFOPEN (SUSEPE)

**5. Número de atividades coletivas realizadas com a população privada de liberdade.**

**Método de cálculo:** Número de atividades coletivas realizadas com as pessoas privadas de liberdade.

Meta:  $\geq 8$  atividades coletivas / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**6. Percentual de pessoas privadas de liberdade com diagnóstico de Hepatites acompanhadas pela equipe.**

**Método de cálculo:** (Número de pessoas privadas de liberdade com diagnóstico de Hepatites acompanhadas pela equipe / Número total de pessoas privadas de liberdade com diagnóstico de Hepatites) X 100.

Meta:  $\geq 90\%$  das pessoas privadas de liberdade com diagnóstico de Hepatites acompanhadas pela equipe / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS - Planilha de acompanhamento entre os serviços.



## I - IV - Ambulatório T

### **1.Realização de ações de articulação de rede intra e intersetoriais.**

**Método de Cálculo:** Número total de ações de articulação de rede intra e intersetoriais realizadas pelas equipes do programa (presencial, contato telefônico, e-mail, relatório).

Meta:  $\geq 08$  ações / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

### **2.Realização de ações de educação permanente/continuada para profissionais de saúde de Canoas.**

**Método de Cálculo:** Número total de ações de educação permanente/continuada para profissionais de saúde de Canoas.

Meta:  $\geq 04$  ações / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

### **3.Educação permanente/continuada realizadas para os profissionais do Ambulatório T.**

**Método de Cálculo:** Número total de Educação permanente/ continuada realizadas para os profissionais do Ambulatório T.

Meta:  $\geq 4$  atividades / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

### **4.Realização da medida do índice de satisfação do usuário.**

**Método de Cálculo:** Média do índice de satisfação do usuário.

Meta:  $\geq 80\%$  / Quadrimestre.

Fonte: Planilha ouvidoria.

### **5.Realização de atividades em grupos no serviço.**

**Método de Cálculo:** Número total de atividades em grupos no serviço.

Meta:  $\geq 08$  atividades/ Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

### **6.Realização de testes rápidos em novos usuários.**

**Método de Cálculo:** Percentual de testes rápidos realizados em novos usuários do serviço/quantitativo de usuários admitidos no serviço.

Meta:  $\geq 80\%$  / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS, Planilha de Usuários (Ambulatório T).

**7. Absenteísmo de pacientes.**

**Método de Cálculo:** Número de pacientes faltosos/número de pacientes atendidos (agendamentos + demanda imediata).

Meta:  $\geq 30\%$  / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**I - V - Equipe de Controle de Zoonoses**

**1. Percentual de imóveis visitados para controle do Aedes Aegypti e outros vetores (incluindo LIRA).**

**Método de cálculo:** (Número de imóveis visitados / Número de Agentes de Combate às Endemias ativos) X 1000.

Meta:  $\geq 50\%$

Fonte: SISPNCD e IBGE 2010 (115.890 imóveis).

**2. Percentual de realizações de vistorias nos Pontos Estratégicos (PE).**

**Método de Cálculo:** Número de vistorias realizadas nos Pontos Estratégicos (PE) / Número de vistorias solicitadas nos Pontos Estratégicos (PE).

Meta:  $\geq 90\%$

Fonte: Relatório do Sistema SIS PNCD (Programa Nacional de Combate à Dengue).

**3. Percentual de Pesquisas Vetoriais Especiais - PVE realizadas.**

**Método de cálculo:** (Número de Pesquisas Vetoriais Especiais - PVE realizadas / Número de Pesquisas Vetoriais Especiais – PVE indicadas) X 100.

Meta:  $\geq 90\%$

Fonte: SISPNCD.

**4. Percentual de denúncias/reclamações/solicitações de atendimentos concluídas.**

**Método de cálculo:** (Número de denúncias / reclamações / solicitações de atendimento concluídas / Número de denúncias/reclamações / solicitações de atendimento recebidas) X 100.

Meta:  $\geq 75\%$

Fonte: Relatório assinado pela chefia imediata, MVP, memorando, e-mail.

**5. Percentual de participação de ACE em atividades coletivas (mapeamentos, orientações de saúde, reuniões de grupos de educação em saúde e treinamentos).**

**Método de cálculo:** (Número de ACEs que participaram de 02 atividades coletivas realizadas/Número de agentes de combate às endemias ativos) X 100.

Meta:  $\geq 90\%$

Fonte: Listas de presenças.

**6. Percentual de roedores revisados.**

**Método de cálculo:** Número de sítios de roedores revisados / Número de sítios de roedores abertos /ativos) x 100.

Meta:  $\geq 80\%$

Fonte: Banco de dados da Equipe de Controle de Zoonoses.

**7. Número de realizações de Educação Continuada com os Agentes de Combate às Endemias.**

**Método de Cálculo:** Total de Educação Continuada realizadas no mês.

Meta:  $\geq 08$  educações continuadas / quadrimestre.

Fonte: Livro ATA.

**8. Percentual de imóveis registrados atualizados no banco de dados.**

**Método de Cálculo:** (Número de imóveis atualizados no banco de dados da Equipe de Controle de Zoonoses / Número de imóveis registrados no banco de dados da Equipe de Controle de Zoonoses) x 100.

Meta:  $\geq 10\%$

Fonte: Livro ATA ou lista de presença oficial deferido pelo gestor do serviço.

## SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

### 1- Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

**1. Percentual de gestantes que vivem com HIV com pré-natal realizado no mês por profissional Médico / Enfermeiro.**

**Método de cálculo:** (Número de consultas de médicos e enfermeiros para gestantes que vivem com HIV / Número total de gestantes que vivem com HIV do serviço) X 100.

Meta:  $\geq 70\%$  de gestantes com pré-natal / Mês.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**2. Número de atendimentos médicos de pacientes (pacientes agendados e pacientes atendidos em demanda imediata) registrados no sistema SIGSS.**

**Método de cálculo:** Número de pacientes faltosos / Número de pacientes atendidos (agendamentos + demanda imediata) X 100.

Meta: 70% / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**3. Número de realizações de testes rápidos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) no serviço.**

**Método de cálculo:** Número total de testes rápidos de IST's realizados.

Meta:  $\geq 300$  testes / Mês.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**4. Número de raspagem, alisamento, polimento e orientações de saúde bucal realizados no mês.**

**Método de cálculo:** Número de raspagem, alisamento, polimento e orientações de saúde bucal realizados no mês.

Meta:  $\geq 40$  procedimentos / mês.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**5. Número de realizações de educação continuada no serviço aos colaboradores.**

**Método de cálculo:** Total de Educação Continuada realizadas no quadrimestre.

Meta:  $\geq 4$  educações continuadas / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**6. Média de ações de educação em saúde realizadas em instituições do Município que possuam a necessidade ou realizem a solicitação.**

**Método de cálculo:** Número de capacitações realizadas pelos profissionais.

Meta:  $\geq 01$  educação em saúde / Mês.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**7. Número de reuniões de articulação de rede intra e intersetorial realizadas. Método de cálculo:** Número de reuniões que participaram.  
Meta:  $\geq 08$  reuniões / Quadrimestre.  
Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**8. Número de realizações de atividades em grupos no serviço. Método de cálculo:** Número de atividades em grupo realizadas.  
Meta:  $\geq 12$  atividades no quadrimestre.  
Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**9. Percentual de conformidade do estoque físico de medicamentos e insumos em relação ao seu estoque informado no sistema SIGSS. Método de Cálculo:**  $(\text{Estoque de medicamentos e insumos físico (contagem)} / \text{Estoque de medicamentos e insumos informados no sistema SIGSS}) \times 100$ .  
Meta:  $\geq 90\%$  e  $\leq 110\%$   
Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**10. Percentual de conformidade do estoque físico de medicamentos ARV em relação ao seu estoque informado no sistema SICLOM. Método de Cálculo:**  $(\text{Estoque de medicamentos físico (contagem)} / \text{Estoque de medicamentos informados no sistema SICLOM}) \times 100$ .  
Meta:  $\geq 80\%$  e  $\leq 110\%$   
Fonte: SICLOM OPERACIONAL

**11. Percentual de registro de controle da temperatura ambiente e umidade do espaço de armazenamento dos medicamentos, e temperatura da geladeira de armazenamento de medicamentos termolábeis. Método de Cálculo:**  $(\text{Total de monitoramento realizados} / \text{Total de monitoramento a ser realizado no respectivo mês}) \times 100$ .  
Meta: 100 %  
Fonte: Planilha Diária de temperatura.

**12. Monitoramento de gestantes em uso de TARV. Método de Cálculo:** relatório mensal de gestantes em uso de TARV enviados por e-mail para gestão do SAE.  
Meta: 1 e-mail/ mês  
Fonte: SICLOM OPERACIONAL

**13. Percentual de gestantes que vivem com HIV do município de Canoas notificadas no SINAN**

**Método de Cálculo:** Número de notificações (SINAN) de gestantes novas que vivem com HIV / número total de gestantes novas que vivem com HIV, no mês  
Meta: 100% quadrimestre

Fonte: Relatório SINAN e SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**14. Percentual de notificações (SINAN) de crianças munícipes de Canoas exposta ao HIV nascidas no Hospital Universitário de Canoas**

**Método de Cálculo:** Número de notificações (SINAN) de crianças munícipes de Canoas exposta ao HIV nascidas no Hospital Universitário de Canoas / Número total de crianças munícipes de Canoas exposta ao HIV nascidas no Hospital Universitário de Canoas

Meta: 100% quadrimestre

Fonte: Relatório SINAN e Relatório HU

**Farmácia do SAE - 2026**

**Dentro do Serviço SAE**

**1. Percentual de conformidade do estoque físico de medicamentos e insumos em relação ao seu estoque informado no sistema SIGSS.**

**Método de Cálculo:** (Estoque de medicamentos e insumos físico (contagem) / Estoque de medicamentos e insumos informados no sistema SIGSS) X 100.

Meta:  $\geq 90\%$  e  $\leq 110\%$

Fonte: SIGSS.

**2. Percentual de conformidade do estoque físico de medicamentos ARV em relação ao seu estoque informado no sistema SICLOM.**

**Método de Cálculo:** (Estoque de medicamentos físico (contagem) / Estoque de medicamentos informados no sistema SICLOM) X 100.

Meta:  $\geq 80\%$  e  $\leq 110\%$

Fonte: SICLOM OPERACIONAL

**3. Percentual de registro de controle da temperatura ambiente e umidade do espaço de armazenamento dos medicamentos, e temperatura da geladeira de armazenamento de medicamentos termolábeis.**

**Método de Cálculo:** (Total de monitoramento realizados / Total de monitoramento a ser realizado no respectivo mês) X 100.

Meta: 100 % de controles diários.



Fonte: Planilha Excel.

**4. Monitoramento de gestantes em uso de TARV.**

**Método de Cálculo:** relatório mensal de gestantes em uso de TARV enviados por e-mail para gestão do SAE.

Meta: 1 e-mail/ mês

Fonte: SICLOM OPERACIONAL

**2 - Serviço de Tisiologia e Hanseníase**

**1. Percentual de consultas de enfermagem realizadas por enfermeiro(a) a pacientes com diagnóstico de tuberculose no serviço de Tisiologia.**

**Método de Cálculo:** (Número de consultas de enfermagem no mês / Total de pacientes novos cadastrados no serviço no quadrimestre) X 100.

Meta: 95 % de consultas realizadas no quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**2. Percentual de pacientes que iniciaram tratamento na primeira consulta após diagnóstico de tuberculose no Tisiologia.**

**Método de Cálculo:** (Número de pacientes que iniciaram tratamento para tuberculose no mês / Total de pacientes novos cadastrados no serviço no mês, com diagnóstico de Tuberculose) x 100.

Meta: 90 % no mês.

Fonte: Planilha online do serviço.

**3. Percentual de pacientes em tratamento, atendidos em consulta médica no serviço de Tisiologia.**

**Método de Cálculo:** (Número de pacientes em tratamento no serviço que passaram por consulta médica no mês / Número total de pacientes em tratamento no mês) x 100.

Meta:  $\geq 70\%$  no mês.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**4. Número de matriciamentos realizados pelo serviço de tisiologia para os serviços de saúde de Canoas.**

**Método de Cálculo:** Número total de matriciamentos realizados.

Meta:  $\geq 04$  matriciamentos realizados no quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**5. Número de educação continuada realizada para os profissionais do serviço de tisiologia no quadrimestre.**

**Método de Cálculo:** Número de educação continuada realizada.

Meta:  $\geq 04$  educação permanente no quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**6. Percentual de testes rápidos realizados para diagnóstico de HIV em pacientes com tuberculose.**

**Método de Cálculo:** ( Número de pacientes que iniciaram tratamento e que realizaram teste rápido no mês / Número total de pacientes que iniciaram tratamento no mês ) x 100.

Meta:  $\geq 70\%$  / quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**7. Percentual de buscas ativas e visitas domiciliares realizadas pelo serviço de Tisiologia.**

**Método de Cálculo:** ( Número de buscas ativas e visitas domiciliares realizadas no mês / Número de pacientes faltosos ou em situação de vulnerabilidade que não acessaram o serviço no mês ) x 100%

Meta:  $\geq 70\%$  / quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**8. Percentual de pacientes em tratamento para hanseníase atendidos em consulta médica no serviço de Tisiologia e Hanseníase.**

**Método de Cálculo:** (Número de pacientes em tratamento para hanseníase que consultaram no mês / Número total de pacientes em tratamento para hanseníase no serviço) x 100.

Meta: 80% no quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**9. Percentual de conformidades do estoque físico de medicamentos e insumos em relação ao seu estoque informado no sistema SIGSS.**

**Método de Cálculo:** (Estoque de medicamentos e insumos físico (contagem)/ Estoque de medicamentos e insumos informados no sistema SIGSS) X 100.

Meta:  $\geq 90\%$  e  $\leq 110\%$

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS.

**10. Percentual do envio dos pedidos dos medicamentos e insumos no prazo correto, para reposição de estoque.**

**Método de Cálculo:** Número de envios no prazo correto, conforme cronograma estadual (1 pedido / Mês).

Meta: 100% no quadrimestre

Fonte: Formulário de solicitação de medicamentos da tuberculose no e-mail do serviço.

**11. Percentual de usuários orientados, em atendimento Farmacêutico, quanto ao uso dos tuberculostáticos no início de tratamento no Serviço de Tisiologia.**

**Método de Cálculo:** (Número total de usuários orientados quanto ao uso de tuberculostáticos em início de tratamento / Total de dispensações realizadas para início de tratamento no Serviço de Tisiologia) X 100

Meta: 80% de usuários orientados

Fonte: Planilha Excel.

**Farmácia Tisiologia – 2026**  
**Dentro do Serviço de Tisiologia**

**1. Percentual de conformidade do estoque físico de medicamentos e insumos em relação ao seu estoque informado no sistema SIGSS.**

**Método de Cálculo:** (Estoque de medicamentos e insumos físico (contagem) / Estoque de medicamentos e insumos informados no sistema SIGSS) X 100.

Meta:  $\geq 90\%$  e  $\leq 110\%$

Fonte: SIGSS.

**2. Percentual do envio dos pedidos dos medicamentos e insumos no prazo correto, para reposição de estoque.**

**Método de Cálculo:** Número de envios no prazo correto, conforme cronograma estadual (1 pedido / Mês).

Meta: 100%

Fonte: Formulário de solicitação de medicamentos da tuberculose no e-mail do serviço.

**3. Percentual de usuários orientados, em atendimento Farmacêutico quanto ao uso dos tuberculostáticos no início do tratamento no Serviço de Tisiologia.**

**Método de Cálculo:** (Número total de usuários orientados quanto ao uso dos tuberculostáticos em início do tratamento / Total de dispensas realizadas para o início de tratamento no Serviço de Tisiologia) X 100

Meta: 100 % de usuários orientados

Fonte: Planilha Excel.

### **3- Centro de Referência em Saúde da Mulher (CRSM)**

**1. Número de reuniões intra e intersetoriais realizadas nos serviços da rede de saúde do Município.**

**Método de cálculo:** Número total de reuniões realizadas.

Meta:  $\geq 4$  reuniões/ Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**2. Percentual de solicitações de buscas ativas para as Unidades de Saúde de pacientes faltantes que apresentaram alteração no exame citopatológico e foram encaminhadas para biópsia.**

**Método de Cálculo:** (Número de buscas ativas realizadas e/ou solicitadas das pacientes com alteração no colo uterino encaminhadas para a realização da biópsia / Número total de pacientes que não compareceram para realização do procedimento) X 100.

Meta: 100% de buscas ativas / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**3. Percentual de buscas ativas realizadas e/ou solicitadas às Unidades de Saúde de pacientes com obesidade e/ou deficiência física que não compareceram para realização de exame citopatológico de colo uterino.**

**Método de Cálculo:** (Número de buscas ativas realizadas e/ou solicitadas às Unidades de Saúde para pacientes com obesidade e/ou deficiência física encaminhadas que não compareceram para realização de exame citopatológico de colo uterino / Número total de pacientes obesas e/ou com deficiência física faltantes encaminhadas para o serviço) X 100.

Meta:  $\geq 100\%$  / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**4. Monitoramento de mulheres com alterações de colo uterino que não possuem seguimento na rede de saúde.**

**Método de Cálculo:** Envio de relatório / Quadrimestral.

Meta: 1 relatório quadrimestral.

Fonte: Relatório assinado pela chefia imediata / SISCAN.

**5. Número de sala de espera realizadas no serviço.**

**Método de Cálculo:** Número total de reuniões realizadas.

Meta:  $\geq 6$  reuniões realizadas / quadrimestre.

Fonte: Lista de Presença e/ou ata das reuniões deferida pela chefia imediata.

**4 - Programa de Assistência Complementar (PAC)**

**1. Percentual de consulta de enfermagem realizada para usuários portadores de feridas crônicas, encaminhadas pelos serviços de saúde através do sistema informatizado.**

**Método de Cálculo:** Número de usuários atendidos pelo enfermeiro (a) no ambulatório de feridas / Número de usuários encaminhadas para avaliação de feridas crônicas) X 100.

Meta:  $\geq 100\%$

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**2. Percentual de consultas de enfermagem realizadas para novos usuários portadores de estomia e/ou incontinência urinária, encaminhados pelos serviços de saúde através do sistema informatizado.**

**Método de Cálculo:** (Número de usuários novos atendidos pelo enfermeiro (a) no ambulatório de estomia / Número de usuários encaminhados pelos serviços de saúde para avaliação em estomia e/ou incontinência urinária) X 100.

Meta:  $\geq 100\%$

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**3. Número de realizações de Educação Permanente Continuada no serviço.**

**Método de Cálculo:** Número total de Educações Permanentes Continuadas realizadas no serviço.

Meta:  $\geq 1$  / Mês.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**4. Percentual de participação nas reuniões de Conselho Gestor do Programa de Assistência Complementar no quadrimestre.**

**Método de Cálculo:** (Número de reuniões que participou / Número de reuniões realizadas) X 100.

Meta:  $\geq 75\%$  de participação nas reuniões do serviço.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**5. Percentual de atendimentos individuais de profissionais de nível técnico aos estomizados.**

**Método de Cálculo:** (Número de atendimentos individuais de profissionais de nível técnico aos estomizados / Número de pessoas estomizadas com consultas agendadas via SIGSS).

Meta: 100% de atendimentos / Mês.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**6. Percentual de atendimentos individuais de profissionais de nível técnico para atendimentos aos pacientes com feridas de difícil cicatrização.**

**Método de Cálculo:** (Número de atendimentos individuais de profissionais de nível técnico para pessoas com feridas de difícil cicatrização / Número de pessoas com feridas de difícil cicatrização com consultas agendadas no SIGSS) x 100.

Meta: 100% de atendimentos / Mês.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**7. Percentual de buscas ativas de pacientes com evasão ao tratamento de feridas de difícil cicatrização / estomias intestinais e urinárias do programa.**

**Método de Cálculo:** (Número de pacientes faltosos agendados / Número de busca ativa realizadas).

Meta: 100% de buscas ativas no quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**8. Percentual de consultas médicas realizadas aos usuários portadores de feridas crônicas encaminhadas pelas Unidades de Saúde**

**Método de Cálculo:** (Número de usuários novos atendidos pelo médico no ambulatório de feridas/ Número de usuários novos encaminhados para avaliação de úlceras vasculogênicas)

Meta: 100% no quadrimestre

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS



**5 - Centro de Referência do Idoso (CRI)**

**1. Realização de articulação de rede intra e intersetoriais realizadas.**

**Método de Cálculo:** Número total de ações de articulação de rede intra e intersetoriais realizadas pela equipe

Meta:  $\geq 4$  ações no quadrimestre

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**2. Número de capacitações e/ou educação continuada realizadas nas Unidades de Saúde e /ou Equipe.**

**Método de Cálculo:** Número de capacitações e/ou educação continuada realizadas.

Meta:  $\geq 2$  capacitações / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**3. Número de salas de espera realizadas no serviço.**

**Método de Cálculo:** Número total de salas de espera realizadas pelos profissionais do serviço.

Meta:  $\geq 08$  atividades / quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**4. Número de atividades coletivas realizadas no serviço.**

**Método de Cálculo:** Número de atividades coletivas.

Meta:  $\geq 06$  atividades / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**5. Número de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe multiprofissional.**

**Método de Cálculo:** Número de visitas domiciliares realizadas.

Meta:  $\geq 08$  visitas realizadas no quadrimestre

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**6. Percentual de realização de aplicação do instrumento IVCF-20 nos idosos de primeira consulta com o geriatra.**

**Método cálculo:** Número de aplicação do instrumento IVCF-20 / Número de primeiras consultas do mês.

Meta: 70% no mês

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**7. Número de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pela equipe no mês.**

**Método cálculo:** Número total de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) realizadas pela equipe no mês.

Meta:  $\geq 10$  procedimentos ao mês.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**6 - UPA Idoso**

**1. Percentual de transferências médicas para outros serviços da rede.**

**Método de Cálculo:** (Número de encaminhamentos médicos para outro serviço (UPA, hospitais) / Número total de atendimentos médicos individuais) x 100.

Meta:  $\leq 10$  % de transferências médicas.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**2. Percentual de atendimentos de enfermeiros e médicos de idosos por mês na UPA DO IDOSO.**

**Método de Cálculo:** (Número de atendimentos de enfermeiros e médicos / Número de pessoas idosas estimadas pelo IBGE no município de Canoas) x 100.

Meta:  $\geq 1$  % consultas no mês.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS / IBGE

**3. Número de Educação Permanente Continuada em urgência / emergência realizadas no quadrimestre.**

**Método de Cálculo:** Número total de Educações Permanentes em urgência/emergência.

Meta:  $\geq 8$  atividades / Quadrimestre

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**4. Percentual de eletrocardiograma realizado em pessoas com dor precordial.**

**Método de Cálculo:** (Número total de idosos atendidos no serviço com eletrocardiograma realizado no mês / Número de pacientes idosos com dor precordial típica ou atípica) x 100.

Meta:  $\geq 100\%$  / Quadrimestre

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**5. Número de atividades em salas de espera realizadas no serviço de saúde no quadrimestre.**

**Método de Cálculo:** Número total de atividades em sala de espera realizadas.

Meta:  $\geq 8$  atividades / quadrimestre

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**6. Número de testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis (IST's - Sífilis, HIV, Hepatite B e C).**

**Método de Cálculo:** Número total de realização de procedimentos de testes rápidos de IST's

Meta:  $\geq 160$  testes no quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**7- Centro de Referência em transtorno do Espectro Autista (CERTEA):**

**1. Número de consultas realizadas por profissionais de nível superior.**

**Método de Cálculo:** Número total de consultas realizadas por profissionais de nível superior

Meta: 600 consultas/ quadrimestre

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**2. Número de articulações de rede intra e intersetorial realizadas.**

**Método de Cálculo:** Número total de articulações de rede intra e intersetorial realizadas.

Meta:  $\geq 30$  articulações de rede intra e intersetorial /quadrimestre

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**3. Número de atividades coletivas (grupos/oficinas/ convivência) realizadas.**

**Método de Cálculo:** Número de grupos/ oficinas realizadas no quadrimestre

Meta: 40 atividades/ Quadrimestre

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**4. Número de Educações Permanentes realizada no serviço no quadrimestre.**

**Método de Cálculo:** Número total de Educação Permanente realizadas.

Meta:  $\geq 04$  atividades / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**5. Realização de plano terapêutico singular (PTS) pela equipe e multiprofissional em reuniões por quadrimestre.**

**Método de Cálculo:** Número total de realizações de PTS no quadrimestre.

Meta: 40 PTS no quadrimestre

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**8 - Centro de Atenção Psicossocial Infante – Juvenil (CAPS i)**

**1. Número de acolhimentos e atendimentos aos usuários do CAPSi.**

**Método de Cálculo:** Número de acolhimentos e atendimentos aos usuários do CAPSi realizados no quadrimestre / Número de profissionais do CAPSi. Utilizar o relatório: Relatório ambulatorial por unidade de saúde sintético  
Filtrar pelo procedimento: 0301080232 — ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. Filtrar por data colocando o primeiro dia e o último dia do mês.

Metas:  $\geq 80$  atendimentos por profissional no quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS e Planilha RH

**2. Número de ações de articulação de rede intra e intersectorial realizadas no quadrimestre**

**Método de Cálculo:** Número total de reuniões realizadas.

Meta:  $\geq 40$  reuniões realizadas no quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**3. Número de atendimentos realizados pelos profissionais de saúde aos familiares de usuários do CAPS i (Arco Íris) no quadrimestre.**

**Método de Cálculo:** Número de atendimentos aos familiares realizados / Número de profissionais

Meta:  $\geq 40$  atendimentos por profissional por quadrimestre

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**4. Número de atendimentos em grupo (grupos/oficinas/convivência) realizadas no CAPSi por quadrimestre**

**Método de Cálculo:** (Número de grupos/oficinas realizados / Total de semanas no mesmo período) X 100.

Meta: 40 atividades coletivas realizadas no CAPS i / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**5. Número total de visitas domiciliares realizadas no quadrimestre.**

**Método de Cálculo:** Número total de visitas domiciliares realizadas.

Meta:  $\geq 40$  realizações de visitas domiciliares no quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**6. Número de realizações de Educações Permanentes na equipe CAPSi no quadrimestre.**

**Método de Cálculo:** Número total de realizações de Educação Permanente.

Meta:  $\geq 04$  Educação Permanente no quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**7. Número de reuniões de assembleias dos usuários no quadrimestre.**

**Método de Cálculo:** (Número total de reuniões)

Meta:  $\geq 4$  reuniões de assembleia no quadrimestre.

Fonte: Lista de Presença e/ou SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**9 - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)**

**1. Número de procedimentos básicos realizados, no Centro Especialidades Odontológicas (CEO), em pessoas com necessidades especiais no mês.**

**Método de cálculo:** Total de procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês.

Meta:  $\geq 320$  procedimentos realizados / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**2. Número de procedimentos realizados, no Centro Especialidades Odontológicas (CEO), de Periodontia no mês.**

**Método de cálculo:** Total de procedimentos de periodontia realizados no mês.

Meta:  $\geq 240$  procedimentos realizados / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**3. Número de procedimentos de Endodontia no mês.**

**Método de cálculo:** Total de procedimentos de endodontia realizados no mês.

Meta:  $\geq 120$  procedimentos realizados / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**4. Número de procedimentos realizados no Centro Especialidades Odontológicas (CEO), de Cirurgia Oral no mês.**

**Método de cálculo:** Total de procedimentos de cirurgia oral realizados no mês.

Meta:  $\geq 320$  procedimentos realizados / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**5. Número de procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês.**

**Método de cálculo:** Total de procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes realizados no mês

Meta:  $\geq 28$  procedimentos realizados / Quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**6. Número de realizações de busca ativa a usuário em abandono de tratamento.**

**Método de cálculo:** Número total de busca ativa realizada pela a usuários em abandono de tratamento.

Meta:  $\geq 24$  buscas ativas no quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**7. Número de realizações de reuniões de equipe.**

**Método de cálculo:** Número total de reuniões realizadas pela equipe.

Meta:  $\geq 01$  reunião no mês.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS

**8. Número de realizações de Matriciamento na APS.**

**Método de cálculo:** Número total de matriciamentos do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) realizados nos quadrantes no mês.

Meta:  $\geq 08$  encontros no quadrimestre.

Fonte: SIGSS e/ou SISAB/e-SUS



## **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

### **1.Farmácia Solidária**

#### **1.Cadastro de medicamentos para reposição de estoque.**

**Método de Cálculo:** Envio do relatório no prazo correto (1 envio no mês)

Meta: 4 cadastros no sistema (novas apresentações ou princípios ativos de medicamentos) realizados no quadrimestre.

Fonte: SIGSS.

#### **2.Percentual do envio de relatório das receitas atendidas dos usuários pelo serviço.**

**Método de Cálculo:** Envio do relatório no prazo correto (1 envio no mês).

Meta: 4 relatórios enviados no prazo por ciclo = 100%

Fonte: SIGSS.

#### **3.Relatório do controle de estoque das validades dos medicamentos no prazo estabelecido.**

**Método de Cálculo:** Envio do relatório no prazo correto (1 envio no mês)

Meta: 4 relatórios enviados dentro do prazo no ciclo.

Fonte: SIGSS.

#### **4.Número de realizações de Educação Permanente, na unidade de Assistência Farmacêutica, aos colaboradores.**

**Método de Cálculo:** Total de Educação Permanente realizadas no quadrimestre.

Meta:  $\geq 4$  Treinamentos/ Quadrimestre

Fonte: Lista de presença com o registro do treinamento realizado.

#### **5.Percentual de registro de controle da temperatura ambiente e umidade do espaço de armazenamento dos medicamentos.**

**Método de Cálculo:**  $(\text{Total de monitoramento realizados} / \text{Total de monitoramento a ser realizado no respectivo mês}) \times 100$ .

Meta: 100 % de controles diários.

Fonte: Planilha Excel.

### **2.Farmácias Básicas Municipais**

**1. Percentual de conformidade do estoque físico de medicamentos e insumos em relação ao seu estoque informado no sistema SIGSS.**

**Método de Cálculo:** (Estoque de medicamentos e insumos físico (contagem)/ Estoque de medicamentos e insumos informados no sistema SIGSS) X 100.

Meta:  $\geq 90\%$  e  $\leq 110\%$

Fonte: SIGSS.

**2. Percentual do envio dos pedidos dos medicamentos e insumos no prazo correto, para reposição de estoque.**

**Método de Cálculo:** Número de envios no prazo correto, conforme cronograma da CAF (8 pedidos / Mês).

Meta:  $\geq 32$  pedidos enviados no prazo por ciclo

Fonte: SIGSS.

**3. Percentual do envio de relatório das receitas atendidas dos usuários pelo serviço.**

**Método de Cálculo:** Envio do relatório no prazo correto (1 envio no mês).

Meta: 4 relatórios enviados no prazo por ciclo = 100%

Fonte: SIGSS.

**4. Percentual de relatórios de controle de validade do estoque de medicamentos e insumos dentro do prazo estabelecido.**

**Método de Cálculo:** Conferência do relatório para controle de validade (1 arquivamento mensal).

Meta: 4 relatórios arquivados no ciclo = 100 %

Fonte: SIGSS.

**5. Percentual de registro de controle da temperatura ambiente e umidade do espaço de armazenamento dos medicamentos, e temperatura da geladeira de armazenamento de medicamentos termolábeis.**

**Método de Cálculo:** (Total de monitoramento realizados / Total de monitoramento a ser realizado no respectivo mês) X 100.

Meta: 100 % de controles diários.

Fonte: Planilha Excel.

**6. Percentual de usuários orientados em atendimento Farmacêutico quanto ao uso correto de Aparelhos Glicosímetros.**

**Método de Cálculo:** (Número total de usuários orientados quanto ao uso de Aparelhos Glicosímetro/ Total de Aparelhos Glicosímetros entregues) X 100.

Meta: 100 % de usuários orientados

Fonte: SIGSS + Declaração de Treinamento.

**7. Número de realizações de Educação Permanente, na unidade de Assistência Farmacêutica, aos colaboradores.**

**Método de Cálculo:** Total de Educação Permanente realizadas no quadrimestre.

Meta:  $\geq 4$  Treinamentos/ Quadrimestre

Fonte: Lista de presença com o registro do treinamento realizado.

**3. Farmácia Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)**

**1. Percentual de conformidade do estoque físico de medicamentos e insumos em relação ao seu estoque informado no sistema SIGSS.**

**Método de Cálculo:** (Estoque de medicamentos e insumos físico (contagem) / Estoque de medicamentos e insumos informados no sistema SIGSS) X 100.

Meta:  $\geq 90\%$  e  $\leq 110\%$

Fonte: SIGSS.

**2. Percentual do envio dos pedidos de medicamentos no prazo para reposição de estoque do município.**

**Método de Cálculo:** Envio da solicitação no prazo correto.

Meta: 100 % do envio de pedidos no prazo.

Fonte: SIGSS.

**3. Controle do envio, no prazo estabelecido, das requisições internas com as solicitações para reposições de estoque dos medicamentos e insumos das Farmácias, UBS e UPA.**

**Método de Cálculo:** Envio da Solicitação no prazo correto.

Meta: 100 % de envio conforme necessidade.

Fonte: Intranet / Memorando.

**4. Percentual de relatórios de controle de validade do estoque de medicamentos e insumos dentro do prazo estabelecido.**

**Método de Cálculo:** Conferência do relatório para controle de validade (1 arquivamento mensal).

Meta: 4 relatórios arquivados no ciclo = 100 %

Fonte: SIGSS.

**5. Percentual de registro de controle da temperatura ambiente e umidade do espaço de armazenamento dos medicamentos, e temperatura da geladeira de armazenamento de medicamentos termolábeis.**

**Método de Cálculo:** (Total de monitoramento realizados / Total de monitoramento a ser realizado no respectivo mês) X 100.

Meta: 100 %

Fonte: Planilha Excel.

#### **4. Farmácia de Ordem Judicial**

**1. Percentual de conformidade do estoque físico de medicamentos e insumos em relação ao seu estoque informado no sistema SIGSS.**

**Método de Cálculo:** (Estoque de medicamentos e insumos físico (contagem) / Estoque de medicamentos e insumos informados no sistema SIGSS) X 100.

Meta:  $\geq 90\%$  e  $\leq 110\%$

Fonte: SIGSS.

**2. Controle do envio no prazo do relatório que contém o número de itens de medicamentos dispensados e respectivo valor (Envio de 1 relatório / Mês).**

**Método de Cálculo:** Envio dos relatórios nos prazos estabelecidos.

Meta: 4 Relatórios = 100 %

Fonte: SIGSS / Intranet.

**3. Relatório do controle de estoque das validades dos medicamentos que estão armazenados no estoque, com sinalização mensalmente com prazo inicial de 90 dias**

**antes da expiração do prazo de validade (Envio de 1 relatório / Mês).**

**Método de Cálculo:** Envio do relatório do controle da validade dos medicamentos no prazo estabelecido.

Meta: 100 % de extração de relatórios mensais para controle das validades.

Fonte: SIGSS.

**4. Controle da perda financeira evitada pelo controle da validade dos itens armazenados em estoque, com sinalização mensal, com prazo inicial de 90 dias antes da expiração do prazo de validade.**

**Método de Cálculo:** Envio dos relatórios nos prazos estabelecidos (1 relatório ao mês).

**Meta:** Envio de 1 relatório / Mês no prazo estabelecido.

**Fonte:** SIGSS.

**5. Controle dos gastos mensais gerados pela aquisição de item solicitados por OrdemJudicial, utilizando o somatório de valores líquidos de notas fiscais de entrada.**

**Método de Cálculo:** Envio dos relatórios nos prazos estabelecidos / 1 relatório ao mês.

**Meta:** Envio de 1 relatório / Mês no prazo estabelecido.

**Fonte:** SIGSS.

**6. Percentual de registro de controle da temperatura ambiente e umidade do espaço de armazenamento dos medicamentos, e temperatura da geladeira de armazenamento de medicamentos termolábeis.**

**Método de Cálculo:** (Total de monitoramento realizados / Total de monitoramento a ser realizado no respectivo mês) X 100.

**Meta:** 100 % de controles diários.

**Fonte:** Planilha Excel.

**7. Porcentagem de pacientes/cuidadores atendidos pelo Farmacêutico.**

**Método de Cálculo:** (Número de recibos de entrega com registro farmacêutico / Total de recibos emitidos durante o mês) x 100 %

**Meta:** ≥ 70% de pacientes atendidos pelo farmacêutico.

**Fonte:** SIGSS, Intranet e Memorando.

**8. Porcentagem de contatos realizados aos pacientes/ cuidadores portadores de novos processos, no momento do recebimento de medicamentos/ insumos, para realização da dispensação de forma mais breve possível.**

**Método de Cálculo:** (Contatos por telefone / Total de pacientes novos) X 100 %

**Meta:** 100 % de pacientes atendidos pelos farmacêuticos / Mensal.

**Fonte:** Planilha Excel.

## **5. Farmácia de Medicamentos Especiais – 2026**

### **1. Percentual de conformidade do estoque físico de medicamentos e insumos em relação ao seu estoque informado no sistema AME.**

**Método de Cálculo:** (Estoque de medicamentos e insumos físico (contagem) / Estoque de medicamentos e insumos informados no sistema AME) X 100.

Meta:  $\geq 85\%$  e  $\leq 115\%$

Fonte: Sistema AME (Administração de Medicamentos Especiais).

### **2. Relatório do controle de estoque das validades dos medicamentos no prazo estabelecido.**

**Método de Cálculo:** Envio do relatório via e-mail do controle da validade dos medicamentos no prazo estabelecido para o Estado.

Meta: 1 envio de relatório / Mês

Fonte: E-mail.

### **3. Percentual de registro de controle da temperatura ambiente e umidade do espaço de armazenamento dos medicamentos, e temperatura da geladeira de armazenamento de medicamentos termolábeis.**

**Método de Cálculo:** (Total de monitoramento realizados / Total de monitoramento a ser realizado no respectivo mês) X 100.

Meta: 100 % de controles diários

Fonte: Planilha Excel.

### **4. Percentual do envio de relatório de atendimentos no prazo estabelecido**

**Método de Cálculo:** Envio do relatório no prazo correto (1 envio / mês).

Meta: 100 % dos envios dos relatórios no prazo

Fonte: Recibos e de aberturas de processos e sistema AME.

### **5. Número de realizações de Educação Permanente, na unidade de Assistência Farmacêutica, aos colaboradores.**

**Método de Cálculo:** Total de Educação Permanente realizadas no quadrimestre.

Meta:  $\geq 4$  Treinamentos/ Quadrimestre

Fonte: Lista de presença com o registro do treinamento realizado.

### **6. Orientações farmacêuticas prestadas aos usuários quanto ao uso de medicamentos inalatórios (Primeiro uso).**



**Método de cálculo:** Número total de usuários orientados quanto ao uso dos medicamentos inalatórios (primeiro uso).

Meta: 100% pacientes orientados.

Fonte: AME consulta de entregas de medicamentos (Primeira Dispensação) por período mensal + Declaração de Treinamento.

## **6.Farmácia do Estado**

### **1.Percentual de medicamentos em estoque físico em relação ao estoque de medicamentos inseridos no sistema AME.**

**Método de Cálculo:** Estoque de medicamentos físico Estoque de medicamentos inseridos no sistema.

Meta: Entre 85 % à 115%

Fonte: Sistema AME (Administração de Medicamentos Especiais).

### **2.Relatório do controle de estoque das validades dos medicamentos no prazo estabelecido.**

**Método de Cálculo:** Envio do relatório via e - mail do controle da validade dos medicamentos no prazo estabelecido para o Estado.

Meta: 1 envio de relatório / Mês.

Fonte: E mail.

### **3.Percentual de registro de controle da temperatura ambiente e umidade do espaço de armazenamento dos medicamentos, e temperatura da geladeira de armazenamento de medicamentos termolábeis.**

**Método de Cálculo:** (Total de monitoramento realizados / Total de monitoramento a ser realizado no respectivo mês) X 100.

Meta: 100 %

Fonte: Planilha Excel.

### **4.Percentual do envio de relatório de atendimentos no prazo estabelecido.**

**Método de Cálculo:** Envio do relatório no prazo correto (1 envio / mês).

Meta: 100 % dos envios dos relatórios no prazo.

Fonte: Recibos e de aberturas de processos e sistema AME.

### **5.Percentual de ouvidorias respondidas.**

**Método de Cálculo:** (Total de ouvidorias respondidas / Total de ouvidorias recebidas) X 100.

Meta: 100 % de ouvidorias respondidas.

Fonte: E mail institucional.

**6.Orientações farmacêuticas prestadas aos usuários quanto ao uso de medicamentos inalatórios (Primeiro uso).**

**Método de cálculo:** Número total de usuários orientados quanto ao uso das medicações (primeiro uso).

Meta: 100% pacientes orientados.

Fonte: AME + Declaração de Treinamento.

**II EIXO – GESTÃO**

**II – EIXO – DIRETORIA ADMINISTRATIVA**

**Indicador 1. Conformidade de atos de licitações e contratos publicados no DOMC**

**Método de cálculo:** Conformidade (%) = (Atos publicados no prazo e completos ÷ Total de atos obrigatórios) × 100.

Falha grave = ausência de publicação / ato errado / publicação fora do prazo legal (contagem).

Meta: ≥ 98% de conformidade e 0 falhas graves.

**Indicador 2. Índice de economicidade com estimativa validada na contratação**

**Método de cálculo:** Economicidade (%) = (Valor estimado validado – Valor contratado) ÷ (Valor estimado validado) × 100.

Conformidade de estimativa = (Processos com contratado ≤ estimado validado ÷ Total de processos) × 100.

Meta: ≥ 10% de economicidade média e ≥ 85% dos processos com contratado ≤ estimado validado.

**Indicador 3. Gestão preventiva de contratos críticos**

**Método de cálculo:** (Contratos críticos com alerta ≥ 90 dias ÷ Total contratos críticos) × 100.

Checklist: (Itens conformes ÷ Total de itens do checklist aplicado) × 100.

Meta: 100% monitorados com  $\geq 90$  dias + 0 vencidos sem cobertura +  $\geq 95\%$  de conformidade.

**Indicador 4. Trilha técnica (licitações/contratos/compliance)**

**Método de cálculo:** Cobertura =  $(\text{Servidores certificados} \div \text{Total de servidores da área}) \times 100$ .

Aproveitamento = média das notas registradas.

Meta:  $\geq 85\%$  da equipe certificada + média  $\geq 70\%$  na avaliação.

**Indicador 5. Conformidade LicitaCom**

**Método de cálculo:**  $(\text{Atos enviados no prazo} \div \text{Total de atos obrigatórios}) \times 100$ .

Meta:  $\geq 98\%$  Contratos e  $\geq 98\%$  Licitações + 0 apontamentos graves por atraso/omissão.

**Indicador 6. Conformidade e redução de ocorrências na frota**

**Método de cálculo:**  $(\text{Veículos com checklist quinzenal em dia} \div \text{Total de veículos}) \times 100$ .

Varição =  $(\text{Ocorrências ciclo atual} \div \text{Ocorrências ciclo anterior} - 1) \times 100$ .

Meta: 100% dos veículos com checklist em dia + reduzir em 15% as ocorrências vs ciclo anterior.

**Indicador 7. Central única de chamados com redução de reincidência (infra + ponto + demandas das unidades)**

**Método de cálculo:**

a) Chamados no prazo (%) =  $(\text{Chamados encerrados dentro do prazo padrão} \div \text{Total de chamados encerrados no ciclo}) \times 100$ .

b) Reincidência por unidade (%) =  $(\text{Unidades com reincidência} (\geq 2 \text{ ocorrências no ciclo}) \div \text{Total de unidades monitoradas}) \times 100$ .

Meta:  $\geq 85\%$  dos chamados encerrados no prazo padrão + reduzir em 30% a reincidência vs. quadrimestre anterior.

**Indicador 8. Conformidade patrimonial da Sede (inventário físico + regularização)**

**Método de cálculo:**

a) Conciliação patrimonial (%) =  $(\text{Bens da SEDE conciliados (físico x registro)} \div \text{Total de bens da SEDE inventariados}) \times 100$ .

b) Responsável designado (%) =  $(\text{Bens da SEDE com responsável formal} \div \text{Total de bens da SEDE inventariados}) \times 100$ .

c) Pendências regularizadas ( $n^\circ / \%$ ) =

1. nº: contagem de pendências regularizadas com evidência; e/ou
2. %:  $(\text{Pendências regularizadas} \div \text{Total de pendências identificadas no inventário inicial do ciclo}) \times 100$ .  
Meta:  $\geq 98\%$  de conciliação patrimonial da SEDE +  $\geq 95\%$  dos bens com responsável designado + regularizar  $\geq 80\%$  das pendências identificadas no inventário inicial do ciclo.

### **III - EIXO - DIRETORIA FINANCEIRA**

#### **Indicador 1. Redução de retrabalho em processos críticos (com causa registrada)**

##### **Método de cálculo:**

- a) Taxa de retrabalho (%) =  $(\text{Processos com retrabalho} \div \text{Total de processos críticos concluídos}) \times 100$ .
- b) Redução vs semestre anterior (%) =  $[(\text{Taxa semestre anterior} - \text{Taxa ciclo atual}) \div \text{Taxa semestre anterior}] \times 100$ .
- c) Processos com checklist/causeamento (%) =  $(\text{Processos com checklist obrigatório} + \text{causa registrada quando houver retrabalho} \div \text{Total de processos críticos concluídos}) \times 100$ .

Meta: Reduzir em X% a taxa de retrabalho vs semestre anterior +  $\geq 95\%$  dos processos com checklist obrigatório (e causa registrada quando houver retrabalho).

#### **Indicador 2. Conformidade com auditoria e controle (apontamentos críticos + checklist normativo)**

##### **Método de cálculo:**

- a) Processos com apontamento crítico (%) =  $(\text{Processos com apontamento crítico} \div \text{Total de processos auditados}) \times 100$  ou contagem do nº de apontamentos críticos no ciclo.
  - b) Checklist completo (%) =  $(\text{Processos auditados com checklist normativo completo} \div \text{Total de processos auditados}) \times 100$ .
- Meta: 0 apontamentos críticos nos processos definidos como críticos +  $\geq 95\%$  dos processos auditados com checklist normativo completo.

**Indicador 3. Entregáveis estruturantes implantados (lista fechada no início do ciclo)**

**Método de cálculo:** (Entregáveis estruturantes concluídos e validados ÷ Total de entregáveis planejados) × 100.

Meta: ≥ 85% dos entregáveis estruturantes concluídos e validados no ciclo.

**Indicador 4. Assertividade do fluxo de caixa (apuração mensal + média do ciclo)**

**Método de cálculo:**

a) Assertividade mensal (%) =  $100 - [ |(Realizado - Projetado)| \div Projetado \times 100 ]$ .

b) Resultado do ciclo = média simples da assertividade mensal de janeiro a junho.

Meta: ≥ 90% de assertividade média no ciclo.

**IV – EIXO – DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS (DGP)**

**Indicador 1. Percentual de contratos de experiência com 2 avaliações + decisão formal registrada no prazo**

**Método de cálculo:** (Contratos com 2 avaliações + decisão no prazo ÷ Total de contratos em experiência no ciclo) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≥ 95%

Fonte: formulários de avaliação + controle de prazos + registro da decisão (SEI/e-mail institucional com deferimento).

Periodicidade: Relatório quadrimestral.

**Indicador 2. Percentual de casos recorrentes de absenteísmo (90 dias) com ação concluída e registrada**

**Método de cálculo:** (Casos recorrentes com convocação + avaliação/encaminhamento registrado ÷ Total de casos recorrentes identificados) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≥ 90%

Fonte: relatório mensal de frequência/atestados + lista de recorrentes + evidências de convocação + registro de avaliação/encaminhamento/laudo interno.

Periodicidade: Relatório quadrimestral.

**Indicador 3. Capacitação em trilhas: cobertura do público-alvo certificado e média de aproveitamento**

**Método de cálculo:**

a) Cobertura:  $(\text{Certificados} \div \text{Público-alvo}) \times 100$

b) Aproveitamento: média das notas registradas

Meta (jan–jun/2026):  $\geq 85\%$  de cobertura + média  $\geq 70\%$

Fonte: lista do público-alvo (RH) + lista de presença + certificados + registros da avaliação.

Periodicidade: Relatório quadrimestral.

**Indicador 4. Experiência do colaborador na admissão: aplicação de pesquisa e melhorias implementadas**

**Método de cálculo:**

a)  $(\text{Pesquisas aplicadas} \div \text{Total de admissões no ciclo}) \times 100$

b) Contagem de melhorias com evidência de implantação

Meta (jan–jun/2026):  $\geq 90\%$  de aplicação + mínimo 3 melhorias implementadas

Fonte: consolidados da pesquisa + relatório de melhorias (antes/depois) + evidências (SEI/fluxos/prints/novos modelos).

Periodicidade: Relatório quadrimestral.

**Indicador 5. Integração institucional de colaboradores: percentual de novos colaboradores integrados até 30 dias**

**Método de cálculo:**  $(\text{N}^\circ \text{ de novos colaboradores que participaram da integração} \div \text{N}^\circ \text{ total de novos colaboradores admitidos no período}) \times 100$

Meta:  $\geq 90\%$  dos novos colaboradores integrados até 30 dias após a admissão (quadrimestral).

Fonte: listas de presença, conteúdo programático da integração, registros de participação e deferimento do(a) Diretor(a).

Periodicidade: Relatório quadrimestral.

**Indicador 6. Atestados e afastamentos: painel mensal + ação em recorrência (90 dias)**

**Método de cálculo:**

a) Relatórios mensais emitidos ( $n^\circ$ ): contagem no ciclo (jan–jun = 6).

b) Recorrência tratada com laudo (%) =  $(\text{Recorrentes com avaliação} + \text{laudo interno} \div \text{Total de recorrentes identificados}) \times 100$ .

Meta: 6/6 relatórios mensais emitidos no ciclo +  $\geq 90\%$  dos recorrentes (90 dias) avaliados com laudo interno.



**Indicador 7. NR-32 com evidência de aprendizado**

**Método de cálculo:**

a) Cobertura (%) =  $(\text{Certificados} \div \text{Público-alvo}) \times 100$ .

b) Aproveitamento: média das notas/avaliações registradas.

Meta:  $\geq 85\%$  de cobertura do público-alvo + média  $\geq 70\%$  na avaliação.

**Indicador 8. Acidentes de trabalho: investigação no prazo + fechamento de ações preventivas**

**Método de cálculo:**

a) Investigação no prazo (%) =  $(\text{Acidentes investigados até 10 dias} \div \text{Total de acidentes}) \times 100$ .

b) Ações concluídas (%) =  $(\text{Ações preventivas concluídas} \div \text{Total de ações abertas}) \times 100$ .

Meta:  $\geq 90\%$  das investigações concluídas no prazo +  $\geq 70\%$  das ações preventivas concluídas no ciclo.

**Indicador 9. NR-1: inventário de riscos + plano de ação executado**

**Método de cálculo:**

a) Setores com inventário + plano validado (%) =  $(\text{Setores com inventário de riscos + plano de ação validado} \div \text{Total de setores previstos}) \times 100$ .

b) Ações do plano concluídas (%) =  $(\text{Ações concluídas} \div \text{Total de ações previstas no plano}) \times 100$ .

c) Riscos críticos tratados (%) =  $(\text{Riscos críticos tratados} \div \text{Total de riscos críticos identificados}) \times 100$ .

Meta: 100% dos setores previstos com inventário + plano validado +  $\geq 70\%$  das ações concluídas no ciclo +  $\geq 90\%$  dos riscos críticos tratados.

**V – EIXO – DIRETORIA JURÍDICA (DJ)**

**Indicador 1. Prazo médio de emissão de pareceres jurídicos estratégicos**

**Método de cálculo:**  $\Sigma$  (dias corridos entre protocolo e entrega do parecer)  $\div$  nº de pareceres estratégicos no período

Meta (jan–jun/2026): Redução mínima de 20% do prazo médio, tomando como linha de base o ciclo anterior

Fonte: Registros de protocolo e controle interno de prazos da Diretoria Jurídica

**Indicador 2. Índice de retrabalho jurídico**

**Método de cálculo:** (Nº de manifestações devolvidas para correção ou



complementação ÷ nº total de manifestações) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≤ 5%

Fonte: Controle interno de pareceres e despachos devolvidos

**Indicador 3. Taxa de êxito institucional em demandas judiciais estratégicas**

**Método de cálculo:** (Nº de decisões favoráveis ÷ nº de decisões proferidas em processos estratégicos) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≥ 70%, excluídas decisões baseadas em jurisprudência pacificada desfavorável

Fonte: Relatórios de acompanhamento processual e registros de contencioso

**Indicador 4. Número de teses jurídicas institucionais padronizadas implantadas**

**Método de cálculo:** Contagem de teses formalmente aprovadas e disseminadas internamente

Meta (jan–jun/2026): Implantar no mínimo 3 teses jurídicas institucionais

Fonte: Atas de reuniões, despachos de validação e registros de comunicação interna

**Indicador 5. Tempo médio de conclusão de PADs e sindicâncias sem nulidade reconhecida**

**Método de cálculo:** Σ (dias de tramitação dos processos concluídos) ÷ nº de processos finalizados

Meta (jan–jun/2026): Reduzir em 15% o tempo médio, mantendo índice zero de nulidades

Fonte: Relatórios de controle processual e pareceres conclusivos

**Indicador 6. Índice de reincidência de apontamentos por mesma matéria jurídica**

**Método de cálculo:** (Nº de apontamentos reincidentes ÷ nº total de apontamentos) × 100

Meta (jan–jun/2026): 0% de reincidência

Fonte: Relatórios de controle externo e registros de resposta aos órgãos de controle

**Indicador 7. Cobertura da matriz de riscos de proteção de dados (LGPD)**

**Método de cálculo:** (Nº de processos mapeados ÷ nº total de processos críticos) × 100

Meta (jan–jun/2026): Mapear ≥ 80% dos processos críticos

Fonte: Planilhas de mapeamento, relatórios de risco e evidências de tratamento conforme LGPD

## VI – EIXO – DIRETORIA TÉCNICA (DT)

### **Indicador 1. Percentual de deliberações de colegiado concluídas no prazo pactuado**

**Método de cálculo:** (Deliberações concluídas no prazo ÷ Total de deliberações registradas) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≥ 80%

Fonte: atas com deliberações numeradas + planilha de monitoramento (status/prazo/responsável) + evidências (SEI, relatórios, prints de painel).

### **Indicador 2. Percentual de ações concluídas em planos técnicos por unidade**

**Método de cálculo:** (Ações concluídas ÷ Total de ações planejadas) × 100

Meta (jan–jun/2026): mínimo 10 unidades com plano implantado + ≥ 70% das ações concluídas

Fonte: planos por unidade + registros de implantação (SEI/e-SUS/relatórios) + evidências.

### **Indicador 3. Percentual de demandas do conselho com devolutiva formal no prazo**

**Método de cálculo:** (Demandas respondidas no prazo ÷ Total de demandas recebidas) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≥ 85%

Fonte: atas/ofícios + SEI + planilha de controle (entrada/prazo/saída/status).

### **Indicador 4. Percentual de indicadores priorizados com evolução após intervenção técnica**

**Método de cálculo:** (Indicadores priorizados com evolução ÷ Total de indicadores priorizados) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≥ 8 ações implantadas + ≥ 60% dos indicadores priorizados com evolução

Fonte: relatório DT + atas de validação com equipes + painel Previne/e-SUS + evidências de execução.

**Indicador 5. Percentual de adesão a protocolos prioritários implantados**

**Método de cálculo:** (Checklists conformes ÷ Total de checklists aplicados) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≥ 6 protocolos implantados + adesão ≥ 80% nas unidades auditadas

Fonte: protocolos + registros de implantação (lista de presença/orientação técnica) + auditorias/checklists.

**Indicador 6. Percentual de não conformidades corrigidas após visita técnica**

**Método de cálculo:** (NC corrigidas em até 30 dias ÷ Total de NC registradas) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≥ 70%

Fonte: relatórios de visita + plano de ação + evidências de correção (fotos, registros, checklist).

**Indicador 7. Número de melhorias implantadas a partir de benchmarking com outros municípios**

**Método de cálculo:** contagem de melhorias com evidência de implantação

Meta (jan–jun/2026): ≥ 2 melhorias implantadas

Fonte: relatórios de visitas + plano + evidências (POP, fluxo, treinamento, implantação).

**Indicador 8. Índice de qualidade assistencial das unidades (adesão, segurança e resolutividade)**

**Método de cálculo:**

Índice composto =  $[(A \times p_1) + (S \times p_2) + (R \times p_3)] \div (p_1 + p_2 + p_3)$

onde A = adesão a protocolos, S = segurança do paciente e R = resolutividade.

Meta (jan–jun/2026): ≥ 80% de conformidade geral

Fonte: auditorias internas e externas, e-SUS APS, relatórios da Comissão de Segurança do Paciente e registros assistenciais.

**Indicador 9. Percentual de pautas técnicas prioritárias concluídas no ciclo**

**Método de cálculo:** (Pautas concluídas ÷ Total de pautas prioritárias) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≥ 75%

Fonte: atas com pautas numeradas + planilha de status + evidências (SEI/relatórios).

**Indicador 10. Percentual de ações pactuadas em comitês implementadas e concluídas**

**Método de cálculo:**  $(\text{Ações concluídas} \div \text{Total de ações pactuadas}) \times 100$   
Meta (jan–jun/2026): mínimo 6 ações implementadas +  $\geq 70\%$  concluídas  
Fonte: atas dos comitês + plano de ação + evidências (protocolos, fluxos, capacitações).

**Indicador 11. Percentual de meses sem ruptura de itens críticos e fluxos implantados na farmácia**

**Método de cálculo:**  $(\text{Meses sem ruptura} \div \text{Total de meses do ciclo}) \times 100$   
Meta (jan–jun/2026):  $\geq 80\%$  dos meses sem ruptura +  $\geq 2$  fluxos/protocolos implantados  
Fonte: relatórios da farmácia/estoque + registros de fluxo/protocolo + evidências.

**Indicador 12. Percentual de indicadores-alvo com evolução comprovada após ações de melhoria**

**Método de cálculo:**  $(\text{Indicadores-alvo com evolução} \div \text{Total de indicadores-alvo}) \times 100$   
Meta (jan–jun/2026): 2 relatórios entregues +  $\geq 60\%$  dos indicadores-alvo com evolução  
Fonte: painel mensal + relatórios + atas de reuniões com equipes + evidências de execução.

**Indicador 13. Percentual das unidades com protocolos/checklists mínimos + registro de incidentes/near miss**

**Método de cálculo:**  $(\text{nº de unidades conformes nos critérios A e B no quadrimestre} \div \text{nº total de unidades avaliadas}) \times 100$  Critérios de conformidade (obrigatórios):  
A) Checklist mínimo implantado e aplicado: evidência de aplicação em 4/4 meses do quadrimestre, com registro arquivado (digital ou físico).  
B) Rotina de registro de incidentes/near miss ativa: unidade com canal definido e evidência de gestão do registro no quadrimestre: pelo menos 1 registro de incidente/near miss OU registro formal de “zero ocorrência” com validação do RT + evidência de orientação/sensibilização da equipe.  
Meta: 100% unidades com checklist implantado + rotina de registro  
Fonte: painel mensal + relatórios + atas de reuniões com equipes + evidências de execução.

**Indicador 14. Percentual de ritos técnicos realizados (reuniões de RTs: médico/enfermagem/odonto/farmácia), por quadrante, com ata e encaminhamentos, no quadrimestre.**

**Método de cálculo:** Ritos previstos: 1 reunião/mês por quadrante = 4 reuniões por quadrante no quadrimestre ( $n^{\circ}$  de ritos realizados e validados (com ata completa))  $\div$   $n^{\circ}$  total de ritos previstos)  $\times$  100

Meta quadrimestral: 100% dos ritos previstos cumpridos e validados.

Fonte: Regras para validação do rito: Conta como “realizado” somente se a ata contiver: data, participantes, pauta, análise de indicadores, decisões/encaminhamentos, responsáveis e prazo (e registro do andamento do encaminhamento anterior, quando houver).

## **VII - DIRETORIA DA QUALIDADE**

### **Indicador 1. Índice de Qualidade Assistencial das Unidades (IQUA).**

**Método de Cálculo:** IQUA = média dos componentes: A (Adesão a protocolos – % de conformidade em auditorias/checklists) + S (Segurança do paciente – % de eventos analisados no prazo) + R (Resolutividade – % de atendimentos resolvidos sem encaminhamento evitável).

Meta: Aumentar +X pontos no IQUA em relação ao quadrimestre anterior (baseline do ciclo anterior).

Fonte: Auditorias/checklists, sistema de notificação de eventos e relatórios e-SUS/prontuário.

### **Indicador 2. Percentual de Não Conformidades Assistenciais com Plano de Ação e Fechamento.**

**Método de Cálculo:** (Não conformidades com plano de ação e evidência de conclusão  $\div$  Total de não conformidades identificadas)  $\times$  100.

Meta:  $\geq$  70% fechadas no ciclo e 0 não conformidade grave sem plano de ação formal.

Fonte: Relatórios de auditoria/visitas técnicas, planos de ação e evidências de conclusão.

### **Indicador 3. Segurança do Paciente: eventos analisados no prazo e ações preventivas concluídas.**

**Método de Cálculo:**

a) (Eventos/incidentes analisados em até 10 dias  $\div$  Total de eventos/incidentes registrados)  $\times$  100.

b) (Ações preventivas concluídas  $\div$  Total de ações preventivas abertas)  $\times$  100.

Meta:  $\geq$  90% dos eventos analisados no prazo e  $\geq$  70% das ações preventivas

concluídas no ciclo.

Fonte: Registros/Comissão de Segurança do Paciente, relatórios de análise e plano de ação com evidências.

**Indicador 4. Redução de Recorrência na Ouvidoria (3 principais causas).**

**Método de Cálculo:**  $\text{Redução} = (\text{Volume do ciclo anterior} - \text{Volume do ciclo atual}) \div \text{Volume do ciclo anterior} \times 100$ , considerando as 3 principais causas de reclamação.

Meta: Reduzir em  $\geq 20\%$  as 3 principais causas em relação ao ciclo anterior.

Fonte: Sistema/planilha de ouvidoria, classificação por causa e relatório analítico.

**Indicador 5. Educação Permanente com Efeito (aplicação prática pós-capacitação).**

**Método de Cálculo:**  $(\text{Capacitações com avaliação pós-60 dias indicando mudança prática} \div \text{Total de capacitações do ciclo}) \times 100$ .

Meta:  $\geq 60\%$  das capacitações com aplicação prática comprovada (relato/checagem simples) e satisfação média  $\geq 4,2/5$ .

Fonte: Listas de presença, avaliações, formulário pós (60 dias) e evidências simples (checklist/fluxo/rotina).

## VIII – EIXO – NÚCLEO DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO (NEPI)

**Indicador 1. Trilhas de capacitação prioritárias**

Meta: Implantar e executar 2 trilhas prioritárias (ex.: segurança do paciente/processo crítico), com conteúdo padronizado, público-alvo definido, lista de presença, avaliação e certificado.

Indicadores: (a) nº de trilhas concluídas; (b) % do público-alvo certificado; (c) média de aproveitamento.

**Método de cálculo:**

1. Trilhas: contagem (0, 1, 2)
2. Cobertura:  $(\text{Certificados} \div \text{Público-alvo}) \times 100$
3. Aproveitamento: média das notas

Meta (jan–jun/2026): 2 trilhas +  $\geq 80\%$  de cobertura + média  $\geq 70\%$

Fonte: plano pedagógico + lista do público-alvo (RH/gestores) + presenças + avaliações + certificados.

Periodicidade: Relatório quadrimestral.



## **Indicador 2. Avaliação pós-capacitação (60 dias) com comprovação de aplicação prática**

Meta: Medir e comprovar aplicação prática das trilhas após 60 dias, com retorno estruturado e evidência mínima do que foi aplicado.

Indicadores: (a) % de turmas com pós-avaliação (60 dias); (b) % com evidência de aplicação.

### **Método de cálculo:**

1.  $(\text{Turmas com pós-avaliação} \div \text{Total de turmas}) \times 100$
2.  $(\text{Turmas com evidência} \div \text{Total de turmas}) \times 100$

Meta (jan–jun/2026):  $\geq 80\%$  com pós-avaliação +  $\geq 60\%$  com evidência de aplicação

Fonte: formulário pós (60 dias) + evidências anexadas (checklist aplicado, POP em uso, registro de rotina, print do material em uso etc.).

Periodicidade: Relatório quadrimestral.

## **Indicador 3. Pesquisa: tempo de tramitação**

Meta: Implantar controle único de tramitação e reduzir o tempo médio (dias) para análise/parecer (entrada até decisão).

Indicador: tempo médio de tramitação (dias) no ciclo.

**Método de cálculo:**  $\Sigma \text{ dias de tramitação} \div \text{n}^\circ \text{ de processos concluídos no ciclo}$ .

Meta (jan–jun/2026): reduzir  $\geq 20\%$  vs. linha de base (semestre anterior; se inexistente, usar jan/2026 como base).

Fonte: planilha/registro único com datas + SEI (entrada/saída/decisão).

Periodicidade: Relatório quadrimestral.

## **Indicador 4. Pesquisa com valor institucional (problema real da rede)**

Meta: Garantir que projetos aprovados tenham vínculo com problema real da rede (assistência, risco, processo, custo, segurança).

Indicador: % de projetos aprovados com justificativa institucional validada pela gestão.

**Método de cálculo:**  $(\text{Projetos com justificativa validada} \div \text{Total de projetos aprovados}) \times 100$

Meta (jan–jun/2026):  $\geq 50\%$

Fonte: formulário padrão de justificativa + despacho/validação no SEI + registro do tema prioritário.

Periodicidade: Relatório quadrimestral.

## **Indicador 5. Repositório NEPI implantado e em uso**

Meta: Implantar e colocar em uso um Repositório NEPI (documentos, POPs,



trilhas, materiais e publicações), com padrão de cadastro e acesso interno.  
Indicadores: (a) repositório implantado (sim/não); (b) nº de atualizações mensais registradas.

**Método de cálculo:** sim/não + contagem de atualizações (jan–jun = 6).

Meta (jan–jun/2026): implantar até 31/03 + 4/6 atualizações no ciclo

Fonte: link/ambiente + manual curto de uso + log/controle de atualização.

Periodicidade: Relatório quadrimestral.

## **Indicador 6. Inovação aplicada com impacto mensurável**

Meta: Implementar 1 projeto de inovação aplicada com impacto mensurável em processo, tempo, qualidade ou segurança.

Indicador: (a) projeto implementado (sim/não); (b) indicador de impacto medido (antes/depois).

**Método de cálculo:** comparação antes/depois do indicador escolhido (com linha de base).

Meta (jan–jun/2026): 1 projeto implementado + melhoria mínima  $\geq 10\%$  no indicador (ou justificativa técnica).

Fonte: documento do projeto + evidências de implantação + medição antes/depois + validação da gestão.

Periodicidade: Relatório quadrimestral.

## **IX – EIXO: NÚCLEO DE MONITORAMENTO**

### **Indicador 1: Monitoramento dos indicadores do novo financiamento da APS (Nacional + RS)**

Indicador 1: Relatório mensal de desempenho dos indicadores nacionais (15 indicadores – eSF/eAP, eMulti, eSB).

Meta: 100% dos relatórios mensais entregues.

Fonte: Relatório consolidado (e-Gestor/SISAB/Planilha de Monitoramento das Unidades).

Periodicidade: Mensal.

### **Indicador 2: Relatório quadrimestral das metas estaduais (RS) – PIAPS (Componente II).**

Meta: 1 relatório/quadrimestre, com análise, evolução e comparação com a meta vigente.

Fonte: Relatório analítico quadrimestral.

Periodicidade: Quadrimestral.

**Indicador 3: Painel/Dashboard atualizado dos indicadores da APS.**

**Meta:** Atualizar até o 10º dia útil de cada mês.

Fonte: Registro do dashboard (Power BI/planilha/sistema interno).

Periodicidade: Mensal.

**Indicador 4: Monitoramento da produção e desempenho individual dos profissionais**

Indicador 4: Relatório mensal de desempenho individual por CBO (produção SISAB: consultas, procedimentos, visitas, saúde bucal etc.).

Meta: 100% dos relatórios entregues dentro do prazo.

Fonte: Relatório/planilha consolidada (PDF ou planilha).

Periodicidade: Mensal.

**Indicador 5: Alertas formais de profissionais abaixo da meta (devolutiva às coordenações).**

Meta: 100% dos alertas enviados até o 10º dia útil do mês.

Fonte: Registro de e-mails/ofícios de devolutiva.

Periodicidade: Mensal.

**Indicador 6: Monitoramento dos cadastros individuais e domiciliares**

Indicador 6: Relatório mensal de taxa de cadastros válidos por equipe.

Meta: Entrega mensal (controle contínuo).

Fonte: Relatório SISAB/e-Gestor.

Periodicidade: Mensal.

**Indicador 7: Relatório de inconsistências cadastrais (CPF inválido, duplicidade, sem profissional vinculado etc.).**

Meta: 1 relatório a cada 30 dias.

Fonte: Planilha analítica.

Periodicidade: Mensal.

**Indicador 8: Suporte técnico e devolutivas às unidades**

Devolutiva estruturada mensal à DT (ranking de desempenho, pendências e recomendações).

Meta: 100% das devolutivas mensais entregues.

Fonte: Relatório enviado e protocolado.

Periodicidade: Mensal.

**Indicador 9:** Capacitações em sistemas e indicadores (e-Gestor, SISAB, PEC/e-SUS, interpretação de indicadores).  
Meta: 1 capacitação/quadrimestre (4 anuais) +  $\geq 70\%$  das Unidades presentes.  
Fonte: Lista de presença.  
Periodicidade: Quadrimestral.

**Indicador 10: Acompanhamento dos recursos financeiros vinculados ao resultado (FAEC/Incentivos)**

Indicador 10: Alertas de risco financeiro por queda de indicador.  
Meta: Emitir alerta quando houver queda  $\geq 10\%$  vs. mês anterior e agir em até 10 dias úteis após fechamento do SISAB.  
Fonte: Registro dos alertas.  
Periodicidade: Mensal (por ocorrência).

**Indicador 11: Consolidação e transparência**

Indicador 11: Boletim interno de resultados.  
Meta: 1 boletim/quadrimestre com síntese dos principais indicadores (gestores, diretores e unidades).  
Fonte: Boletim eletrônico arquivado.  
Periodicidade: Quadrimestral.

**X – EIXO – NÚCLEO DE OUVIDORIA (FMSC)**

**Indicador 1. Painel Gerencial da Ouvidoria**

Meta: Implantar e operar Painel Gerencial com recortes mínimos (tipo, unidade/serviço, origem munícipe/SMS, prazo, resolutividade e reabertura), com rotina de atualização e validação.  
Indicador: Painel implantado (sim/não) + nº de atualizações mensais realizadas (jan–jun = 6).

**Método de cálculo:**

1. Implantação: sim/não (até 28/02/2026)
2. Atualizações: contagem de atualizações registradas no ciclo  
Meta (jan–jun/2026): Painel implantado até 28/02 + 6/6 atualizações mensais registradas.  
Fonte: link/arquivo do painel + dicionário de campos + logs/registro de atualização.  
Periodicidade: atualização mensal; consolidação quadrimestral.

### **Indicador 2. Protocolo de Risco e Recorrência**

Meta: Implantar protocolo de classificação de risco (crítico/alto/médio/baixo) e recorrência, garantindo análise e encaminhamento formal com plano de ação para casos críticos/recorrentes.

Indicador: % de manifestações críticas/recorrentes com análise + plano de ação definido.

**Método de cálculo:** (Críticas/recorrentes com análise e plano ÷ Total de críticas/recorrentes identificadas) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≥ 90% com análise + plano de ação.

Fonte: painel/relatório (marcação risco/recorrência) + SEI (encaminhamento formal) + plano de ação (responsável + prazo).

Periodicidade: relatório mensal; entrega quadrimestral.

### **Indicador 3. Redução das 3 principais causas raiz**

Meta: Identificar no início do ciclo as 3 principais causas de reclamação (por volume e criticidade) e executar plano corretivo com as áreas responsáveis, comprovando redução.

Indicador: % de redução das 3 causas priorizadas (comparação com linha de base).

**Método de cálculo:**

1. Linha de base: média mensal do semestre anterior (jul–dez/2025) por causa
2. Redução:  $(\text{Base} - \text{Resultado do ciclo}) \div \text{Base} \times 100$   
Meta (jan–jun/2026): Reduzir ≥ 20% *cada* uma das 3 causas priorizadas (ou justificar tecnicamente exceções).  
Fonte: painel/relatório comparativo (base × ciclo) + atas/encaminhamentos + plano de ação por causa (área, prazo, evidência).  
Periodicidade: relatório mensal; entrega quadrimestral.

### **Indicador 4. Qualidade da Resposta**

Meta: Qualificar padrão de resposta e tratativa, reduzindo retrabalho (reabertura) e aumentando resolutividade já na primeira devolutiva.

Indicadores:

1. % de resolutividade na 1ª resposta
2. % de manifestações reabertas  
Método de cálculo:  
3.  $(\text{Resolvidas sem reabertura} \div \text{Total respondidas}) \times 100$   
4.  $(\text{Reabertas} \div \text{Total respondidas}) \times 100$   
Meta (jan–jun/2026): ≥ 75% resolutividade na 1ª resposta e ≤ 8% de

reaberturas.

Fonte: sistema de Ouvidoria + planilha/painel (status) + evidências e motivo das reaberturas.

Periodicidade: relatório mensal; entrega quadrimestral.

## **XI – EIXO: Núcleo Superior de Integração da Atenção à Saúde (NSIAS)**

### **Indicador 1. Pacote mínimo de integração assistencial (fluxos + pontos de contato)**

Indicador: Nº de fluxos integrados formalizados e publicados (APS ↔ Especializada/Regulação/Vigilância)

**Método de cálculo:** Contagem de fluxos publicados e comunicados no ciclo

Meta: 6 fluxos publicados e comunicados até o final do ciclo

Fonte/Evidência: Fluxogramas/POP + comunicação interna + lista de unidades impactadas

Peso: 20%

### **Indicador 2. Linhas de cuidado prioritárias padronizadas**

Indicador: Nº de linhas/protocolos prioritários revisados e padronizados

**Método de cálculo:** Contagem de linhas/protocolos revisados com plano de implantação concluído

Meta: 4 linhas (ex.: DCNT, materno-infantil, saúde mental/álcool e drogas, urgências na APS)

Fonte/Evidência: Protocolo assinado + plano de implantação + material de apoio.

Peso: 20%

### **Indicador 3. Auditoria rápida de adesão a protocolos (amostragem de unidades)**

Indicador: % de itens conformes no checklist de adesão (por protocolo)

**Método de cálculo:**  $(\text{Itens conformes} \div \text{Itens avaliados}) \times 100$  — média das auditorias no ciclo

Meta:  $\geq 80\%$  de conformidade média em 8 auditorias (mínimo)

Fonte/Evidência: Checklists + devolutivas + plano corretivo (5W2H)

Peso: 20%

### **Indicador 4. Ritual mensal de integração APS–Rede**

Indicador: Nº de reuniões realizadas com ata + % de encaminhamentos

concluídos no prazo

**Método de cálculo:**

1. Reuniões: contagem de atas no ciclo
2. Encaminhamentos: (Encaminhamentos concluídos no prazo ÷ Total de encaminhamentos) × 100
3. **Meta: 4 reuniões/4 atas + ≥ 70%** dos encaminhamentos concluídos no prazo

Fonte/Evidência: Atas + quadro de encaminhamentos  
(responsável/prazo/status)

Peso: 20%

**Indicador 5. Desfechos e gargalos: mapa de risco assistencial do quadrimestre**

Indicador: Relatório publicado + Nº de ações priorizadas iniciadas

**Método de cálculo:**

1. Relatório protocolado/divulgado
2. Ações: contagem de ações iniciadas no ciclo

Meta: 1 relatório + início de ≥ 5 ações priorizadas

Fonte/Evidência: Relatório + evidências de execução (ordens de serviço, comunicados, etc.)

Peso: 20%

**XII - EIXO: Núcleo Superior de Planejamento, Auditoria Interna, Controle e Conformidade (NSPACC)**

**Indicador 1. Matriz de Riscos Institucional**

Indicador: % de riscos priorizados com responsável, prazo e plano de mitigação definidos.

**Método de cálculo:** (Riscos com plano, responsável e prazo definidos ÷ Total de riscos priorizados) × 100

Meta (jan–jun/2026): 100% (15/15) dos riscos priorizados com plano e monitoramento mensal.

Fonte/Evidência: Matriz de riscos + atas de monitoramento + status mensal documentado.

Peso: 20%

**Indicador 2. Plano Quadrimestral de Auditoria Interna Baseado em Risco**

Indicador: N° de auditorias concluídas ÷ N° de auditorias planejadas.

**Método de cálculo:** (Auditorias concluídas ÷ Auditorias planejadas) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≥ 6 auditorias concluídas no ciclo (foco em processos críticos: compras, contratos, folha, almoxarifado, etc.).

Fonte/Evidência: Relatórios de auditoria + recomendações + plano de ação validado pelas diretorias auditadas.

Peso: 20%

**Indicador 3. Conformidade em Processos Críticos**

Indicador: % de processos críticos com checklist de conformidade anexado ao processo.

**Método de cálculo:** (Processos com checklist anexado ÷ Total de processos críticos revisados) × 100

Meta (jan–jun/2026): ≥ 85% de processos críticos com checklist anexado.

Fonte/Evidência: Checklists anexos + amostra dos processos auditados + relatório de não conformidades.

Peso: 20%

**Indicador 4. Monitoramento do Planejamento Institucional**

Indicador: N° de relatórios mensais de acompanhamento (nível executivo) entregues no prazo.

**Método de cálculo:** Contagem de relatórios entregues até o D+10 de cada mês.

Meta (jan–jun/2026): 4/4 relatórios entregues e apresentados à Diretoria Executiva.

Fonte/Evidência: Relatórios enviados + registro de protocolo/apresentação.

Peso: 15%

**Indicador 5. Integração de Governança e Conformidade**

Indicador: N° de reuniões quadrimestrais de governança realizadas com registro de deliberações e encaminhamentos.

**Método de cálculo:** Contagem de reuniões com ata registrada e devolutiva de ações.

Meta (jan–jun/2026): ≥ 2 reuniões realizadas e 100% das deliberações com plano de acompanhamento.

Fonte/Evidência: Atas + planos de ação + status de cumprimento.

Peso: 25%



### **XIII EIXO – NÚCLEO SUPERIOR DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS E GOVERNANÇA (NSRIG)**

#### **Indicador 1. Registro Único de Relações Institucionais**

**Método de cálculo:**  $(N^{\circ} \text{ de agendas institucionais registradas com pauta + ata} + \text{encaminhamentos} \div N^{\circ} \text{ total de agendas institucionais realizadas no ciclo}) \times 100$

Meta:  $\geq 90\%$  no quadrimestre

Fonte: registro/planilha no SEI + atas + quadro de follow-up

#### **Indicador 2. Kit de Posicionamento e Comunicação Institucional**

**Método de cálculo:**  $(N^{\circ} \text{ de comunicações oficiais emitidas conforme kit/fluxo} \div N^{\circ} \text{ total de comunicações oficiais no ciclo}) \times 100$

Meta:  $\geq 90\%$  no quadrimestre

Fonte: manual/kit + fluxo de validação/aprovação + amostra auditável (registros)

#### **Indicador 3. Gestão de Crises**

**Método de verificação:** checagem documental (sim/não) e cumprimento de prazo

Meta: protocolo publicado até o mês 2 + 1 simulado realizado até o final do quadrimestre

Fonte: protocolo publicado + ata do simulado + registro de lições aprendidas.

#### **Indicador 4. Plano de Parcerias e Captação**

**Método de cálculo:** contagem de entregas formais no ciclo

1. N<sup>o</sup> de propostas formalizadas

2. N<sup>o</sup> de parcerias/instrumentos efetivados (ou em andamento formal)

Meta:  $\geq 3$  propostas formalizadas +  $\geq 1$  parceria/instrumento efetivado

Fonte: minutas, ofícios, termos, despachos e status de tramitação

#### **Indicador 5. Boletim Institucional de Governança e Entregas (transparência interna)**

**Método de cálculo:** N<sup>o</sup> de boletins mensais publicados no período

Meta: 4 boletins / 4 meses

Fonte: boletins + evidência de distribuição interna + pauta de apresentação