



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



SISTEMA OPERACIONAL DA SAÚDE

FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE MINAS GERAIS

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO 2ª ETAPA DO ACORDO DE RESULTADOS

PERÍODO DE REFERÊNCIA: 2011

Belo Horizonte, Fevereiro de 2012



SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	3
2 - DESEMPENHO DAS EQUIPES DE TRABALHO.....	4
2.1 – EQUIPE DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS - PGF	4
2.2 – EQUIPE DIRETORIA DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA - ATE.....	14
2.3 – EQUIPE GABINETE - GAB.....	20
2.4 – EQUIPE ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – ACS	22
2.5 – EQUIPE ASSESSORIA DA QUALIDADE - ASQ.....	25
2.6 – EQUIPE PROCURADORIA – PRO	27
2.7 – EQUIPE AUDITORIA SECCIONAL - AUD	31
2.8 – EQUIPE DIRETORIA TÉCNICA - TEC.....	33
2.9 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE ALÉM PARAÍBA - ALP	39
2.10 – EQUIPE POSTO DE COLETA DE BETIM - BET	42
2.11 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE DIAMANTINA - DIA	44
2.12 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE DIVINÓPOLIS – DIV	46
2.13 – EQUIPE HEMOCENTRO DE GOVERNADOR VALADARES - GOV	49
2.14 – EQUIPE HEMOCENTRO DE BELO HORIZONTE - HBH.....	53
2.15 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA JÚLIA KUBITSCHECK - HJK	56
2.16 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE ITUIUTABA - ITU	58
2.17 – EQUIPE HEMOCENTRO DE JUIZ DE FORA - JFO.....	61
2.18 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE MANHUAÇÚ – MÇU	64
2.19 – EQUIPE HEMOCENTRO DE MONTES CLAROS - MOC.....	67
2.20 – EQUIPE HEMOCENTRO DE POUSO ALEGRE – PAL	69
2.21 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PASSOS - PAS.....	72
2.22 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PATOS DE MINAS – PMI.....	74
2.23 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PONTE NOVA – PNO	77
2.24 – EQUIPE UNIDADE REGIONAL DE POÇOS DE CALDAS - POC	80
2.25 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE SÃO JOÃO DEL REY - SJR	84
2.26 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE SETE LAGOAS - SLA.....	87
2.27 – EQUIPE HEMOCENTRO DE UBERLÂNDIA - UDI.....	90
2.28 – EQUIPE HEMOCENTRO DE UBERABA - URA.....	93



1 – INTRODUÇÃO

O presente relatório se destina a fornecer informações sobre o desempenho das equipes de trabalho que compõem a Secretaria de Estado/Entidade Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais no alcance das metas e resultados pactuados na 2ª Etapa do Acordo de Resultados para o período compreendido entre 1º de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2011.

Os dados e informações aqui relatados foram consolidados pela Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação - AGEI / Equipe de Apoio à Gestão Estratégica, a partir de relatório elaborado pelas equipes Acordadas.

As solicitações de alterações de metas pactuadas pelas equipes foram registradas com as respectivas justificativas junto ao quadro de execução do indicador e/ou produto.

Os valores alcançados nos indicadores e marcos dos Itens Comuns da Agenda Setorial do Choque de Gestão foram levantados pelas unidades administrativas responsáveis pelo seu monitoramento.

Os demais dados, bem como as informações e justificativas aqui apresentadas foram obtidas junto às áreas responsáveis pela execução das metas, marcos e ações pactuadas e correspondem à realidade dos fatos, pelo que assumimos a responsabilidade pela exatidão dos mesmos.

As fontes de comprovação dos resultados aqui apresentados estão organizadas e arquivadas junto à Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação / Equipe de Apoio à Gestão Estratégica (Nome do Órgão / Entidade) e podem ser consultadas a qualquer momento pela CAA, pela Auditoria Setorial/Seccional, pela Auditoria Geral do Estado ou por outros órgãos de controle e auditoria.

Belo Horizonte, 15 de fevereiro de 2012

JÚNIA GUIMARÃES MOURÃO CIOFFI

Presidente da Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais



2 - DESEMPENHO DAS EQUIPES DE TRABALHO

2.1 – EQUIPE DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS - PGF

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Índice de conformidade nas diligências dos processos de posicionamento	-	-	-	%	10%	100	-	N.A.
Índice de conformidade nos processos de acúmulo de cargos	-	-	-	%	2%	100	0%	0
Declarações de contrapartida a convênios de entrada emitidas pela SEPLAG antes da celebração dos convênios	-	-	-	%	10%	100	N.A.	N.A.
Envio dos documentos de convênios e aditivos em tempo hábil para cadastro	-	-	-	dias	2%	0	8	8
Número de dias de inscrição no CAUC	0	4	0	dias	10%	0	0	10
Efetividade do gerenciamento de vagas acordadas e executadas na carteira de cursos ofertados pela SEPLG/FJP	-	-	96,44	%	5%	90	93,33	10
Comprometimento institucional durante a capacitação dos servidores na carteira de cursos ofertados pela SEPLG/FJP	-	-	-	%	2%	92	85,71	8,5



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Percentual de servidores com PGDI elaborado no prazo	-	-	93,93	%	6%	90	100	10
Percentual da frota com dispositivo eletrônico de controle do abastecimento instalado	-	-	-	%	1%	100	-	N.A.
Inventário por meio de coletor de dados com leitor de código de barras	-	-	-	%	3%	100	-	N.A.
Taxa de aquisição dos itens das famílias de compras desenvolvidos e implantados pelo projeto Gestão Estratégica de Suprimentos - GES, incluídos em atas de registro de preços vigentes	-	-	-	%	5%	85	80,66%	8
Taxa de aquisição de papel A4 reciclado	100	100	96,15	%	10%	80	98,90%	10
Índice de Certificação das Contas Contábeis	-	-	-	%	9%	90	100	10
Índice de contratos (de atividade meio) renovados no prazo	94,04	97,06	98,72	%	10%	100	100	10
Índice de pagamentos no prazo	96,94	94,43	92,64	%	10%	100	89,65	4
Índice de desempenho do Programa Ambientação	-	-	7,7	%	5%	10	5	7

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,53



INDICADOR - Índice de conformidade nas diligências dos processos de posicionamento			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	-
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Não houve processos relativos à Posicionamento enviado/estudado para a HEMOMINAS, portanto para o índice, não há apuração a ser realizada.			

INDICADOR - Índice de conformidade nos processos de acúmulo de cargos			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	0%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Esclarecemos que não há registro nos assentamentos funcionais da Gerência de Recursos Humanos desta Fundação, quanto a processo de acúmulo de cargo, função ou emprego público, para o servidor Antônio Gilson Vargas, Masp 355.648-7.</p> <p>A situação pode ser identificada de maneira detalhada através do histórico do SIPRO.</p> <p>Informo ainda que em nenhum momento a Gerência de Recursos Humanos tomou conhecimento do fato ocorrido, somente após a solicitação à DCGDS quanto a esclarecimentos a este indicador.</p>			

INDICADOR - Declarações de contrapartida a convênios de entrada emitidas pela SEPLAG antes da celebração dos convênios			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	-
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Conforme orientações da SEPLAG o indicador foi desconsiderado, uma vez que em 2011 não houve cadastramento de convênios para emissão da declaração de contrapartida.			



INDICADOR - Envio dos documentos de convênios e aditivos em tempo hábil para cadastro			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	8
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Abaixo relatamos um dos dificultadores para atendimento da meta.</p> <p>Convênios números. 668/09 e 844/09 – A prorrogação de vigência foi publicada no Diário Oficial em 30.05.2011, 60 dias antes do término de vigência (01.07.2011) do convênio e nós da GPO/ CCO só recebemos o termo de prorrogação 45 dias após a publicação. O recebimento atrasado comprometeu a data de envio a SCCG.</p>			

INDICADOR - Número de dias de inscrição no CAUC			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
0	4	0	0
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Apesar da Adesão ao Parcelamento de débitos previdenciários - Lei 11941/2009, no período de 15/09 a 04/10/2011 a Fundação foi inscrita no CAUC devido a não validação da CND/INSS pela Receita Federal do Brasil. A Advocacia Geral do Estado impetrou Mandado de Segurança em nome de todo o Estado com o objetivo de que a RFB se abstenha de negar as certidões para todos os órgãos e entidades do Estado, e que nenhum órgão inscrito no CAUC fosse penalizado, portanto justifica-se a razão desses dias não terem sido computados no calculo do indicador.</p> <p>A fonte de comprovação acerca dos dados informados encontra-se no sitio do Tesouro Nacional, no endereço www.tesouro.fazenda.gov.br.</p>			



INDICADOR - Efetividade do gerenciamento de vagas acordadas e executadas na carteira de cursos ofertados pela SEPLG/FJP			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	96,44	93,33
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>As vagas foram ofertadas/divulgadas pela SEPLAG com um tempo exíguo para confirmação de sua utilização. Quando a cartela de cursos era divulgada no começo do ano, com um cronograma pré-definido facilitava a organização das demandas do nosso setor e dos setores ao qual o curso se destinava ou era afim. Poderíamos voltar a trabalhar da antiga forma. É preciso organizar e o planejar a saída de qualquer servidor para não comprometer o andamento das atividades, principalmente em setores que já possuem o quadro de servidores defasado.</p>			

INDICADOR - Comprometimento institucional durante a capacitação dos servidores na carteira de cursos ofertados pela SEPLG/FJP			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	85,71
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O sistema FJP facilitou a efetivação das inscrições, porém dificultou o acompanhamento da frequência dos alunos. Antes recebíamos um email informando quem havia faltado e, pelo sistema as faltas eram lançadas até com 1 (uma) semana de atraso.</p> <p>Estamos aguardando análise da inscrição dos servidores Elisabete Matias Cardoso e Cláudio Lima Botelho que foram matriculados nas turmas erradas do curso de Licitações e Contratos. Os dois participaram do curso, porém um seria na turma dos AGEI's e outro na turma normal. No sistema da FJP está considerando que a Elisabete não fez o curso, porém ela nunca faltou ao curso para os AGEI's. E o Cláudio participou normalmente e o nome dele não está constando.</p>			



INDICADOR - Percentual de servidores com PGDI elaborado no prazo			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	93,93	100
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Segue abaixo os resultados referentes aos quantitativos apurados deste indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">- Total de PGDI a serem considerados na meta: 998- Total de PGDI lançados: 925- Percentual alcançado: 93,00%- Meta: 90,00%- Resultado: 100% <p>O resultado alcançado por este indicador tem como principais benefícios ao cidadão:</p> <ol style="list-style-type: none">A mensuração dos resultados esperados e a orientação e reorientação das políticas e do planejamento estratégico da Fundação;O alcance pleno dos objetivos institucionais, em toda a rede e em cada uma de suas unidades;A contribuição para a implementação do princípio da eficiência no âmbito da Fundação;			

INDICADOR - Percentual da frota com dispositivo eletrônico de controle do abastecimento instalado			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	-
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Ainda não está sendo apurado, pois a apuração ocorrerá somente após o início da implantação do novo modelo de abastecimento que atualmente está sendo licitado.</p> <p>Em função da não conclusão da licitação no ano 2011, devido a mandado de segurança do RP 035A2010, não foi iniciada a instalação do dispositivo eletrônico. Esta prevista a conclusão do processo licitatório no decorrer do ano de 2012. Este RP é de responsabilidade da SEPLAG.</p>			



INDICADOR – Inventário por meio de coletor de dados com leitor de código de barras			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	-
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Indicador foi suspenso pela SEPLAG, conforme e-mail da Diretoria Central de Administração Logística – DCAL em 18/11/11			

INDICADOR – Taxa de aquisição dos itens das famílias de compras desenvolvidos e implantados pelo projeto Gestão Estratégica de Suprimentos – GES, incluídos em atas de registro de preços vigentes			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	80,66%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O Projeto GES trabalha com aquisições conjuntas de vários órgãos/entidades, realizada por meio de Registro de Preço, de grandes volumes de produtos, o que resulta em ganho de escala, economia processual e maior transparência para as ações realizadas.</p> <p>A meta não foi atingida porque houve falha no processo de informação. A Gerência não tinha informação de que os dados seriam apurados no período junho a dezembro. Se tivessem sido apurados de janeiro a dezembro, a meta teria sido alcançada, pois a fórmula do indicador verifica as despesas empenhadas para os itens do GES e a Hemominas empenhou grande parte dessas despesas no mês de maio.</p>			

INDICADOR – Taxa de aquisição de papel A4 reciclado			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
100	100	96,15	98,90
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A Hemominas tem buscado adquirir e utilizar papel reciclado em todas as suas atividades.			



INDICADOR - Índice de Certificação das Contas Contábeis			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	100
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Os saldos das contas contábeis apresentadas no ultimo trimestre de 2011 pela Superintendência Central de Contadoria Geral - SCCG foram certificados no prazo, conforme OF/CIRCULAR/SEF/GAB/SCCG/Nº 013/2012 de 10 de janeiro de 2012.			

INDICADOR - Índice de contratos (de atividade meio) renovados no prazo			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
94,04	97,06	98,72	100
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Ações empreendidas junto aos gestores e fiscais de contratos da Fundação tiveram resultados positivos e conseqüentemente todos os contratos vencidos no período tramitaram e foram renovados em tempo hábil.			



INDICADOR - Índice de pagamentos no prazo			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
96,94	94,43	92,64	89,65
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O período de 2011 apresentou o menor índice de pagamentos no prazo, isso em razão principalmente do contingenciamento de recursos pelo Governo Estadual. A cota orçamentária não foi liberada em tempo hábil para realização dos reforços de empenhos para quitação das despesas com as concessionárias.</p> <p>O atraso na liberação da cota orçamentária impactou o indicador dos meses de setembro e essencialmente o de novembro, no qual somente 20% das faturas foram quitadas até a data de vencimento, já no mês de outubro 100% dos pagamentos foram realizados no prazo.</p> <p>Quanto aos outros atrasos, foram adotadas medidas necessárias para a correção do fato como a emissão de Relato de Não Conformidade para a área responsável, revisão do Manual de Solicitação de Pagamentos e elaboração de outras ações para melhorias internas.</p> <p>Logo, conclui-se que, se não for considerado os pagamentos em razão do atraso na liberação orçamentária, a média do percentual do indicador seria de 96,61%, superando o ano anterior.</p>			

INDICADOR - Índice de desempenho do Programa Ambientação			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	7,7	5
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Indicador 5: Índice de Desempenho do Programa Ambientação</p> <p>Dos 2 índices analisados</p> <ul style="list-style-type: none">• Proporção de resíduos sólidos enviados para a reciclagem (Ir) <p>Meta 2011: 70%, o resultado foi 35,44% inferior a meta. Pontuação do item = 3</p> <p>Redução do consumo de papel A4 per capita (Ip).</p> <p>Meta 2011: 10%. No item redução em 10% na utilização de papel A4, no ano 2010, a Administração Central da Fundação Hemominas utilizou média de 246,11 folhas per capita e 2011 utilizou média de 227,85 folhas per capita, ou seja redução de 7,42 % abaixo da meta. Pontuação do item = 7</p>			



**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS**

No ano de 2011 em relação ao indicador “Envio dos documentos de convênios e aditivos em tempo hábil para cadastro” a dificuldade enfrentada ocorreu porque os convênios são entregues no setor de Contratos e Convênios sem assinatura, porém já publicados. A data da publicação do Termo Aditivo antes do fim da vigência, sendo essa alteração não permitida no sistema antes do vencimento do convênio, impactando no resultado do indicador.

Em relação aos indicadores sobre responsabilidade da Gerência de Recursos Humanos, a equipe responsável pelo Processo de Avaliação de Desempenho possui excelente domínio técnico e está sempre pronta para orientações necessárias. Porém, o cumprimento desta meta depende muito do comprometimento e empenho das chefias avaliadoras da Fundação.

Considerando que a meta é baseada na inclusão do PGDI no sistema SISAD (via web), várias foram às dificuldades devido aos problemas técnicos em função da rede. O cumprimento de prazos pelas chefias foi um fator dificultador, tendo em vista o grande volume de demandas de trabalho desta Fundação.

No exercício de 2011, a maior dificuldade foi no controle do Indicador “Índice de Pagamentos no Prazo”. Fatores alheios ao Setor de Contas a Pagar interferiram no alcance da meta, como a liberação do orçamento que teve impacto significativo no resultado da análise, e também a intempestividade de alguns setores no encaminhamento de faturas ao CPG. Ações corretivas evidenciam os esforços do CPG para o alcance da meta.

MARCELUS FERNANDES LIMA

DIRIGENTE DA EQUIPE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS

**2.2 – EQUIPE DIRETORIA DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA - ATE****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Índice de Governo Eletrônico - I-GOV	-	92,54	90,14	%	10%	93	97,69	10

QUADRO DE PRODUTOS

Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação da Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Elaboração e aprovação pela Alta Direção do Plano Diretor Estadual de Sangue e Hemoderivados	Plano Diretor elaborado e aprovado pela Alta Direção da Fundação Hemominas	15/12/2011	20%	1	11/10/11	0	10
Elaboração do Projeto Arquitetônico Básico para a Nova Sede do Hemocentro Regional de Pouso Alegre e encaminhamento à Vigilância Sanitária para aprovação	Projeto elaborado e encaminhado a Vigilância Sanitária;	30/09/2011	10%	1	23/09/11	0	10
Plano Estratégico de Tecnologia da Informação e Comunicação	Plano Estratégico de Tecnologia da Informação e Comunicação	151 dias após a disponibilização do modelo (Plano entregue)	10%	1	14/10/2011	0	10



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Inventário do Parque Tecnológico	Inventário do Parque Tecnológico	45 após a assinatura do Acordo de Resultados. (Formulário Preenchido e Entregue)	20%	1	21/07/2011	0	10
Implantar o Sistema HBPA nos Hemocentros da Fundação Hemominas.	Implantar o Sistema HBPA nos Hemocentros da Fundação Hemominas.	Novembro/2011	20%	1	Nov/11	0	10
Validação da Interação entre os Processos da Administração Central	Mapas de Processo Interativos visualmente conectados	31/12/11	10%	1	31/12/11	0	10

* Situação da Execução: 1 – Plenamente executado no prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Executado parcialmente; 4 – Não executado

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR - Índice de Governo Eletrônico - I-GOV			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	92,54	90,14	97,69
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Oferecer ao Cidadão um Site com informações seguras e de fácil acesso.			

PRODUTO - Plano Diretor elaborado e aprovado pela Alta Direção da Fundação Hemominas	
SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO	
TIPO	
<input type="checkbox"/> Alteração	<input type="checkbox"/> Nome do Produto
<input type="checkbox"/> Substituição	<input type="checkbox"/> Produto
<input checked="" type="checkbox"/> Exclusão	<input type="checkbox"/> Data de Entrega
DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO SOLICITADA	
Exclusão do indicador para o próximo ano.	
JUSTIFICATIVA	
O plano diretor é elaborado a cada 4 anos.	
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO	
Dimensionar a necessidade de coleta de sangue para assegurar o fornecimento de bolsas de hemocomponentes para os pacientes e hospitais do SUS em todo o estado de MG.	



PRODUTO - Projeto elaborado e encaminhado a Vigilância Sanitária

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Foi encaminhado a VISA Projeto Básico de Arquitetura referente à construção da nova sede para o Hemocentro Regional de Pouso Alegre. O projeto foi protocolado no dia 23/09/11, com número de protocolo 2.160/11.

PRODUTO - Plano Estratégico de Tecnologia da Informação e Comunicação

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação e Comunicação da Fundação Hemominas para o período 2012-2016, mostrando os objetivos estratégicos a serem alcançados, indicadores de acompanhamento e projetos a serem desenvolvidos para tal. A elaboração do Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação e Comunicação da FH foi uma pactuação via acordo de resultados da Governança Eletrônica - SCGE com todos os Órgãos do Estado.

PRODUTO - Inventário do Parque Tecnológico

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

A Governança Eletrônica busca neste controle manter um inventário atualizado de todos os recursos de TI do Estado.



PRODUTO - Implantar o Sistema HBPA nos Hemocentros da Fundação Hemominas	
SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO	
TIPO	
<input type="checkbox"/> Alteração	<input type="checkbox"/> Nome do Produto
<input type="checkbox"/> Substituição	<input type="checkbox"/> Produto
<input checked="" type="checkbox"/> Exclusão	<input type="checkbox"/> Data de Entrega
DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO SOLICITADA	
JUSTIFICATIVA	
O sistema do DATASUS – BPA Magnético foi aprimorado contendo vários aplicativos que facilitaram a importação dos dados. Além disso, o sistema REDOMENET foi implantado em 01/11/11 contendo a opção de gerar o arquivo do BPA dos doadores cadastrados de medula óssea. A partir da nova versão do BPA Magnético/DATASUS, de dez/2011, o sistema permitirá importar arquivos de vários sistemas visando à otimização da digitação dos BPA's individualizados, portanto não há necessidade da utilização do sistema HBPA.	
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO	
O sistema foi implantado em todos os Hemocentros da Fundação Hemominas	

PRODUTO - Mapas de Processo Interativos visualmente conectados
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO
Após a revisão dos Mapas de Processos foi efetuada a interação dos mesmos, sendo possível visualizar a cadeia cliente fornecedores pela conexão dos mapas.



**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS**

Em relação ao produto dos mapas de processos visualmente conectados, as dificuldades encontradas correspondem ao cumprimento dos prazos estabelecidos para as etapas do processo, uma vez que dependiam da adesão às atividades pelos servidores envolvidos.

No produto “projeto enviado à vigilância sanitária”, houve dificuldade relacionada a recursos humanos, considerando que o servidor responsável por esse projeto, foi desligado da instituição e substituído por outro profissional que para dar continuidade aos trabalhos, demandando um tempo maior para execução do mesmo.

Na elaboração do Plano diretor houve dificuldade em relação à falta de cumprimento do prazo pelas fontes das informações para encaminhamento das informações atualizadas para a elaboração do Plano Diretor.

Na implantação e execução do sistema HBPA houve a necessidade de realizar um treinamento com os hemocentros da Fundação Hemominas, porém as dúvidas foram dirimidas à distância dificultando o processo, considerando o contingenciamento de recursos para financiar diárias para treinamento dos usuários.

O planejamento estratégico de TI exigiu um empenho grande e se existisse um sistema onde cada Órgão só registrasse as ações, teria sido mais simples e o acompanhamento seria mais dinâmico e transparente para todos, além de garantir um mesmo padrão para todos os órgãos.

Para o Inventário do Parque Tecnológico apesar de termos um sistema de gestão de ativos implantado, o Estado deveria ter um sistema com esta finalidade, já que o SIAD está obsoleto e não permite o acompanhamento correto.

KELLY NOGUEIRA GUERRA
DIRIGENTE DA EQUIPE DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA

**2.3 – EQUIPE GABINETE - GAB**

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Tempo médio de respostas as demandas das ouvidorias especializadas/OGE	-	-	-	dias	50%	(1)10 dias corridos, contados do recebimento, prorrogável por, no máximo, 30 dias, através de solicitação por escrito pela autoridade responsável pelo órgão.	25,16	6
Média das notas das equipes	99,6	9,97	9,89	Nº	50%	10	9,56	9,56

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 7,78



INDICADOR - Tempo médio de respostas as demandas das ouvidorias especializadas/OGE			
SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO			
TIPO			
<input checked="" type="checkbox"/> Alteração		<input type="checkbox"/> Título	
<input type="checkbox"/> Substituição		<input type="checkbox"/> Descrição	
<input type="checkbox"/> Exclusão		<input type="checkbox"/> Meta 2011	
DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO SOLICITADA			
Renovamos as nossas considerações com relação à meta proposta, uma vez que discordamos que sejam consideradas as respostas definitivas a respeito de cada manifestação			
JUSTIFICATIVA			
As demandas enviadas à Hemominas precisam ser apuradas, muitas vezes, através de Sindicâncias Administrativas ou Processos Administrativos Disciplinares que incluem viagens e deslocamentos no Estado (a Hemominas tem 20 unidades no interior), impedindo concretamente que sejam realizadas as apurações no prazo de 10 dias corridos, contados do recebimento, prorrogável por, no máximo, 30 dias, através de solicitação por escrito pela autoridade responsável pelo órgão.			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	25,16
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Cabe informar que as demandas que tiveram resposta definitiva em um prazo maior que 40 dias (30733 e 31801), ocorreram no primeiro semestre de 2011, e foram objeto de apurações. Esclarecemos que não tínhamos conhecimento que as demandas poderiam ser usadas para meta do Acordo de Resultados. A demanda (39970) que foi encaminhada a resposta definitiva com 22 dias, teve solicitação de prorrogação de prazo enviada em tempo hábil à Ouvidoria (OF PRE nº 431/2011).			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Na execução, não tivemos dificuldades, uma vez que a Hemominas se empenha para atender as demandas apresentadas pelos cidadãos. Contudo, não tive retorno formal da solicitação de alteração da meta em 2011.

MARIA ISABEL PEREIRA DE CASTILHO RAFAEL
DIRIGENTE DA EQUIPE GABINETE

**2.4 – EQUIPE ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – ACS****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Índice da satisfação do LIGMINAS - ISLIG	-	-	-	%	5%	74	95	10
Número de relatórios de atendimento à imprensa enviados tempestivamente (Supim)	-	-	-	Nº	30%	34	35	10
Índice de Governo Eletrônico - I-GOV	-	92,54	90,14	%	30%	93	97,69	10
Média das notas das Equipes		-	-	Nº	35%	10	9,56	9,56

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,85



INDICADOR - Índice da satisfação do LIGMINAS - ISLIG			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	95
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O acompanhamento e medição do indicador foram iniciados em julho de 2011.</p> <p>Acredito que temos pouquíssima influência na determinação desse indicador, mesmo participando do Comitê Gestor do 155 (Call Center). A SEPLAG determina o tipo de resultado (soma bom + ótimo) e o percentual do indicador (85%), mesmo que a Hemominas apresente justificativas dificuldades para desenvolvimento completo do projeto Call Center (atendimento telefônico e centralizado ao cidadão).</p>			

INDICADOR - Número de relatórios de atendimento à imprensa enviados tempestivamente			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
			35
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O indicador começou a ser medido em maio de 2011.</p> <p>Não temos influência na determinação desse indicador. A SECOM determina o tipo do indicador (relatórios enviados tempestivamente à SUPIM/SECOM), a periodicidade do indicador (semanal) e o percentual do indicador que equivale à nota 10 (100%, no caso da Hemominas). Se houver mudança, ela sairá da SECOM e não da Hemominas.</p>			

INDICADOR - Índice de Governo Eletrônico - I-GOV			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	92,54	90,14	97,69
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>A SEPLAG consegue responder algumas dúvidas sobre nossos assuntos, utilizando o conteúdo do portal Hemominas para respondê-las. Como no portal Minas Online as demandas fale conosco são muito pequenas, uma única falha no controle do tempo para resposta gera uma grande prejuízo no resultado.</p> <p>A Hemominas não tem influência sobre o tipo de indicador e sua composição. A SEPLAG determina a composição (ISI + IAC = I-GOV) e não aceita negociar, mesmo tendo a Hemominas apresentado justificativas para a limitação de alguns serviços prestados que não poderão ser interativos, resolvidos totalmente por internet. A SEPLAG entende que o indicador não poderá ser menor do que no ano anterior, mesmo tendo um limite real para a interatividade.</p>			



**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS**

ISLIG - Não existe ainda na Hemominas equipe operacional para tocar o projeto do Call Center (ISLIG). Hoje existe um profissional que se dedica exclusivamente ao 155, mas ainda não é suficiente em função do monitoramento apertado, tanto dos conteúdos telefônicos (escuta), quanto da gestão do contrato (relatórios exigidos pela SEPLAG).

I-GOV – Treinar 100% das pessoas que respondem ao fale conosco na metodologia e padrão de resposta da SEPLAG.

REGINA CÉLIA VASCONCELOS SILVA
DIRIGENTE DA EQUIPE COMUNICAÇÃO



2.5 – EQUIPE ASSESSORIA DA QUALIDADE - ASQ

QUADRO DE PRODUTOS

Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação da Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Avaliação Interna da qualidade na Administração Central	Relatórios de avaliação interna da qualidade da Administração Central elaborados	31/12/11	100%	1	16/12/2011	0	10

* Situação da Execução: 1 – Plenamente executado no prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Executado parcialmente; 4 – Não executado

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



PRODUTO - Relatórios de avaliação interna da qualidade da Administração Central elaborados

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

A Avaliação Interna da Qualidade na Administração Central foi executada pelos Avaliadores Internos treinados pela Assessoria da Qualidade da Fundação.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

Os obstáculos encontrados na execução foram o cumprimento dos prazos estabelecidos para as etapas do processo, uma vez que dependem da adesão às atividades pelos servidores envolvidos e o desenvolvimento de competência e habilidade da equipe de avaliadores internos.

FERNANDA FANTINI PEREIRA
DIRIGENTE DA EQUIPE ASSESSORIA DA QUALIDADE



2.6 – EQUIPE PROCURADORIA – PRO

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Tempo médio para emissão de pareceres e notas jurídicas sobre licitações, contratos, convênios e editais	6	4,89	4,16	dias	24%	7	3,17	10
Média das notas das Equipes	-	-	9,46	Nº	30%	10	9,56	9,56



QUADRO DE PRODUTOS

Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação da Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Diagnóstico sobre as unidades jurídicas dos órgãos e entidades	Diagnóstico sobre as unidades jurídicas dos órgãos e entidades	Diagnóstico devidamente respondido e enviado ao e-mail da AGEI/AGE em até 60 dias após a entrega do formulário pela AGE.	23%	1	18/08/2011	0	10
Elaboração do plano setorial de advocacia	Elaboração do plano setorial de advocacia	Plano elaborado, assinado e encaminhado para o e-mail da AGE até o dia 15/12/2011, para ser validado.	23%	1	21/11/2011	0	10

* Situação da Execução: 1 – Plenamente executado no prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Executado parcialmente; 4 – Não executado

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,87



INDICADOR - Tempo médio para emissão de pareceres e notas jurídicas sobre licitações, contratos, convênios e editais			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
6	4,89	4,16	3,17
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O desempenho da Procuradoria refletiu o enorme esforço de toda a equipe para a celeridade dos processos administrativos de compra, bem como para a regular execução dos contratos celebrados, garantindo, em última análise, que as expectativas de atendimento dos doadores de sangue e pacientes sejam satisfeitas da melhor e mais rápida forma possível.</p>			

PRODUTO - Diagnóstico sobre as unidades jurídicas dos órgãos e entidades
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO
<p>O número de processos e contratos recebidos nesta procuradoria a cada ano triplica, de forma que a cada ano que se passa fica mais difícil de cumprir as metas estipuladas, pois o número de funcionários continua o mesmo. O sistema de informática utilizado é lento e apresenta defeitos às vezes não conseguimos conectar a rede ficando impossibilitados de acessar os arquivos necessários para execução das tarefas do setor.</p>

PRODUTO - Elaboração do plano setorial de advocacia
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO
<p>Estamos tendo dificuldades para realizar o plano setorial pelo fato que todos os processos e contratos sobre caem neste setor e os funcionários executam atividades variadas como palestras, pareceres de questionamentos sobre funcionários, doadores, processos administrativos, etc. Dificultando assim definir atividades rotineiras e objetivas. Já que o leque de atividades que os advogados exercem nesta procuradoria é extenso e variado, de acordo com a demanda exigida pela Fundação Hemominas.</p>



**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS**

Embora os resultados obtidos sejam excepcionais frente às metas estabelecidas, a priorização intensiva das atividades controladas pelo Acordo de Resultados se mostra impossível de ser mantida a longo prazo, sob pena de prejudicar o regular andamento das outras atividades do setor e/ou acarretar problemas de âmbito ocupacional. Conseqüentemente, recomenda-se a manutenção da meta.

MAGDA VALÉRIA BONFIM
DIRIGENTE DA EQUIPE PROCURADORIA



2.7 – EQUIPE AUDITORIA SECCIONAL - AUD

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Índice médio de execução do Plano Anual de Auditoria (PAA)	100	100	100	%	70%	90	96,90	10
Média das notas das Equipes	-	-	9,46	Nº	30%	10	9,56	9,56

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,87



INDICADOR - Índice médio de execução do Plano Anual de Auditoria (PAA)			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
100	100	100	96,90
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O Plano Anual de Auditoria foi cumprido conforme planejado junto à Controladoria Geral do Estado e a Presidência da Fundação. Tendo sido todas as ações desempenhadas tempestivamente e emitidos os respectivos documentos de auditoria.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>Destacamos que até setembro de 2011 a equipe de auditoria encontrava-se reduzida, fato que estava gerando grande sobrecarga de trabalho a todos os servidores e atraso no cumprimento das ações. Com a vinda de dois novos servidores, com experiência em auditoria, foi possível redistribuir as atividades possibilitando a finalização do PAA.</p>

JANIA MARISA MALHEIROS
DIRIGENTE DA EQUIPE AUDITORIA

**2.8 – EQUIPE DIRETORIA TÉCNICA - TEC****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Número de coletas externas realizadas	222	230	212	Nº	20%	220	248	10
Nº de supervisões realizadas às Unidades da FH	15	14	16	Nº	25%	14	15	10
Taxa de eficácia do atendimento transfusional de concentrado de hemácias	-	92,4	91,8	%	20%	80	93,24	10
Tempo decorrido entre o diagnóstico e o atendimento de 1ª consulta dos pacientes do teste do pezinho nos ambulatórios das UFH.	26,9	28,2	36,1	dias	20%	36,1	38,1	9,9

QUADRO DE PRODUTOS

Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação da Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Elaborar o protocolo de validação de metodologia	Protocolos de validação das metodologias de três Bancos que compõe o Cetebio elaborados.	20/12/2011	7%	1	Até 20/12/2011	0	10
Validar metodologia	Duas metodologias de processamento de bancos que compõe o Cetebio, validadas.	20/12/2011	6%	1	Até 20/12/2011	0	10
Elaborar o Cronograma do Projeto Cetebio para 2012	Cronograma elaborado	31/12/2011	2%	1	27/12/2011	0	10

* Situação da Execução: 1 – Plenamente executado no prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Executado parcialmente; 4 – Não executado

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,98



INDICADOR - Número de coletas externas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
222	230	212	248
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Foram realizadas 248 Coletas Externas pela Fundação Hemominas, no período de janeiro a dezembro de 2011.			

INDICADOR - Nº de supervisões realizadas às Unidades da FH			
SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO			
TIPO			
(X) Alteração	() Título		
() Substituição	() Descrição		
() Exclusão	() Meta 2011		
DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO SOLICITADA			
Meta 2012: foram previstas 11 Unidades a serem supervisionadas.			
JUSTIFICATIVA			
A diminuição da meta, referente ao número de UFH supervisionadas em 2012, é devido à necessidade dos Supervisores de permanecerem mais tempo nos Hemocentros para atendimento de novas atividades e exigências legais. Em 2012 estão previstas 11 Supervisões: 01 no HBH e 10 em Unidades Regionais. Serão 08 viagens, sendo: 06 viagens com uma única UFH supervisionada e 02 viagens onde serão supervisionadas 02 Unidades / viagem.			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			
2008	2009	2010	EXECUÇÃO 2011
15	14	16	
15			
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A Supervisão é realizada por Equipe multidisciplinar e abrange todas as atividades técnicas da Unidade. Com a verificação realizada por intermédio de roteiros elaborados pelas áreas e o posterior acompanhamento das não conformidades encontradas e relatadas, a Hemominas busca a fidelização dos procedimentos padronizados em toda a rede, para a segurança transfusional.			



INDICADOR - Taxa de eficácia do atendimento transfusional de concentrado de hemácias			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	92,4	91,8	93,24
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Houve melhora dos resultados em relação ao ano de 2010. No ano de 2011 houve um melhor gerenciamento dos estoques de hemocomponentes na rede Hemominas, permitindo assim uma melhor distribuição dos mesmos. Houve períodos de estoques mais críticos, onde foi necessário a mobilização das Unidades com desenvolvimento de ações como a redistribuição de estoques de hemocomponentes e programação de coletas externas para suprir a demanda.</p>			

INDICADOR - Tempo decorrido entre o diagnóstico e o atendimento de 1ª consulta dos pacientes do teste do pezinho nos ambulatórios das UFH			
SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO			
TIPO			
<input type="checkbox"/> Alteração	<input type="checkbox"/> Título		
<input type="checkbox"/> Substituição	<input type="checkbox"/> Descrição		
<input type="checkbox"/> Exclusão	<input checked="" type="checkbox"/> Meta 2012		
DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO SOLICITADA			
<p>Mudança de alteração da meta para 50 dias (tempo em dias entre a data do diagnóstico de doença falciforme e a primeira consulta na unidade da Fundação Hemominas)</p>			
JUSTIFICATIVA			
<p>As medidas profiláticas para diminuir o impacto da morbi-mortalidade é essencial a partir do 4º ao 5º mês de vida. Assim, o ideal é que o tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta seja no máximo até 120 dias de vida. Como o teste do pezinho é realizado no 5º dia e no máximo 30 dias de vida, na meta proposta de 50 dias, a criança seria avaliada no máximo com 80 dias de vida. Assim, a alteração da meta não interferirá no prognóstico da evolução da doença falciforme nessas crianças.</p>			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO		EXECUÇÃO 2011	
2008	2009		2010
26,9	28,2	36,1	38,1
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			



O indicador avalia a idade em que as primeiras medidas de profilaxia para Doença Falciforme foram instituídas. Esse indicador é de grande impacto na sobrevivência das crianças, uma vez que a mortalidade é maior nos três primeiros anos de vida.

Principal motivo de não atingir a meta:

Diminuição de disponibilidades de consultas, decorrente da dificuldade na reposição de recursos humanos.

PRODUTO - Protocolos de validação das metodologias de três Bancos que compõe o Cetebio elaborados

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Protocolo de validação metodológica Banco de Medula Óssea – BMO, descrição do protocolo de validação metodológica com as técnicas a serem utilizadas na validação do banco, em conformidade com os critérios de modelagem estabelecidos para o projeto.

Banco de Sangues Raros - BSR¹: descrição do protocolo de validação metodológica com as técnicas a serem utilizadas na validação do banco, em conformidade com os critérios de modelagem estabelecidos para o projeto.

¹BSR: A indefinição em relação à autorização e prazo para importação do equipamento ACP-215, adquirido por certame licitatório, obrigou a descrição de nova metodologia para o Banco de Sangues Raros. Foi elaborada descrição da metodologia manual para as técnicas do BSR cuja validação será realizada no primeiro semestre de 2012, logrando sucesso, o procedimento estará disponível para o congelamento de “sangues raros”, propiciando bases científicas capazes de definir se o processo atende consistentemente à qualidade exigida por meio da regulamentação existente.

Banco de Sangue do Cordão Umbilical e Placentário – BSCUP: descrição do protocolo de validação metodológica com as técnicas a serem utilizadas na validação do banco, em conformidade com os critérios de modelagem estabelecidos para o projeto

PRODUTO - Duas metodologias de processamento de bancos que compõe o Cetebio, validadas

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Banco de Pele – BP: validação da metodologia do banco em conformidade com as diretrizes técnicas estabelecidas e os protocolos descritos. A etapa faz parte do processo de implantação do banco para início de atendimento a população.

Banco de Medula Óssea – BMO: validação da metodologia do banco em conformidade com as diretrizes técnicas estabelecidas e os protocolos descritos. A etapa faz parte do processo de implantação do banco para início de atendimento a população.



PRODUTO - Cronograma elaborado

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Cronograma elaborado com condicionantes e fatores de risco em vista da necessidade de investimentos em Recursos Humanos, Equipamentos e Espaço Físico. O não investimento no projeto significará em cortes no cronograma, ora apresentado em vista de ser condicionante para o sucesso do planejado.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

Em relação aos produtos do Cetebio, no decorrer do exercício 2011 foram encontradas e transpostas inúmeras dificuldades para o cumprimento das metas estabelecidas no Acordo de Resultados, bem como das atividades rotineiras do projeto Cetebio, dentre estas podemos destacar:

- a) Saída de membros da equipe que desde o início atuavam no projeto;
- b) Intempestividade nas aquisições de bens e insumos para validação das metodologias;
- c) Falta de espaço adequado para o exercício das atividades rotineiras e principalmente para validação das metodologias descritas pela equipe;
- d) Orçamento insuficiente para fazer face às despesas programadas, agravado com as dificuldades financeiras por que passou o Estado de Minas Gerais ao final do exercício financeiro 2011;
- e) Atraso nas obras de adaptação física do espaço cedido no Centro de Especialidades Médicas – CEM, bem como das obras do BSCUP em Lagoa Santa;
- f) Falta de Recursos Humanos. A equipe técnica e administrativa tem-se desdobrado e dedicado, com sobrecarga, a vários tipos de atividades o que causa prejuízo na aquisição de conhecimentos e aprofundamentos necessários pela complexidade dos processos dada à singularidade do projeto no âmbito do Estado de Minas Gerais.

Em que pese às dificuldades citadas a equipe Cetebio, com apoio da Direção Superior da Fundação Hemominas, os parceiros internos e externos conseguiu levar o projeto adiante e cumprir, com esforço hercúleo as metas pactuadas no Acordo de Resultados. Para 2012 espera-se que as dificuldades sejam minimizadas para assim tornar o projeto uma realidade para a população do Estado.

No caso dos produtos relacionados à Supervisões as dificuldades encontradas foram:

- a) **Valores de diárias:** embora tenham sido reajustados em 2011 (impossibilitaram a supervisão de Patos de Minas em abril de 2011). Houve remanejamento da supervisão de Patos de Minas para 29 de agosto a 01 setembro, após o reajuste. Devido ao elevado preço dos hotéis em diversos Municípios, não considerados especiais, pode haver dificuldades na execução da meta 2012.
- b) **Supervisores:** dificuldade de participação de alguns profissionais – realizam as supervisões, além das atividades normais. Alguns pertencem a outras Unidades;



- c) **Veículos disponibilizados:** por se tratarem de veículos antigos, tem apresentado problemas mecânicos e de acessórios (pane de motor em Montes Claros, veículos lentos, ar condicionado estragado, limpadores de para brisas danificados, excesso de ruído...) além de serem disponibilizados sujos e alguns com suspensão muito dura, o que torna as viagens desconfortáveis e cansativas;
- d) **Trajetos:** várias Unidades a mais de 300 km de Belo Horizonte, estradas muito movimentadas, normalmente sem pista dupla, algumas em precárias condições de conservação e com dificuldades para ultrapassagens, tornando as viagens longas, cansativas e perigosas;
- e) **Comunicação:** inexistência de equipamento institucional que permita rápida comunicação em caso de necessidades (colaboradores são obrigados a utilizar telefones próprios e assumir os custos);
- f) **Computadores portáteis ou similares:** Inexistentes. Agilizariam a elaboração de relatórios;
- g) **Tempo destinado à Supervisão:** Insuficiente para algumas Unidades, impossibilitando a verificação de todos os itens;
- h) **Roteiros de Verificação:** necessidade de revisão para torná-los práticos e objetivos;
- i) **Relatórios dos Supervisores:** dificuldade de entrega à GSA, por alguns Supervisores, no prazo acordado
- j) **“Voucher”:** dificulta deslocamentos dos supervisores.

No caso do indicador relacionado á taxa de eficácia do atendimento transfusional de concentrado de hemácias, como fatores dificultadores, observamos recursos humanos em número escassos o que dificultou a realização de coletas externas.

FERNANDO VALADARES BASQUES
DIRIGENTE DA EQUIPE TÉCNICO CIENTÍFICA

**2.9 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE ALÉM PARAÍBA - ALP****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	3.571	3.353	3.357	Nº	35%	3400	3.197	9
Percentual de doadores de retorno	71,87%	71,22%	72,13%	%	35%	60	71,97	10
Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”	-	-	-	%	30%	80	80,0 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,65



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
3.571	3.353	3.357	3.197
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Informamos que a unidade de Além Paraíba participa de coletas externas efetuadas em conjunto com o Hemocentro de Juiz de Fora em nossa micro-região.</p> <p>Todas as bolsas colhidas em coletas externas não são registradas para nossa unidade, além de ter contribuído para reduzir o envio de doadores desses municípios neste mesmo período.</p> <p>Em Cataguases, na coleta externa nos dias 7 e 8 de Outubro foram colhidas 267 bolsas.</p>			

INDICADOR - Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
71,87%	71,22%	72,13%	71,97%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Índice próximo aos anos anteriores. Ações da captação para ampliar ou manter esse número estão sendo tomadas.</p>			



INDICADOR - Percentual de não conformidades sanadas ou com "planejamento de ações"			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	80,0 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Apesar da dificuldade, contamos com uma equipe que trabalha junta praticamente há 16 anos, comprometidos e com sinergia elevada.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>Número reduzido de servidores da unidade, apesar do comprometimento da equipe, falta recursos humanos. A unidade possui apenas 19 servidores, falta pessoal para cobertura de férias, licenças e desenvolvimento de ações dentro dos prazos estabelecidos pela direção.</p>

ABNERVAL NOGUEIRA DA COSTA
DIRIGENTE DA EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE ALÉM PARAÍBA - ALP



2.10 – EQUIPE POSTO DE COLETA DE BETIM - BET

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	9.562	10.456	10.777	Nº	50%	11.000	10.393	9
Percentual de doadores de retorno	59,16%	56,83%	62,85%	%	50%	55	66,46 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,5



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
9.562	10.456	10.777	10.393
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A meta não foi alcançada. A unidade atingiu 94,5% da meta estabelecida que está de acordo com a gestão dos estoques de hemocomponentes e eficácia do atendimento transfusional da unidade.			

INDICADOR - Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
59,16%	56,83%	62,85%	66,46 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Conscientização e fidelização do doador com o objetivo de aumentar a qualidade e segurança transfusional			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Ausência de Gerente Técnico no 1º semestre de 2011.

ANTONIO AUGUSTO FIGUEIREDO
DIRIGENTE DA EQUIPE POSTO DE COLETA DE BETIM - BET

**2.11 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE DIAMANTINA - DIA****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	3.195	3.862	3.755	Nº	50%	3.800	4.237	10
Percentual de doadores de retorno	58,97%	63,82%	63,88%	%	50%	55	60,69 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
3.195	3.862	3.755	4.237
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A meta para o ano de 2011 foi superada graças ao apoio e comprometimento de todos os funcionários do NCRDIA, que não medem esforços para atuarem todos como eventuais captadores, para realização de coletas externas, etc.			

INDICADOR - Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
58,97%	63,82%	63,88%	60,69 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A meta para 2011 foi atingida. Reflete a seriedade e o comprometimento de toda a equipe, que atua no sentido de encantar o doador, estimulando o retorno e a continuidade das doações.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
No ano de 2011 pudemos contar com a nomeação de uma funcionária para o setor de captação, função que vinha sendo exercida por uma funcionária do fracionamento. Em que se pese a dedicação e competência, o tempo disponível era insuficiente e não foi realizado um treinamento formal. Um fator dificultador é a inexistência de veículo próprio, o que dificulta as ações de captação.

ANTÔNIO EDVALDO SILVA
DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE DIAMANTINA - DIA

**2.12 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE DIVINÓPOLIS – DIV****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	16.641	17.295	16.307	Nº	50%	16.750	15.841	9
Percentual de doadores de retorno	66,56%	68,32%	69,88%	%	50%	60	70,88 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,5



INDICADOR – Coletas realizadas			
SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO			
TIPO			
<input checked="" type="checkbox"/> Alteração		<input type="checkbox"/> Título	
<input type="checkbox"/> Substituição		<input type="checkbox"/> Descrição	
<input type="checkbox"/> Exclusão		<input checked="" type="checkbox"/> Meta 2011	
DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO SOLICITADA			
<p>No 1º semestre de 2011 foi solicitada alteração com a <u>redução do valor</u>. A unidade faz a gestão do estoque associada à gestão de captação de doadores de forma a minimizar as perdas de hemocomponentes por validade.</p>			
JUSTIFICATIVA			
<p>A unidade passou por rescisão de grande número de contratos em maio/2011 com conseqüente número de servidores novos entrando em junho/2011. Nesta ocasião fomos obrigados a cancelar várias caravanas de doadores previamente agendadas, por falta de servidores tecnicamente em condições de assumir as demandas de trabalho nas quantidades de rotina.</p>			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
16.641	17.295	16.307	15.841
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O quantitativo das coletas realizadas pela unidade, apesar de não ter alcançado a meta, foi suficiente para atender a macrorregião de influência da unidade de Divinópolis, além de apoio semanal sistematizado para o Hemocentro de Pouso Alegre e apoio, sempre que possível ao Hemocentro de Belo Horizonte e outras unidades da Fundação Hemominas conforme demanda destas.</p>			



INDICADOR – Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
66,56%	68,32%	69,88%	70,88 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O trabalho da captação da unidade, em conjunto com os captadores de todos os serviços conveniados da macrorregião, já está sistematizado e favorece que tenhamos doadores fidelizados em diferentes cidades da região. Um dos benefícios deste trabalho é não ficarmos totalmente dependentes de uma só área em eventuais situações de impedimentos de doação dos indivíduos ali residentes.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>A principal dificuldade na execução das atividades em 2011 foi à saída de grande número de servidores já treinados de uma única vez, com conseqüente entrada de novos servidores, todos dependentes de treinamento para habilitação nas áreas de atuação.</p>

VALÉRIA SUTANA LADEIRA
DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE DIVINÓPOLIS - DIV

**2.13 – EQUIPE HEMOCENTRO DE GOVERNADOR VALADARES - GOV****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	14.325	14.614	13162	Nº	25%	13.500	11.328	9
Percentual de doadores de retorno	-	-	72,45	%	25%	60	71,36 %	10
Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”	71,12%	70,75%	-	%	25%	80	100 %	10
Percentual de pagamento no prazo	100%	100%	100%	%	25%	100	99,47%	6

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,75



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
14.325	14.614	13.162	11.328
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>É possível perceber queda do resultado anual de coletas de sangue realizadas pela equipe do Hemocentro Regional de Governador Valadares se comparado aos resultados anteriores.</p> <p>Tal resultado é devido principalmente aos seguintes fatores:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Quadro reduzido de profissionais para atuarem junto à Triagem Clínica de Doadores, apesar da abertura de três editais de seleção para reposição do quadro funcional da unidade (não houve médicos interessados);2) Redução do horário de atendimento do Hemocentro Regional de Governador Valadares no período de agosto a outubro/2011, devido ao quadro funcional insuficiente;3) Cancelamento de coletas externas programadas para 2011, em virtude de déficit de profissionais da Triagem Clínica e também de dificuldades orçamentárias da Fundação Hemominas, principalmente;4) Demora no atendimento dos doadores de sangue por falta de médicos para triagem, ocasionando elevado índice de desistências. <p>Frente a essa situação, no segundo semestre de 2011, foi preciso participação direta da Coordenadora e Gerente Técnica da unidade no setor de Triagem Clínica, a fim de garantir atendimento aos candidatos à doação e pacientes assistidos no ambulatório da unidade.</p>			

INDICADOR – Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	72,45	71,36 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>A meta anual para o indicador “Percentual de doador de retorno” foi alcançada pela equipe do Hemocentro Regional Governador Valadares devido aos seguintes fatores principais:</p> <p>Os profissionais da unidade priorizam o atendimento qualitativo dos doadores, ocasionando assim no seu retorno à unidade para novas doações.</p> <p>A unidade está verificando a possibilidade de implantação da Triagem Clínica de doadores por enfermeiros, com o objetivo de redução do período de espera para atendimento e diminuição das desistências, para que o próximo resultado anual seja ainda superior ao obtido em 2011, embora a meta tenha sido alcançada.</p>			



INDICADOR - Percentual de não conformidades sanadas ou com "planejamento de ações"			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
71,12%	70,75%	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Em outubro/2010, quando da Supervisão Técnica realizada no Hemocentro Regional de Governador Valadares, foram analisados 668 itens pela equipe da GSA, dos quais 75 (11,27%) não estavam conformes.</p> <p>Para cada não conformidade apontada, foram estabelecidas ações corretivas conforme o PRG nº 03 – Implementação e Gerenciamento de Ações Corretivas e Preventivas no âmbito da Fundação Hemominas, sendo que todas elas foram concluídas conforme orientações contidas no MEMO GSA de 19/11/2010.</p> <p>Portanto o resultado anual para o indicador referido em 2011 foi 100% uma vez que todas as ações estabelecidas em planos de ações foram encerradas dentro do mesmo ano.</p>			

INDICADOR - Percentual de pagamento no prazo			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
100%	100%	100%	99,47%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>A meta anual proposta para o indicador "Percentual de pagamentos no prazo" não foi alcançada pela equipe de Hemocentro Regional de Governador Valadares em 2011 devido a dificuldades orçamentárias enfrentadas pela Fundação Hemominas no último trimestre de 2011.</p> <p>Do total de 190 pagamentos realizados em 2011, apenas um foi realizado fora do prazo, de acordo com a Seção de Planejamento e Finanças da unidade. Trata-se da fatura da CEMIG do mês de outubro/2011.</p>			



**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS**

Conforme registrado nas informações sobre as execuções dos quatro indicadores, objetos de análise para o Acordo de Resultados relacionam-se abaixo as principais dificuldades para o alcance das metas e possíveis alternativas para correção dos déficits apontados. São elas:

- Redução do quadro de profissionais para atuarem junto à Triagem Clínica de Doadores. Implementação da Triagem por Enfermeiros
- Baixo número de coletas de sangue. A criação de postos de coleta avançada nas principais cidades localizadas na área de cobertura pela unidade de Governador Valadares, tais como Teófilo Otoni, Caratinga e Ipatinga poderiam auxiliar no aumento de coletas;
- Índice de não conformidades apontadas na Supervisão Técnica de 2010: realização de reuniões periódicas com a equipe; divulgação dos manuais de normas e procedimentos da Fundação Hemominas e legislações pertinentes através de treinamentos periódicos; divulgação das ferramentas da qualidade padronizadas na Fundação Hemominas (Procedimentos de Gestão – PRGs); devido registro das ações realizadas pelos setores da unidade e organização das evidências relacionadas.

MYRIENE BRASILEIRO VILAR

DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO DE GOVERNADOR VALADARES - GOV



2.14 – EQUIPE HEMOCENTRO DE BELO HORIZONTE - HBH

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	69.122	71.432	73.669	Nº	35%	75.200	70.516	9
Percentual de doadores de retorno	66,01	66,81	67,19	%	35%	60	67,26 %	10
Índice de desempenho do Programa Ambientação	-	-	5,5	%	30%	10	10	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,65



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
69.122	71.432	73.669	70.516
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Neste ano de 2011 em continuação ao ocorrido em 2010, quando por ser ano eleitoral não pudemos ter a reposição dos servidores que saíram, continuamos a perder servidores sem reposição, culminando com uma greve parcial em junho, julho, quando houve uma diminuição mais acentuada ainda de nossa capacidade de atendimento.</p> <p>Deste modo, não atendemos a meta acordada, pois tivemos diminuição de nossa capacidade de atendimento com a diminuição do número de servidores ligados diretamente ao atendimento do doador, o que acarretou insatisfação do mesmo, devido à demora do atendimento e conseqüente aumento da desistência em espera.</p> <p>Quanto ao número de solicitações por parte dos hospitais, houve um aumento em relação ao ano anterior, com diminuição na nossa eficiência de atendimento, o que reforça ainda mais a necessidade de investimento na área de atendimento ao doador, através de contratação de pessoal e revisão do fluxo de atendimento do doador. Para isto é evidente a necessidade de investimento específico.</p>			

INDICADOR – Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
66,01	66,81	67,19	67,26 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Meta do indicador > 60%</p> <p>Através de um trabalho constante do setor de captação a meta foi atingida.</p>			



INDICADOR - Índice de desempenho do Programa Ambientação			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	5,5	10
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Dos 2 índices analisados, % de resíduos sólidos enviados para reciclagem > 70% o resultado do ano de 2011 foi de 71,45%, superior a meta. Pontuação do item= 10.</p> <p>No item redução em 10% na utilização de papel A4, no ano de 2010 utilizamos 74 folhas per capita e no ano de 2011, utilizamos 59,8 folhas per capita, representando uma redução de 19,23%, muito superior à meta. Pontuação do item = 10</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>Neste ano de 2011 em continuação ao ocorrido em 2010, quando por ser ano eleitoral não pudemos ter a reposição dos servidores que saíram, continuamos a perder servidores sem reposição, culminando com uma greve parcial em junho, julho, quando houve uma diminuição mais acentuada ainda de nossa capacidade de atendimento.</p> <p>Deste modo, não atendemos a meta acordada, pois tivemos diminuição de nossa capacidade de atendimento com a diminuição do número de servidores ligados diretamente ao atendimento do doador, o que acarretou insatisfação do mesmo, devido à demora do atendimento e conseqüente aumento da desistência em espera.</p> <p>Quanto ao número de solicitações por parte dos hospitais, houve um aumento em relação ao ano anterior, com diminuição na nossa eficiência de atendimento, o que reforça ainda mais a necessidade de investimento na área de atendimento ao doador, através de contratação de pessoal e revisão do fluxo de atendimento do doador. Para isto é evidente a necessidade de investimento específico.</p> <p>A substituição dos indicadores número de coletas realizadas por % de atendimento global, e do percentual de doadores de retorno pelo índice de satisfação do cliente, visam a escolher indicadores que reflitam a nossa interação com a sociedade e sejam realmente um desafio na busca a qualidade e melhoria constante.</p>

CARLOS GUILHERME QUINTINO VIEIRA
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO DE BELO HORIZONTE - HBH



2.15 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA JÚLIA KUBITSCHECK - HJK

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	11.610	12.311	11.976	Nº	50%	12.200	12.139	10
Percentual de doadores de retorno	52,42%	55,48%	60,13	%	50%	53	61,59 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
11.610	12.311	11.976	12.139
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A meta de 2011 não pôde ser alcançada devido a dificuldades em cumprir toda a programação de coletas externas, como consequência da falta de recursos humanos para atividades nos fins de semana. A Unidade coletou 99,5% da meta.			

INDICADOR – Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
52,42%	55,48%	60,13	61,59 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A meta pôde ser alcançada a partir da repetição de coletas externas em municípios já conhecidos, o que favoreceu a fidelização de doadores e a multiplicação de captadores locais. O índice alcançado tem reflexo direto na qualidade e segurança dos hemocomponentes produzidos.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
A principal dificuldade está relacionada à falta de recursos humanos para cumprir a carga de trabalho em coletas externas nos finais de semana. Da mesma forma, a necessidade de compensar esta carência através de ações voltadas ao aumento de coletas internas esbarra na mesma dificuldade, uma vez que o setor de captação da Unidade HJK também é deficiente em recursos humanos.

PAULO SÉRGIO DE FREITAS CAMILO
DIRIGENTE DA EQUIPE UNIDADE DE COLETA JÚLIA KUBITSCHECK- HJK

**2.16 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE ITUIUTABA - ITU****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	4.032	4.464	3.522	Nº	35%	3.600	3.057	9
Percentual de doadores de retorno	-	-	78,12	%	35%	60	77,13 %	10
Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”	76,50%	76,92%	92%	%	30%	80	Supervisão prevista para Set/2011, transferida para 2º Semestre 2012	

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,5



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
4.032	4.464	3.522	3.057
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Apesar da discreta queda, verificamos um contexto de melhor gerenciamento de estoque e mesmo frente às ameaças do ambiente externo, todas as solicitações foram atendidas a contento, e o cidadão se sente valorizado quando informado que lhe será solicitado à presença para nova doação, assim não ocorrendo prejuízo no vencimento do produto ofertado pelo mesmo.</p>			

INDICADOR - Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	78,12	77,13 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Meta atingida.</p>			

INDICADOR - Percentual de não conformidades sanadas ou com "planejamento de ações"			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
76,50%	76,92%	92%	Não houve supervisão em 2011.
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Apesar das condições inadequadas do layout e acomodação dos doadores e servidores, conseguimos corrigir as não conformidades apontadas e realizamos adequações dentro das possibilidades, e principalmente mostrando ao cidadão que sua aferição através dos questionários de satisfação, levaram e motivaram a construção de sede própria.</p>			



**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS**

Estrutura predial da unidade, perda de profissional médico e dificuldade de contratação, desestímulo da população, caravanas desmarcadas devido falta de veículo das cidades onde existe agências e assistências.

FÁBIA LIMA DE MACEDO AIDAR
DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE ITUIUTABA - ITU

**2.17 – EQUIPE HEMOCENTRO DE JUIZ DE FORA - JFO****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	30.233	29.832	29.931	Nº	25%	30.500	32.023	10
Percentual de doadores de retorno	73,26%	74,30%	73,45	%	25%	60	74,83 %	10
Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”	-	-	-	%	25%	80	85,7 %	10
Percentual de pagamento no prazo	100%	100%	100%	%	25%	100	98,27%	6

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
30.233	29.832	29.931	32.023
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>A unidade apresentou um grande acréscimo no número de coletas realizadas em relação aos anos anteriores. O crescimento foi necessário para que houvesse garantia do atendimento à demanda hemoterápica da região de abrangência, que tem apresentado demanda transfusional em elevação. Esse resultado permitiu que, durante vários períodos do ano, os pacientes recebessem os hemocomponentes com qualidade e agilidade, dentro do previsto nas prescrições médicas. Campanhas de mobilização pela doação voluntária e novas estratégias de incentivo ao retorno, assim como as coletas externas, colaboraram para o resultado.</p>			

INDICADOR – Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
73,26%	74,30%	73,45	74,30 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O percentual de retorno acima da meta é um indicativo de que o serviço oferecido ao doador é capaz de fidelizá-lo. O retorno é o primeiro passo para que o doador torne-se freqüente e, com isso, represente maior segurança e qualidade para os hemocomponentes produzidos (já que o indivíduo tem contato recorrente com as triagens feitas na Instituição). As ações de captação que buscam incentivar novas doações têm gerado bons resultados. É o caso dos convites por telefone (que passaram a ser feitos por uma nova metodologia em 2011) e das cartas mensais enviadas.</p>			



INDICADOR - Percentual de não conformidades sanadas ou com "planejamento de ações			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	85,7 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Os setores com não conformidades identificadas se envolveram nas ações planejadas empenhando-se para saná-las, sendo que os Planejamentos de Ações vêm contribuindo como ferramentas eficazes na busca pela melhoria contínua. O alcance da meta deste indicador contribuiu para manutenção da segurança dos procedimentos e melhoria do serviço prestado ao cidadão, bem como para a percepção que este tem da seriedade e compromisso da Fundação Hemominas com a qualidade.			

INDICADOR - Percentual de pagamento no prazo			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
100%	100%	100%	98,27%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O fechamento temporário do SIAFI em setembro de 2011 implicou em atrasos nos pagamentos de faturas (consumo de água e energia elétrica) com vencimento em novembro de 2011. A indisponibilidade de recursos orçamentários para liquidação dos pagamentos dentro do prazo de vencimento resultou em encargos para os cofres públicos e conseqüentemente o não cumprimento da meta.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Em alguns setores tivemos dificuldades por falta de servidores e recursos financeiros. Em 2012 teremos um aumento da demanda transfusional, pois teremos o Centro de Transplante de Medula Óssea Alogênica em Juiz de Fora. O crescimento da cidade e região, em especial o Serviço de Oncologia na cidade de Muriaé, está sendo responsável pelo aumento da demanda transfusional. Portanto, necessitamos de melhoria contínua nas ações estratégicas visando aumentar o comparecimento de doadores, através de programas de conscientização, dentre outros.

ANDRÉA MAGALHÃES NICOLATO
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO DE JUIZ DE FORA - JFO

**2.18 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE MANHUAÇÚ – MÇU****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	5.748	5.688	5.458	Nº	35%	6.000	5.276	9
Percentual de doadores de retorno	72,92%	72,56%	72,64	%	35%	60	74,30	10
Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”	-	-	-	%	30%	80	100 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,65



INDICADOR – Coletas realizadas			
SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO			
TIPO			
<input checked="" type="checkbox"/> Alteração		<input type="checkbox"/> Título	
<input type="checkbox"/> Substituição		<input type="checkbox"/> Descrição	
<input type="checkbox"/> Exclusão		<input type="checkbox"/> Meta 2011	
DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO SOLICITADA			
Alteração solicitada para cumprimento de coletas realizadas para 2012 é de 5500 bolsas coletadas.			
JUSTIFICATIVA			
Períodos de enchente, vacinação, colheita de café, gerenciamento do estoque diário evitando o desprezo de bolsas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
5.748	5.688	5.458	5.276
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Gerenciamento e acompanhamento da captação voltada para demanda local da rede.			

INDICADOR - Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
72,92%	72,56%	72,64	74,30 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Doadores conscientizados e fidelizados pelo Setor de Captação			



INDICADOR – Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	100 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta alcançada			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Dificuldade no processo para um melhor gerenciamento no acompanhamento Diário de Estoque. Intensificar o gerenciamento e acompanhamento da captação voltada para a demanda local da rede.

JADILSON WAGNER SILVA DO CARMO
DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE MANHUAÇÚ - MÇU



2.19 – EQUIPE HEMOCENTRO DE MONTES CLAROS - MOC

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	15.706	16.816	16.330	Nº	50%	17.000	17.113	10
Percentual de doadores de retorno	72,12%	72,47%	73,17	%	50%	60	71,92 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR – Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
15.706	16.816	16.330	17.113
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A demanda por hemocomponentes da região norte mineira foi satisfatoriamente atendida durante o período, apresentando índice de eficácia do atendimento hemoterápico superior a 95%.			

INDICADOR – Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
72,12%	72,47%	73,17	71,92 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O atendimento ao doador feito com cortesia, eficiência e qualidade, oferecendo segurança e organização, levou à superação da meta proposta.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Apesar do alcance das metas propostas tivemos dificuldades na composição da equipe de triagem clínica de doadores, com a insuficiência do quadro médico limitando as ações da Captação e o horário de funcionamento da unidade, levando ainda a um aumento do tempo de atendimento ao doador. A limitação desta equipe impossibilitou, ainda, a realização de coletas externas. Para alcançar a meta foi necessária a atuação periódica da coordenação, gerencia técnica e chefia da área executando atividades como médicos triagistas.

JOSÉ GERALDO MAIA

DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO DE MONTES CLAROS - MOC

**2.20 – EQUIPE HEMOCENTRO DE POUSO ALEGRE – PAL****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	13.754	14.061	11.887	Nº	25%	10.000	11.929	10
Percentual de doadores de retorno	60,27%	64,08%	65,14	%	25%	60	68,09 %	10
Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”	-	-	-	%	25%	80	100 %	10
Percentual de pagamento no prazo	100%	94,50%	100%	%	25%	100	91%	6

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
13.754	14.061	11.887	11.929
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Captação de doadores procurou manter diariamente 60 a 70 candidatos agendados.			

INDICADOR - Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
60,27%	64,08%	65,14	68,09 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Fidelização dos doadores de retorno. Captação e conscientização dos doadores de retorno.			

INDICADOR – Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	100 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Equipe do NLQ, esta em dia e acompanhando ativamente o recebimento das RNC's Técnicas e Administrativas. Utilização constante do PRG's para suporte e orientação.			



INDICADOR - Percentual de pagamento no prazo			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
100%	94,50%	100%	91%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>02 faturas pagas fora do prazo. Correios – troca de servidor no setor financeiro, problemas no site do correios para imprimir fatura.</p> <p>As multas e acréscimo foram custeados pelos servidores operacionais responsáveis pelo controle e envio para pagamento das respectivas faturas.</p> <p>A gerência Administrativa executou plano de ação de acordo com o manual de gestão orçamentária e financeira das despesas contratadas em seu item 6.3.4 – II</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Falta de recursos humanos.

JOSIANE MARIA POLLINI
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO DE POUSO ALEGRE - PAL



2.21 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PASSOS - PAS

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	6.112	7.129	7.078	Nº	50%	7.300	7.773	10
Percentual de doadores de retorno	72,09%	70,04%	71,20%	%	50%	60	71,78 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR – Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
6.112	7.129	7.078	7.773
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O resultado deste indicador permitiu que os hospitais e pacientes pudessem ser atendidos na plenitude das solicitações efetuadas de hemocomponentes, tanto na nossa área de abrangência como nas outras Unidades da FH que puderam receber bolsas nossas excedentes.			

INDICADOR - Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
72,09%	70,04%	71,20%	71,78 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O indicador permite que o cidadão exerça o seu ato de cidadania, tornando-se um doador fidelizado e entenda que ele é responsável pelo bem estar do próximo. Quanto ao receptor, o fato de ter um doador fidelizado permite, via de regra, que o mesmo seja propenso a ter menos condições de inaptidão. Quanto à FH, o indicador pode refletir menor possibilidade de perda de bolsa por inaptidão sorológica e com isso, menor custo operacional.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Estrutura física acanhada, inadequada para o quantitativo de doadores, necessitando com urgência uma nova sede. Número inadequado de servidores para o número de doadores e para o aumento progressivo dos processos da FH.

FLÁVIO RIBEIRO CAMPOS
DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PASSOS - PAS



2.22 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PATOS DE MINAS – PMI

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	6.277	6.809	6.443	Nº	50%	7.000	6.454	9
Percentual de doadores de retorno	74,12%	73,47%	74,52%	%	50%	60	74,30 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,5



INDICADOR - Coletas realizadas			
SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO			
TIPO			
<input checked="" type="checkbox"/> Alteração	<input type="checkbox"/> Título		
<input type="checkbox"/> Substituição	<input type="checkbox"/> Descrição		
<input type="checkbox"/> Exclusão	<input type="checkbox"/> Meta 2011		
DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO SOLICITADA			
<p>Não estamos solicitando alteração, pois o acordado com a GSA quando da proposta de aumento da meta para 7000 coletas argumentamos que devido nossa demanda não se justificava este aumento, e propusemos que fosse estipulado em 6.500, o que para nós tinha sido aceito, além do mais o aumento proposto foi a partir de 06/2011, ou seja, tivemos 6 meses para cumpri-la.</p>			
JUSTIFICATIVA			
<p>Temos conseguido trabalhar com o estoque otimizado, e se aumentarmos a coleta para a quantidade proposta correremos o risco de aumentar o número de bolsas desprezadas.</p>			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
6.277	6.809	6.443	6.454
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O principal benefício foi o atendimento a tempo e à hora da demanda de hemo componentes pelos hospitais conveniados, ressaltando-se o fornecimento de plaquetas, uma vez que devido à implantação de procedimentos que demandam este produto tivemos dificuldade em atender aos pedidos sendo necessário recorrer a outras Unidades.</p>			



INDICADOR - Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
74,12%	73,47%	74,52%	74,30 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O índice alcançado neste quesito demonstra a capacidade da Unidade em fidelizar o doador, e conseqüentemente oferecer hemocomponentes com mais qualidade.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
A dificuldade se restringe à discrepância entre a meta proposta e a demanda, pois corre-se o risco de aumentar o desprezo de bolsas por vencimento.

FÁBIO BALTAZAR DO NASCIMENTO
DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PATOS DE MINAS - PMI



2.23 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PONTE NOVA – PNO

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	6.312	6.323	6.002	Nº	35%	6.100	6.134	10
Percentual de doadores de retorno	68,50%	70,46%	73,22	%	35%	60	73,95 %	10
Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”	-	-	-	%	30%	80	92,1 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
6.312	6.323	6.002	6.134
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Em 2011 tivemos dificuldade em aumentar o número de candidatos à doação pela deficiência de médicos na triagem clínica de doadores (médicos de licença médica e férias). A meta foi cumprida devido ao comprometimento, dedicação e bom trabalho em equipe realizado pelos servidores do Núcleo Regional de Ponte Nova.</p>			

INDICADOR – Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
68,50%	70,46%	73,22	73,95 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Meta atingida com sucesso pela equipe do NCRPNO devido ao bom trabalho da equipe da captação e dos funcionários envolvidos com o fluxo do doador que com bom acolhimento contribuíram para o aumento da porcentagem de doadores de retorno.</p>			



INDICADOR – Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	92,1 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta alcançada			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Tivemos dificuldades em atingir a meta de coletas realizadas devido à falta de médico triagista por motivo de licenças médicas e férias destes servidores. Mas no segundo semestre de 2011 com o empenho de toda a equipe de funcionários da unidade conseguimos aumentar o número de doações e atingir a meta proposta.

FERNANDO JOSÉ UBALDO COUTINHO
DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PONTE NOVA - PNO

**2.24 – EQUIPE UNIDADE REGIONAL DE POÇOS DE CALDAS - POC****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	-	-	5.695	Nº	25%	6.000	6.496	10
Percentual de doadores de retorno	-	-	23	%	25%	20	43,68 %	10
Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”	-	-	90	%	50%	80	100 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR - Coletas realizadas			
SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO			
TIPO			
<input checked="" type="checkbox"/> Alteração		<input type="checkbox"/> Título	
<input type="checkbox"/> Substituição		<input type="checkbox"/> Descrição	
<input type="checkbox"/> Exclusão		<input type="checkbox"/> Meta 2011	
DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO SOLICITADA			
6500 coletas realizadas/ ano			
JUSTIFICATIVA			
A unidade expandiu a área de abrangência.			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	5.695	6.496
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
As AT e AH foram atendidas a contento, com um índice de eficiência e eficácia acima de 90% em todos os meses devido ao número de coletas realizadas.			



INDICADOR - Percentual de doadores de retorno			
SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO			
TIPO			
<input checked="" type="checkbox"/> Alteração		<input type="checkbox"/> Título	
<input type="checkbox"/> Substituição		<input type="checkbox"/> Descrição	
<input type="checkbox"/> Exclusão		<input type="checkbox"/> Meta 2011	
DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO SOLICITADA			
30% percentual de doadores de retorno			
JUSTIFICATIVA			
A meta da Fundação Hemominas é de 60%. A unidade de Poços de Caldas ainda não disponibiliza de tempo de serviço suficiente para fomentar a meta institucional, porém observa-se que houve um aumento considerável no último ano de doadores de retorno, possibilitando a alteração da meta.			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	23	43,68 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Poços de Caldas trabalha com captação hospitalar principalmente em casos de cirurgias eletivas. É utilizado o estoque estratégico com intuito de garantir ao cidadão o hemoterápico em casos de urgência, para isso contamos com os doadores de repetição.			

INDICADOR - Percentual de não conformidades sanadas ou com "planejamento de ações			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	90	100 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
À medida que as não conformidades são sanadas oferecemos para o cidadão um serviço melhor.			



**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS**

Nas não conformidades apontadas pela supervisão ou pela VISA, a unidade ainda encontra dificuldade para sanar as não conformidades que dependem de ações institucionais.

CIBELE ANGÉLICA DE SOUZA SPINNA
DIRIGENTE DA EQUIPE UNIDADE REGIONAL DE POÇOS DE CALDAS - POC

**2.25 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE SÃO JOÃO DEL REY - SJR****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	5.536	5.503	5.815	Nº	35%	6.250	5.974	10
Percentual de doadores de retorno	74,12%	69,96%	67,38%	%	35%	60	67,93 %	10
Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”	-	-	-	%	30%	80	100 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR – Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
5.536	5.503	5.815	5.974
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Com a implantação do PACE (Posto Avançado de Coleta Externa) de Lavras e das coletas extras, estabelecemos nova meta para o indicador (de 5.300 no ano de 2010 para 6.250 para 2011), ampliando com isso o atendimento aos candidatos à doação nas coletas extras e no PACE de Lavras.			

INDICADOR – Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
74,12%	69,96%	67,38%	67,93 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Trabalho de conscientização do setor de captação que mantém o índice histórico de doador de retorno.			

INDICADOR – Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	100 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Para todas as não conformidades relatadas no relatório de supervisão realizada em nossa Unidade pela equipe de BH foram realizados planos de ação para correção.			



**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS**

Dificuldades relacionadas à deficiência de recursos humanos, inadequação do espaço físico e manutenção da qualidade da estrutura de atendimento do PACE e das coletas extras.

HAMILTON CAMPANATI RIBEIRO
DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE SÃO JOÃO DEL REY - SJR



2.26 – EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE SETE LAGOAS - SLA

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	8.396	9.036	9.247	Nº	35%	9.400	9.662	10
Percentual de doadores de retorno	68,88%	68,06%	70,65%	%	35%	60	69,86 %	10
Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”	-	-	-	%	30%	80	100 %	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
8.396	9.036	9.247	9.662
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Necessidade maior disponibilização de hemocomponentes para os hospitais contratantes e toda a fundação Hemominas.			

INDICADOR – Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
68,88%	68,06%	70,65%	69,86 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta alcançada			

INDICADOR – Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	100 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Comprometimento de toda a equipe de funcionários lotados no Núcleo Regional de Sete Lagoas. Grande maioria das não-conformidades remanescentes relacionadas à infra-estrutura e déficit de RH.			



**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS**

1. Dificuldades junto aos hospitais contratantes no que diz respeito ao envio sistemático de doadores.
2. Déficit de RH.

GUSTAVO ADOLPHO VILLEGAS SILVA
DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE SETE LAGOAS - SLA

**2.27 – EQUIPE HEMOCENTRO DE UBERLÂNDIA - UDI****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	20.527	19.813	19.872	Nº	25%	20.000	19.722	10
Percentual de doadores de retorno	74,04%	75,12%	73,07%	%	25%	60	72,29 %	10
Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”	-	-	80	%	25%	80	Supervisão prevista para Set/2011, transferida para 1º Semestre 2012	
Percentual de pagamento no prazo	100%	100%	100%	%	25%	100	94,59%	6

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,67



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
20.527	19.813	19.872	19.722
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Meta não atingida totalmente (98,61%) devido ao fato de termos realizados menor número de coletas externas em 2011. Tal fato se justifica por termos tido grande movimentação de pessoal, com retorno de diversos servidores cedidos aos seus órgãos de origem, o que demandou grande período para seleção e treinamento dos servidores contratados e contingenciamento de despesas.</p>			

INDICADOR - Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
74,04%	75,12%	73,07%	72,29 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Meta atingida plenamente, devido às ações de captação e bom atendimento aos doadores de primeira vez, propiciando seu retorno.</p>			

INDICADOR - Percentual de não conformidades sanadas ou com "planejamento de ações			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	80	
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Supervisão foi adiada pelo fato de termos grande movimentação de pessoal, e vários setores com muitos servidores em treinamento.</p>			



INDICADOR - Percentual de pagamento no prazo			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
100%	100%	100%	94,59%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta de 100% não alcançada devido ao fato do governo do estado não ter disponibilizado orçamento nos últimos meses do ano, causando o atraso em alguns dos pagamentos. Não houve falha da parte da unidade.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>Problemas com pessoal: No ano de 2011 tivemos vários problemas de pessoal, principalmente exonerações e retorno de servidores cedidos aos órgãos de origem. Esta grande movimentação de pessoal demandou esforços no sentido de seleção de pessoal para contrato, contratação de pessoal e treinamentos dos novos servidores. Essas ações impossibilitaram de realizar mais coletas externas e supervisões em serviços contratantes, por exemplo. Continuamos com problemas no quadro médico, uma vez que a remuneração não consegue atrair nem fixar os profissionais no serviço. Uma médica hematologista assumiu o contrato e permaneceu por apenas 2 meses, por exemplo.</p> <p>Problemas com contratos/orçamentários: Tivemos problemas com contratos vencidos que não foram renovados por questões orçamentárias. A restrição orçamentária prejudicou a programação e o bom andamento dos serviços e causou o atraso em alguns pagamentos, o que refletiu no último indicador.</p>

PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE PAIVA
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO DE UBERLÂNDIA - UDI

**2.28 – EQUIPE HEMOCENTRO DE UBERABA - URA****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período 2011		Nota Estimada
	2008	2009	2010			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	16.838	16.330	15.422	Nº	25%	15.000	15.494	10
Percentual de doadores de retorno	77,06%	77,96%	77,59%	%	25%	60	77,75 %	10
Percentual de não conformidades sanadas ou com “planejamento de ações”	-	-	-	%	25%	80	100 %	10
Percentual de pagamento no prazo	100%	100%	100%	%	25%	100	87,34%	4

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,5



INDICADOR - Coletas realizadas			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
16.838	16.330	15.422	15.494
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A coleta ficou dentro do estabelecido na nossa meta. Para atingir este número implementamos a coleta externa sendo realizada este ano 7 e também intensificamos recrutamento hospitalar.			

INDICADOR - Percentual de doadores de retorno			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
77,06%	77,96%	77,59%	77,75%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Continuamos com o trabalho junto ao doador conscientizando-os da importância do seu retorno ao serviço.			

INDICADOR - Percentual de não conformidades sanadas ou com "planejamento de ações			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
-	-	-	100 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Após recebermos o relatório da supervisão, reunimos as chefias de cada setor para estabelecermos o plano de ação das não conformidades. A grande maioria trata-se de infraestrutura física. Aquelas de responsabilidade local agilizamos a resolução.			



INDICADOR - Percentual de pagamento no prazo			
RESULTADOS DO INDICADOR			
HISTÓRICO			EXECUÇÃO 2011
2008	2009	2010	
100%	100%	100%	87,34%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Índice de pagamento no prazo realizado: 87,34%%. Motivo: dificuldades do Estado na liberação do orçamento.*			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>Este ano tivemos dificuldades com recurso humano principalmente no setor de triagem clínica do doador e setor administrativo. Apesar da falta de médicos na triagem clínica, conseguimos manter a meta estipulada para o número de coletas e retorno dos doadores. Porém observamos um aumento no percentual de candidatos desistentes(0,64% em 2010 e 0,96% em 2011).</p> <p>Conseguimos realizar a mudança do ambulatório, o que gerou maior conforto aos pacientes.</p> <p>A área administrativo este ano foi a que teve maiores dificuldades, o número de funcionário é insuficiente para o setor e ainda tivemos um colaborador com atestado médico prolongado (3 meses).</p> <p>A não liberação do recurso financeiro pela Fundação impossibilitou o pagamento em dia das nossos compromissos financeiros, apesar destes estarem dentro do orçamento anual. Esta situação gerou mais desgaste a equipe.</p>

PAULO ROBERTO JULIANO MARTINS
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO DE UBERABA - URA