



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: 2013

Belo Horizonte, fevereiro de 2014



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	12
2.5 – EQUIPE GABINETE - GAB	14
2.6 – EQUIPE DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS – PGF ..	16
2.7 – EQUIPE PROCURADORIA - PRO	19
2.8 – EQUIPE DIRETORIA TÉCNICO CIENTÍFICA – TEC	21
2.9 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO DE ALÉM PARAÍBA - ALP	24
2.10 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE BETIM - BET.....	26
2.11 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE DIAMANTINA - DIA	28
2.12 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE DIVINÓPOLIS - DIV	30
2.13 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE GOVERNADOR VALADARES - GOV	32
2.14 – EQUIPE HEMOCENTRO DE BELO HORIZONTE - HBH.....	35
2.15 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA DO 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	58
2.26 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE SETE LAGOAS - SLA	60
2.27 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERLÂNDIA - UDI	62
2.28 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERABA - URA	64



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 2013 e 31 de dezembro de 2013.

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 pactuados 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, 28 de fevereiro de 2014.

(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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Taxa de retorno da imprensa	-	144	200	%	100%	201	297,02	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR: Taxa de retorno a imprensa			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	144	200	297,02
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O indicador é a média da taxa monitorada mensalmente. A performance desse indicador sofre a influência direta do interesse das redações dos veículos e da consistência das pautas institucionais.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Redução da equipe da Assessoria de Comunicação, dificultando o desenvolvimento de pautas especiais e maior desempenho do retorno de imprensa.

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 Interna da Qualidade na Administração Central 2013	Relatórios de 2013 referente a Avaliação Interna da Qualidade da Administração Central elaborados	31/12/2013	50%	1	31/12/2013	0	10
Avaliação Interna da qualidade no Hemocentro de Belo Horizonte (HBH) 2013	Relatórios de 2013 referente a Avaliação Interna da Qualidade do Hemocentro de Belo Horizonte (HBH) elaborados	31/12/2013	50%	1	31/12/2013	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: Avaliação Interna da Qualidade na Administração Central 2013

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

A avaliação interna da qualidade na Administração Central ocorreu em 100% das áreas previstas. Foi realizado o cronograma de verificação do conjunto de requisitos aplicáveis, realizados em momentos diversos durante o ano de 2013. Foram utilizados instrumentos de verificação apropriados a cada processo interno a partir do Manual da Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia AABB para os processos afins e do Manual Brasileiro de Acreditação para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, Versão 2010 para os processos não contemplados no manual da AABB. As avaliações iniciaram em Setembro, finalizando em Dezembro de 2013. 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.

PRODUTO: Avaliação Interna da qualidade no Hemocentro de Belo Horizonte (HBH) 2013

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

A avaliação interna no Hemocentro de Belo Horizonte ocorreu em 100% das áreas previstas. Foi realizado o cronograma de verificação do com junto de requisitos aplicáveis, realizados em momentos diversos durante o ano de 2013. Foram utilizados instrumentos de verificação apropriados a cada processo interno a partir do Manual da Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia AABB para os processos afins e do Manual Brasileiro de Acreditação para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, Versão 2010 para os processos não contemplados no manual da AABB. As avaliações iniciaram em Setembro, finalizando em Dezembro de 2013. 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

Os produtos pactuados em 2013 pela Assessoria da Qualidade se referem à realização de avaliação nas unidades da Administração Central e Hemocentro de Belo Horizonte para verificar o grau de atendimento aos requisitos necessários ao processo de Acreditação. Uma dificuldade observada em 2013 corresponde à indisponibilidade das lideranças durante a avaliação e o não entendimento do processo pelas equipes, tornando o processo de verificação em, basicamente, capacitação dos servidores no processo e no instrumento aplicado.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Índice de aderência a Política de Segurança da Informação do Governo do Estado	-	-	66,21%	%	30%	67%	74,80%	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 a migração da parte sistêmica do processo "Gestão de Documentos" para o sistema Strategic Adviser módulo Documento	Processo de Gestão de Documentos migrado e Documentos sistêmicos disponíveis para consulta e utilização dos servidores da Fundação Hemominas.	20/12/2013	30%	1	03/09/2013	0	10
Revisar o Plano Diretor da Fundação Hemominas	Aprovação na reunião da Câmara Técnica de Hemoterapia da revisão do Plano Diretor da Fundação Hemominas	15/12/2013	40%	2	13/02/2014	59	7

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

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,80



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

HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	-	66,21%	74,80%

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR

Estamos atualizando e reestruturando os equipamentos de rede para viabilizar mais itens de segurança exigidos nas Resoluções da Seplag nº 72 e 73 referentes ao Decreto Estadual nº 45.241. Para alguns itens foram necessários incluir novos processos nos setores de TI, como o registro de entrada e saída de usuários das salas de servidores; e a inclusão de ferramentas e métodos para monitorar os recursos disponíveis dos servidores.

PRODUTO: Realizar a migração da parte sistêmica do processo “Gestão de Documentos” para o sistema Strategic Adviser módulo Documento

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

A implantação do módulo Document do sistema Strategic Adviser durou aproximadamente 9 meses, janeiro a setembro, sendo que todos os documentos sistêmicos passaram a ficar disponíveis para todos os servidores e unidades da FH. Todas as atividades do processo Gestão de Documentos serão executadas dentro do sistema implantado, o que proporcionou ao processo mais agilidade, dinamismo, confiança, segurança, transparência e rastreabilidade.

Houve um grande volume de trabalho para a concretização da implantação e ao longo do tempo surgiram vários obstáculos, os quais somente puderam ser superados com o empenho da equipe do Escritório de Processos, da Alta Direção da Fundação Hemominas e da equipe da Interact Solutions.

PRODUTO: Revisar o Plano Diretor da Fundação Hemominas

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Em anexo Parecer CTH nº001/2014 que aprova a revisão do Plano Diretor Estadual de Sangue e Hemoderivados referente ao período de 2012 e 2013.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

- Com relação ao indicador Índice de aderência a Política de Segurança da Informação do Governo do Estado, é importante ressaltar que alguns itens que exigem a intervenção do usuário, como alteração do padrão de senhas, exigiram maior trabalho, pois além da configuração foi necessário planejamento de risco, divulgação e acompanhamento. Dentre outras dificuldades, a compra de novos recursos como IDS-IPS exigidos no decreto ainda estão pendentes.

- Os principais dificultadores para a implantação do módulo Document foram:

- O grande volume de documentos sistêmicos existentes na Fundação Hemominas;
- A necessidade de capacitar as unidades “in loco”, o que resultou em um grande número de viagens. Embora esta forma de treinamento tenha causado um aumento significativo no trabalho da equipe do EPC para a implantação, a utilização dessa forma de treinamento se justifica quando considerados os resultados alcançados. Foi possível capacitar um número maior de pessoas a um custo menor.



- A necessidade de muitos ajustes no sistema para adequação ao processo do Sistema de Gestão da Qualidade;
 - Necessidade de revisar todos os documentos antes da migração.
- A demora na disponibilização das informações pelo DATASUS e envio das informações bancos de sangue privados com atraso dificultaram o processo de revisão do Plano Diretor Estadual de Sangue e Hemoderivados referente ao período de 2012 e 2013 alcançados. Foi possível capacitar um número maior de pessoas a um custo menor.
- *A necessidade de muitos ajustes no sistema para adequação ao processo do Sistema de Gestão da Qualidade;
- *Necessidade de revisar todos os documentos antes da migração.
- As informações disponibilizadas pelo DATASUS e envio dos boletins estatísticos dos bancos de sangue privados com atraso.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Índice médio de execução do Plano Anual de Auditoria (PAA)	100%	100%	97,62%	%	100%	95%	95,24%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



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

HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
100%	100%	97,62%	95,24%

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 todas as ações desempenhadas tempestivamente e 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, assim como a transparência e combate à corrupção.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

Destacamos que a equipe do NUCAD foi reduzida até junho, tendo em vista a necessidade de deslocar a coordenadora do NUCAD para cobrir licença maternidade da Chefe de Gabinete.

Além disso, em alguns itens tivemos a avaliação prejudicada em decorrência do não cumprimento de alguns prazos estabelecidos para a emissão de documento de auditoria. Este fato foi ocasionado pelo envio intempestivo das informações que deveria chegar à Auditoria

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Tempo médio de resposta às demandas das Ouvidorias Especializadas/OGE	-	25,16 dias	14,12 dias	dias	50%	20 dias	10,45 dias	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	
Diagnóstico das informações públicas nos órgãos e entidades do Poder Executivo estadual, com base na Lei n. 12.527/11	Política de Gestão de Informações, com base no Decreto n. 45.969, de 2012 – Preparação para a Classificação das Informações Sigilosas e para a Proteção das Informações Pessoais, apresentando minuta de Resolução validada pelo Dirigente máximo do órgão ou entidade, disciplinando as normas que vão reger a classificação das informações sigilosas das áreas finalísticas	1º - 28/06/13 2º - 31/07/13 3º - 30/09/13 4º - 31/12/13	50%	100%	17/12/2013	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: Tempo médio de resposta às demandas das Ouvidorias Especializadas/OGE			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	25,16 dias	14,12 dias	10,45 dias
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Em 2013 tivemos um número maior de demandas de cidadãos no sistema da Ouvidoria Geral. Contudo, ficamos abaixo da meta prevista.			

PRODUTO: Diagnóstico das informações públicas nos órgãos e entidades do Poder Executivo estadual, com base na Lei n. 12.527/11
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO
Em 2013, seguimos um cronograma proposto pela Controladoria Geral Estado para elaboração da Resolução/Portaria de Gestão da Informação no âmbito da Fundação Hemominas. Ele foi dividido em quatro fases, sendo que a minuta de Resolução validada pelo Dirigente máximo do órgão ou entidade, disciplinando as normas que vão reger a classificação das informações sigilosas das áreas finalísticas, foi encaminhada em 17 de dezembro de 2013, cumprindo o prazo pactuado.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Não tivemos dificuldades para execução do conjunto de indicadores/produtos, apesar de dependermos de informações de áreas da Hemominas para cumprimento dos mesmos.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Índice de satisfação dos servidores com os programas de qualidade de vida	-	90,50%	96,50%	%	50%	97,00%	97,00%	10
Eficácia do Planejamento da Despesa	75,30%	79,31%	82,02%	%	50%	83,00%	83,00%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR: Índice de satisfação dos servidores com os programas de qualidade de vida			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	90,50%	96,50%	97,00%

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR

Os programas de Qualidade de vida no ambiente ocupacional da Fundação Hemominas visam proporcionar aos seus servidores bem estar e qualidade de vida no trabalho.

Estes programas favorecem a melhoria na qualidade dos produtos e serviços através da satisfação do trabalhador, facilita o diagnóstico precoce e evita problemas futuros com absenteísmo e acidentes do trabalho garantindo mais qualidade de vida aos funcionários. Também permeia as relações de trabalho facilitando a comunicação interpessoal e, conseqüentemente, profissional das equipes uma vez que possibilitam o envolvimento dos servidores nas decisões que influenciam suas áreas de trabalho dentro da Fundação.

INDICADOR: Eficácia do Planejamento da Despesa			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
75,30%	79,31%	82,02%	83,00%

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR

O indicador de Eficácia do Planejamento da Despesa tem com objetivo avaliar quantitativamente a qualidade das informações do planejamento da despesa, visando aperfeiçoar o subsídio para tomada de decisão tornando-a mais assertiva, e monitorar a cultura do planejamento no âmbito da Fundação Hemominas.

Considerando a metodologia de avaliação da eficácia do planejamento da despesa, onde foram atribuídos três requisitos de avaliação da eficácia, sendo VALOR, PRAZO e DESCRIÇÃO com peso 01 e 02 para análise de cada pedido de compra (PAMCS), a execução do indicador durante o ano de 2013, apesar do alcance no limite da meta, obteve resultados satisfatórios, principalmente na execução do processo.

Em 2013, conforme FMNP-G.GPO.PRC- 07 Monitoramento da PAMCS, foram emitidas 547 PAMCS (Pedido de Aquisição de Material de Consumo e Serviço) que totalizam um montante de R\$ 97.454.170,00 (Noventa e Sete Milhões, Quatrocentos e Cinquenta e Quatro Mil, Cento e Setenta Reais), sendo que:
PAMCS programadas – R\$ 94.737.242,31 – 93,05%
PAMCS não programadas – R\$ 2.716.928,46 – 6,95%

Quanto aos requisitos de eficácia analisados a cada pedido de compra (PAMCS), pode-se observar que, de acordo com os registros, há um maior impacto no REQUISITO VALOR 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 ultimo 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.

Cabe destacar que em 2013, de acordo com o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), os produtos e serviços passaram por um aumento de 5,84% em 2012 para 5,91%, embasado a dificuldade de alinhamento e maior resultado de eficácia no requisito VALOR.

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 2013



DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

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 Regionais.

A satisfação com os programas de qualidade de vida é avaliado 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). A supervisão do programa acompanha as instrutoras para o melhor preenchimento do formulário nos setores. Percebemos uma dificuldade de adesão do preenchimento dos formulários, sendo que no 1º semestre apenas 254 formulários foram respondidos, já no 2º semestre foram respondidos 389 formulários. Um fator dificultador também é a falta de estagiários para atender toda a demanda do Programa de Ginástica Laboral em Belo Horizonte.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Tempo médio para emissão de pareceres e notas jurídicas sobre licitações, contratos, convênios e editais	4,89	4,16	3,17	Dias úteis	100%	7	4,57	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



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

HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
4,89	4,16	3,17	4,57

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 triplica, de forma que a cada ano que se passa fica mais difícil de cumprir as metas estipuladas pois o numero 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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Cobertura Hemoterápica	-	89,65	90,45	%	20%	93%	95,78%	10
Índice de Satisfação do Cliente Externo (doador e paciente)	-	-	95,40	%	20%	95,5%	Doador = 98,32% Doador 2ª amostra = 97,82% Paciente = 95,28% MÉDIA GERAL = 97.14%	10
Taxa de eficácia do atendimento transfusional de concentrado de hemácias	91,80	80,00	92,91	%	20%	85%	93,7%	10
Tempo decorrido entre o diagnóstico e o atendimento de 1ª consulta dos pacientes do teste do pezinho nos ambulatórios das UFH.	36,1	36,1	35,5	Dias	20%	35 dias	23,2	10
Taxa de execução do Projeto Estratégico – Cetebio			100%	%	20%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR: Cobertura Hemoterápica			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	89,65	90,45	95,78%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Indicador mostra que a Fundação Hemominas tem conseguido melhorar e atingir a meta proposta neste quesito devido ao empenho e comprometimento das suas Unidades em atender a necessidade transfusional dos municípios mineiros assistidos.</p>			

INDICADOR: Índice de Satisfação do Cliente Externo (doador e paciente)			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	-	95,40	MÉDIA GERAL = 97.14 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>À Assessoria da Qualidade, a partir de Jul/13, passou a ser responsável pelo controle do processo na rede.</p> <p>O processo foi revisto com foco na melhoria do instrumento de pesquisa e na forma de controle.</p> <p>O processo foi aplicado ao longo do semestre conforme Procedimento de Gestão da Fundação Hemominas.</p> <p>Os resultados foram divulgados internamente para análise e definição de ações por cada responsável na rede.</p> <p>Os itens abordados correspondem Cortesia, Clareza de informações, Higiene e Limpeza, Instalações e Tempo de espera.</p> <p>O tempo de espera e a qualidade do atendimento foram os itens de maior apontamento de insatisfação, correspondente a 53,43% do total das queixas.</p> <p>A assessoria orientou a alta direção na análise do resultado com foco na definição de ações que minimizem os registros de insatisfação apontados nas pesquisas.</p> <p>A assessoria orientou também na capacitação comportamental da linha de frente das equipes cujos processos estão em contato com o doador e com o paciente.</p>			

INDICADOR: Taxa de eficácia do atendimento transfusional de concentrado de hemácias			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
91,80	80,00	92,91	93,70%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Devido ao empenho das Unidades na captação de doadores e na produção e distribuição de hemocomponentes em REDE conseguimos atingir a meta proposta, apesar das dificuldades enfrentadas no ano de 2013.</p>			



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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
36,1	36,1	35,5	23,2
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
. A meta global para o atendimento à demanda ambulatorial foi cumprida (35,5). Espera-se que com o concurso público compor o quadro de servidores e a meta seja alcançada por essas unidades.			

INDICADOR: Taxa de execução do Projeto Estratégico – Cetebio			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	-	100%	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
. A meta pactuada foi cumprida em sua totalidade. Bolsas com células progenitoras hematopoiéticas foram processadas, criopreservadas e disponibilizadas para pacientes do SUS/MG.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Quadro de servidores deficiente que será parcialmente solucionado com o Concurso Público 2012. Implementação de novas tecnologias e atividades apresentam maior tempo para funcionar completamente de forma sistematizada.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	3.357	3.197	2.756	Número absoluto	100%	2.825	3.017	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
3.357	3.197	2.756	3.017
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A equipe se esforçou e superou as dificuldades para conseguir atingir a meta. O trabalho em equipe que permitiu alcançar a meta.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Cumprimento de metas alcançadas no limiar do teto em função das dificuldades principalmente relacionadas ao déficit de recursos humanos.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	10.777	10.393	10.347	Número absoluto	40	10.606	9.823	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	87,4%	-	-	%	60	100%	64,58%	0

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 2,40



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
10.777	10.393	10.347	9.823
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A queda desse indicador se deu por vários motivos, como a dificuldade dos hospitais em manter uma captação hospitalar, fundamental na manutenção dos estoques. Redução na carga horária dos servidores parte do ano também prejudicou o cumprimento da meta.			

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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
87,4%	-	-	64,58
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Algumas dificuldades estruturais, principalmente relacionadas à necessidade de reforma física e expansão da unidade dificultaram o cumprimento da meta. Redução na carga horária dos servidores parte do ano também prejudicou o cumprimento da meta.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
No decorrer da execução dessas atividades houve diminuição da carga horária dos funcionários e o grande fluxo de mudanças na operacionalização dessas atividades na prática, como o uso do sistema S.A. Houve uma evolução no final do ano com recuperação dos índices, mesmo sem atingir a meta é uma sinalização de recomposição do indicador.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	3.755	4.237	4.107	Número absoluto	100%	4.319	4.122	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
3.755	4.237	4.107	4.122
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Em 2013 a meta – número de coletas realizadas – foi redimensionada. A unidade, apesar de todos os esforços, não conseguiu atingir a meta proposta, ficando deficitário no referido indicador (atingimos 95,4% da meta).			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>A análise do indicador revelou 2 fatores como principais responsáveis pelo não cumprimento da meta:</p> <ol style="list-style-type: none">1- Mudança na captadora da Unidade, a partir de janeiro/2013. O treinamento para a atual captadora se deu em maio/2013, fato que prejudicou a coleta nos primeiros meses do ano.2- A mudança ocorrida nas Prefeituras e Secretarias de Saúde, em virtude das eleições municipais. A maioria dos empossados desconhecia ou alegou dificuldades em manter as caravanas de doadores. Com a mudança nas captadoras locais, as coletas externas – cujo número superou a meta estabelecida – muitas vezes não tiveram o comparecimento esperado. Tal situação só começou a melhorar no final do ano de 2013.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	16.307	15.841	16.966	Número absoluto	40%	18.103	17.070	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	96,3%	-	-	%	60%	100%	Acompanhamento 1º Sem. 2014	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 6



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
16.307	15.841	16.966	17.070
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>A unidade, dentro da 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;• 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 um serviço constante de captação de doadores negativos por telefone,• 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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
96,3%	-	-	Acompanhamento 1º Sem. 2014
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Acompanhamento 1º Sem. 2014			

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 limitado;• O horário de atendimento da unidade é limitado não permitindo a entrada de mais doadores;• Limitação dos horários de agendamentos individuais em função da redução de equipe a partir dos horários que iniciam os almoços,• Cancelamento dos agendamentos individuais e de caravanas nos dias de coletas externas.• Reduzimos as metas de coletas externas para conseguirmos manter a unidade aberta nestes dias,• O maior hospital consumidor da unidade teve uma grave crise administrativo-financeira que impactou no serviço de captação e no envio de doadores de reposição, <p>A falta de comprometimento de alguns hospitais contratantes nas atividades de captação.</p>

VALÉRIA SUTAÑA 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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	13.162	11.328	11.195	Número absoluto	40%	13.047	11.864	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	-	100%	100%	%	60%	100%	Supervisão cancelada (obras e AABB)	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 6



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
13.162	11.328	11.195	11.864
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O Hemocentro Regional de Governador Valadares não alcançou a meta pactuada para o ano de 2013, mas percebe-se uma melhora no desempenho em torno de 6% se comparado ao ano anterior e o melhor resultado apurado nos últimos três anos. Dentre os principais fatores que contribuíram para a melhoria do resultado temos: o incremento da triagem clínica do doador por enfermeiros (que reduziu o tempo de espera dos doadores para o atendimento e impactou positivamente na satisfação do cliente), a retomada das coletas externas e das palestras sobre a importância das doações de sangue, que foi possível com a contratação de motorista (MGS) para atuar na unidade, facilitando o deslocamento da equipe para a realização destas atividades.</p> <p>É preciso informar que o Hemocentro Regional de Governador Valadares, com o auxílio do estoque 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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	100%	100%	Supervisão cancelada (obras e AABB)
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Tendo em vista que a supervisão técnica do Hemocentro Regional de Governador Valadares foi cancelada devido ao período de término da reforma do 2º piso do prédio sede e à participação direta da equipe da Gerência de Supervisão e Acompanhamento da Fundação Hemominas junto ao processo de avaliação do Hemocentro de Belo Horizonte pela empresa AABB, não cabe a análise do referido indicador.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>É preciso informar as principais dificuldades que impactaram no desempenho do Hemocentro frente ao indicador "Coletas Realizadas":</p>



- Reforma do prédio sede do Hemocentro, que implicou na mudança dos setores diretamente envolvidos no atendimento aos doadores para área alugada, improvisada e com espaço físico insuficiente;
- Agendamento de grupos reduzidos de doadores devido às dificuldades de infraestrutura informadas acima (a recepção de doadores é muito pequena);
- Número reduzido de colaboradores em exercício no setor de Captação de Doadores: em 2013 o setor contou com apenas com duas colaboradoras (uma auxiliar administrativa – 6 horas/dia e a responsável de equipe – 8 horas/dia) o que dificultou o incremento das atividades de captação, interferindo diretamente no número de coletas realizadas.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	73.669	70.516	68.648	Número absoluto	40%	84.367	65.382	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%	%	60%	100%	Supervisão cancelada (obras e AABB)	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 0



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
73.669	70.516	68.648	65.382
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O Hemocentro registra uma tendência de redução de comparecimento de doadores e houve uma redução das coletas externas, sendo que os dois fatores contribuíram para a redução do indicador.			

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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	-	100%	Supervisão cancelada (obras e AABB)
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Houve cancelamento da supervisão devido ao processo de acreditação da AABB. No entanto não houve prejuízos à melhoria contínua uma vez que, com as auditorias do processo, manteve-se a rotina de identificação e resolução das não conformidades.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Dificuldades com a escala de equipe e de equipamentos para coletas externas

MARCELO FROES ASSUNÇÃO
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO DE BELO 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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	11.976	12.139	12.420	Número absoluto	40%	12.731	12.484	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	89,2%	-	-	%	60%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,20



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
11.976	12.139	12.420	12.484
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A execução do indicador foi muito trabalhosa devido à carência de Recursos Humanos disponíveis para atividades internas e externas. Os resultados poderiam ter sido melhores se houvesse investimento na reposição de RH em áreas estratégicas na Unidade.			

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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
89,2%	-	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Existe déficit em recursos humanos que dificultam sobremaneira o cumprimento das metas			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
As maiores dificuldades estão em dois pontos cruciais: deficiência de Recursos Humanos e excesso de demandas para as tarefas gerenciais, o que impacta negativamente no acompanhamento dos resultados e na implantação de ações corretivas em tempo hábil. Como não há previsão de correção destes pontos, os indicadores de 2014 devem ser repensados e reduzidos conforme a realidade atual, sob risco de resultados negativos ao final do período, o que pode ter reflexo em toda a Fundação Hemominas.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	3.522	3.057	3.544	Número absoluto	100%	3.633	4.331	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
3.522	3.057	3.544	4.331
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Apesar das dificuldades apresentadas no decorrer do período: veículos, disponibilidade de kit e profissionais para coleta externa, índices de satisfação dos clientes internos e externos, a unidade desdobrou-se e cumpriu sua meta.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>O maior dificultador é o profissional médico (triagem), cuja ausência nos inviabiliza de podermos atender as necessidades da unidade e dos usuários (sábados, noturnos).</p> <p>As pressões da sociedade e as do ambiente organizacional afetam diretamente e comprometem a execução da evolução dos processos e implementação de coletas.</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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	29.931	32.023	31.468	Número absoluto	40%	34.125	31.258	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	-	85,70%	89,90%	%	60%	100%	Supervisão cancelada (obras e AABB)	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 6



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
29.931	32.023	31.468	31.528
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A unidade não alcançou a meta, porém o número de doações foi superior ao ano anterior (2012). Foram realizadas coletas externas, campanhas de mobilização pela doação voluntária e novas estratégias de incentivo ao retorno com o intuito de aumentar as doações. O déficit de mão de obra devido aos servidores aposentados, exonerados e afastados por motivo de doença prejudica o funcionamento da unidade, contribuindo de forma negativa com o resultado. Esperamos que a conclusão da reforma predial e a convocação dos novos servidores aprovados no concurso possam auxiliar no aumento das doações culminando no alcance da meta em nossa unidade no próximo ano.			

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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	85,70%	89,90%	Supervisão cancelada (obras e AABB)
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Não houve supervisão na unidade JFO no ano de 2013.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
A unidade está passando por uma reforma predial que altera o fluxo e dificulta os processos. O déficit de mão de obra prejudica o funcionamento da unidade, vários servidores aposentaram, exoneraram e grande número de servidores com 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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	5.458	5.276	5.808	Número absoluto	40%	6.215	6.227	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%	-	%	60%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
5.458	5.276	5.808	6.227
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta cumprida de forma adequada.			

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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	100%	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta cumprida de forma adequada.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
A déficit de recursos humanos principal nos setores de atendimento à pacientes

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	16.330	17.113	16.536	Número absoluto	100%	17.204	15.961	6

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 6



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
16.330	17.113	16.536	15.961
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O atendimento da demanda hemoterápica da região norte-mineira foi satisfatório durante o período, apresentando índice de eficácia do atendimento hemoterápico de 95,25% na média dos meses do ano, acima da meta. No mês de novembro o índice de eficácia do atendimento hemoterápico foi de 87,74%. O funcionamento em rede da Fundação Hemominas auxiliou nos períodos de descompasso entre a demanda transfusional e o estoque local, com recebimento de hemocomponentes de outras unidades da Fundação Hemominas, possibilitando o atendimento dentro da meta proposta.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>A dificuldade mais crítica foi na área de recursos humanos, em especial na Triagem Clínica de Doadores devida insuficiência do quadro de médicos.</p> <p>No segundo semestre, a equipe médica foi diminuída em 3 profissionais (exoneração opcional de 2 médicos triagistas em julho/13 e da chefia de Triagem Clínica em outubro/13) e a insuficiência da equipe impactou diretamente na quantidade de hemocomponentes coletados. Além disto, a qualidade do atendimento ao doador foi afetada, com permanência prolongada do doador para a realização da doação nos dias de equipe muito reduzida.</p> <p>Na área de equipamentos houve dificuldade crítica na coleta devido a falta de reposição de homogenizadores com defeito, também impactando na quantidade de hemocomponentes coletados e no tempo de permanência do doador na unidade para efetuar a doação.</p> <p>O HEMOC abriu para coleta extra na véspera de todos os feriados. A Coordenação local e a Gerência Técnica auxiliaram na Triagem Clínica, mas a estratégia não foi suficiente para atingir a meta. Saliente-se a dificuldade de realização de coleta extras pela limitação de recursos humanos.</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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	11.887	11.929	11.570	Número absoluto	40%	11.859	12.528	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 %	98,2%	%	60%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
11.887	11.929	11.570	12.528
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A ampliação de um turno de coleta com equipe específica foi fundamental para atingir a meta de coleta da unidade.			

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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	100 %	98,2%	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Ações para sanar as NC foram implementadas de forma atender 100% dos requisitos			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Existe a necessidade urgente da reforma da área física para atendimento de requisitos legais e expansão continua das atividades para atender à demanda hemoterápica.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	7.078	7.773	8.037	Número absoluto	40%	8.238	9.023	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	84%	-	-	%	60%	100%	Acompanhamento 1º Sem 2014	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
7.078	7.773	8.037	9.023
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Apesar da nossa limitada área física e do número insuficiente de servidores, estamos num esforço extraordinário conseguindo cumprir a meta, que sobe todo ano e continuamos com a mesma estrutura e número de servidores. A nossa pesquisa de satisfação não é boa devido ao item estrutura física e demora no tempo de doação, impactado este pela estrutura física inadequada.			

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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
84%	-	-	Acompanhamento 1º Sem 2014
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Acompanhamento 1º Sem 2014			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Estrutura física inadequada, número de servidores muito abaixo do necessário.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	6.443	6.454	6.820	Número absoluto	40%	6.991	6.093	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	-	-	-	%	60%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 7,60



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
6.443	6.454	6.820	6.093
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Apesar do atendimento da demanda hemoterápica a unidade não conseguiu atingir a meta devido principalmente as limitações numéricas de recursos humanos..			

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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	-	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O resultado alcançado não apresentou maiores dificuldades, sendo necessário apenas incrementar a captação para aumentar as coletas e atender a demanda crescente.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Falta de recursos humanos adequado, principalmente relacionados ao número de médicos.

FÁBIO BALTAZAR DO NASCIMENTO
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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	6.002	6.134	5.878	Número absoluto	40%	5.994	6.111	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	-	92,1 %	-	%	60%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
6.002	6.134	5.878	6.111
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta atingida com sucesso devido ao comprometimento de toda a equipe do Hemonúcleo de Ponte Nova.			

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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	92,1 %	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta atingida com sucesso devido ao comprometimento da equipe do Hemonúcleo de Ponte Nova.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Falta de Enfermeiro Triagista, instalações inadequadas e falta de reposição de funcionário administrativo para desempenhar atividades da Qualidade interferem nas condições de trabalho.

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	5.695	6.496	7.367	Número absoluto	100%	7.853	7.201	6

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 6



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
5.695	6.496	7.367	7.201

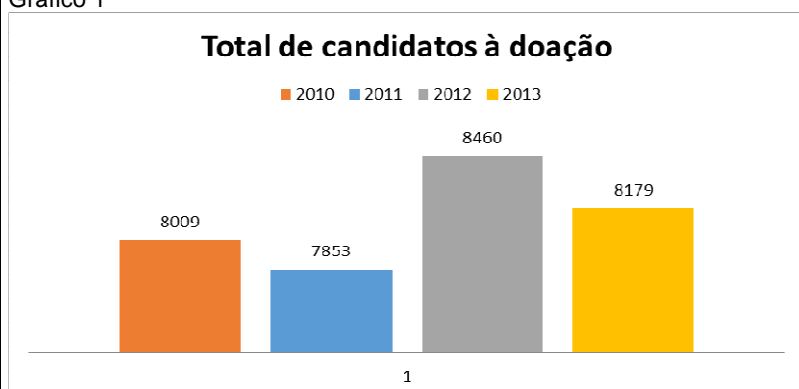
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR

O número de doares voluntários de sangue que compareceram na unidade de Poços de Caldas, no ano de 2013, caiu 3,3% em relação ao ano de 2012 (gráfico 1). No ano de 2013 a captação da unidade trabalhou ativamente desenvolvendo: campanhas, palestras para comunidade e empresas, palestra doador do futuro, curso de multiplicadores, eventos comemorativos e coleta extras. Apesar de a captação ter desenvolvido todas estas ações, não houve o retorno desejado (tabela 1).

Outro fator que impactou na redução do número de doadores foi a queda de 4% da reposição hospitalar no ano de 2013 em relação ao ano de 2012. (gráfico 2 e 3)

Segundo dados fornecidos pela TEC na videoconferência realizada no dia 11/02/2014 , referente à estoque, foi mostrado que na rede Hemominas em 2013, houve uma queda de 2 % no número de doadores, similar ao resultado da nossa unidade.

Gráfico 1



- Dados do relatório de atividades para divisão de captação e cadastro

Tabela das ações da captação em 2013.

Tabela 1

Ação	Quantidade	Participantes
Palestra comunidade, empresas e escolas	16	877
Palestra doador do Futuro	20	920
Treinamento para Multiplicadores	5	104
Datas comemorativas / Eventos	10	600
Hemotur	17	475



Gráfico 2
2012

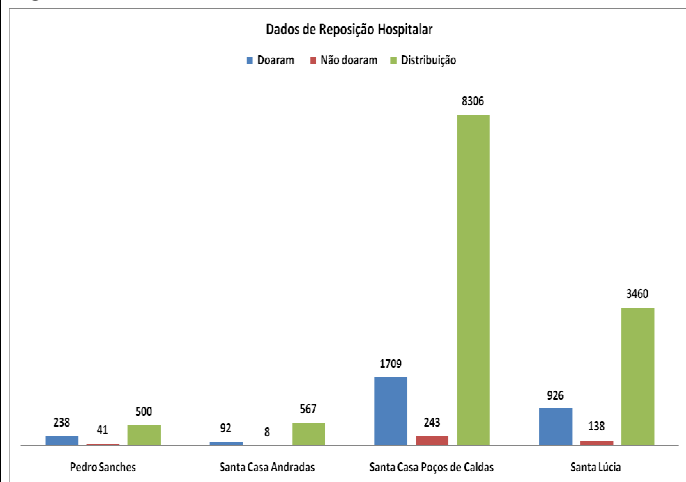
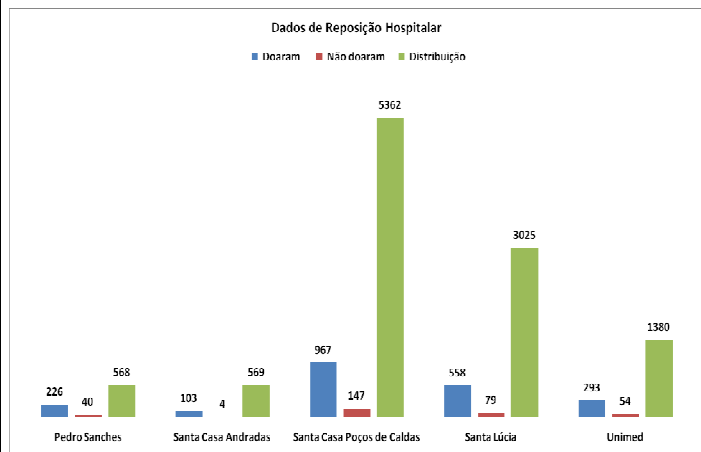


Gráfico 3
2013



DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

Houve um crescimento exagerado em 2012, graças a um fator isolado o que dificulta a superação da meta. A unidade seguiu a tendência em todo o país de queda nas doações a apesar de dobrar as ações no ano anterior.

CIBELE ANGÉLICA DE SOUZA SPINNA
DIRIGENTE DA EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE POÇOS DE CALDAS – POC



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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	5.815	5.974	6.016	Número absoluto	100%	6.265	6.029	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
5.815	5.974	6.016	6.029
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Mantendo o funcionamento regular do Posto Avançado de Coleta Externa (PACE) de Lavras e execução de todas as coletas externas programadas.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>Insuficiência de recursos humanos para aumentar horário de funcionamento do Posto Avançado de Coleta Externa (PACE) de Lavras e capacidade instalada e número de coletas externas.</p> <p>Dificuldade de reposição de doadores de hospitais conveniados (trabalho de captação deficiente). Necessidade de implementação da captação nos hospitais conveniados de doadores de reposição.</p> <p>Deficiência de recursos humanos na Unidade para supervisão de funcionamento do PACE, coletas externas e supervisão de Agências Transfusionais e Assistências Hemoterápicas e as exigências cada vez maiores (qualidade e legislação).</p> <p>Área física inadequada.</p>

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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	9.247	9.662	9.580	Número absoluto	40%	9.898	11.185	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 %	-	%	60%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
9.247	9.662	9.580	11.185
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Na reunião da Hemorrede Estadual em maio de 2013, foi apresentada sugestão de incremento da meta de coleta para suprir a demanda estadual. Apesar da demanda regional já estar devidamente suprida, reunimos com os com os setores pertinentes e optamos por ampliar o nosso horário de coleta em 1h, além de intensificar nossos serviços de captação e sensibilizar toda a equipe sobre a necessidade de incremento da produção.			

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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	100 %	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Profissionalismo e dedicação dos servidores envolvidos			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Necessidade de reformas urgentes da área física. Déficit de RH

GUSTAVO ADOLPHO VILFERT 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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	19.872	19.722	20.490	Número absoluto	100%	21.002	20.582	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
19.872	19.722	20.490	20.582
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Indicador ficou aquém da meta estabelecida. Apesar de termos colhido mais bolsas que no ano anterior, o número de coletas foi insuficiente para alcançar a meta, demonstrando um teto de coletas para os recursos disponíveis, como por exemplo, pessoal.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>O número de doadores que comparecem está diminuindo em virtude da maior dificuldade de largarem suas atividades diárias e de se deslocar ao hemocentro;</p> <p>Os horários disponíveis para atendimento aos doadores são restritos;</p> <p>O pessoal disponível não é suficiente para abertura do serviço em horários alternativos, como sábados, por exemplo;</p> <p>A RT de enfermagem, responsável pelo setor de coleta esteve de licença por 6 meses, o que dificultou um maior número de coletas externas;</p> <p>Grande número de licenças e afastamentos por motivos médicos;</p> <p>Inexistência de estratégia de marketing que estimule as doações de sangue.</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
	2010	2011	2012			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	15.422	15.494	14.487	Número absoluto	40%	14.849	14.296	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	-	100%	-	%	60%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,20



INDICADOR: Coletas Realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
15.422	15.494	14.487	14.296
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>No ano de 2013, atingimos 96,27% da meta estabelecida, apesar das dificuldades inerentes a este processo: reforma da estrutura física da URA, recursos humanos inadequado sob aspecto quantitativo, redução de candidatos a doação de sangue quanto fenômeno social. Para atingir 96,27% da meta várias ações foram instituídas na Unidade para captação de doadores através de coletas externas, horário noturno (uma vez ao mês), palestra, colaboração de todos os servidores da unidade.</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 2010	Resultado 2011	Resultado 2012	Resultado 2013
-	100%	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Apesar da inadequação de recursos humanos, este indicador é executado por toda unidade, o que possibilita o Auxílio entre as equipes, demonstrando o compromisso da nossa unidade com a execução das metas.</p>			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
<p>Estrutura física, recursos humanos e adesão dos cidadãos ao diversos programas de captação.</p>

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