



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: 2012**

**Belo Horizonte, fevereiro de 2013**



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 .....	13
2.5 – EQUIPE GABINETE - GAB .....	15
2.6 – EQUIPE DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS – PGF ..	17
2.7 – EQUIPE PROCURADORIA - PRO .....	24
2.8 – EQUIPE DIRETORIA TÉCNICO CIENTÍFICA - TEC .....	26
2.9 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO ALÉM PARAÍBA - ALP....	32
2.10 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE BETIM - BET.....	34
2.11 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE DIAMANTINA - DIA .....	36
2.12 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE DIVINÓPOLIS - DIV .....	38
2.13 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL GOVERNADOR VALADARES - GOV. 40	
2.14 – EQUIPE HEMOCENTRO DE BELO HORIZONTE - HBH.....	43
2.15 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHECK - HJK..	46
2.16 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE ITUIUTABA - ITU .....	48
2.17 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE JUIZ DE FORA - JFO.....	50
2.18 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE MANHUAÇÚ - MÇU .....	52



2.19 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE MONTES CLAROS - MOC.....	54
2.20 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE POUSO ALEGRE - PAL.....	56
2.21 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE PASSOS – PAS.....	58
2.22 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE PATOS DE MINAS – PMI.....	60
2.23 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE PONTE NOVA – PNO.....	62
2.24 – EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE POÇOS DE CALDAS - POC.....	64
2.25 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE SÃO JOÃO DEL REI - SJR.....	66
2.26 – EQUIPE HEMONÚCLEO DE SETE LAGOAS - SLA.....	68
2.27 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERLÂNDIA - UDI.....	70
2.28 – EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERABA - URA.....	73



## 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 2012 e 31 de dezembro de 2012.

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 2013.

(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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Índice de Atendimento ao Cidadão (IAC)	-	-	-	%	100%	94,00%	100%	10

**NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10**



<b>INDICADOR: Índice de Atendimento ao Cidadão (IAC)</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	100%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
O benefício ao cidadão é o de pronto atendimento às demandas por informação, dentro do prazo.			
<b>SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO</b>			
<b>TIPO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Alteração		<input type="checkbox"/> Título	
<input type="checkbox"/> Substituição		<input type="checkbox"/> Descrição	
<input type="checkbox"/> Exclusão		<input checked="" type="checkbox"/> Meta 2013	
<b>DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO SOLICITADA</b>			
Para 2013, precisaremos diminuir a meta substancialmente, pois está prevista inclusão de monitoramento pela Seplag do fale conosco do portal Hemominas.  Meta IAC para 2013: 50%			
<b>JUSTIFICATIVA</b>			
Caso os setores continuem tendo dificuldade em nos responder dentro do prazo, mesmo com equipe treinada não será possível cumprir meta de 100%, como nos anos anteriores e, principalmente se o fale conosco do portal Hemominas for integrado ao Sistema da Governança Eletrônica da Seplag, o que estava previsto para fevereiro de 2013.			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
Constituição de equipe treinada para elaboração de respostas e demora nos setores para nos dar informação correta e dentro do prazo estabelecido.

REGINA CÉLIA VASCONCELOS SILVA  
DIRIGENTE DA EQUIPE ASSESSORIA 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 no Hemocentro de Belo Horizonte (HBH)	Relatórios de avaliação interna da qualidade do Hemocentro de Belo Horizonte (HBH)	31/12/2012	100%	1	2012	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 no Hemocentro de Belo Horizonte (HBH)

**INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO**

O planejamento das avaliações internas na unidade HBH foi estabelecido durante o 1º semestre e as avaliações foram realizadas durante o 2º semestre. O resultado final proporcionou a visualização do grau de atendimento aos requisitos do modelo de gestão e apontou quais os esforços necessários aos processos locais na busca contínua para atender às necessidades do consumidor/cidadão.

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

Inerente ao processo de gestão da qualidade em quaisquer organizações, a resistência das equipes à implantação do processo é um fato. No entanto, esperava-se maior disponibilidade e receptividade por parte das lideranças, o que não ocorreu. Tais situações indicaram uma necessidade de evolução e sedimentação dos processos relacionados ao modelo de Gestão da Qualidade na unidade avaliada, por meio de intervenções ou melhorias tanto operacionais quanto estratégicas.

---

FERNANDA FANTINI PEREIRA  
DIRIGENTE DA EQUIPE ASSESSORIA DA QUALIDADE - ASQ



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

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Acompanhamento de convênios de entrada de recursos	-	-	-	Nota	20%	10	4	0
Número de convênios de grande vulto firmados sem aprovação da câmara de coordenação geral, planejamento, gestão e finanças.	-	-	-	Número absoluto	20%	0	0 Indicador desconsiderado	-
Índice de aderência a Política de Segurança da Informação do Governo do Estado	-	-	-	%	35%	40,00%	66,21%	10
Conformidade das Informações para a Gestão Estratégia Governamental	-	-	-	%	25%	100,00%	Indicador desconsiderado	-

**NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 6,36**



INDICADOR: Acompanhamento de convênios de entrada de recursos			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	4
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O indicador "Acompanhamento de Convênios de Entrada de Recursos" é composto por 3 quesitos sendo eles: "1- Declarações de contrapartida a convênios de entrada emitidos pela SEPLAG antes da celebração dos convênios"; "2 - Envio dos documentos de convênios, aditivos e prorrogações de ofício em tempo hábil para cadastro"; "3 - Análise do monitoramento intensivo de convênios enviados no prazo".</p> <p>Os quesitos 1 e 2 são de responsabilidade do Escritório de Projetos e o quesito 3 é de responsabilidade da Gerência de Planejamento e Orçamento.</p> <p>Quanto aos quesitos 2 e 3 o desempenho dos setores foi muito satisfatório, uma vez que a meta foi alcançada em ambos. Porém, quanto ao quesito 1 o desempenho foi diferente dos outros dois e o resultado ficou abaixo da meta estabelecida.</p> <p>O período de apuração deste quesito 1 é diferente da maioria dos indicadores do Acordo de Resultados, sendo que este engloba 6 meses em um ano e 6 meses em outro, ou seja, no caso deste resultado do AR-2012 o período de apuração foi de julho/2011 a junho/2012.</p> <p>No final do ano de 2011 houve um volume grande de projetos apresentados simultaneamente, sendo que em todos foram necessárias modificações solicitadas pelo MS, apresentação de documentos e diversos outros procedimentos. Como o setor contava, à época, com apenas 01 (um) servidor, os prazos para execução das demais atividades não foram cumpridas conforme definido. Com isto 5 dos projetos convertidos em convênios não foram lançados no SIGCON dentro do prazo estabelecido no quesito 1. Destes 5 convênios, 4 foram assinados no dia 14/12/2011 e 1 em 20/12/2012, sendo que foram publicados, respectivamente, em 02/01/2012 e 05/01/2012. Devido aos problemas supracitados, os lançamentos no SIGCON somente foram realizados posteriormente a data de assinatura. Não houve outros convênios assinados dentro do prazo de apuração do quesito 1.</p> <p>Tendo como base a forma de apuração do quesito 1, informada no Termo do Acordo de Resultados 2012, a nota no quesito foi 0 (zero), uma vez que abaixo de 50% de convênios lançados fora do prazo a nota passa a ser 0 (zero).</p> <p>Com isso a nota total do indicador foi prejudicada, uma vez que este quesito tem peso 6 e o demais peso 2. Dessa forma, o resultado do indicador foi 4 (quatro), sendo que conforme as instruções do indicador nos resultados abaixo de 7 a nota é 0 (zero).</p> <p>Entretanto, queremos ressaltar que embora o resultado para o indicador tenha sido ruim os trabalhos do setor captaram para o Estado de Minas Gerais o montante de R\$ 12.815.688,75(doze milhões, oitocentos e quinze mil, seiscentos e oitenta e oito reais e setenta e cinco centavos) em recursos Federais durante o ano de 2011 e R\$ 12.251.570,02(doze milhões, duzentos e cinquenta e um mil, quinhentos e setenta reais e dois centavos) durante o ano de 2012. Estes recursos foram e estão sendo utilizados em benefício da população do Estado, a partir da melhoria da qualidade dos serviços e produtos prestados/produzidos pela Fundação Hemominas.</p> <p>Segundo informações do Ministério da Saúde a Fundação Hemominas foi nos anos de 2011 e 2012 a instituição pública do setor saúde que mais captou recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde e destinados à política nacional de sangue e hemoderivados.</p> <p>Além disso, no período de tempo considerado pelo quesito 1 o Escritório de Projetos fazia o acompanhamento da execução de 33 convênios celebrado entre a Fundação Hemominas e o Ministério da Saúde. Atualmente, com o encerramento de alguns convênios, este acompanhamento passou a ser feito em 29 convênios, sendo que este demanda um volume muito grande de trabalho. Entretanto, mesmo com várias dificuldades, após este período não ocorreram novas perdas de prazo no lançamento de projetos no SIGCON. Isso deve-se ao esforço despendido pelo responsável pelo setor e pelo gerente da área.</p> <p>No final do ano de 2012 teve início uma reestruturação no setor, visando à melhoria dos processos de sua responsabilidade, a implantação de novos procedimentos e a utilização nova ferramentas para a gestão de convênios e projetos.</p>			



<b>INDICADOR:</b> Número de convênios de grande vulto firmados sem aprovação da câmara de coordenação geral, planejamento, gestão e finanças.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	0 (nota 10)
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Durante o ano de 2012 não houve a assinatura de nenhum convênio de grande vulto, ou seja, superior a R\$5.000.000,00 por parte da Fundação Hemominas.			

<b>INDICADOR:</b> Índice de aderência a Política de Segurança da Informação do Governo do Estado			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	66,21%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Os benefícios são proteção dos dados dos doadores e receptores nos sistemas de informação da FH; segurança das informações disponíveis ao cidadão no Portal da FH; tráfego de informações seguras através da rede de dados da FH; menor número de incidentes de segurança da informação como vírus e spams .</p> <p>O resultado é média da aderência às Resoluções 72 e 73 da Política de Segurança da Informação do Estado de MG:</p> <p>Resolução 72= 67,99% Resolução 73= 64,44%</p> <p><b>Resultado Final: 66,21%</b></p> <p>Na execução do indicador “Índice de aderência a Política de Segurança da Informação do Governo do Estado” com base nas resoluções 72 e 73 de 21/09/09, foi encontrada dificuldade em relação às diretrizes que são estabelecidas de forma geral nas portarias. Para garantir sua aplicabilidade na Fundação Hemominas foi necessário um maior detalhamento de cada requisito para que pudéssemos implantar e monitorar.</p> <p>No que diz respeito a requisitos técnicos que dependem de recursos financeiros a dificuldade foi em relação a não liberação de recurso para compra de equipamentos, como exemplo os ativos de rede foram adquiridos somente no final de 2012, ainda ficaram faltando aquisição dos servidores e IDS/IPS, que estão previstos para 2013. Quanto aos requisitos da resolução 73 o item responsabilidades é abrangente e que não dependem somente da TI, dependendo de outros atores como Usuários, Auditoria e Unidades Regionais, onde a conscientização e parceria é mais educativa do que a vedação do acesso.</p>			



<b>INDICADOR: Conformidade das Informações para a Gestão Estratégica Governamental</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
<b>Resultado 2009</b>	<b>Resultado 2010</b>	<b>Resultado 2011</b>	<b>Resultado 2012</b>
-	-	-	-
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>Indicador desconsiderado, pois somente as AGEIs tem acesso ao sistema de Gestão Estratégica Governamental, e como as vinculadas, que é o caso da Fundação Hemominas, não possui AGEI, não possuímos o acesso a este sistema. Portanto o indicador foi desconsiderado.</p>			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
<p>A dificuldade encontrada na execução do indicador “Índice de aderência a Política de Segurança da Informação do Governo do Estado”, apesar da meta ter sido atingida foi em relação à compra de equipamento que apesar de ter sido planejada não obtivemos autorização para realizar a aquisição conforme planejado, por falta de liberação de cota orçamentária.</p> <p>Houveram muitas dificuldades para a execução dos indicadores relativos a convênios ao longo do ano de 2012, sendo estas devidas aos seguintes fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Grande volume de atividades simultâneas;</li><li>• Prazos reduzidos;</li><li>• Número reduzido da equipe do setor (composta por somente um servidor);</li><li>• Período de apuração do indicador diferente do período de vigência Acordo de Resultados.</li></ul> <p>Vale ressaltar, que apesar do resultado referente a execução de convênios ter sido abaixo da meta, o benefício resultante do trabalho e esforço da reduzida equipe para a Fundação Hemominas foi muito significativo, uma vez que com o volume de recurso captado através de convênios, as unidades estão sendo adequadas, servidores treinados e equipamentos sendo comprados, objetivando atender o cidadão com produtos e serviços de qualidade e com segurança.</p>

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Índice médio de execução do Plano Anual de Auditoria (PAA)	100%	100%	100%	%	100%	97,62%	97,62%	9,76

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,76



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

HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
100%	100%	100%	97,62%

**INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR**

Os procedimentos de auditoria executados no ano 2012 geraram vários produtos de auditoria nos quais foram identificadas algumas falhas nos sistemas operativos da Fundação. Fato que gerou algumas sugestões e recomendações para a melhoria dos controles internos e dos procedimentos de gestão de pessoal, contábeis, execução de despesas e processos internos da Fundação Hemominas. Essas sugestões de adequação de possíveis irregularidades beneficiam de uma auditoria.

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

Destacamos que durante o ano de 2012 tivemos servidores em licença médica por grande período, não sendo possível a substituição dos mesmos durante o exercício. Além disso, afastou-se uma servidora em férias prêmio para posterior aposentadoria. Esse fato gerou grande sobrecarga de trabalho a todos os servidores e atraso no cumprimento das ações. Com o fim da licença do servidor e a vinda de uma servidora para o NUCAD, foi possível redistribuir as atividades possibilitando a finalização do PAA.

---

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Tempo médio de resposta às demandas das Ouvidorias Especializadas/OGE	-	-	25,16 dias	Dias	50%	20 dias	14,12 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 12.527/11	Relatórios bimestrais com análise quanto à gestão documental e informacional dos órgãos/entidades de acordo com metodologia a ser disponibilizada pela Sub-controladoria da Informação Institucional e da Transparência/CGE até 30/04/2012.	1º - 31/05/12 2º - 31/07/12 3º - 30/09/12 4º - 30/11/12	50,00%	1	1º - 30/05/12 2º - 27/07/12 3º - 01/10/12 (segunda-feira) 4º - 30/11/12	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



<b>INDICADOR: Tempo médio de resposta às demandas das Ouvidorias Especializadas/OGE</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	25,16 dias	14,12 dias
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Retorno das demandas de forma satisfatória e dentro do prazo estabelecido.			

<b>PRODUTO: Diagnóstico das informações públicas nos órgãos e entidades do Poder Executivo Estadual, com base na lei 12.527/11</b>
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO</b>
Os Relatórios encaminhados à CGE possibilitam maior agilidade no retorno aos cidadãos das demandas encaminhadas via Portal da Transparência

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
Na execução, não tivemos dificuldades, uma vez que a Hemominas se empenha para atender as demandas apresentadas no prazo estabelecido.

---

FERNANDA VAZ MORIYA AVELAR  
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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Eficácia do planejamento da despesa	-	75,30%	79,31%	%	4%	80,00%	82,02%	10
Inventário por meio de coletor de dados com leitor de código de barras	-	-	-	%	10%	100,00%	96%	9
Índice de responsabilização (accountability) na execução dos cursos de capacitação da FJP	-	-	-	%	8%	90,00%	94,12%	10
Percentual de servidores com PGDI elaborado no prazo	-	93,33%	100,00%	%	8%	90,00%	99,25	10
Comprometimento institucional durante a capacitação dos servidores na carteira de cursos ofertados pela SEPLAG/FJP	-	-	85,71%	%	8%	92,00%	100%	10
Índice de satisfação dos servidores com os Programas de Qualidade de Vida	-	-	90,50%	%	8%	92,00%	96,5%	10
Índice de desempenho ambientação	-	77,00%	50,00%	%	6%	70,00%	-	-
Número de dias de inscrição no CAUC	4	0	0	Dias	10%	0 dias	0	10
Índice de certificação das contas contábeis	-	-	100,00%	%	22%	90,00%	97,02 %	10
Conformidade das Informações para a Gestão Estratégica Governamental	-	-	-	%	25%	100,00%	Indicador desconsiderado	-
Acompanhamento de convênios de entrada de recursos	-	-	-	Nota	8%	10	4	0

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,95



<b>INDICADOR: Eficácia do planejamento da despesa</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	75,30%	79,31%	82,02%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>A atividade de planejamento da despesa é desenvolvida, na Fundação Hemominas, a mais de três anos. De 2011 para 2012, a metodologia foi implementada permitindo que cada gerência informe para o exercício, qual a demanda de contratações e aquisições. Juntamente com a nova metodologia, a cultura de planejar é rotineiramente abordada por meio de publicações dos resultados, via intranet. Na Fundação Hemominas, o objetivo principal de planejar despesa é subsidiar na gestão dos recursos públicos, de modo que esses sejam administrados com transparência e utilizados de forma otimizada, permitindo a cada exercício, realizar melhorias e inovações que impactam no atendimento ao doador e ao paciente. Inovações como: Reforma das Unidades Regionais/hemocentro, aquisição de software de atendimento ao doador, Contratação de ensaios de proficiência em hemocomponentes, Aquisição de sistema de envio de mensagem eletrônica aos doadores, contratação de projeto Câmara Soroteca, etc. são planejadas com estimativa de valor e prazo a ser deduzida do orçamento.</p> <p>O indicador de eficácia no planejamento da despesa demonstrou que nos resultados de 2010 a 2012, o aprimoramento na qualidade das informações de planejamento, é eficaz no que se refere a subsidiar a administração dos recursos públicos, direcionando para melhor atendimento à sociedade.</p>			

<b>INDICADOR: Inventário por meio de coletor de dados com leitor de código de barras</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	96%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>O coletor de dados propiciou agilidade na coleta e extração de dados analisados. Contudo, o fluxo atual do processo não resultou em economia efetiva, pois foi o primeiro ano de utilização (houve uma série de imprevistos com o coletor de dados durante a execução do inventário) e o processo precisa de ajustes para que possa apresentar resultados consistentes.</p>			

<b>INDICADOR: Índice de responsabilização (accountability) na execução dos cursos de capacitação da FJP</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	94,12%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>O indicador está relacionado com as inscrições e envio do TC das vagas aceitas e disponibilizadas. A Hemominas teve muita dificuldade em relação aos prazos para realizar as inscrições, enviar para assinaturas e enviar os documentos exigidos para a FJP.</p>			



<b>INDICADOR: Percentual de servidores com PGDI elaborado no prazo</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	93,33%	100,00%	99,25%

**INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR**

Segue abaixo os resultados referentes aos quantitativos apurados deste indicador:  
Servidores sujeitos à ADI 2012 – 939  
Servidores com PGDI lançados em 2012 – 932  
Servidores sem PGDI lançados em 2012 – 7  
Percentual de PGDI lançados – 99,25

O resultado alcançado por este indicador, tem como principais benefícios ao cidadão:

- A mensuração dos resultados esperados e a orientação e reorientação das políticas e do planejamento Estratégico da Fundação;
- O alcance pleno dos objetivos institucionais, em toda a rede e em cada uma de suas unidades, assim como a contribuição para o desenvolvimento profissional do servidor;
- A contribuição para a implementação do princípio da eficiência no âmbito da Fundação.

<b>INDICADOR: Comprometimento institucional durante a capacitação dos servidores na carteira de cursos ofertados pela SEPLAG/FJP</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	85,71%	100%

**INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR**

Todos os servidores que pleitearam as vagas nos cursos da FJP foram orientados quanto às exigências na participação e o que envolvia o descumprimento. Não tivemos problemas para acompanhar esse Indicador.

<b>INDICADOR: Índice de satisfação dos servidores com os Programas de Qualidade de Vida</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	90,50%	<b>96,5%</b>

**INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR**

Os principais objetivos dos Programas de Qualidade de vida no Trabalho é melhorar a qualidade de vida no ambiente ocupacional assim como o desempenho organizacional. No âmbito da Fundação estes programas são desenvolvidos de acordo como o perfil epidemiológico dos servidores, ou seja, baseia-se nos principais motivos de afastamento no trabalho. Os principais benefícios destes programas são a melhoria nos relacionamentos interpessoais, a melhoria na qualidade dos produtos e serviços através da satisfação do trabalhador; a redução dos custos com doenças, planos de saúde, absenteísmo e acidentes do trabalho; melhoria na comunicação aumento na produtividade pessoal e, conseqüentemente, profissional das equipes.



<b>INDICADOR: Índice de desempenho ambientação</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	77,00%	50,00%	-
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Indicador desconsiderado conforme orientação Francisco Bizzotto Gomes (Programa Ambientação), comprovado pelo e-mail anexo.			

<b>INDICADOR: Número de dias de inscrição no CAUC</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
4	0	0	0
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O acompanhamento da regularidade é realizado através de consultas diárias pela G.GCF.CON no Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias (CAUC), da Secretaria do Tesouro Nacional, que informa a situação de adimplência da Fundação Hemominas junto ao Governo Federal no atendimento dos seguintes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>I - Obrigações de Adimplência Financeira,</li><li>II - Adimplemento na Prestação de Contas de Convênios,</li><li>III - Obrigações de Transparência,</li><li>IV - Adimplemento de Obrigações Constitucionais ou Legais.</li></ul> <p>Portanto, foi possível efetivamos o monitoramento da regularidade fiscal e assim não tivemos o registro dessa Entidade no CAUC, no exercício de 2012. A fonte de comprovação acerca dos dados informados encontra-se no sítio da Secretaria do Tesouro Nacional, no endereço <a href="http://www.tesouro.fazenda.gov.br">www.tesouro.fazenda.gov.br</a></p>			



<b>INDICADOR: Índice de certificação das contas contábeis</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	100,00%	97,02%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O atendimento da certificação das contas contábeis acontece trimestralmente mediante solicitação da SCCG/SEF – Superintendência Central de Contadoria Geral da Secretaria da Fazenda de Minas Gerais, para tanto os saldos das contas Contábeis foram certificados conforme comunicados seguintes:</p> <p>1º Trimestre: OF/CIRCULAR/SEF/GAB/SCCG/Nº 084/12, de 10/04/12;</p> <p>2º Trimestre: E-mail da SCCG, do dia 13/07/12;</p> <p>3º Trimestre: OF/CIRULAR Nº254/12 GAB/SCCG, de 24/10/12;</p> <p>4º Trimestre: OF Nº031/13/GAB/SCCG, de 15/01/13.</p> <p>O atendimento das certificações no 1º ao 3º trimestre superou a meta estabelecida de 90%, no entanto no 4º trimestre a meta não foi atingida, em virtude do saldo da conta contábil 299.02.02.00.00 – Obrigações a Liquidar – Estoque de Material de Consumo não ter sido regularizado tempestivamente, por problemas que ocorreram no sistema SIAD.</p>			

<b>INDICADOR: Conformidade das Informações para a Gestão Estratégia Governamental</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	-
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Indicador desconsiderado, pois somente as AGEIs tem acesso ao sistema de Gestão Estratégica Governamental, e como as vinculadas, que é o caso da Fundação Hemominas, não possui AGEI, não possuímos o acesso a este sistema. Portanto o indicador foi desconsiderado.</p>			

<b>INDICADOR: Acompanhamento de convênios de entrada de recursos</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	4
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O indicador “Acompanhamento de Convênios de Entrada de Recursos” é composto por 3 quesitos sendo eles: “1- Declarações de contrapartida a convênios de entrada emitidos pela SEPLAG antes da celebração dos convênios”; “2 - Envio dos documentos de convênios, aditivos e prorrogações de ofício em tempo hábil para</p>			



cadastro”; “3 - Análise do monitoramento intensivo de convênios enviados no prazo”.

Os quesitos 1 e 2 são de responsabilidade do Escritório de Projetos e o quesito 3 é de responsabilidade da Gerência de Planejamento e Orçamento.

Quanto aos quesitos 2 e 3 o desempenho dos setores foi muito satisfatório, uma vez que a meta foi alcançada em ambos. Porém, quanto ao quesito 1 o desempenho foi diferente dos outros dois e o resultado ficou abaixo da meta estabelecida.

O período de apuração deste quesito 1 é diferente da maioria dos indicadores do Acordo de Resultados, sendo que este engloba 6 meses em um ano e 6 meses em outro, ou seja, no caso deste resultado do AR-2012 o período de apuração foi de julho/2011 a junho/2012.

No final do ano de 2011 houve um volume grande de projetos apresentados simultaneamente, sendo que em todos foram necessárias modificações solicitadas pelo MS, apresentação de documentos e diversos outros procedimentos. Como o setor contava, à época, com apenas 01 (um) servidor, os prazos para execução das demais atividades não foram cumpridas conforme definido. Com isto 5 dos projetos convertidos em convênios não foram lançados no SIGCON dentro do prazo estabelecido no quesito 1. Destes 5 convênios, 4 foram assinados no dia 14/12/2011 e 1 em 20/12/2012, sendo que foram publicados, respectivamente, em 02/01/2012 e 05/01/2012. Devido aos problemas supracitados, os lançamentos no SIGCON somente foram realizados posteriormente a data de assinatura. Não houve outros convênios assinados dentro do prazo de apuração do quesito 1.

Tendo como base a forma de apuração do quesito 1, informada no Termo do Acordo de Resultados 2012, a nota no quesito foi 0 (zero), uma vez que abaixo de 50% de convênios lançados fora do prazo a nota passa a ser 0 (zero).

Com isso a nota total do indicador foi prejudicada, uma vez que este quesito tem peso 6 e o demais peso 2. Dessa forma, o resultado do indicador foi 4 (quatro), sendo que conforme as instruções do indicador nos resultados abaixo de 7 a nota é 0 (zero).

Entretanto, queremos ressaltar que embora o resultado para o indicador tenha sido ruim os trabalhos do setor captaram para o Estado de Minas Gerais o montante de R\$ 12.815.688,75(doze milhões, oitocentos e quinze mil, seiscentos e oitenta e oito reais e setenta e cinco centavos) em recursos Federais durante o ano de 2011 e R\$ 12.251.570,02(doze milhões, duzentos e cinquenta e um mil, quinhentos e setenta reais e dois centavos) durante o ano de 2012. Estes recursos foram e estão sendo utilizados em benefício da população do Estado, a partir da melhoria da qualidade dos serviços e produtos prestados/produzidos pela Fundação Hemominas.

Segundo informações do Ministério da Saúde a Fundação Hemominas foi nos anos de 2011 e 2012 a instituição pública do setor saúde que mais captou recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde e destinados à política nacional de sangue e hemoderivados.

Além disso, no período de tempo considerado pelo quesito 1 o Escritório de Projetos fazia o acompanhamento da execução de 33 convênios celebrado entre a Fundação Hemominas e o Ministério da Saúde. Atualmente, com o encerramento de alguns convênios, este acompanhamento passou a ser feito em 29 convênios, sendo que este demanda um volume muito grande de trabalho. Entretanto, mesmo com várias dificuldades, após este período não ocorreram novas perdas de prazo no lançamento de projetos no SIGCON. Isso deve-se ao esforço despendido pelo responsável pelo setor e pelo gerente da área.

No final do ano de 2012 teve início uma reestruturação no setor, visando à melhoria dos processos de sua responsabilidade, a implantação de novos procedimentos e a utilização nova ferramentas para a gestão de convênios e projetos.



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

Em relação ao indicador “Inventário por meio de coletor de dados com leitor de código de barras” o leitor de barras informa o total de itens lidos no setor sem, contudo defini-los e também falta de opções no leitor de barras para retornar ou cancelar itens registrados indevidamente.

Outra dificuldade foi a falta de treinamento teórico e prático com carga horária adequada para todos os membros das Comissões Inventariantes em conjunto com os setores envolvidos e falta de dedicação exclusiva quando da convocação para as Comissões Inventariantes.

O acompanhamento do CAUC não apresentou dificuldade, devido o monitoramento preventivo da regularidade fiscal da instituição.

Quanto a certificação das contas contábeis no último trimestre apontamos as seguintes dificuldades:

1. Obtenção de orientação da Coordenação do SIAD/SEPLAG para certificação das Obrigações a Liquidar referente a conta contábil 299.02.02.00.00. Ressaltamos que tal repasse de informação só foi possível após visita in loco na SEPLAG pela G.GCF.CON no dia 23/11/12, apesar dos inúmeros e-mails encaminhados pela G.GLG, sem obtenção de respostas.
2. Grande volume de registros indevidos efetuados pelas Unidades Regionais. Após levantamento dos registros realizados na conta contábil, foram identificados inúmeros registros incorretos realizados pela Unidade de Pouso Alegre, referente a entrada de notas fiscais oriundas de adiantamento para despesas miúdas de pronto pagamento como sendo notas provenientes de processo de compras, uma falha no sistema que permitia esse registro. Para 2013 o sistema já foi adequado de acordo com o novo Plano de Contas do Estado.
3. A regularização dos saldos inconsistentes na conta contábil 299.02.02.00.00 dependia de ajustes no sistema SIAD, portanto ressaltamos que dos 42 CNPJ's a ser certificados somente foi possível regularizar 34.
4. Falta de energia e acesso a rede no dia 28/12/12.

---

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Percentual de expedientes em conformidade com as normas de elaboração, redação e consolidação de leis do estado.	-	-	-	%	100%	50%	Indicador desconsiderado	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10





<b>INDICADOR:</b> Percentual de expedientes em conformidade com as normas de elaboração, redação e consolidação de leis do estado.			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	-
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>No ano de 2012 a Fundação Hemominas não houve nenhum caso aplicável a este indicador. E na minuta do acordo tem a observação que “O indicador será mensurado somente se o órgão enviar um número igual ou maior que 5 expedientes no decorrer do ano”.</p> <p>Como este fato não ocorreu, conforme orientações da Casa Civil o indicador foi desconsiderado.</p>			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
Indicador desconsiderado.

---

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Índice de Satisfação do Cliente Externo (doador e paciente)	-	-	-	%	10%	80%	95,4%	10
Número de coletas externas realizadas	230	212	220	Número absoluto	7,5%	260	280	10
Nº de supervisões realizadas às Unidades da FH	14	16	14	Número absoluto	7,5%	09	11	10
Taxa de eficácia do atendimento transfusional de concentrado de hemácias	92,40%	91,80%	80,00%	%	7,5%	85,00%	92,91 %	10
Tempo decorrido entre o diagnóstico e o atendimento de 1ª consulta dos pacientes do teste do pezinho nos ambulatórios das UFH.	28,2 dias	36,1 dias	36,1 dias	Dias	5%	35 dias	35,5	08
Taxa de execução do Projeto Estratégico – Cetebio	-	-	-	%	5%	100%	100%	10
Conformidade das Informações para a Gestão Estratégia Governamental	-	-	-	%	7,5%	100,00%	Indicador Desconsiderado	-



## SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



### QUADRO DE PRODUTOS

Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Instalação física e validação de equipamentos do Banco de Medula Óssea – BMO	Equipamentos Instalados e Validados.	31/08/2012	7,5%	1	Julho/2012	0	10
Implantação do Banco de Medula Óssea - BMO.	Serviço aprovado pela VISA	30/09/2012	10%	1	09/10/2012	0	10
Revisão dos documentos técnicos para implantação do Banco de Pele – BP	Documentos técnicos revisados	31/12/2012	5%	1	14/12/2012	0	10
Revisão dos documentos técnicos para implantação do Banco de Medula Óssea - BMO.	Documentos técnicos revisados	30/06/2012	5%	1	24/08/2012	0	10
Previsão dos insumos necessários para a validação do Banco de Sangues Raros – BSR	PAMCS emitida	31/12/2012	10%	4	Excluído COIMGE	0	10
Avaliação dos projetos arquitetônicos da Obra de 2ª etapa e orientação para adequação.	Projetos avaliados	31/05/2012	2,5%	1	16/05/2012	0	10
Estabelecer parceria com maternidade	Termo de aceitação assinado	31/12/2012	5%	1	28/09/2012	0	10
Treinamento da Equipe Cetebio nos processos do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário – BSCUP	Treinamento realizado	31/12/2012	2,5%	1	26/09/2012; 12/11/2012	0	10
Elaborar o Cronograma do Projeto Cetebio para 2013	Cronograma elaborado	31/12/2012	2,5%	1	14/12/2012	0	10

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

**NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,88**

**INDICADOR: Índice de Satisfação do Cliente Externo (doador e paciente)**

HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	95,4

**INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR**

Os resultados mostram que, de uma maneira geral, os candidatos a doação, os doadores de sangue e os Pacientes Consideram-se satisfeitos com o atendimento que recebem. Chamamos a atenção para o fato que os doadores que Precisam repetir os exames sorológicos também tem a sua satisfação avaliada, o que denota a preocupação da Fundação Hemominas em prestar um bom atendimento em todas as etapas dos serviços prestados aos cidadãos.

**INDICADOR: Número de coletas externas realizadas**

HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
230	212	220	280

**INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR**

Ao realizarmos 280 Coletas Externas durante o ano de 2012 conseguimos chegar mais perto dos cidadãos, uma vez que aumentamos o número de Coletas Externas realizadas em relação aos anos anteriores.

**INDICADOR: Nº de supervisões realizadas às Unidades da FH**

HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
14	16	14	11

**INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR**

Nas supervisões são verificados itens referentes a padronização dos processos da rede. As não conformidades encontradas são discutidas para permitir a adequação, pela UFH, aos requisitos legais e garantir produtos de qualidade aos hospitais que mantém contrato com a Hemominas. Relatórios encaminhados permitem o acompanhamento destas adequações.

**INDICADOR: Taxa de eficácia do atendimento transfusional de concentrado de hemácias**

HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
92,40%	91,80%	80,00%	92,91 %

**INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR**

A Fundação Hemominas conseguiu atingir a meta proposta, propiciando um atendimento satisfatório a demanda transfusional de bolsas de concentrado de hemácias solicitadas pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados contratantes. Isto foi possível graças ao esforço dos servidores e a implementação de ações integradas em toda a Rede Hemominas otimizando assim a distribuição de bolsas de concentrado de hemácias em todo o estado.



<b>INDICADOR: Tempo decorrido entre o diagnóstico e o atendimento de 1ª consulta dos pacientes do teste do pezinho nos ambulatórios das UFH</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
28,2 dias	36,1 dias	36,1 dias	35,5
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>A meta de 35 dias não foi atingida, pois no 1º semestre de 2012 ocorreram problemas de recursos humanos (exoneração, licenças médicas) que foram solucionados no 2º semestre com processo seletivo e retorno de servidor que se encontrava em licença sem vencimentos.</p> <p>Este indicador é importante, tendo em vista que o início da profilaxia da penicilina, imunização e orientações gerais aos cuidadores da criança têm um impacto na diminuição da morbidade e mortalidade dessas crianças.</p> <p>A literatura médica orienta que as primeiras orientações sejam realizadas o mais precocemente possível. Levando em consideração que as primeiras manifestações da doença iniciam em torno do 5º mês de vida, o ideal seria que a 1ª consulta fosse realizada até o 4º mês de vida o que foi atingido, pois em 2012 a média de idade dessas crianças para a primeira consulta foi de 1,9 meses (56,9dias).</p>			

<b>INDICADOR: Taxa de execução do Projeto Estratégico – Cetebio</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	98,57
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>Implantar em Minas Gerais de um Centro de Tecidos Biológicos, visando suprir o SUS de procedimentos de Alta complexidade: Banco Multecidos: Medula Óssea, Pele, Tecidos Musculoesquelético, Sangues Raros, Sangue Cordão Umbilical e Placentário e Valvas Cardíacas.</p>			

<b>INDICADOR: Conformidade das Informações para a Gestão Estratégia Governamental</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	-
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>Indicador desconsiderado, pois somente as AGEIs tem acesso ao sistema de Gestão Estratégica Governamental, e como as vinculadas, que é o caso da Fundação Hemominas, não possui AGEI, não possuímos o acesso a este sistema.</p> <p>Portanto o indicador foi desconsiderado.</p>			

<b>PRODUTO: Instalação física e validação de equipamentos do Banco de Medula Óssea – BMO</b>
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO</b>
<p>Implantação do Banco de Medula Óssea no Centro de Especialidades Médicas. Visando atender às necessidades dos Centros transplantadores em Minas Gerais com a Criopreservação de Células Progenitoras Hematopoiéticas.</p>



**PRODUTO:** Implantação do Banco de Medula Óssea - BMO

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Banco de Medula Óssea implantado e pronto para atendimentos às demandas dos Centros transplantadores em Minas Gerais.  
Observação: A data de implantação do Banco foi alterada em conformidade com autorização COIMGE para 21/11/2012

**PRODUTO:** Revisão dos documentos técnicos para implantação do Banco de Pele – BP

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Revisão anual dos documentos técnicos do Banco de Pele, técnica validada pela equipe Cetebio, restando espaço físico adequado para início das atividades.

**PRODUTO:** Revisão dos documentos técnicos para implantação do Banco de Medula Óssea - BMO.

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Documentos revisados e banco implantado possibilitando início de atendimento aos Centros Transplantadores de Medula Óssea em Minas Gerais.

**PRODUTO:** Previsão dos insumos necessários para a validação do Banco de Sangues Raros – BSR

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Produto alterado, implantação adiada em conformidade com solicitação e autorização COIMGE.

**PRODUTO:** Avaliação dos projetos arquitetônicos da Obra de 2ª etapa e orientação para adequação

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Projetos arquitetônicos aprovados para implantação da 2ª etapa da área física do Cetebio em Lagoa Santa.

**PRODUTO:** Estabelecer parceria com maternidade

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Parceria estabelecida com o IPSEMG para início das coletas de Sangue do Cordão Umbilical e Placentária Visando a validação técnica do Banco.



**PRODUTO:** Treinamento da Equipe Cetebio nos processos do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário – BSCUP

**INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO**

Treinamentos previstos em 2012 realizados, visou capacitar a equipe técnica do Cetebio para a realização de Procedimentos de Coleta e Criopreservação de Sangue do Cordão Umbilical e Placentário – SCUP, com objetivo de implantar o Banco de Sangue do Cordão Umbilical e Placentário para o atendimentos às demandas de transplantes em conformidade com a Rede Brasil Cord.

**PRODUTO:** Elaborar o Cronograma do Projeto Cetebio para 2013

**INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO**

Planejamento das ações para implantação de bancos que compõe o Cetebio em 2013, realizado e lançado no Sistema de Acompanhamento e Gestão da Estratégia Governamental.

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

Indicador: Índice de Satisfação do Cliente Externo (doador e paciente)

A metodologia adotada para a avaliação da satisfação dos clientes externos da Fundação Hemominas, bem como os instrumentos de pesquisa utilizados, foram revisados no segundo semestre de 2012. Por conseguinte, estamos ainda em fase de adequação desta metodologia. A dificuldade encontrada se pautou no entendimento do novo fluxo e também na falta de servidores disponíveis para aplicar a pesquisa nas unidades. Entretanto, pelos feedbacks recebidos dos servidores que aplicaram a pesquisa, o novo fluxo de aplicação da pesquisa e o novo instrumento tem se mostrado eficazes e com possibilidade de apontar a opinião dos cidadãos usuários dos serviços da Fundação Hemominas em relação ao atendimento recebido de forma mais realista.

Projeto Cetebio

O Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais – Cetebio é um projeto singular no âmbito do Estado de Minas Gerais, as dificuldades decorrentes de sua implantação repousa na falta de um referencial no âmbito nacional, tendo a equipe técnica e administrativa que atuar com pioneirismo na implantação, inclusive contribuindo na proposição de legislação que atenda o formato de Banco Mult tecidos.

Concluindo, as maiores dificuldades encontradas no cumprimento das metas estão na locação de recursos humanos capacitados e treinados. Adequação às normas e rotinas, mudança na legislação e ineditismos de projetos como o Cetebio.

FERNANDO VALADARES BASQUES

DIRIGENTE DA EQUIPE DIRETORIA TÉCNICO CIENTÍFICA - TEC



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

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	3.353	3.357	3.197	Número absoluto	35	3.400	2.756	8
Percentual de Doadores de Retorno	71,22%	72,13%	71,97%	%	35	73	71,35	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%	%	30	85	84,1%	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 08





<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
3.353	3.357	3.197	2.756
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Atendemos nossa região de forma eficiente com o número de coletas realizadas. Nossa taxa de eficácia mensal de atendimento foi acima de 92% no decorrer deste ano de 2012. A redução de demanda local regional, justifica a redução na coleta.			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
71,22%	72,13%	71,97%	71,35%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Nosso percentual do atendimento do doador de retorno foi próximo ao cumprimento da meta. Resultado que no decorrer dos anos vem sendo mantido no mesmo patamar.			

<b>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</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	80%	84,1%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Nossos resultados vêm melhorando e se aproximando da meta (85%). Com isso, a melhoria continua vem sendo evidenciada.			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
Apesar do trabalho efetuado pelo setor de captação, a diminuição é justificada a variação normal da população doadora.

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	10.456	10.777	10.393	Número absoluto	50	11.000	10.347	8
Percentual de Doadores de Retorno	56,83%	62,85%	66,46 %	%	50	68%	65,62%	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
10.456	10.777	10.393	10.347
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Conseguimos atender ao longo do ano a toda demanda de hemocomponentes solicitados pelas agencias Transfusionais Credenciadas.			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
10.456	10.777	10.393	65,62%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O índice de fidelização se manteve estável.			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
As principais dificuldades para atingir a meta são:  <ol style="list-style-type: none"><li>1- Não participação dos hospitais no encaminhamento de doadores.</li><li>2- Equipe reduzida para conscientização extra-unidade.</li><li>3- Questões sazonais, epidemias, férias, etc..</li></ol>

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	3.862	3.755	4.237	Número absoluto	50%	4.000	4.107	10
Percentual de Doadores de Retorno	63,82%	63,88%	60,69 %	%	50%	62%	64,06%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
3.862	3.755	4.237	4.107
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
No ano de 2012 a meta de 4000 coletas foi superada (4107). Com isso foi possível não só atender à demanda das AT/AH vinculadas à UFH-DIA como também auxiliar a rede com o envio da produção excedente.			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
63,82%	63,88%	60,69 %	64,06%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
No ano de 2012 a meta - percentual de doadores de retorno (62%) - foi superada (64,06%). Tal fato contribui para o aumento da segurança transfusional, uma vez que doadores de retorno têm estatisticamente menor reprovação na triagem clínica e sorologia. Há também o benefício de se garantir a manutenção dos estoques com a fidelização e comparecimento regular dos doadores.			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
Durante o ano de 2012 dois fatores dificultaram o alcance das metas citadas: <ul style="list-style-type: none"><li>- o período eleitoral, que sempre gera mudança no foco dos prefeitos em final de mandato e necessidade de acordos com os novos eleitos. O resultado é uma redução importante no envio de caravanas e até de disponibilidade dos municípios para sediarem coletas externas;</li><li>- a greve das Universidades Federais, que fez com que grande parte dos alunos voltasse para suas cidades de origem, reduzindo drasticamente a doação deste grupo, parceiros costumazes.</li></ul>

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	17.295	16.307	15.841	Número absoluto	50%	16.750	16.966	10
Percentual de Doadores de Retorno	68,32%	69,88%	70,88 %	%	50%	72%	70,27%	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
17.295	16.307	15.841	16.966
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>A região cuja cobertura hemoterápica é de responsabilidade do Núcleo Regional de Divinópolis, de forma geral (exceção para as demandas das transfusões de concentrados de hemácias fenotipadas) é auto-suficiente neste atendimento e, raramente, precisa acionar a Rede Hemominas para apoio na complementação de estoque. Isto, para a população, repercute em raros adiamentos de procedimentos eletivos por baixa de estoques e em poucas transfusões de concentrados de hemácias heterogrupos. Logo, os resultados são indubitavelmente positivos para a sociedade.</p> <p>Outro aspecto positivo é que, com os estoques regulares da unidade, tem sido possível apóia outras unidades da rede com envio de hemocomponentes e, assim, cidadãos de outras regiões do Estado.</p>			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
68,32%	69,88%	70,88 %	70,27%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>O resultado deste indicador repercute uma situação favorável à população da região porque demonstram que o Núcleo Regional de Divinópolis tem um bom percentual de doadores fidelizados que, a princípio, tendem a acrescentar maior qualidade e segurança ao processo de doação / transfusão. Além disto, um percentual de 30% para os demais doadores garante uma margem de segurança para entrada de novos doadores, o que é fundamental, pois, tem que haver a substituição de doadores antigos que se tornam inaptos para doação por motivos clínicos, sorológicos e até por idade.</p>			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• O comprometimento das agências conveniadas em cumprir o contrato e trazer doadores regularmente à unidade, no mínimo, repondo o utilizado;</li><li>• A infra-estrutura (temperatura, ruídos, acomodações etc) da unidade que não oferece o conforto necessário para receber e abrigar os doadores, principalmente os de caravanas que permanecem, por longo prazo, dentro da unidade. Isto é um desestímulo ao retorno para novas doações;</li><li>• Há freqüentes colocações de doadores de sangue, nas pesquisas de satisfação, quanto ao horário de atendimento da unidade ser muito limitado (7h30' às 13h30');</li><li>• Poucos recursos de materiais para campanhas; materiais não direcionados para apoio aos eventos em datas especiais que a unidade utiliza como atrativo aos doadores; dificuldades na aquisição de materiais para atividades lúdicas como decorações temáticas na linha de trabalho em humanização.</li></ul>

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	14.614	13162	11.328	Número absoluto	25%	13.500	11.195	8
Percentual de Doadores de Retorno	-	72,45	71,36 %	%	25%	73%	69,07%	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	70,75%	-	100%	%	50%	100%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9





<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
14.614	13162	11.328	11.195
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>Embora o Hemocentro Regional de Governador Valadares não tenha alcançado a meta pactuada, foi possível assegurar o fornecimento de sangue e hemocomponentes a todos os hospitais assistidos pelo Hemocentro, que abrange municípios dos Vales do Aço, Jequitinhonha, Rio Doce, Mucuri e parte da Zona da Mata, alcançando uma população de aproximadamente três milhões de habitantes. Reforma do prédio sede do hemocentro, que na mudança dos setores diretamente envolvidos no atendimento aos doadores para a área alugada, improvisada e com espaço físico insuficiente.</p>			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	72,45	71,36 %	69,07%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>A diminuição não é significativa e pode ser justificada, a variação normal da população doadora. Embora o Hemocentro Regional de Governador Valadares não tenha alcançado a meta pactuada para o indicador, o resultado apurado foi positivo se comparado as dificuldades enfrentadas pela equipe em 2012, pois reflete a fidelização dos doadores ao serviço prestado pela equipe do Hemocentro mesmo em situações adversas e impacta diretamente na manutenção do estoque estratégico da unidade, de extrema importância para garantir atendimento à sociedade.</p>			

<b>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</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
70,75%	-	100%	100%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>O Hemocentro Regional de Governador Valadares alcançou a meta pactuada nos últimos dois anos, 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 e dos manuais de normas e procedimentos, dentre outros, minimizam o número de não conformidades e conseqüentemente asseguram a oferta de produtos e serviços de boa qualidade, seguros. E nesta mesma ótica, os colaboradores também compreendem que todas as não conformidades pontuadas em avaliações externas e internas devem ser tratadas conforme os padrões da Fundação Hemominas e dentro dos prazos estipulados, a fim de assegurar a satisfação dos clientes.</p>			



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

É de extrema importância relatar as principais dificuldades que impactaram no desempenho do Hemocentro frente aos indicadores:

- Coletas Realizadas:
  - Número reduzido de profissionais atuantes na Triagem Clínica do Doador até abril/2012;
  - Agendamento de grupos reduzidos de doadores devido ao motivo anterior;
  - Cancelamento de coletas externas de sangue devido ao primeiro motivo, dificuldades orçamentárias e número reduzido de motoristas até meados de 2012;
  - 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;
  - Dificuldades de localização da área alugada pelos candidatos à doação;
  - Número reduzido de profissionais atuantes nos setores de Cadastro e Captação de Doadores.
- Percentual de Doadores de Retorno:
  - Redução do número de coletas externas, que impacta na repetição da doação pelos doadores de municípios vizinhos;
  - Número reduzido de profissionais atuantes na Triagem Clínica do Doador até abril/2012, que impacta no tempo de espera para atendimento do doador;

Insatisfação dos doadores com a localização, espaço físico e ausência de estacionamento da área alugada (onde ocorre o atendimento aos doadores).

---

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	71.432	73.669	70.516	Número absoluto	25%	75.200	68.648	8
Percentual de Doadores de Retorno	66,81%	67,19%	67,26 %	%	25%	69%	67,15	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.	-	-	-	%	25%	80%	100%	10
Índice De Desempenho Do Programa Ambientação	-	5,5	10	%	25%	07	08	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 09



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
71.432	73.669	70.516	68.648
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Há queda acentuada de doadores de sangue em todo o país. O Hemocentro de Belo Horizonte realiza extenso trabalho de educação para a doação e captação de doadores de sangue. No entanto, a dificuldade de estacionamento e a falta de tempo têm sido alegadas pelos potenciais doadores como dificultadores do ato.</p>			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
66,81%	67,19%	67,26 %	67,15%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O doador de repetição tem baixo índice de inaptidão, maior conhecimento do ato de doação de sangue (prepara-se melhor), e é mais sensível quando convidado a comparecer ao hemocentro para uma doação a um paciente que necessita especificamente do seu fenótipo.</p>			

<b>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</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>A Gestão da Qualidade, com as creditações ONA e Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia/ Associação Americana de Bancos de Sangue, são metas para o Hemocentro de Belo Horizonte. A Supervisão Técnica pressupõe a avaliação e a visão crítica de profissionais com igual experiência, mas de outras unidades. Analisar e propor melhorias de processos aproxima a equipe das creditações.</p>			



<b>INDICADOR: Índice De Desempenho Do Programa Ambientação</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	5,5	10	8,0
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>O resultado foi a soma de dois índices: proporção de resíduos sólidos enviados para reciclagem e consumo de papel A4 per capita. Em relação ao primeiro índice - proporção de resíduos sólidos enviados para reciclagem – o resultado foi de 73,24%, superior à meta, que é de 70%; sendo pontuação do item = 10.</p> <p>No item consumo de papel A4 per capita, a meta seria manter a média de consumo de 2011, que foi de 59,8 folhas per capita. Como o resultado de 2012 foi de 76,8 folhas per capita, a meta não foi atingida, sendo a pontuação = 0.</p> <p>Somando o resultado dos dois índices e dividindo por dois, chega-se à média 05. Um fato que pode ter desencadeado a elevação no consumo de papel em 2012 foi o aumento de impressão de manuais e procedimentos operacionais, devido ao Processo de Acreditação em que o Hemocentro de Belo Horizonte se encontra. Apesar das aulas ministradas e treinamentos de conscientização aos servidores, ainda há necessidade de trabalho conjunto entre chefias e servidores para conseguirmos reduzir o consumo de papel A4.</p>			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
<p>Para o Hemocentro de Belo Horizonte, como para outros serviços de hemoterapia do mundo, as dificuldades podem ser sintetizadas em dois pontos: uso racional de hemocomponentes e hemoderivados, e coletas de sangue. Trabalhar com a educação para a doação, a sensibilização da sociedade e o treinamento dos profissionais de saúde são tarefas árduas. As especificidades do Sistema Único de Saúde, destacando-se o financiamento, da Gestão Pública e da Gestão de Pessoas dificultam o trabalho. A falta de recursos humanos, numa área em que se exige muito treinamento e experiência, foi o aspecto que mais dificultou o alcance de metas. A restrita área física do hemocentro e a falta de um software específico para a hemoterapia foram poderosos dificultadores.</p>

---

GISELA HOLLANDA IUNES  
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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	12.311	11.976	12.139	Número absoluto	50%	12.200	12.420	10
Percentual de Doadores de Retorno	55,48%	60,13%	61,59 %	%	50%	63%	60,81%	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 09



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
12.311	11.976	12.139	12.420
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Aumento da oferta de sangue para os pacientes de Minas Gerais			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
55,48%	60,13%	61,59 %	60.81%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O aumento de dez pontos percentuais nesta meta em relação ao ano anterior foi significativo e prejudicou o alcance da meta uma vez que a Unidade HJK realiza muitas coletas externas,o que favorece a queda do indicador mesmo sem prejuízo do número total de coletas.			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
A falta de uma política bem definida sobre as coletas externas dificulta a execução deste programa institucional, uma vez que a programação dos eventos sofre interferência de falta de remuneração específica (diárias baixas), falta de padronização para compensação de carga horária para trabalhos noturnos e em fins de semana, entre outros. Estes fatores interferem no cumprimento das metas, uma vez que das coletas externas depende grande parte do percentual de doações desta Unidade.

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	4.464	3.522	3.057	Número absoluto	35	3.600	3.544	8
Percentual de Doadores de Retorno	-	78,12	77,13 %	%	35	79	72,19	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	76,92%	92%	-	%	30	80	Supervisão não realizada	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 08





<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
4.464	3.522	3.057	3.544
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
O cidadão teve como principal benefício o atendimento sem remarcações de procedimentos, e também contribuindo com o cidadão cliente de outras unidades atendidas pela REDE.			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	78,12	77,13 %	72,19%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Apesar do discreto decréscimo do percentual, observamos um incremento no nº de coletas de doadores de reposição, assim bem como o índice de satisfação do usuário continua em margem planejada, pelos padrões acordados.			

<b>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</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
76,92%	92%	-	-
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Supervisão que estava prevista para Agosto de 2012, não foi realizada por motivo de mudança para a sede definitiva.			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
Nossa principal dificuldade, é o RH, principalmente profissionais médicos triagistas e enfermeiros. Existe dificuldade de se promover ações que atendam o estímulo e necessidade do cidadão, que permanece na expectativa de ser atendido como solidário e consonante com suas possibilidades. Já o cliente interno permanece sem poder usufruir do direito de férias planejadas, sem direito a participações e/ou programas de capacitação. A ausência destes profissionais ocasionam cancelamento de coletas externas, atendimento em terceiro turno, fechamento da sede quando de algum evento externo, redução do horário de atendimento (quando férias). Profissionais deixam de atuar decorrente de melhores ofertas em outros mercados e esferas.

**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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	29.832	29.931	32.023	Número absoluto	50%	32.000	31.468	8
Percentual de Doadores de Retorno	74,30%	73,45%	74,83 %	%	25%	76%	74,95%	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	-	-	85,7 %	%	25%	87%	89,9%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,50



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
29.832	29.931	32.023	31.468
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Apesar de ligeiramente abaixo da meta, o número de coletas feitas em 2012 foi maior do que nos anos de 2008 a 2011, permitindo bons resultados no gerenciamento do estoque e atendimento aos pacientes. As Campanhas mensais realizadas ao longo do ano contribuíram para isso.			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
74,30%	73,45%	74,83 %	74,95%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
O índice de doadores de retorno também foi o maior dos últimos cinco anos. Apesar de ainda não estar na meta de 76% apresentam evolução ao longo do tempo. Trata-se de um indicador que deve ser trabalhado com cautela, já que o número de doadores novos também é importante para a renovação do cadastro e a perpetuação de causa no imaginário social. A cidade de Juiz de Fora é considerada uma cidade universitária, com grande número de jovens, o que também determina um maior envolvimento deles nas campanhas, colaborando para um número considerável de doadores novos. As inúmeras coletas externas feitas durante o ano também tem relação com a conquista de novos doadores, interferindo diretamente no indicador percentual de doadores de retorno.			

<b>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</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	85,7 %	89,9%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Os setores com não-conformidades identificadas se envolveram nas ações planejadas, empenhando-se para saná-las sendo que os planejamentos de ações continuam contribuindo como ferramentas na busca da melhoria continua. O alcance da meta contribuiu para manutenção da segurança dos procedimentos e melhoria do serviço prestado ao Cidadão, bem como para a imagem positiva da Fundação Hemominas frente a esse público.			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
As dificuldades para cumprimento das metas relativas a esses indicadores concentram-se principalmente sobre a escassez de recursos humanos. Muitas coisas externas deixaram de ser programadas em virtude da falta de pessoal das áreas técnicas e administrativas. A qualidade do atendimento ao cidadão que também contribuiria no indicador percentual retorno poderia ter sido maximizada se os setores tivessem contato com a infra-estrutura de recursos humanos de que necessitam. Portanto, esse é um ponto crítico para que a unidade melhore seus processos em 2013.

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	5.688	5.458	5.276	Número absoluto	50%	6.000	5.808	8
Percentual de Doadores de Retorno	72,56%	72,64	74,30	%	50%	76%	74,90%	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 08



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
5.688	5.458	5.276	5.808
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Produção de hemocomponentes em quantidade e qualidade;			
Atendimento a demanda com eficácia e eficiência;			
Segurança no fornecimento de hemocomponentes estratégicos para as AT's e AH's;			
Contribuição efetiva na regulação de estoque da REDE.			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
72,56%	72,64	74,30	74,90%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Doadores conscientizados, sensibilizados e motivados para o ato da doação.			
Satisfação do doador com o serviço institucional;			
Segurança transfusional			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
A REDE não absorve o excedente de bolsas da unidade, com isto é feito o bloqueio da coleta de determinados tipos sanguíneos para evitar o desperdício, refletindo na desaceleração do serviço de captação;
Diminuição da demanda em algumas AT's e AH's, devido a restrição financeiro/administrativa que impactou na diminuição de oferta de procedimentos médicos;
Período crítico sazonal (colheita de café): queda no comparecimento de doadores;
Feriados prolongados no decorrer do ano.

JADILSON WAGNER SILVA DO CARMO  
DIRIGENTE DA EQUIPE HEMONÚCLEO DE MANHUAÇU - 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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	16.816	16.330	17.113	Número absoluto	50%	17,200	16.536	8
Percentual de Doadores de Retorno	72,47%	73,17	71,92 %	%	50%	73%	70,40%	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 08



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
16.816	16.330	17.113	16.536
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
O atendimento da demanda hemoterápica da região norte-mineira foi satisfatório durante o período, apresentando índice de eficácia do atendimento hemoterápico superior a 90%, 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.			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
72,47%	73,17	71,92 %	70,40%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
O foco no atendimento ao doador com eficiência e qualidade foi a chave para atenção ao indicador.			
A pesquisa realizada com os doadores apresentou taxa de satisfação superior a 9,5 (meta estratégica definida).			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
As dificuldades encontradas foram principalmente na área de recursos humanos, em 2 setores críticos: triagem clínica e captação / cadastro. A meta de coletas proposta não foi atingida devido ao impacto de limitação na equipe de triagem clínica de doadores no primeiro semestre do ano, com insuficiência do quadro de médicos. No segundo semestre, a equipe médica foi recomposta, porém houve um grande número de feriados prolongados (especialmente em novembro), que impactaram na coleta. 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. O setor de captação e cadastro apresentou dificuldades devido insuficiência de servidores (recomposição do quadro já solicitada). A chefia ficou sobrecarregada para atender as atividades do cadastro (doadores e pacientes) além da captação.

\_\_\_\_\_  
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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	14.061	11.887	11.929	Número absoluto	50%	12.000	11.570	8
Percentual de Doadores de Retorno	64,08%	65,14	68,09 %	%	25%	69	67,17%	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 %	%	25%	100	98,2%	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,00





<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
14.061	11.887	11.929	11.570
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
A Captação de doadores procurou manter a média de 60/70 candidatos à doação por dia, porém houve o não comparecimento desses doadores o que ocasionou o não alcance da meta.			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
64,08%	65,14	68,09 %	67,17%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Fidelização dos doadores de retorno; Captação e conscientização dos doadores de retorno.			

<b>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</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	100 %	98,2%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
O NLQ vem buscando manter o controle rigoroso de todas as NC recebidas por nossa Unidade, porém em nossa Última supervisão técnica houve um pequeno atraso no envio dos PLA de alguns setores técnicos da Unidade.(cadastro , enfermagem, e SAMD).			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
Falta de Recursos Humanos.

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	7.129	7.078	7.773	Número absoluto	50%	7.800	8.037	10
Percentual de Doadores de Retorno	70,04%	71,20%	71,78 %	%	50%	73	71,36%	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 09



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
7.129	7.078	7.773	8.037
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>Apresentar relato dos principais benefícios aos cidadãos decorrentes do resultado alcançado pelo indicador/produto.</p> <p>1-Aumento da complexidade de procedimentos hospitalares resultou em maior número de doadores.</p> <p>2-Melhora da captação aumentou o número de doadores, inclusive a captação hospitalar.</p> <p>3-O aumento de doações proporcionou que os pacientes não tivessem falta de atendimento às suas necessidades de hemoterapia.</p> <p>4- O aumento das doações proporcionou também atendimento às necessidades da rede Hemominas.</p>			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
70,04%	71,20%	71,78 %	71,36%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>Apresentar relato dos principais benefícios aos cidadãos decorrentes do resultado alcançado pelo indicador/produto.</p> <p>1- A manutenção dos percentuais de retorno tem proporcionado continuidade de doadores e garantido atendimento às demandas dos pacientes.</p> <p>2- Doadores de repetição conscientizados da necessidade de manterem o compromisso de doar.</p>			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
<p>Este campo é de preenchimento obrigatório.</p> <p>Relato das dificuldades encontradas na execução dos indicadores e produtos da equipe ao longo de 2012, como forma de refletir e buscar soluções.</p> <p>1-Atualmente a dificuldade para a execução dos indicadores é a falta de servidores, fato este demonstrado no aumento de aproximadamente 1000 coletas em 03 anos.</p> <p>2-A Fundação Hemominas tem aumentado significativamente seus processos e isto implica na necessidade proporcional do aumento dos servidores para o Núcleo.</p>

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	6.809	6.443	6.454	Número absoluto	50%	7.000	6.820	8
Percentual de Doadores de Retorno	73,47%	74,52%	74,30 %	%	25%	76%	70,47%	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	-	-	-	%	25%	100%	Supervisão cancelada em 2012	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 08



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
6.809	6.443	6.454	6.820
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>Foram intensificadas as atividades de captação de doadores, mas tivemos problemas com a captação hospitalar devido a falta de interesse na colaboração pelos hospitais e Agências e Assistências o que no final do período comprometeu o cumprimento da meta.</p> <p>Foram geradas ações junto a direção e captadores dos hospitais que resultou no final do período uma melhora nesta ação, o que poderá refletir em avanços para o próximo período.</p>			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
73,47%	74,52%	74,30 %	70,47%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>Foi intensificada a realização de coletas externas, ações juntos a escolas e empresas referente a trotes solidários, visitas técnicas e conscientização sobre doação de sangue o que resultou no aumento de doadores de 1ª vez o que acreditamos ser positivo em consonância com o pactuado no Acordo de Resultado.</p>			

<b>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</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	-	-
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>Supervisão cancelada em 2012 Esta prevista para Agosto de 2013.</p>			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
<p>Dificuldade com colaboração de captadores externos e as sazonalidades no comparecimento de doadores voluntários.</p> <p>Dificuldade com logística nas Coletas Externas</p>

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	6.323	6.002	6.134	Número absoluto	35%	6.100	5.878	8
Percentual de Doadores de Retorno	70,46%	73,22%	73,95 %	%	35%	75%	73,03%	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	-	-	92,1 %	%	30%	93%	Supervisão cancelada em 2012	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 08



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
6.323	6.002	6.134	5.878
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
O resultado alcançado permitiu manter um estoque bom de sangue em nossa unidade, permitindo a manutenção do suprimento de sangue para os hospitais conveniados e atendimento às necessidades da população da nossa região. Houve queda do nosso número de coletas, em comparação com os anos anteriores, principalmente devido à enchente no início de 2012 e ao elevado número de feriados no ano.			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
70,46%	73,22%	73,95 %	73,03%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Mantivemos bom percentual de doadores de retorno, que traz benefícios aos nossos pacientes devido à presença de elevado número de doadores fidelizados em nossa unidade, já conhecidos e com sorologias várias vezes analisadas.			

<b>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</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	92,1 %	-
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Supervisão cancelada em 2012 Esta prevista para Abril de 2013.			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
A enchente no início do ano e o elevado número de feriados refletiram em nosso indicador de coleta. A meta do número de coletas deveria ser instituída pela própria unidade e enviada para a Direção Geral para aprovação e não o contrário, pois somos nós que conhecemos a fundo a nossa demanda. Um acréscimo para suprir a rede poderia ser adicionado à nossa demanda. Muitas vezes, vamos colher mais bolsas para atingirmos a meta e depois vamos acabar perdendo parte delas por vencimento, gerando desperdícios. Para o próximo ano, já estamos trabalhando com metas de coleta semanais e mensais e estamos intensificando o recrutamento hospitalar e a parceria com nossos captadores.

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	-	5.695	6.496	Número absoluto	25%	6.500	7.367	10
Percentual de Doadores de Retorno	-	23%	43,68 %	%	25%	45%	53,10%	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	-	90%	100 %	%	50%	100%	95,1%	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 09





<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	5.695	6.496	7.367
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
Apesar da redução no índice de crescimento de 0,52%, o número de coletas aumentou, também em virtude da expansão do atendimento para outros municípios através de coletas externas, facilitando a doação de sangue para esses municípios.			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	23%	43,68 %	53,10%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
A fidelização de doadores está diretamente relacionada com a sedimentação da conscientização onde há a introjeção da necessidade de doação de sangue voluntária.			

<b>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</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	90%	100 %	95,1%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
A Fundação Hemominas tem como missão buscar a melhoria contínua dos processos e a resolução das não conformidades resultada na qualidade de serviço prestado à população.			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
Desde a inauguração da unidade o quadro de recursos humanos não foi completado, porém houve aumento progressivo das atividades, resultando em acúmulo de tarefas para muitos servidores, essa sobrecarga trouxe o não cumprimento de algumas ações.

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	5.503	5.815	5.974	Número absoluto	35%	6.250	6.016	8
Percentual de Doadores de Retorno	69,96%	67,38%	67,93 %	%	35%	69%	69,47%	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 %	%	30%	100%	90,9%	8

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,70



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
5.503	5.815	5.974	6.016
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Devido ao funcionamento do PACE de Lavras e coletas externas			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
69,96%	67,38%	67,93 %	69,47%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Com a fidelização dos doadores no Posto Avançado de Coleta Externa (PACE) de Lavras volta a aumentar o índice de doadores de retorno aproximando-se aos índices históricos de doadores de reposição de nossa Unidade.			

<b>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</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	100 %	90,9%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A meta informada pela Fundação Hemominas foi de 80% e não 100%. De acordo com o resultado alcançado em 2012 alcançamos o resultado desejado, pois 90,9% das não conformidades foram sanadas ou foram realizados Planejamentos de Ações no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
<p>PACE: alta rotatividade de funcionários, prejudicando a qualidade, dificultando a demanda de capacitação, qualificação.</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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	9.036	9.247	9.662	Número absoluto	35%	9.650	9.580	8
Percentual de Doadores de Retorno	68,06%	70,65%	69,86 %	%	35%	71%	69,32%	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 %	%	30%	100%	Supervisão cancelada em 2012	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 08



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
9.036	9.247	9.662	9.580
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<b>99,15% da meta alcançada:</b> Não houve déficit de hemocomponentes para os Hospitais contratantes da região e ainda fornecemos para a Hemorrede Pública Estadual e Indústria LFB (Hemobrás): 1. 3949 bolsas de CHM+CHD das 9882 produzidas e liberadas → <b>39,92%</b> → <b>Hemorrede Estadual</b> 2. 4153 bolsas de PQ's de 9344 produzidas e liberadas → <b>44,44%</b> → <b>Hemorrede Estadual</b> 4354 bolsas de PFC excedente das 8356 produzidas e liberadas → <b>52,05%</b> → <b>LFB</b>			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
68,06%	70,65%	69,86 %	69,32%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<b>97,63% da meta alcançada:</b> Apesar de não termos alcançado a meta programada, atingimos um valor acima da meta Institucional (67%), fato que traduz o grau de fidelização dos nossos doadores e a segurança Transfusional dos hemocomponentes produzidos.			

<b>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</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	100 %	-
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Supervisão cancelada em 2012. Prevista para Junho de 2013.			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
Apesar do empenho do Setor de Captação e da Coordenação de SLA, houve uma redução de 88,35% para 72,75% de candidatos aptos enviados pelas AT's/AH's contratantes, fato que diretamente impactou no não alcance das metas programadas.

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	19.813	19.872	19.722	Número absoluto	50%	20.000	20.490	10
Percentual de Doadores de Retorno	75,12%	73,07%	72,29 %	%	25%	74%	72,05%	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	-	%	25%	80%	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,50



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
19.813	19.872	19.722	20.490
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>A meta foi alcançada, apesar da diminuição no comparecimento de candidatos à doação durante o período de greve do serviço público federal. Foram necessários muitos esforços de captação, incluindo várias coletas externas. Devido ao número de coletas atingido, conseguimos alcançar altos índices de Eficiência e Eficácia transfusional.</p>			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
75,12%	73,07%	72,29 %	72,05%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>Para alcançar a meta de coletas e atender a todos os pedidos de transfusões, tivemos de lançar mão de várias coletas externas e de captar novos doadores. Isto se refletiu na queda do percentual de doadores de retorno. Consideramos que ainda estamos com altos índices, o que se reflete na baixa reatividade das sorologias.</p>			

<b>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</b>			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	80	-	100%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>O resultado foi fruto do engajamento de todas as chefias envolvidas nos processos, do NLQ e da direção local da unidade, com vistas ao atendimento dos requisitos e melhoria dos serviços prestados aos usuários.</p>			



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

Indicador: coletas realizadas

Principais dificuldades: Queda constante no comparecimento de doadores nos horários comerciais, em decorrência dos compromissos com trabalhos, etc.; Greve no serviço público federal, que prejudicou a captação hospitalar e o comparecimento de doadores durante 4 meses; Número excessivo de feriados, diminuindo os dias úteis de coleta e gerando folgas para a equipe; aumento na demanda por hemocomponentes.

Indicador: Percentual de doadores de retorno

Principais dificuldades: Necessidade de captação de novos doadores, coletas externas, etc. diminui o percentual de doadores de retorno; falta de serviço voltado à captação telefônica de doadores já cadastrados e de profissionais voltados a esta função; pouca disponibilidade do doador para comparecer à doação; impossibilidade de distribuir passes de transporte público ou de transportar doadores.

Indicador: Percentual de NCs sanadas ou com PA em andamento até 60 dias após o recebimento do relatório de supervisão

Principais dificuldades: Tempo exíguo para sanar tantos problemas; NCs levantadas que fogem da alçada da unidade para resolução; movimentação de pessoal, principalmente os responsáveis por processos envolvidos nas NCs; centralização dos fluxos no NLQ, causando acúmulo de serviço no mesmo e atrasando o envio das NCs aos setores competentes.

---

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
	2009	2010	2011			Meta	Resultado	
Coletas Realizadas	16.330	15.422	15.494	Número absoluto	50%	15.500	14.487	8
Percentual de Doadores de Retorno	77,96%	77,59%	77,75 %	%	25%	79%	76,21%	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 %	%	25%	100%	Dados para 1º sem 2013	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 08



<b>INDICADOR: Coletas Realizadas</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
16.330	15.422	15.494	14.487
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>A diminuição de candidatos a doação de sangue no Hemocentro Regional de Uberaba esta dentro da tendência nacional do ano de 2012.</p> <p>A deficiência de recursos humanos na triagem clínica no 1º semestre de 2012 impediu a implementação de ações para captação de candidatos a doação, a partir do 2º semestre de 2012 quando esta situação foi provisoriamente resolvida, observamos uma melhora no número de coletas.</p>			

<b>INDICADOR: Percentual de Doadores de Retorno</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
77,96%	77,59%	77,75 %	76,21%
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>A diminuição do índice de doador de retorno provavelmente esta relacionado ao aumento das ações para captação de doadores de sangue. Gostaríamos que nossa meta fosse de 75% ao mês.</p>			

<b>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</b>			
<b>HISTÓRICO DO INDICADOR</b>			<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Resultado 2012
-	-	100 %	-
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR</b>			
<p>Supervisão realizada em novembro de 2012. Dados serão apresentados no 1º semestre de 2013</p>			

<b>DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS</b>
Aumento da meta

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



## SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



QUADRO DE INDICADORES UNIDADES

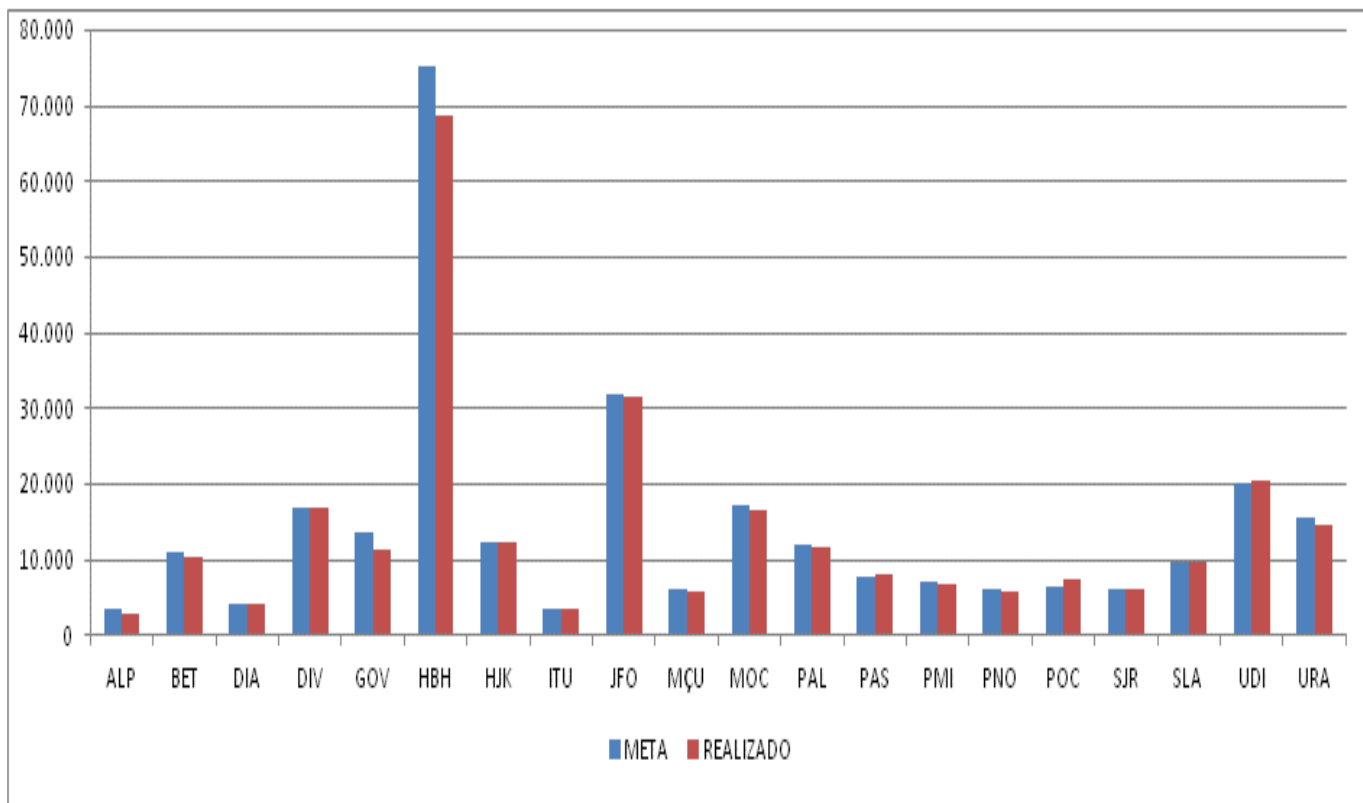
UFH's	COLETAS REALIZADAS						PERCENTUAL DE DOADORES DE RETORNO				PERCENTUAL DE NÃO CONFORMIDADES (N/C) SANADAS OU COM "PLANEJAMENTO DE AÇÕES" EM ANDAMENTO, NO PRAZO DE 60 DIAS APÓS O RECEBIMENTO DOS RELATÓRIOS DE SUPERVISÃO			ÍNDICE DE DESEMPENHO DO PROGRAMA AMBIENTAÇÃO			SOMATÓRIO DOS PESOS POR UNIDADE
	VALOR DE REFERÊNCIA 2011	META ANUAL 2012	EXECUTADO	Diferença	% EXECUTADO	PESO (%)	VALOR DE REFERÊNCIA 2011	META ANUAL 2012	EXECUTADO 2012	PESO (%)	VALOR DE REFERÊNCIA 2011	META ANUAL 2012	PESO (%)	VALOR DE REFERÊNCIA 2011	META ANUAL 2012	PESO (%)	Σ Pesos (%)
ALP	3.400	3.400	2.756	-644	81,06	35	71,97	73	71,35	35	82	85	30				100
BET	11.000	11.000	10.347	-653	94,06	50	66,46	68	65,62	50	NA						100
DIV	16.750	16.750	16.966	216	101,29	50	70,88	72	70,27	50	NA						100
DIA	3.800	4.000	4.107	107	102,68	50	60,69	62	64,06	50	NA						100
HBH	75.200	75.200	68.648	-6.552	91,29	25	67,26	69	67,15	25	NA	80	25	7,7	70	25	100
HJK	12.200	12.200	12.420	220	101,80	50	61,59	63	60,81	50	NA						100
GOV	13.500	13.500	11.195	-2.305	82,93	25	71,36	73	69,07	25	100	100	50				100
ITU	3.600	3.600	3.544	-56	98,44	35	77,13	79	72,19	35	NA	80	30				100
JFO	30.500	32.000	31.468	-532	98,34	50	74,83	76	74,95	25	85,70	87	25				100
MÇU	6.000	6.000	5.808	-192	96,80	50	74,30	76	74,90	50	100						100
MOC	17.000	17.200	16.536	-664	96,14	50	71,92	73	70,40	50	NA						100
PAL	10.000	12.000	11.570	-430	96,42	50	68,09	69	67,17	25	100	100	25				100
PAS	7.300	7.800	8.037	237	103,04	50	71,78	73	71,36	50	NA						100
PMI	7.000	7.000	6.820	-180	97,43	50	74,30	76	70,47	25	100	100	25				100
PNO	6.100	6.100	5.878	-222	96,36	35	73,95	75	73,03	35	92	93	30				100
POC	6.000	6.500	7.367	867	113,34	25	43,68	45	53,10	25	100	100	50				100
SJR	6.250	6.250	6.016	-234	96,26	35	67,93	69	69,47	35	100	100	30				100
SLA	9.400	9.650	9.580	-70	99,27	35	69,86	71	69,32	35	100	100	30				100
UDI	20.000	20.000	20.490	490	102,45	50	72,29	74	72,05	25	NA	80	25				100
URA	15.000	15.500	14.487	-1.013	93,46	50	77,75	79	76,21	25	100	100	25				100



## SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Coletas 2012			
UFH	META	REALIZADO	% realização
ALP	3.400	2.756	-23,37
BET	11.000	10.347	-6,31
DIA	4.000	4.107	2,61
DIV	16.750	16.966	1,27
GOV	13.500	11.195	-20,59
HBH	75.200	68.648	-9,54
HJK	12.200	12.420	1,77
ITU	3.600	3.544	-1,58
JFO	32.000	31.468	-1,69
MÇU	6.000	5.808	-3,31
MOC	17.200	16.536	-4,02
PAL	12.000	11.570	-3,72
PAS	7.800	8.037	2,95
PMI	7.000	6.820	-2,64
PNO	6.100	5.878	-3,78
POC	6.500	7.367	11,77
SJR	6.250	6.016	-3,89
SLA	9.650	9.580	-0,73
UDI	20.000	20.490	2,39
URA	15.500	14.487	-6,99
<b>TOTAL</b>	<b>285.650</b>	<b>274.040</b>	<b>-4,24</b>





**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /  
PRODUTOS – UNIDADES REGIONAIS - 2012**

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

- Observa-se em todas as unidades empenho no cumprimento das metas.

Em relação à meta de doadores de retorno, consideramos que 70% é percentual ideal, considerando especialmente a importância do doador de repetição. Porém, o percentual de doadores de primeira vez não pode ser menor que 30%. Visto que os doadores de retorno vão perdendo a sua condição para realização da doação, o que ocasiona a necessidade de entrada de novos doadores para o cadastro da Fundação *HEMOMINAS*

- Embora, algumas unidades não tenham alcançado a meta pactuada de coletas, foi possível assegurar o fornecimento de sangue e hemocomponentes a todos os hospitais assistidos pela Hemorrede. A diminuição se deu por motivos que fogem ao controle da Instituição como epidemias, vacinação em massa e, até mesmo, reformas prediais de Unidades da *HEMOMINAS*.

- A correção das não conformidades recebidas nos relatórios de supervisão, pelas unidades evidencia o comprometimento com a qualidade.

---

FERNANDO BASQUES  
DIRIGENTE DA EQUIPE DIRETORIA TÉCNICO CIENTÍFICA.