



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: 2014

Belo Horizonte, maio de 2015



SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	4
2 - DESEMPENHO DAS EQUIPES DE TRABALHO	5
2.1 – EQUIPE ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL - ACS	5
2.2 – EQUIPE ASSESSORIA DA QUALIDADE - ASQ	7
2.3 – EQUIPE DIRETORIA DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA - ATE.....	9
2.4 – EQUIPE AUDITORIA SECCIONAL - AUD	11
2.5 – EQUIPE GABINETE - GAB	13
2.6 – EQUIPE DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS – PGF ..	15
2.7 – EQUIPE PROCURADORIA - PRO	18
2.8 – EQUIPE DIRETORIA TÉCNICO CIENTÍFICA – TEC	20
2.9 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA/TRANSFUSÃO DE ALÉM PARAÍBA - ALP .	23
2.10 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE BETIM - BET.....	25
2.11 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE DIAMANTINA - DIA	27
2.12 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE DIVINÓPOLIS - DIV	29
2.13 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL GOVERNADOR VALADARES - GOV.	32
2.14 – EQUIPE HEMOCENTRO DE BELO HORIZONTE - HBH.....	35
2.15 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHECK - HJK..	37
2.16 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE ITUIUTABA - ITU	39
2.17 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE JUIZ DE FORA - JFO.....	41
2.18 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE MANHUAÇÚ - MÇU	43



2.19 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE MONTES CLAROS - MOC.....	45
2.20 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE POUSO ALEGRE - PAL.....	47
2.21 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE PASSOS – PAS.....	49
2.22 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE PATOS DE MINAS – PMI.....	51
2.23 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE PONTE NOVA – PNO.....	53
2.24 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE POÇOS DE CALDAS - POC.....	55
2.25 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE SÃO JOÃO DEL REI - SJR.....	57
2.26 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE SETE LAGOAS - SLA.....	59
2.27 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERLÂNDIA - UDI.....	61
2.28 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERABA - URA.....	63



1 – INTRODUÇÃO

O presente relatório se destina a fornecer informações sobre o desempenho das equipes de trabalho que compõem a **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 2014 e 31 de dezembro de 2014.

Os dados e informações aqui relatados foram consolidados pela **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 do Caderno de Gestão Integrada, Eficiente e Eficaz 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 **Equipe de Apoio à Gestão Estratégica da Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais** e podem ser consultadas a qualquer momento pela CAA, pela Auditoria Setorial/Seccional, pela Controladoria-Geral do Estado ou por outros órgãos de controle e auditoria.

Belo Horizonte, 12 de maio de 2015.

(assinatura do Acordante)

JÚNIA GUIMARÃES MOURÃO CIOFFI
PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE MINAS
GERAIS



2 - DESEMPENHO DAS EQUIPES DE TRABALHO

2.1 – EQUIPE ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL - ACS

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Taxa de retorno da imprensa	144	200	297,02	%	100%	205	267,25	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Taxa de retorno a imprensa			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
144	200	297,02	267,25

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR

O excepcional resultado se deve à ação desenvolvida pela PRE.ACS e ratificada pela Direção Superior de solicitação ao T.R.E. de autorização para a continuidade da abordagem à imprensa em período eleitoral (2014). As análises detalhadas ao longo do ano e o resultado média mensal estão na tabela abaixo:

PERÍODO ANALISADO	DATA DA ANÁLISE	RESULTADO	ANÁLISE
jan/14	14/fev	340,00%	Lançamento campanha Torcida Doadora
fev/14	28/mar	275,00%	Poucas atividades nas unidades, campanha Torcida Doadora
mar/14	22/abr	223,07%	Poucas atividades, mas com maior retorno dos releases da Torcida Doadora e agendamento HBH
abr/14	15/mai	272,72%	Não houve busca eficaz pelas notícias pela pessoa que faz o clipping (perfil RH)
mai/14	04/jun	700,00%	Muita procura após a divulgação de release sobre cancelamento de cirurgias e queda no estoque
jun/14	14/jul	257,14%	Poucas atividades devido a feriados e pontos facultativos na Copa do Mundo
jul/14	10/ago	150,00%	Período eleitoral, poucas atividades devido a feriados e pontos facultativos na Copa do Mundo
ago/14	15/out	150,00%	Sem estagiário para fazer o Integre-se, período eleitoral (perfil RH)
set/14	10/nov	100,00%	Mudança de estagiário que faz o Integre-se, período eleitoral (RH)
out/14	18/nov	210,00%	Maior número de coletas de sangue no interior, fim do período eleitoral
nov/14	17/nov	266,67%	Suspensão do cadastro de medula foi o assunto principal, assim como as atividades da Semana do Doador
dez/14	16/jan	262,50%	Grande retorno do release de horário de funcionamento do Natal e Reveillon
Média Mensal		267,25%	Resultado superou as expectativas, em função da autorização do T.R.E.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

Alinhamento, com antecedência de cerca de 6 meses, das ações para encaminhamento da solicitação ao T.R.E em tempo hábil.

REGINA CÉLIA VASCONCELOS SILVA
DIRIGENTE DA EQUIPE ACESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL - ACS



2.2 – 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 Técnica da Qualidade no Hemocentro de Belo Horizonte	Relatório 2014 referente à Avaliação Técnica da Qualidade no Hemocentro de Belo Horizonte	31/12/2014	100%	1	31/12/2014	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: 10,00



PRODUTO: Avaliação Técnica da Qualidade no Hemocentro de Belo Horizonte

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

A Avaliação Técnica da Qualidade no Hemocentro de Belo Horizonte ocorreu nas áreas previstas. Foi realizado o cronograma de verificação do conjunto de requisitos aplicáveis, realizados em 2014. Foi utilizado instrumento de verificação apropriado a cada processo interno a partir do Manual da Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia 1ª Edição para os processos afins. A Avaliação ocorreu nos dias 10, 11 e 12 de Junho de 2014. Foram gerados relatórios para as não conformidades encontradas durante a avaliação nos processos. Os resultados gerais indicaram resultado satisfatório e a manutenção da melhoria contínua dos processos internos a partir do incremento de ações de melhoria.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

O produto pactuado em 2014 pela Assessoria da Qualidade se refere à realização de Avaliação Técnica no Hemocentro de Belo Horizonte para verificar o grau de atendimento aos requisitos necessários ao processo de Acreditação junto à AABB / ABHH. Houve melhoria nas dificuldades observadas em 2013, mas algumas ainda foram mantidas para 2014, corresponde à indisponibilidade das lideranças durante a avaliação e o não entendimento do processo pelas equipes.

FERNANDA FANTINI PEREIRA
DIRIGENTE DA EQUIPE ASSESSORIA DA QUALIDADE - ASQ



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



2.3 – EQUIPE DIRETORIA DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA - ATE

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Índice de aderência a Política de Segurança da Informação do Governo do Estado	-	66,21%	74.8%	%	40%	78%	78,025%	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	
Realizar o monitoramento intensivo dos Projetos Estratégicos estabelecidos e planejados pela Alta Direção da Fundação Hemominas.	Projetos Estratégicos da Fundação Hemominas devidamente monitorados e acompanhados.	31/12/2014	30%	1	31/12/2014	0	10
Acompanhar, anualmente, o Plano Diretor Estadual de Sangue e Hemoderivados.	Apresentação na reunião da Câmara Técnica de Hemoterapia o acompanhamento do Plano Diretor Estadual de Sangue e Hemoderivados	15/12/2014	30%	1	27/11/2014	-	10

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

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Índice de aderência a Política de Segurança da Informação do Governo do Estado

HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
-	66,21%	74.8%	78,025%

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR

Em 2014 foram estruturados novos servidores com virtualizações de ambientes e garantia de redundância. A sala técnica foi reestruturada com redundância de equipamento para refrigeração e readequação de carga elétrica e nobreak.

Colocado em produção a nova versão do Symantec mantendo o antivírus atualizado. e a substituição de unidades de fitas LTO para manutenção do backup.

PRODUTO: Realizar o monitoramento intensivo dos Projetos Estratégicos estabelecidos e planejados pela Alta Direção da Fundação Hemominas.

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Todos os Projetos Estratégicos estabelecidos e planejados pela Alta Direção da Fundação Hemominas foram monitorados intensivamente, via contato direto com os responsáveis pelos projetos, seja por e-mail, telefone ou reuniões, e posteriormente as informações foram repassadas para a Alta Direção nas reuniões gerenciais.

PRODUTO: Acompanhar, anualmente, o Plano Diretor Estadual de Sangue e Hemoderivados.

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Foi realizado o 2º acompanhamento do Plano Diretor Estadual de Sangue e Hemoderivados de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde em 2014. Os parâmetros, resultados e análise foram apresentados e discutidos em reunião da Câmara Técnica de Hemoterapia.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

Devido ao contingenciamento de recursos, a implementações de novos recursos como IDS-IPS e solução para gestão de serviços de email como o Exchange, importantes para aumentar a segurança da informação ainda não foram adquiridos.

A rotatividade de pessoal e a demora na reposição de RH foi uma dificuldade que impactou no desenvolvimento das atividades.

KELLY NOGUEIRA GUERRA

DIRIGENTE DA EQUIPE DIRETORIA DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA - ATE



2.4 – EQUIPE AUDITORIA SECCIONAL - AUD

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Índice médio de execução do Plano Anual de Auditoria (PAA)	100%	97,62%	100%	%	100%	95%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Índice médio de execução do Plano Anual de Auditoria (PAA)

HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
100%	97,62%	100%	100%

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR

O Plano Anual de Auditoria foi cumprido conforme planejado junto à Controladoria Geral do Estado e a Presidência da Fundação. Tendo sido emitidos os respectivos documentos de auditoria. As ações de auditoria prevista no PAA visam garantir o cumprimento das normas, bem como a correta execução financeira e orçamentária dos recursos públicos, a transparência e combate à corrupção, bem como realizar as atividades de correção administrativa no âmbito da Fundação.

Houve significativa melhora no acompanhamento do controle de efetividade das recomendações de auditoria, que resultou no percentual de 89% das recomendações efetivadas.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

Destacamos que houve um aumento significativo nas demandas do NUCAD, sendo um grande número de processos disciplinares. Além disso, em 2014 houve um crescente número de denúncia de grande complexidade que demandou muitas atividades da equipe de auditoria operacional.

Por fim, salientamos que não foi possível realizar as visitas técnicas programadas, pois a equipe estava reduzida em fase do número de demanda, o que impactou na nota final da equipe, mas não prejudicou o resultado.

JANIA MARISA MALHEIROS
DIRIGENTE DA EQUIPE AUDITORIA SECCIONAL - AUD



2.5 – EQUIPE GABINETE - GAB

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Tempo médio de resposta às demandas das Ouvidoria Especializadas/OGE	25,6 dias	14,12 dias	10,45 dias	dias	100%	20 dias	14,12 dias	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Tempo médio de resposta às demandas das Ouvidoria Especializadas/OGE			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
25,6 dias	14,12 dias	10,45 dias	14,12 dias
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Em 2014 tivemos um número maior de demandas de cidadãos no sistema da Ouvidoria Geral, porém ficamos abaixo da meta prevista.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Tivemos algumas dificuldades para execução do indicador, pois dependemos de informações de áreas da Hemominas para cumprimento do prazo pactuado para o mesmo.

MARIA ISABEL PEREIRA DE CASTILHO RAFAEL MAIA
DIRIGENTE DA EQUIPE GABINETE - GAB



2.6 – EQUIPE DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS – PGF

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Índice de satisfação dos servidores com os programas de qualidade de vida	90,50%	96,50%	97,00%	%	30%	97,00%	97,50%	10
RH Responde – Acordo de Nível de Serviço do RH - Nível 2	-	-	-	%	30%	90,00%	100%	10
Eficácia do Planejamento da Despesa	79,31%	82,02%	83,00%	%	40%	83,00%	83,04%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Índice de satisfação dos servidores com os programas de qualidade de vida			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
90,50%	96,50%	97,00%	97,50%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>A Qualidade de vida se tornou assunto constante no mundo corporativo. A Fundação com a finalidade de investir em bem estar dos servidores assim como proporcionar um ambiente de trabalho agradável criou Programas de Qualidade de vida como o Programa de Ginástica Laboral com a propósito de atingir o maior numero de servidores e outros baseados no perfil epidemiológico da instituição (Programa de Prevenção e Controle Cardiovascular e Sustentabilidade Corporal). Estes Programas visam promover satisfação dos servidores, esta satisfação é analisada por meio de questionários no qual os servidores pontuam através de uma escala, onde (1) é muito insatisfeito e (4) é muito satisfeito. Essa pesquisa é realizada somente onde os Programas são executados. Nas unidades de Belo Horizonte a satisfação já era computada até o 1º semestre de 2014. No 2º semestre de 2014, após análise da Direção Superior, foi incluído também o Hemocentro de Montes Claros que desenvolve atividades de Ginástica Laboral.</p>			

INDICADOR: RH Responde – Acordo de Nível de Serviço do RH - Nível 2			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
-	-	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Com a utilização da nova ferramenta de orientação da SEPLAG – RH RESPONDE, em consonância ao Projeto MASP – Modernização na Administração dos Serviços e Sistemas de Pessoal, algumas ocorrências foram geradas por dúvidas e intempestividades, o que foram sanadas posterior ao treinamento com a equipe SCAP/Projeto Estratégico M.A.S.P.</p>			

INDICADOR: Eficácia do Planejamento da Despesa			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
79,31%	82,02%	83,00%	83,04%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O indicador de Eficácia do Planejamento da Despesa tem como objetivo avaliar quantitativamente a qualidade das informações do planejamento da despesa, visando aperfeiçoar o subsidio para tomada de decisão tornando-a mais assertiva, e monitorar a cultura do planejamento no âmbito da Fundação Hemominas.</p> <p>Considerando a metodologia de avaliação da eficácia do planejamento da despesa, onde foram atribuídos três</p>			



requisitos de avaliação da eficácia, sendo VALOR, PRAZO e DESCRIÇÃO com peso 01 e 02 para análise de cada Termo de Referência, a execução do indicador durante o ano de 2014 obteve resultados satisfatórios.

Foram emitidos 393 Termos de Referência em 2014, totalizando um montante de R\$ 59.097.580,00(Cinquenta e Nove Milhões, Noventa e Sete Mil, Quinhentos e Oitenta Reais), conforme FMNP-G.GPO.PRC- 07 Monitoramento da PAMCS;

Programadas – R\$54.799.567,58 – 93,38%

Não programadas – R\$ 4.298.012,72 – 6,62%

Referente aos requisitos de eficácia mensurados a cada Termo de referência, de acordo com os registros, há maior impacto na comparação entre o valor programado e o estimado, uma vez que há incompatibilidade entre o período planejado e o período do processo de compras. A Estimativa do valor para a elaboração do planejamento da despesa ocorre no último quadrimestre do exercício anterior com previsão de 12 meses para exercício subsequente. Já o processo de compras ocorre diariamente durante todo o exercício e a estimativa do valor para a aquisição / contratação ocorre com base no cenário econômico atual.

Quanto à eficácia dos requisitos Prazo e Descrição, de acordo com a metodologia, pode-se observar melhorias no alinhamento entre o processo de compras (PAMCS) e o planejamento da despesa trabalhados durante 2014.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

Índice de satisfação dos servidores com os programas de qualidade de vida - A satisfação com os programas de qualidade de vida é avaliada na Fundação semestralmente. Para o preenchimento do formulário de satisfação e alcance do resultado é realizado um trabalho in loco nos setores das unidades avaliadas (ADC/Almoxarifado Central/ HBH e MOC). A supervisão do programa acompanha os instrutores para o melhor preenchimento do formulário nos setores. Percebemos que de 2013 para 2014 houve uma melhora na adesão do preenchimento dos formulários, porém alguns servidores se recusam em preencher e outros apresentam dificuldade durante o preenchimento dos mesmos. Um fator dificultador no bom desempenho dos Programas nas UFH's também é a ausência de facilitador bem como estagiários para executarem o Programa de Ginástica Laboral nas unidades regionais.

RH Responde – Acordo de Nível de Serviço do RH - Nível 2 - o fator tempo de reposta é o maior dificultador, pois comprometemos a qualidade dos serviços e não temos como nos posicionar diante dos questionamentos de servidores, agravado ainda por necessidade de cumprimento de Decisões Judiciais e encerramento da taxaço.

Eficácia do Planejamento da Despesa - Para monitoramento e registro dos dados do indicador não foram encontradas dificuldades, uma vez que as normas e os procedimentos estão documentados em manual, os formulários padronizados e a metodologia é conhecida por todas as Unidades da Fundação Hemominas.

MARCELUS FERNANDES LIMA

DIRIGENTE DA EQUIPE DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS – PGF



2.7 – EQUIPE PROCURADORIA - PRO

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Tempo médio para emissão de pareceres e notas jurídicas sobre licitações, contratos, convênios e editais.	4,16	3,17	4,53	Dias úteis	100%	4,50	4,42	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Tempo médio para emissão de pareceres e notas jurídicas sobre licitações, contratos, convênios e editais

HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
4,16	3,17	4,53	4,42

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR

Alcançamos a meta, entretanto, houve muitas dificuldades, pois os advogados tiveram de conciliar a produção dos pareceres com a atuação em uma enorme quantidade de processos administrativos e judiciais.

Embora a carga de trabalho tenha sido bastante intensa ao longo do ano, naquelas ocasiões em que o fluxo de processos administrativos e judiciais diminuiu, os pareceres foram feitos antes do prazo sinalizado, o que resultou na performance atingida.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

O número de processos e contratos recebidos nesta procuradoria a cada ano aumenta, 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.

MAGDA VALÉRIA BONFIM
DIRIGENTE DA EQUIPE PROCURADORIA – PRO

**2.8 – EQUIPE DIRETORIA TÉCNICO CIENTÍFICA – TEC****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Cobertura Hemoterápica	89,65	90,45	95,78%	%	20%	93%	97,07	10
Índice de Satisfação do Cliente Externo (doador e paciente)	-	95,40	97,14%	%	20%	95,5%	96,45	10
Taxa de eficácia do atendimento transfusional de concentrado de hemácias	80,00	92,91	93,7%	%	20%	90%	93,20	10
Tempo decorrido entre o diagnóstico e o atendimento de 1ª consulta dos pacientes do teste do pezinho nos ambulatórios das UFH.	36,1	35,5	23,2	Dias	20%	35 dias	27.3 dias	10
Taxa de execução da validação e entrega do Banco de Sangue de Cordão Umbilical à Sociedade - Cetebio	-	100%	100%	%	20%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Cobertura Hemoterápica			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
89,65	90,45	95,78%	97,07
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A Fundação Hemominas iniciou o atendimento a hospitais atendidos por prestadores privados da microrregião de Conselheiro Lafaiete e macrorregião de Varginha, exceto do Município de Varginha que será atendido pela Hemominas a partir de fev/2015.			

INDICADOR: Índice de Satisfação do Cliente Externo (doador e paciente)			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
-	95,40	97,14%	96,45
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O indicador aponta o grau de satisfação de doadores e pacientes da rede Hemominas. Mensalmente são avaliados os questionários respondidos pelo cidadão usuário sobre os seguintes itens: cortesia dos atendentes, clareza nas informações prestadas, condições de higiene e limpeza das instalações, qualidade das instalações e tempo de espera a que o cliente é submetido. O resultado alcançado reflete os resultados individuais de cada unidade. Os pontos para melhoria são tratados sistematicamente para a garantia da qualidade e melhoria do atendimento a doadores e pacientes implementadas pelos serviços da rede.			

INDICADOR: Taxa de eficácia do atendimento transfusional de concentrado de hemácias			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
80,00	92,91	93,70	93,20
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Apesar das dificuldades, a meta foi alcançada devido ao esforço coletivo de todas as Unidades da Fundação Hemominas, planejamento e execução de ações baseadas em dados objetivos e funcionamento em Rede, com ajuda mútua na distribuição de hemocomponentes. Problemas como falta de RH e inadequação de estrutura física de algumas Unidades são os mais freqüentemente encontrados. Outro ponto de atenção importante são as reformas de unidades que ainda não foram concluídas e estão com prazos de execução bastante alongados prejudicando a capacidade de atendimento que já estava comprometida com o aumento crescente de demanda por hemocomponentes.			



INDICADOR: Tempo decorrido entre o diagnóstico e o atendimento de 1ª consulta dos pacientes do teste do pezinho nos ambulatórios das UFH.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
36,1	35,5	23,2	27,3
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A meta global para o atendimento à demanda ambulatorial foi cumprida (27,34). Entretanto, duas unidades enfrentaram problemas para atingir a meta por problemas de recursos humanos. No segundo semestre a situação foi regularizada em uma das unidades e, espera-se que no decorrer desse ano, essa unidade consiga atingir a meta da unidade.			

INDICADOR: Taxa de execução da validação e entrega do Banco de Sangue de Cordão Umbilical à Sociedade - Cetebio			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
-	100%	100%	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Autorização para funcionamento do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário publicada no Diário Oficial da União em 23/10/2014 (Portaria N. 1120, de 22/10/2014), pela Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes / Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Apesar da meta ter sido atingida ainda permanecem as dificuldades com aquisição de produtos específicos para o CETEBIO, contratação e retenção de mão de obra especializada.

FERNANDO VALADARES BASQUES
DIRIGENTE DA EQUIPE DIRETORIA TÉCNICO CIENTÍFICA - TEC



2.9 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA E TRANSFUÇÃO DE ALÉM PARAÍBA - ALP

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	3.197	2.756	3.017	Número absoluto	50%	2.825	2.779	8
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou Com "Planejamento de Ações" Em Andamento, No Prazo de 60 Dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	80%	84,1%	-	%	50%	100%	96,55%	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
3.197	2.756	3.017	2.779
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A Unidade vem trabalhando para cumprir a meta, atingimos 98,37% da meta. Estamos avaliando quais ações que podemos implementar para conseguirmos alcançar os 100%.			

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou Com "Planejamento de Ações" Em Andamento, No Prazo de 60 Dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
80%	84,1%	-	96,55
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Em relação as não conformidades, problemas sistêmicos, como a questão de espaço físico e prédio antigo e adaptado dificultaram a solução das ocorrências. A falta de bioquímico responsável pelo laboratório também impactou nas resoluções das não conformidades			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
A cada ano que passa, ocorrem reduções significativas de doadores, implantamos coletas noturnas, campanhas com coletas em universidades, empresas, em outros municípios, mas ainda assim o número de doadores vem caindo. Temos algumas limitações em relação ao número reduzido de médicos para o funcionamento da coleta.

ABNERVAL NOGUEIRA DA COSTA
DIRIGENTE DA EQUIPE UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO DE ALÉM PARAÍBA – ALP



2.10 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE BETIM - BET

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	10.393	10.347	9.823	Número absoluto	100	10.606	10.373	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
10.393	10.347	9.823	10.373
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Em 2014 houve uma melhora no índice de coleta em relação a 2013, porém ficamos um pouco abaixo da meta estabelecida.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
A maior dificuldade encontrada é a não colaboração dos hospitais em suas respectivas captações. Ao acompanharmos o estoque estratégico nos últimos meses de 2014, observamos que este esteve acima do estoque esperado, não havendo necessidade de ações pontuais para o aumento de captação.

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



2.11 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE DIAMANTINA - DIA

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	4.237	4.107	4.122	Número absoluto	50%	4.319	4.103	8
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou Com "Planejamento de Ações" Em Andamento, No Prazo de 60 Dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	-	-	-	%	50%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
4.237	4.107	4.122	4.103
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>A Unidade DIA atingiu 94,99% da meta de 4.319 coletas. Tal fato teve como principal causa a ausência de captador durante todo o ano de 2014. Vários funcionários dividiram a tarefa em questão, porém sem terem sido devidamente treinados para o cargo e tendo que dividir a atividade de captação com outras funções já exercidas. Dentre as várias estratégias utilizadas deve ser citada a realização de pelo menos duas coletas externas/mês (quando a meta é a realização de uma) e ainda a realização de coletas noturnas uma vez por mês. Isso demonstra a mobilização e comprometimento da equipe em atingir os resultados e metas pela Fundação Hemominas.</p>			

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou Com "Planejamento de Ações" Em Andamento, No Prazo de 60 Dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>A unidade DIA atingiu 100% da meta.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>No ano de 2014 houve dois fatores que prejudicaram o adequado desempenho de todas as atividades da UFH DIA:</p> <ul style="list-style-type: none">- Deficiência de pessoal: ausência de captador e de médico responsável pela triagem clínica e atendimento ambulatorial; saída (sem substituição) de uma das enfermeiras no mês de junho; saída de uma das duas enfermeiras triagistas (também sem substituição) no mês de agosto; carência de um funcionário administrativo durante todo o ano.- Problemas em área física: execução de reforma da parte elétrica. Inicialmente prevista para 5 meses, a reforma obrigou a mudanças em todos os setores do Núcleo, inviabilizando a utilização do segundo andar e obrigando os funcionários deste a exercerem suas atividades no primeiro andar, comprometendo totalmente o conforto e organização para funcionários, pacientes e doadores. Deve ser ressaltado que a reforma se encontra parada até a presente data, permanecendo o funcionamento do núcleo em situação precária.

ANTÔNIO EDVALDO SILVA
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMONÚCLEO DE DIAMANTINA - DIA



2.12 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE DIVINÓPOLIS - DIV

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	15.841	16.966	17.070	Número absoluto	50%	18.103	17.869	8
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	-	-	-	%	50%	100%	-	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
15.841	16.966	17.070	17.869
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>A unidade, dentro de sua realidade de infraestrutura e quadro funcional, trabalhou nos limites de sua capacidade. Com o objetivo de garantir as coletas trabalhou com:</p> <ul style="list-style-type: none">• .Agendamentos individuais e de caravanas de todas as agências conveniadas com controles mensais dos retornos;• Realizou coletas externas e coletas quinzenais no PACE Bom despacho;• Fez parcerias com instituições das cidades da região para divulgação do tema coleta de sangue e chamada de doadores;• Manteve um trabalho constante de palestras junto às comunidades e um grande trabalho dentro do Projeto Doador do Futuro;• Manteve atividades lúdicas, com vistas à humanização e fidelização de doadores, nas datas comemorativas;• Dentre outras atividades.			

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
-	-	-	-
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Não houve supervisão na Unidade em 2014.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<ul style="list-style-type: none">• As maiores dificuldades da Unidade estão relacionadas à infraestrutura e quadro funcional ainda limitado em alguns setores (em 2014);• Houve troca de servidores por vencimento de contratos, por substituição por servidores concursados; houve a entrada de uma nova médica como gerente técnica. Ou seja, demandas de treinamento para introdução no serviço e progressiva habilitação para as atividades, o que impacta nos rendimentos;• O horário de atendimento da Unidade é limitado não permitindo a entrada de mais doadores e não conseguimos criar um horário comercial;• Limitação dos atendimentos na Unidade nos dias de PACE em função de equipamentos (homoginizadores) remanejados• Cancelamento dos agendamentos individuais e de caravanas nos dias de coletas externas.• O maior hospital consumidor da unidade manteve-se sob uma grave crise administrativo-financeira que impactou no serviço de captação e no envio de doadores de reposição;• A falta de comprometimento de alguns hospitais contratantes nas atividades de captação, não cumprindo adequadamente os envios de doadores;



- Prefeituras dificultam e até cancelaram a liberação do transporte para os candidatos à doação de algumas cidades/hospitais contratantes impedindo os comparecimentos programados;

A Unidade passou por um período de reformas de manutenção, que repercutiu em limitações da capacidade de coleta por cerca de quinze dias.

VALÉRIA SUTANA LADEIRA
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMONÚCLEO DE DIVINÓPOLIS - DIV



2.13 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE GOVERNADOR VALADARES - GOV

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	11.328	11.195	11.864	Número absoluto	50%	13.047	11.562	4
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	100%	100%	-	%	50%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 7,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
11.328	11.195	11.864	11.562
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O Hemocentro Regional de Governador Valadares não alcançou para o ano de 2014, mas ainda assim obteve desempenho superior aos anos de 2011 e 2012. Foi possível atingir o número de 11.52 coletas realizadas devido ao comprometimento da equipe para com as atividades laborais mesmo em situações adversas enfrentadas ao longo do ano analisado. Foram intensificadas as ações de captação de doadores, foram realizadas muitas palestras e entrevistas sobre a importância da doação de sangue para a comunidade, além da continuidade da realização das coletas externas na região.</p> <p>É preciso informar que o Hemocentro Regional de Governador Valadares, com o auxílio da Rede Hemominas, conseguiu assegurar o fornecimento de sangue e hemocomponentes a todos os hospitais assistidos pela unidade, não comprometendo os serviços prestados à sociedade.</p>			

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
100%	100%	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O Hemocentro de Regional de Governador Valadares alcançou a meta pactuada em 2014, assim como nos anos anteriores uma vez que a equipe é comprometida com a melhoria contínua dos serviços prestados à sociedade. Os colaboradores têm o conhecimento de que a observância das legislações vigentes, dos manuais e protocolos, dentre outros, reduzem o número de não conformidades e colaboraram para a satisfação dos clientes. A equipe compreende que todas as não conformidades pontuadas em avaliações externas e internas devem ser tratadas conforme os padrões da Fundação Hemominas, dentro dos prazos estipulados, mediante a realização de ações preventivas e corretivas necessárias, para assegurar a oferta de produtos e serviços de boa qualidade e seguros à população assistida.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>Dentre as principais dificuldades que impactaram no desempenho do Hemocentro frente ao indicador "coletas Realizadas", estão:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reforma do prédio sede do Hemocentro que implicou na mudança dos setores diretamente envolvidos no atendimento aos doadores para área alugada, com espaço físico insuficiente e antigo. Muitos doadores registraram queixas nas pesquisas de satisfação sobre as instalações físicas do prédio alugado. É importante mencionar que a equipe do hemocentro procura atender o mais rápido possível as demandas e solicitações vindas da Administração Central principalmente as que dizem respeito à diretoria de Atuação Estratégica, que é responsável pelo projeto e execução da reforma do prédio sede.



- Cancelamento de duas coletas externas, sendo uma cancelada por indisponibilidade financeira da Fundação Hemominas às vésperas da coleta por medida de contingência do próprio estado impossibilitando o remanejamento da data e a outra por interesse da instituição parceira. Isso resultou em saldo negativo de aproximadamente 300 coletas, se considerada a média histórica de coletas efetuadas nos municípios;

Dificuldades por parte das Secretarias Municipais de Saúde e Hospitais Contratantes para o envio de grupos de doadores ao hemocentro conforme acordado nos contratos de fornecimento de serviços e hemocomponentes;

Queixas freqüentes sobre o lanche padronizado pela Fundação Hemominas que é servido aos doadores e a falta de definição de um termo de referencia para compra de um lanche alternativo que atenda aos requisitos legais exigidos no momento da elaboração dos processos de licitação.

MYRIENE BRASILEIRO VILAR
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL 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		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	70.516	68.648	65.382	Número absoluto	50%	84.367	66.606	0
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	-	100%	-	%	50%	100%	-	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 0,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
70.516	68.648	65.382	66.606
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Não foi possível alcançar a meta estabelecida. As dificuldades encontradas foram principalmente na área de recursos humanos em dois setores críticos - Triagem clínica e cadastro. O funcionamento em rede da Hemominas auxiliou nos períodos de maior demanda transfusional com recebimento de Hemocomponentes de outras Unidades da Fundação Hemominas.			

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
-	100%	-	-
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
No ano de 2014, não foi realizada Supervisão Técnica no Hemocentro de Belo Horizonte devido ao processo de certificado para AABB/ABHH. Foram realizadas auditorias, nos meses de junho/14 e outubro/14, para verificação dos ajustes voltados para o atendimento do Manual da AABB/ABHH – 1ª edição. Em novembro, foi realizada a auditoria da AABB/ABHH no qual foi obtida a certificação. Vale ressaltar que esse processo se iniciou no final de 2012 com realização de um diagnóstico e prosseguiu com consultorias da empresa, contratada pelo Ministério da Saúde, às lideranças locais e gerências pertinentes de cada processo a fim de obter orientações para os ajustes necessários. Esse processo envolveu a direção, gerências, lideranças locais e servidores culminando em resultado positivo, obtenção da certificação na auditoria realizada em novembro/14.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>O ano de 2014 foi um ano atípico, com vários feriados prolongados e a realização da Copa do Mundo de futebol o que contribuiu significativamente para a redução do comparecimento de doadores à Unidade.</p> <p>Além disso, houve dificuldades relacionadas ao difícil de servidores, que foi sendo recomposto durante o ano. Entretanto a produtividade dos novos servidores somente deverá alcançar a plenitude após treinamentos e experiência adquirida ao longo do próximo ano.</p> <p>Entretanto também problemas relacionados á produtividade, ainda não totalmente solucionados, com uma parte dos recursos humanos da triagem e que se somam à falta de pessoal. Apesar de detectados e dos esforços do problema tais como substituição de servidores, enquadramentos funcionais e alteração da chefia, ainda não surtiram resultados completamente efetivos. Tais problemas contribuem para afastar os doadores, porém discussões e proposições de melhorias permanecem no atual cenário.</p> <p>A preparação para a certificação AABB acarretou em aumento das demandas, sendo necessária a priorização de tarefas com conseqüente impacto nos resultados.</p> <p>No próximo ano haverá ações como retomadas das coletas externas, ampliação do período de atendimento da Unidade, redefinição de fluxos, implantação de sistemas informatizados tais como MV e Hemote Plus, que acarretarão em melhoria do indicador.</p>

MARCELO FROES ASSUNÇÃO
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO DE BÉLO HORIZONTE - HBH



2.15 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA DO HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - HJK

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	12.139	12.420	12.484	Número absoluto	50%	12.731	12.763	10
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	-	-	100%	%	50%	100%	-	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
12.139	12.420	12.484	12.763
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O alcance da meta deveu-se ao empenho dos servidores da unidade, superando as dificuldades e propondo soluções. Além disso, a cultura de acompanhamento periódico das metas foi melhor assimilada, norteando a tomada de ações de ajuste em tempo hábil.			

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
-	-	100%	-
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A unidade não foi submetida à supervisão neste período.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
A carência de recursos humanos tornou-se mais grave neste ano, já que vários servidores deixaram de atuar na unidade e não foram substituídos. Isto inviabilizou a realização de coletas externas, o que dificultou ainda mais o alcance da meta. Grande parte desta carência está relacionada à licença saúde repetidas de alguns servidores.

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

**2.16 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE ITUIUTABA - ITU****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	3.057	3.544	4.331	Número absoluto	50%	3.633	4.092	10
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	-	-	-	%	50%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
3.057	3.544	4.331	4.092
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A meta foi atingida decorrente das ações de conscientização e captação, coletas externas, mesmo frente a sérias dificuldades de atendimento ao candidato que solicita horários alternativos e nós não conseguimos atender por falta de profissional médico que assiste a coleta e as intercorrências asseguradas pela RDC 2712- MS.			

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
-	-	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Todos os apontamentos realizados pela equipe de supervisão já tem ações concluídas e outras em andamento que dependem de outras instâncias.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>Conforme já apontado, sentimos a necessidade da contratação e permanência de um profissional médico que viabilize eliminar impactos das sugestões de candidatos à doação que precisam de acesso a horários alternativos.</p> <p>Nossa preocupação e reivindicação é que a equipe de supervisão possa permanecer pelo menos um dia e meio na unidade, o que não permitirá partes não supervisionadas e que nos auxiliem como observadores de rotinas talvez inadequadas ou viciosas. Tudo é muito bem feito, mas corrido e o espaçamento destas vitorias são inapropriados.</p>

FÁBIA LIMA DE MACEDO AIDAR
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMONÚCLEO DE ITUIUTABA – ITU



2.17 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE JUIZ DE FORA - JFO

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	32.023	31.468	31.528	Número absoluto	50%	34.125	29.248	04
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	85,70%	89,90%	-	%	50%	100%	Supervisão cancelada	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 4,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
32.023	31.468	31.528	29.248
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A unidade não alcançou a meta devido a três principais fatores: déficit de mão de obra devido aos servidores aposentados, exonerados e afastados por motivo de doença; reforma predial realizada na unidade durante todo o ano de 2014 e a não realização de diversas coletas externas devido ao déficit de servidores da área de enfermagem.			

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
85,70%	89,90%	-	Supervisão cancelada
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Não houve supervisão na unidade JFO no ano de 2014.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Durante todo o ano de 2014, a unidade passou por uma reforma predial que impactou nos resultados, alterando fluxos e processos. Além disso, o déficit de mão de obra prejudica todo o funcionamento da unidade, contribuindo de forma negativa nos resultados. Atualmente temos vários servidores aposentados, exonerados e afastados por motivo de licença médica.

ANDRÉA MAGALHÃES NICOLATO
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE JUIZ DE FORA – JFO



2.18 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE MANHUAÇÚ - MÇU

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	5.276	5.808	6.227	Número absoluto	100%	6.215	6.167	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
5.276	5.808	6.227	6.167
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Período apurado até 19 de dezembro de 2014. Não foram computados os dias 22,23, 29 e 30 de dezembro de 2014 quando foram colhidas 1222 bolsas totalizando 6.289 bolsas. Diferença no período de apuração.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Meta alcançada. Diferença de data de apuração de resultados.

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



2.19 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE MONTES CLAROS - MOC

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	17.113	16.536	15.961	Número absoluto	50%	17.204	16.248	6
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	-	-	-	%	50%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
17.113	16.536	15.961	16.248
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Houve incremento no número de coletas de bolsas de sangue em 1,8% em comparação com o ano anterior. O atendimento da demanda hemoterápica da região norte - mineira foi satisfatório durante o período, apresentando índice de eficácia do atendimento hemoterápico superior a 90% em todos os meses do ano, acima da meta proposta de 80% no planejamento estratégico. O funcionamento em rede da Hemominas auxiliou nos períodos de maior demanda transfusional com recebimento de hemocomponentes de outras unidades da Fundação Hemominas.</p>			

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
-	-	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Para todas as não conformidades apontadas na Supervisão da GSA foram abertas ocorrências na AS e elaborados Planos de Ação para correção. Houve grande empenho do NLQ e das Equipes/Chefias envolvidas no atendimento ao prazo estabelecido.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>As dificuldades encontradas foram principalmente na área de recursos humanos, em 2 setores críticos: triagem clínica e captação/cadastro. Apesar do aumento de 1,8% na quantidade de bolsas coletadas, a meta proposta não foi atingida devido ao impacto de limitação da equipe de triagem clínica de doadores durante o ano, com insuficiência do quadro de médicos. Além disto, neste ano houve um grande número de feriados prolongados que impactaram na coleta de sangue. O hemocentro abriu para coleta extra na véspera de todos os feriados, porém a estratégia não foi suficiente para recompor a coleta dos dias perdidos.</p>

JOSÉ GERALDO SOARES MAIA
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE MONTES CLAROS - MOC



2.20 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE POUSO ALEGRE - PAL

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	11.929	11.570	12.528	Número absoluto	100%	11.859	11.320	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
11.929	11.570	12.528	11.320
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A unidade não atingiu a meta em virtude da falta de profissional médico para o setor de triagem impactando também no cancelamento das coletas externas no último trimestre de 2014. (Meta 100% Meta atingida 95,50%)			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<ul style="list-style-type: none">- Dificuldades para a contratação de profissional médico para atuar no setor de triagem e supervisão dos enfermeiros triagistas;- Desligamento do gerente técnico impactando em todas as rotinas técnicas operacionais sob a supervisão da coordenação;

JOSIANE MARIA POLLINI
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE POUSO ALEGRE – PAL



2.21 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE PASSOS – PAS

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	7.773	8.037	9.023	Número absoluto	50%	8.238	10.264	10
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	-	-	-	%	50%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
7.773	8.037	9.023	10.264

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR

Nossa meta era de 9.000 coletas em 2014 e ultrapassamos a meta graças ao excelente trabalho feito pelos captadores hospitalares e pelos do Núcleo, além da extraordinária cooperação dos nossos servidores, trabalhando às vezes em condições desfavoráveis pela estrutura física do Núcleo e da falta de mais servidores.

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
-	-	-	100%

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR

NC Supervisão Visa Estadual julho/2014: itens verificados 284; itens conformes: 268, 16 itens de NC sendo 08 recorrentes e de responsabilidade da ADC e 08 verificadas durante a supervisão. Destas 08, 03 foram solucionadas durante a supervisão, sendo as 03 de responsabilidade do Núcleo Passos e as outras 05 encontram-se pendentes e são de responsabilidade da ADC. Portanto as 12 NC recorrentes e as outras 05 da supervisão citada são de responsabilidade da ADC.

NC supervisão HEMOBRÁS EM AGOSTO/2014: ITENS VERIFICADOS: 235; ITENS CONFORMES: 227. NC MAIORES: 03 E NC MENORES: 05. Das 08 NC citadas, 02 foram normalizadas, 05 dependem da ADC e possuem PLA e 01 não há concordância da Diretoria Técnica da FH. Temos, portanto 05 NC ativas.

NC da AUDITORIA SECCIONAL da FH em setembro/2014:
Itens verificados: 29; NC: 24, sendo 12 do Núcleo Passos e 12 da ADC. 09 foram resolvidas e seguem 03 pendentes e com PLA ativo. As 12 NC da ADC continuam pendentes e com PLA ativo.

A s supervisões continuam a encontrar NC de vários anos pendentes e sem solução devido a motivos diversos e com dificuldade de serem solucionadas. Basicamente o problema chama-se falta de recursos financeiros e enquanto ele persistir as NC vão continuar.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Estrutura física completamente inadequada para o quantitativo de doações ocorridas e sempre aumentando cada dia. Lanche que não preenche as necessidades de reposição pós-doação e com bastante reclamação por parte dos doadores. Falta de servidores para completar o quadro necessário para o bom funcionamento. Excesso de burocracia nos processos da FH. Equipamentos e móveis necessitando substituição. Manutenção preventiva e corretiva com contratos vencidos dificultando os processos. Salários inadequados para os servidores, bem abaixo do seu real valor. Há anos Estado não concede reajuste salarial para os servidores de recrutamento amplo.

FLÁVIO RIBEIRO CAMPOS
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMONÚCLEO DE PASSOS - PAS



2.22 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE PATOS DE MINAS – PMI

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	6.454	6.820	6.903	Número absoluto	100%	6.991	7.408	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
6.454	6.820	6.903	7.408
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O resultado alcançado foi em consequência de fatores diversos, tais como: Demanda de hemocomponentes por parte dos Estabelecimentos de Saúde, dedicação da equipe, atuação da captação.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Não verificamos nenhuma dificuldade que exigisse medidas extraordinárias, ou que inviabilizasse o alcance da meta.

VERÔNICA ELIZABETH PACHECO PIMENTA MOTA
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMONÚCLEO DE PATOS DE MINAS – PMI



2.23 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE PONTE NOVA – PNO

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	6.134	5.878	6.111	Número absoluto	100%	5.994	6.964	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
6.134	5.878	6.111	6.964
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta atingida como programado.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Número reduzido de servidores na captação e triagem clínica.

FERNANDO JOSÉ UBALDO COUTINHO
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMONÚCLEO DE PONTE NOVA – PNO



2.24 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE POÇOS DE CALDAS - POC

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	6.496	7.367	7.201	Número absoluto	50%	7.853	9.020	10
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	100%	95,1%	-	%	50%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
6.496	7.367	7.201	9.020
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Houve a realização de várias coletas extraordinárias (parcerias com universidades e empresas), coletas externas, comprometimento da equipe e foi estabelecido um novo horário de atendimento ao doador para atender aqueles que trabalham (quartas-feiras das 16 às 20 horas).</p> <p>O ano de 2014 foi marcado pelo foco da doação de caravanas de outros municípios, que incluem os municípios que contrato com a FH e outros onde houve ações de captação.</p> <p>Observando os boletins estatísticos anteriores, concluímos que 2014 o número de novos doadores foi superior ao de doadores de repetição, lembrando que muitos doadores que haviam deixado de doar nos últimos anos retornaram após a instalação do novo horário de coleta.</p>			

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
100%	95,1%	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O resultado obtido é reflexo dos treinamentos nos módulos de ocorrência e planos de ação (ocorreram sempre que o núcleo local sinalizava ser necessário) monitoramento do núcleo local da qualidade e participação dos setores na implementação dos planos de ações para resolutividade das ocorrências.</p> <p>Como há adesão aos protocolos institucionais o número de ocorrências geradas na supervisão técnica foi inferior aos anos anteriores possibilitando acompanhamento mais próximo de cada ocorrência.</p> <p>Além disso, foram realizadas avaliações internas da qualidade (conforme orientação do diretor técnico deveriam ser realizadas três avaliações por ano), desde 2012, como foram utilizados instrumentos distintos baseados nas legislações vigentes (Portaria nº 2712 de 2013, Requisitos ONA entre outras), o que possibilitou o resultado obtido.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS



2.25 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE SÃO JOÃO DEL REI - SJR

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	5.974	6.016	6.029	Número absoluto	50%	6.265	7.128	10
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	100%	90,9%	-	%	50%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
5.974	6.016	6.029	7.128
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Funcionamento do PACE (Posto Avançado de Coleta Externa) de Lavras e coletas externas, intensificação no serviço de captação de doadores e reorganização e adequação da equipe de triagem médica e equipe de coleta.			

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
100%	90,9%	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Coordenação e atividade do setor de qualidade, conhecimento das ferramentas utilizadas.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Espaço físico inadequado; estruturação e manutenção do Núcleo Local da Qualidade, equipe técnica (cadastro, captação, triagem, coleta, fracionamento, prova cruzada e distribuição). Extensão do atendimento a Conselheiro Lafaiete e resolução das demandas daquela região. Manutenção e extensão do atendimento da região de Lavras e São João Del Rei (agências Transfusionais e Assistências Hemoterápicas)

HAMILTON CAMPANATI RIBEIRO
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMONÚCLEO DE SÃO JOÃO DEL REI – SJR



2.26 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE SETE LAGOAS - SLA

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	9.662	9.580	11.185	Número absoluto	100%	9.898	13.667	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
9.662	9.580	11.185	13.667
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Na reunião da Hemorrede Estadual em maio de 2013, foi apresentada sugestão de incremento da meta de coleta para suprir a demanda estadual e o Plano de Contingência da Copa do Mundo de 2014. Apesar da nossa demanda regional já estar devidamente suprida, houve uma reunião com os com os setores pertinentes em 2013 e optamos por ampliar o nosso horário de coleta em uma hora, além de intensificar nossos serviços de captação e sensibilizar toda a equipe sobre a necessidade de incremento permanente da produção.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>Necessidade de reformas urgentes da área física, principalmente do cadastro, triagem clínica, captação, triagem hematológica, coleta, recuperação, lanchonete do doador e SAMDI.</p>

GUSTAVO ADOLPHO VILLEGAS SILVA
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMONÚCLEO DE SETE LAGOAS – SLA



2.27 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERLÂNDIA - UDI

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	19.722	20.490	20.582	Número absoluto	50%	21.002	22.548	10
Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.	-	100%	-	%	50%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
19.722	20.490	20.582	22.548
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta alcançada em 100% graças às ações de captação, empenho da equipe em fidelização de doadores e colaboração da mídia.			

INDICADOR: Percentual de Não Conformidades (N/C) Sanadas ou com "Planejamento de Ações" em Andamento, no Prazo de 60 dias Após o Recebimento dos Relatórios de Supervisão.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
-	100%	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta alcançada devido ao empenho das chefias em elaborar e executar os planos de ação e das gerências/coordenação em acompanhar e cobrar os resultados.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>Apesar do cumprimento da meta em 100%, houve aumento significativo da demanda, necessitando esforços redobrados da unidade para atendê-la, sendo que em algumas situações o estoque esteve bem abaixo do mínimo. A mídia foi acionada diversas vezes, com repetidas matérias chamando doadores e, em algumas ocasiões, procedimentos eletivos foram adiados. A unidade anseia por adequações no quantitativo de pessoal para funcionamento em tempo integral.</p> <p>Quanto aos planos de ação relativos às não conformidades levantadas em supervisão técnica, não tivemos dificuldades quanto às ações de alçada da unidade, porém aquelas dependentes de ações da administração central, principalmente relativas à manutenção predial, permanecem em aberto.</p>

PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE PAIVA
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERLÂNDIA – UDI



2.28 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERABA - URA

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2011	2012	2013			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	15.494	14.487	14.296	Número absoluto	100%	14.849	13.499	6

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 6,00



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013	Resultado 2014
15.494	14.487	14.296	13.499
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>A coleta de sangue é um procedimento que envolve um conjunto de ações dependentes, não só da equipe de colaboradores bem como público externo. A doação de sangue no Brasil é um ato de voluntariado, portanto mesmo com campanhas, propostas de horários alternativos e procedimentos educativos, muitas vezes não atingimos o nosso objetivo que é o número de coletas proposta pelo serviço. O Hemocentro Regional de Uberaba excuta todas as ações pertinentes à captação de candidatos a doação de sangue, oferecendo horário alternativo: coleta noturna na primeira quartas feira do mês, aos sábados e coletas externas.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>Em relação ao indicador coletas realizadas, além das dificuldades inerentes a este processo, em 2014, a unidade estava em processo de reforma predial, com limitações de espaço físico o que dificulta o atendimento dos doadores, sendo assim, ações na captação de doadores precisa ser dimensionada de acordo com o espaço físico de atendimento. Observamos com a série histórica acima, que em 2012 houve nova definição da meta e neste ano e 2013 conseguimos cumprir acima de 95%. Em 2013 e 2014 tivemos limitação de recurso humano, sendo que em 2014 foi iniciada a recomposição, porém a reforma predial iniciou em 2013. Não temos a exata avaliação do impacto das limitações do recurso humano e físico no cumprimento desta meta já que existe também um fator externo, de difícil avaliação que é a doação de sangue quanto atividade voluntaria.</p>

PAULO ROBERTO JULIANO MARTINS
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERABA – URA