

## Índice

1. ESTADO DAS AÇÕES RESULTANTES DAS ANTERIORES REVISÕES PELA GESTÃO .....	3
2. ALTERAÇÕES AO SGI .....	4
2.1 QUESTÕES EXTERNAS E INTERNAS QUE SÃO RELEVANTES PARA O SGI .....	4
2.2 ASPETOS AMBIENTAIS SIGNIFICATIVOS .....	5
2.3 IDENTIFICAÇÃO DE PERIGOS E RISCOS .....	5
2.4 RISCOS E OPORTUNIDADES .....	5
3. INFORMAÇÕES RELATIVAS AO DESEMPENHO E À EFICÁCIA DO SGI, INCLUINDO TENDÊNCIAS RELATIVAS A: .....	6
3.1 SATISFAÇÃO DO CLIENTE E RETORNO DE INFORMAÇÃO DE PARTES INTERESSADAS RELEVANTES .....	6
3.1.1 Questionários de satisfação .....	6
Utentes (doentes) do Hospital de Dia Imuno-hemoterapia .....	6
Utentes (dadores de sangue) .....	7
Serviços clínicos .....	23
3.1.2 Reclamações .....	35
3.1.3 Elogios .....	35
3.2 MEDIDA EM QUE OS OBJETIVOS DA QUALIDADE FORAM CUMPRIDOS .....	35
Metas internacionais de segurança do doente .....	35
Gestão do risco – reações transfusionais .....	36
Registos no HER+ .....	36
3.3 DESEMPENHO DOS PROCESSOS E CONFORMIDADE DOS SERVIÇOS .....	37
3.4 OCORRÊNCIAS, INCIDENTES, NÃO CONFORMIDADES, OPORTUNIDADES DE MELHORIA DETETADAS E AÇÕES CORRETIVAS .....	38
3.4.1 Ações Corretivas .....	38
3.5 RESULTADOS DE MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO .....	39
Segurança e saúde no trabalho .....	39
Acidentes de trabalho .....	39
Derrames .....	39
3.6 RESULTADOS DAS AUDITORIAS .....	39
(incluir auditorias no âmbito da Qualidade, Resíduos, entre outras, especificando cada uma, e respetivos resultados) .....	39
3.7 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS FORNECEDORES EXTERNOS .....	41
4. ADEQUAÇÕES DE RECURSOS .....	43
5. EFICÁCIA DAS AÇÕES EMPREENDIDAS PARA TRATAR OS RISCOS E AS OPORTUNIDADES .....	43
6. OPORTUNIDADES DE MELHORIA .....	44
7. CONCLUSÕES SOBRE A CONTINUIDADE DE PERTINÊNCIA, ADEQUAÇÃO E EFICÁCIA DO SISTEMA DE GESTÃO .....	44
8. QUAISQUER NECESSIDADES DE ALTERAÇÕES .....	45
9. IMPLICAÇÕES PARA A ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA .....	45

---

10. NECESSIDADES DE RECURSOS.....	45
11. OUTRA CONSIDERADA RELEVANTE .....	46
RESULTADOS GLOBAIS DE 2018 .....	46
VERIFICAÇÃO DA CONFORMIDADE DO PREENCHIMENTO DO IMP.IMH.002 QUESTIONÁRIO PARA DADORES DE SANGUE COM TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA A DÁDIVA DE SANGUE.....	49
VERIFICAÇÃO DA CONFORMIDADE DO PREENCHIMENTO DO IMP.IMH.049 SESSÃO DE HOSPITAL DE DIA IMUNO-HEMOTERAPIA – MONITORIZAÇÃO .....	50
VERIFICAÇÃO DA CONFORMIDADE DO PREENCHIMENTO DA FOLHA DE REGISTO DA CONFIRMAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.....	51
CONTROLO DA QUALIDADE AOS COMPONENTES DO SANGUE.....	53
Avaliação da qualidade do concentrado de eritrócitos .....	54
Avaliação da qualidade do concentrado de plaquetas obtido pelo método buffy-coat .....	56
Avaliação da qualidade da <i>pool</i> de plaquetas, obtida de unidades de sangue total, leucorreduzida.....	59
Avaliação da qualidade do plasma fresco congelado .....	61
Avaliação da qualidade do crioprecipitado .....	64
CONTROLO INTERNO DE IMUNO-HEMATOLOGIA.....	65
Técnica de aglutinação em tubo.....	65
Técnica de aglutinação em microcoluna em gel .....	65
AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE DE IMUNO-HEMATOLOGIA, HEMATOLOGIA E SEROLOGIA.....	66
Imuno-hematologia – BIO-RAD.....	66
Hematologia – NEQAS.....	67
Serologia – Hepatite B (Ag HBs e Ac anti-HBc) – NEQAS.....	67
Serologia – Hepatite C (Ac anti-HCV) - NEQAS.....	67
Serologia – HIV (Ac anti-HIV) – NEQAS.....	68
Serologia – Sífilis TP - NEQAS.....	68
Serologia – HTLV (Ac anti-HTLV) - NEQAS.....	68
CARRO DE URGÊNCIA.....	69
Escala de revisão/reposição do carro de urgência.....	69
Registo de utilização do carro de urgência .....	69
Mapa de verificação/reposição e manutenção do carro de urgência .....	70
Teste diário de operacionalidade do carro de urgência .....	70
INVENTÁRIOS.....	71
Plasma fresco congelado com quarentena.....	71
Crioprecipitado com quarentena.....	71
Medicamentos .....	72
Outros produtos farmacêuticos.....	72
Consumíveis com validade.....	72

### SERVIÇO: Imuno-hemoterapia

**Período de Análise:** janeiro a dezembro 2018

**Normativo:** ISO 9001

ISO 14001

OHSAS

**Presentes:** Direção do Serviço de Sangue (Dra. Dina Pereira) e Direção da Qualidade e Segurança (Joana Abreu)

**Elaborado por:** Dinamizador da qualidade e segurança do doente (Margarete Cardoso)

**Data:** 19-02-2019

#### 1. ESTADO DAS AÇÕES RESULTANTES DAS ANTERIORES REVISÕES PELA GESTÃO

Ação prevista	✓	✗	Observações
Segurança/risco: Sistema de segurança transfusional		✗	Tema apresentado em plano de atividades. Nova reunião com Glintt e DSI em maio/2019.
Eficiência de processos/ambiente: Desmaterialização da prescrição de componentes/prescrição eletrónica		✗	Tema apresentado em plano de atividades. Nova reunião com Glintt e DSI em maio/2019.
Qualidade clínica: Indicadores de monitorização da qualidade clínica		✗	Tema apresentado em plano de atividades. Nova reunião com Glintt e DSI em maio/2019.
Qualidade clínica: Implementação e acreditação do PBM		✗	Tema apresentado em plano de atividades. O projeto foi iniciado, mas por questões de falta de recursos humanos, está suspenso de momento.
Contratação de médico imuno-hemoterapeuta	✓		Aprovada a sua contratação (início de funções em maio).
Nomeação de técnico coordenador		✗	Tema apresentado em plano de atividades. Ainda sem desenvolvimento.
Abertura de agenda para colheitas de sangue para análise	✓		As colheitas de sangue para análise no âmbito da Ortopedia e Obstetrícia são agendadas e têm horário de atendimento estabelecido.
Implementação do código ISBT (requisito legal)		✗	Foi dada autorização para utilização do código. As etiquetas estão atualmente a ser parametrizadas pela DSI e Glintt.
Implementação da Norma da Direção-Geral da Saúde nº 021/2017 de 17-10-2017	✓		Efetuada auditoria.
Aquisição de equipamentos: Dataloggers para arca -80°C e frigoríficos para reagentes e amostras de sangue		✗	Consta da proposta de investimento do Serviço de Sangue para 2018, mas continua pendente, não havendo registos de monitorização da temperatura para estes equipamentos.
Aquisição de equipamentos: Placa de butanodiol com controlo da temperatura		✗	Consta da proposta de investimento do Serviço de Sangue para 2018, mas continua pendente.
Aquisição de materiais: Caixas para armazenamento da seroteca		✗	
Aquisição de materiais: Caixas para armazenamento das unidades de plasma		✗	
Aquisição de materiais: Suporte desleucocitação do sangue	✓		Deu entrada no Serviço a 27-02-2019.
Aquisição de materiais: Fechadura para armário com medicamentos		✗	Faz parte da proposta de investimento do Serviço de Sangue para 2018, mas continua pendente. Continua a

Ação prevista	✓	✗	Observações
			ser um ponto assinalado nas auditorias efetuadas pela Farmácia e foi registado na plataforma para não conformidades (Incidente nº 478/18).
Aquisição de equipamentos: Balança agitadora para colheita de sangue		✗	
Aquisição de equipamentos: Arca – 40°C		✗	Autorizada aquisição de arca nova – a aguardar.

## 2. ALTERAÇÕES AO SGI

Em 2019 vai ser efetuada a transição para a nova norma relativa à Segurança e Saúde do Trabalho (ISO 45001), e que vem substituir a OHSAS 18001, podendo haver a necessidade de fazer alguns ajustes no Sistema de Gestão Integrado (SGI) implementado.

### 2.1 QUESTÕES EXTERNAS E INTERNAS QUE SÃO RELEVANTES PARA O SGI

A versão da ISO 9001:2015 permitiu a elaboração da análise do contexto recorrendo à metodologia SWOT onde se identificaram pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças, bem como à identificação das necessidades e expectativas das partes interessadas.

As questões externas e internas relevantes para o SGI foram identificadas no IMP.QUA.007 **Análise de contexto – SWOT**:

- **Análise externa – Oportunidades**: evolução científico-tecnológica.
- **Análise externa – Ameaças**: conjuntura socioeconómica com congelamento das carreiras e a Norma da DGS nº 021/2017 de 17-10-2017.
- **Análise interna - Pontos Fortes**: acreditação JCI, certificação ISO 9001, cumprimento da lei 185/2015, autorização de funcionamento em todas as atividades pelas autoridades competentes, boa reputação junto dos clientes internos e externos, quase ausência de reclamações, sem eventos por erros, bons equipamentos e boa qualidade ao nível dos produtos e serviços.
- **Análise interna – Pontos Fracos**: desmotivação da equipa, comunicação deficiente, equipa muito heterogénea nas suas capacidades técnicas, possibilidade de crescimento e inovação muito reduzidos e uma matéria-prima escassa (sangue).

Aquando da elaboração do relatório foi retirado dos pontos fracos, a insuficiência dos recursos humanos, devido à contratação do médico imuno-hemoterapeuta.

As partes interessadas estão identificadas no IMP.QUA.015 **Necessidades e expectativas das partes interessadas**: utentes (consulta externa e Hospital de Dia); utentes (transfundidos – em internamento); dadores; acompanhantes/familiares utentes; médicos imuno-hematologia; técnicos, assistentes operacionais e assistentes técnicos da Imuno-hemoterapia; médicos, enfermeiros e assistentes operacionais dos restantes serviços; fornecedores dos equipamentos a contra consumo; Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) e o Conselho de Administração.

Para cada uma destas partes interessadas foram identificadas as ferramentas utilizadas para a consulta e as necessidades e expectativas.

Durante o ano 2019 estes dois documentos vão ser revistos com vista a manter a sua adequação.

## **2.2 ASPETOS AMBIENTAIS SIGNIFICATIVOS**

A nova metodologia de identificação de aspetos e avaliação de impactes identificou nove aspetos no Serviço que os classificou como mais significativos. Após a implementação de ações, os aspetos identificados com risco "muito significativo" passaram a ter um risco "significativo" e outros passaram a ter um risco "não significativo".

Tendo em conta as ações desenvolvidas e descritas no IMP.GER.031 **Identificação e avaliação de aspetos ambientais**, só os seguintes têm um risco residual significativo:

- Consumo de energia elétrica.
- Consumo de material de uso clínico.
- Produção de resíduos do grupo III.
- Produção de resíduos do grupo IV.

## **2.3 IDENTIFICAÇÃO DE PERIGOS E RISCOS**

A atividade desenvolvida pelos profissionais de saúde tem associados perigos específicos com estimativas de risco variáveis.

A identificação de perigos e avaliação de riscos é um processo dinâmico que visa minimizar, controlar ou eliminar o risco dos trabalhadores no seu local de trabalho.

No Serviço de Imuno-hemoterapia foram identificados 31 perigos, dos quais quatro foram classificados com risco notável, 18 com risco moderado e nove com risco aceitável. Os perigos com risco notável estão associados às atividades: administrativa, processamento de amostras e enchimento de tubos de colheita após punção.

Para cada um dos perigos foi identificado o risco associado, calculada a estimativa do nível do risco, definidas ações a implementar para eliminar ou minimizar o risco e para quatro dos perigos identificados está a ser feito o acompanhamento da implementação das medidas.

A **identificação de perigos e identificação de riscos** (IMP.GER.089) foi atualizada em 2018.

## **2.4 RISCOS E OPORTUNIDADES**

No Serviço de Imuno-hemoterapia foram identificados oito riscos e uma oportunidade. Dos riscos constam a transmissão de doenças, devido à realização de transfusões; as falhas por motivos ligados à dimensão da equipa; a reação adversa às colheitas; a troca de amostras nos serviços; o erro no cumprimento dos procedimentos de compatibilização dador-recetor; o erro de identificação na admissão; a troca de unidades na transfusão; o armazenamento insuficiente do plasma e crioprecipitado (-40°C). A oportunidade é o acréscimo de um médico imuno-hemoterapeuta para área transfusional e hospital de dia imuno-hemoterapia.

Para cada um dos riscos e para a oportunidade foi definido o nível de probabilidade, o nível de impacto e calculado o nível de risco.

Dos riscos identificados, três foram considerados prioritários, apresentando um nível de risco alto. Para estes foram definidas ações. Para a [troca das amostras nos serviços](#) foi efetuada sensibilização das equipas de enfermagem para os procedimentos de colheita de amostra e dupla verificação. Para a [troca de unidades na transfusão](#) foi implementada metodologia de dupla verificação e continua pendente o sistema de segurança transfusional por requerer investimento (consta dos planos de atividades desde 2017). Para o [armazenamento insuficiente do plasma e crioprecipitado](#) foi autorizada a aquisição de nova arca -40°C, mas a arca ainda não foi comprada. Em relação à oportunidade de melhoria, foi aprovada a [contratação de médico imuno-hemoterapeuta](#), que vai entrar em funções em maio de 2019.

Analisada a matriz dos riscos e oportunidades elaborada em 2017 (IMP.GER.035 [Mapa de riscos e não conformidades](#)) houve a necessidade de alterar a matriz, devido à contratação do médico imuno-hemoterapeuta. Durante o ano 2019, este documento vai ser revisto, com visto a manter a sua adequação.

### **3. INFORMAÇÕES RELATIVAS AO DESEMPENHO E À EFICÁCIA DO SGI, INCLUINDO TENDÊNCIAS RELATIVAS A:**

#### **3.1 SATISFAÇÃO DO CLIENTE E RETORNO DE INFORMAÇÃO DE PARTES INTERESSADAS RELEVANTES**

##### **3.1.1 Questionários de satisfação**

Constituem-se como clientes do Serviço de Imuno-hemoterapia os dadores de sangue, os doentes e os serviços clínicos do Hospital. Para a avaliação da sua satisfação contribuem os louvores, as reclamações e a análise dos questionários de satisfação.

##### **Utentes (doentes) do Hospital de Dia Imuno-hemoterapia**

Os utentes (doentes) do Hospital de Dia Imuno-hemoterapia são avaliados pelo Hospital em conjunto com os utentes dos serviços: Cirurgia de Ambulatório, Consulta Externa, Hospital de Dia Oncologia, Internamento e Urgência.

A recolha dos dados foi feita através de entrevistas telefónicas, entre os dias 9 de julho e 26 de julho de 2018, aos utentes que em março de 2018 recorreram ao Hospital de Dia Imuno-hemoterapia. A amostra é constituída por 15 utentes.

Os resultados constam do ["Relatório - Sistema de avaliação da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes do Hospital de Vila Franca de Xira"](#) de 28 de setembro de 2018.

São apresentados os resultados obtidos para o Hospital de Dia Imuno-hemoterapia e comparados com os resultados obtidos para o Hospital de Dia no seu global (Hospital de Dia Imuno-hemoterapia, Hospital de Dia Médico Polivalente e Hospital de Dia Oncologia) (tabela 1).

Pontos avaliados	Hospital de Dia Imuno-hemoterapia (%)	Hospital de Dia Global (%)
Imagem	90	90
Processo de admissão	87	89
Receção	89	90
Tempo de espera	85	84
Instalações	90	91
Médicos	94	96
Enfermeiros	93	93
Pessoal auxiliar	91	90
Exames e tratamentos	89	91
Qualidade global	88	90
Reclamações	81	80
Satisfação	89	91
Lealdade	97	95

**Tabela 1. Resultados da satisfação dos utentes do Hospital de Dia Imuno-hemoterapia e Hospital de Dia global**

De um modo geral, os resultados do Hospital de Dia Imuno-hemoterapia estão em linha com os obtidos para os serviços que integram o Hospital de Dia. Um aspeto a referir diz respeito aos enfermeiros que não existem no Hospital de Dia Imuno-hemoterapia; são técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica. Indicar o grupo profissional correto deve ser um aspeto que o Hospital deve ter em consideração quando realiza as entrevistas.

### Utentes (dadores de sangue)

Os dadores de sangue são avaliados anualmente, sendo os questionários enviados por *e-mail*.

Foram obtidas 252 respostas. As respostas ao questionário constituem cerca de 22% do número total de *e-mails* enviados (1160). As conclusões efetuadas a partir da análise dos dados limitam-se à amostragem constituída pelos dadores que responderam ao questionário.

Alguns gráficos apresentam as seguintes siglas: MI – Muito Insatisfeito, I – Insatisfeito, S – Satisfeito, NS NI – Nem Satisfeito Nem Insatisfeito, MS – Muito Satisfeito, NS NR – Não Sabe Não Respondeu.

Dadores muito satisfeitos e satisfeitos com os cuidados prestados: 98%

Respondentes do género masculino em igual número ao género feminino: 50%

Faixa etária dos dadores: 40 – 49 anos: 37%

Dadores empregados: 88%, desempregados: 5%, reformados: 4% e estudantes: 3%

Dadores muito satisfeitos com os aspetos gerais: 44%

Dadores muito satisfeitos na relação com os profissionais (simpatia e humanização): 71%

Dadores muito satisfeitos com a competência dos profissionais: 70%

Dadores muito satisfeitos com as instalações: 51%

Comentários registados pelos dadores nos questionários: 20%

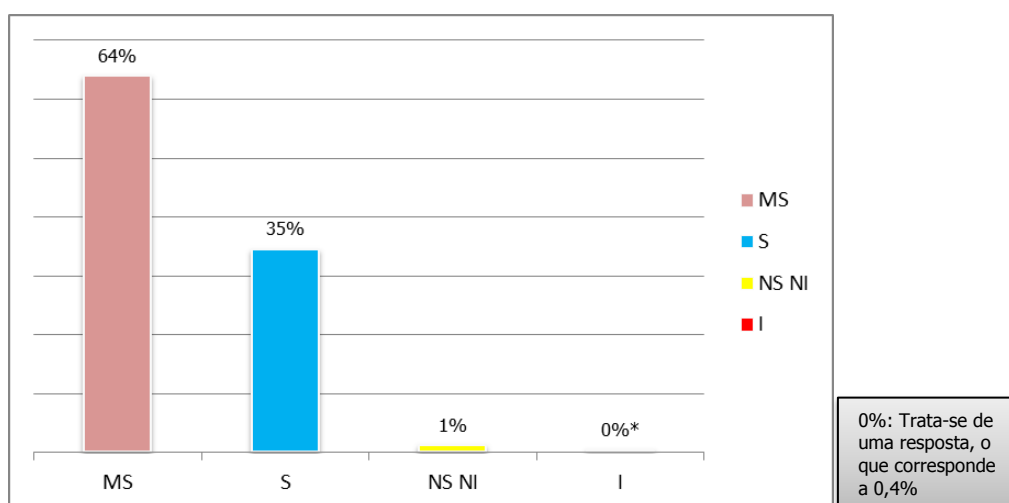
No global verificou-se uma diminuição do número de dadores muito satisfeitos.

As áreas com melhores resultados são as que envolvem os profissionais com quem os dadores contactam.

Maior número de sempre de dadores a registar comentários acerca dos dias e horário de atendimento, resultados das análises, aplicação do dador, alimentação, estacionamento, tempos de espera, máquina das senhas, articulação entre os vários intervenientes, privacidade e elogios.

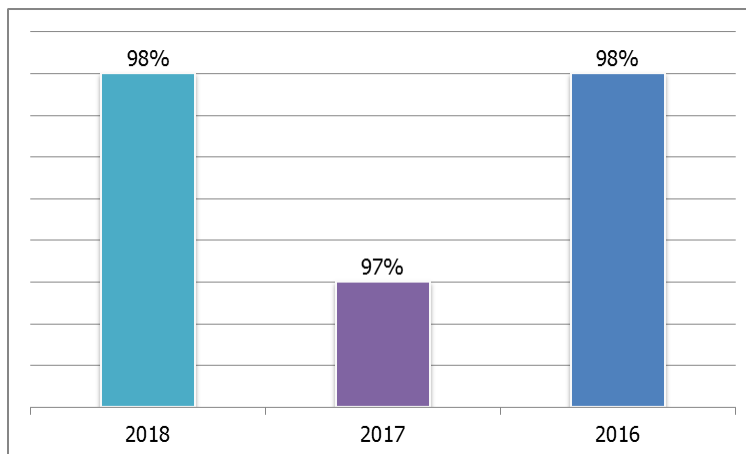
### Avaliação da satisfação global com os cuidados de saúde

- Noventa e oito por cento dos dadores estão muito satisfeitos e satisfeitos com os cuidados de saúde que foram prestados pelo Serviço de Imuno-hemoterapia em 2018 (gráfico 1).



**Gráfico 1. Gráfico de barras relativo aos cuidados de saúde prestados pelo Serviço de Imuno-hemoterapia (n = 252)**

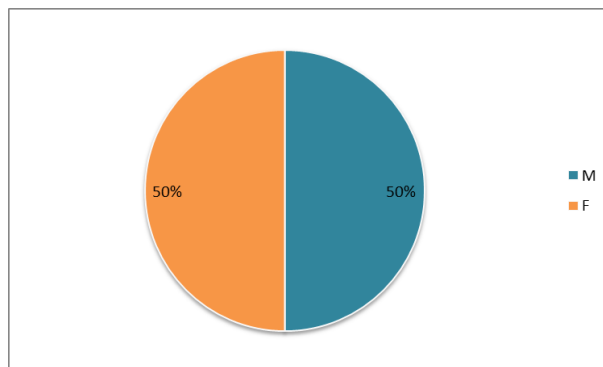
O gráfico 2 mostra a avaliação global relativa aos últimos três anos. Apesar de se verificar uma melhoria em relação a 2017, os resultados têm-se mantido alinhados, verificando-se uma taxa elevada ao nível da apreciação global por parte dos dadores de sangue em relação ao Serviço de Imuno-hemoterapia.



**Gráfico 2. Gráfico de barras relativo aos cuidados de saúde prestados pelo Serviço de Imuno-hemoterapia (2016 - 2018)**

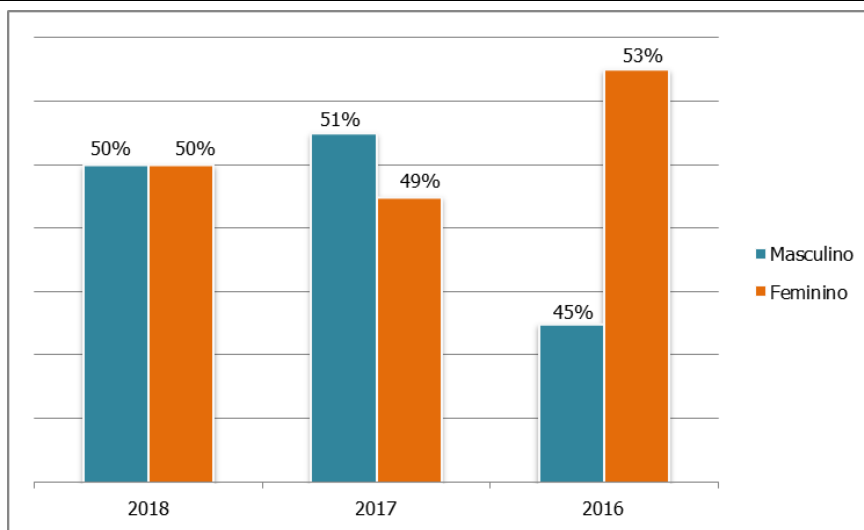
### Identificação dos dadores: género, idade e profissão

- Relativamente à distribuição dos dadores por GÉNERO, 50% dos dadores são homens e 50% são mulheres (gráfico 3).



**Gráfico 3. Gráfico de barras do género**  
(n = 252: n masculino = 126, n feminino = 126)

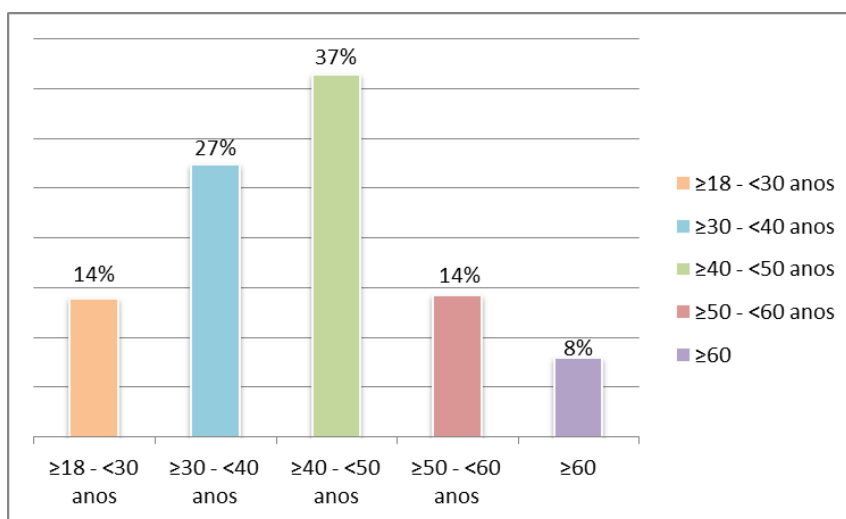
Desde 2016 que se verifica que o número de dadores respondentes do género feminino é muito semelhante ao dos homens (gráfico 4). Quando se analisam os resultados relativos ao número total de dadores em 2018 (1207), 695 foram do género masculino e 512 do género feminino. O Serviço de Imuno-hemoterapia teve mais homens que mulheres a dar sangue, mas ao nível dos questionários, os respondentes do género masculino e feminino foram praticamente em igual número.



**Gráfico 4. Gráfico de barras do género**

(2016 - 2018)

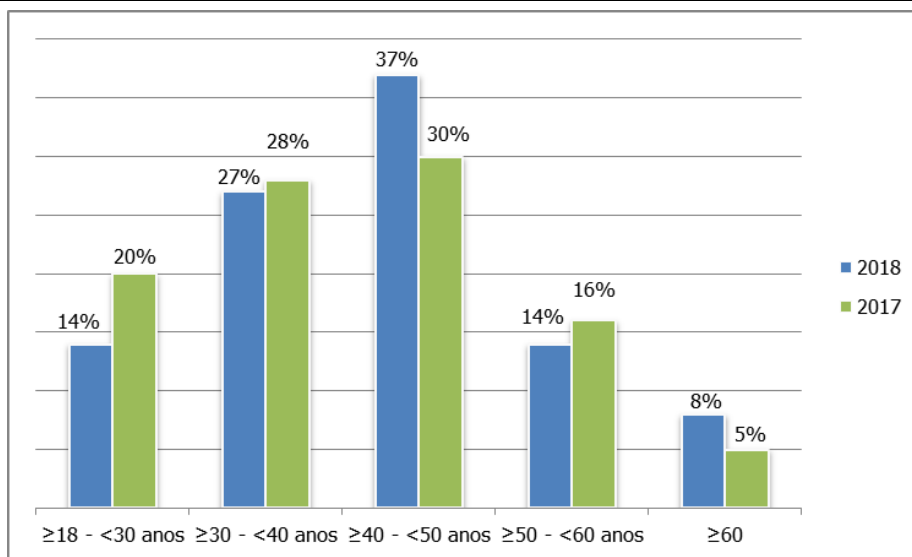
- Considerando a amostra global, a IDADE média da maioria dos respondentes situa-se entre os 40 e os 49 anos (37%), seguido dos dadores com idade entre os 30 e os 39 anos (27%). O mesmo número de dadores em idades mais jovens (18 e 29 anos) e idades mais avançadas (50 e 59 anos) (gráfico 5).



**Gráfico 5. Gráfico de barras da faixa etária**

(n = 252: n ≥ 18 – 30 = 35, n ≥ 30 – 40 = 69, n ≥ 40 – 50 = 92, n ≥ 50 – 60 = 36, n ≥ 60 = 20)

Em 2017 as faixas etárias onde se verificaram maior número de dadores foram as mesmas, sendo que em 2018 as diferenças foram mais acentuadas (gráfico 6). Aumento do número de dadores com idades entre os 40 e os 49 anos e igual ou superior a 60 anos, em comparação com 2017. Um número muito semelhante para os dadores entre os 30 e os 39 anos e entre os 50 e os 59 anos e uma diminuição do número de dadores mais jovens de 2017 para 2018 (gráfico 6).



**Gráfico 6. Gráfico de barras da faixa etária**  
(2017 - 2018)

- Oitenta e oito por cento dos dadores estão empregados, sendo que a maior parte exerce a sua **PROFISSÃO** no setor terciário. Do total de respondentes, 5% estão desempregados, 4% estão reformados e 3% são estudantes. Os resultados são semelhantes aos obtidos em 2017 em relação aos dadores que estão empregados e reformados, mas em relação aos dadores desempregados e estudantes, o número diminuiu em 2018.

### Aspetos gerais

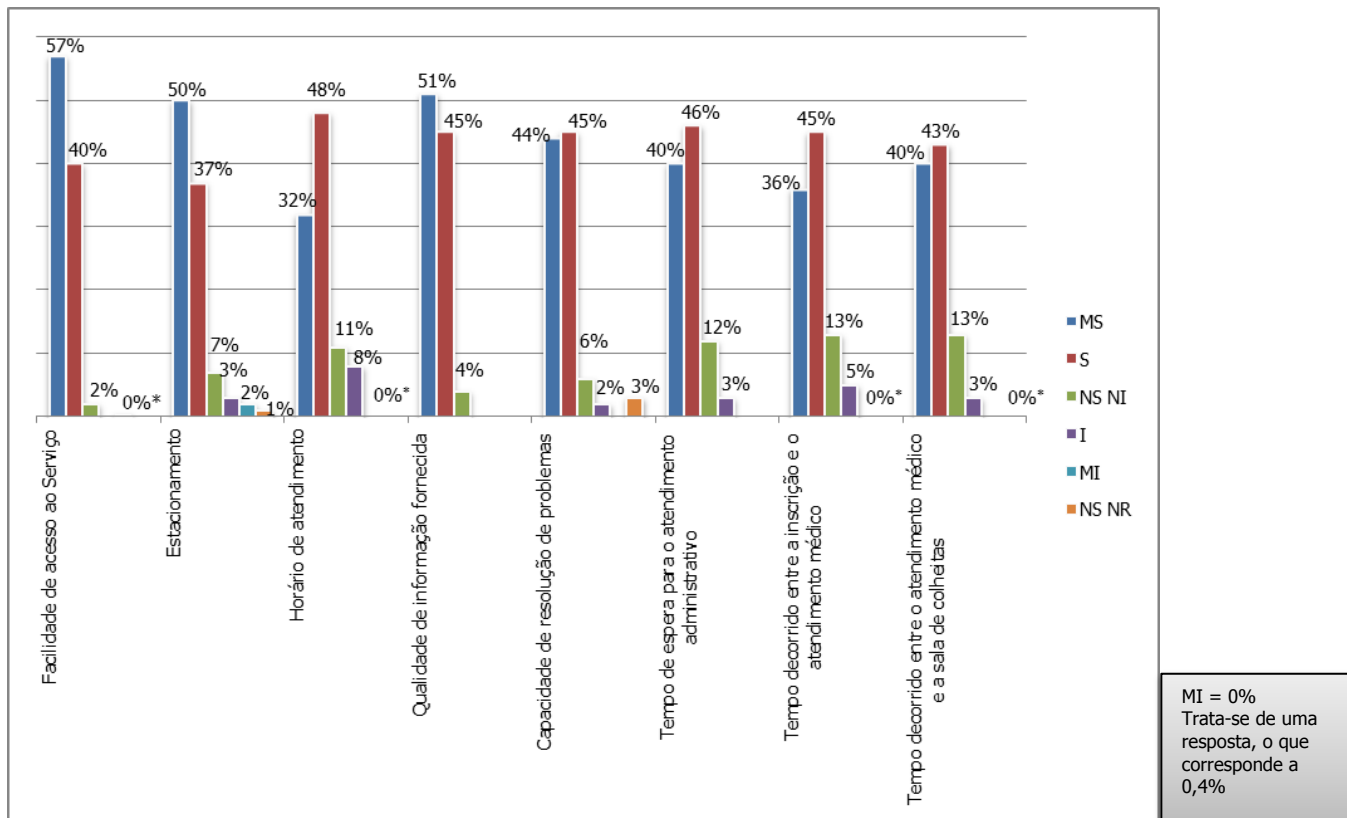
- **Quarenta e quatro por cento dos dadores inquiridos estão muito satisfeitos com os aspetos gerais do Serviço de Imuno-hemoterapia** (gráfico 7).

O número de dadores muito satisfeitos com os aspetos gerais é o mesmo dos dadores satisfeitos (44%).

Os aspetos valorizados pelos dadores de sangue foram os seguintes, por ordem decrescente: facilidade de acesso ao Serviço, qualidade da informação recebida, capacidade de resolução de problemas, estacionamento, tempo de espera para o atendimento administrativo, tempo decorrido entre o atendimento médico e a sala de colheitas, tempo decorrido entre a inscrição e o atendimento médico e, por último, o horário de atendimento.

As características que envolvem o fator tempo e o estacionamento são as que apresentam um menor número de dadores muito satisfeitos e satisfeitos.

**Relatório Global de Revisão pela Gestão**



**Gráfico 7. Gráfico de barras relativo aos aspetos gerais**

(n = 252)

No gráfico 8 estão os dados relativos aos aspetos gerais no período 2016 a 2018 verificando-se uma diminuição do número de dadores muito satisfeitos para todos os aspetos. Uma diminuição mais acentuada para os aspetos facilidade de acesso ao Serviço, estacionamento, qualidade da informação recebida e capacidade de resolução de problemas. Para os aspetos restantes, os resultados são muito semelhantes.



**Gráfico 8. Gráfico de barras relativo aos dadores muito satisfeitos para os aspetos gerais**

(2016 - 2018)

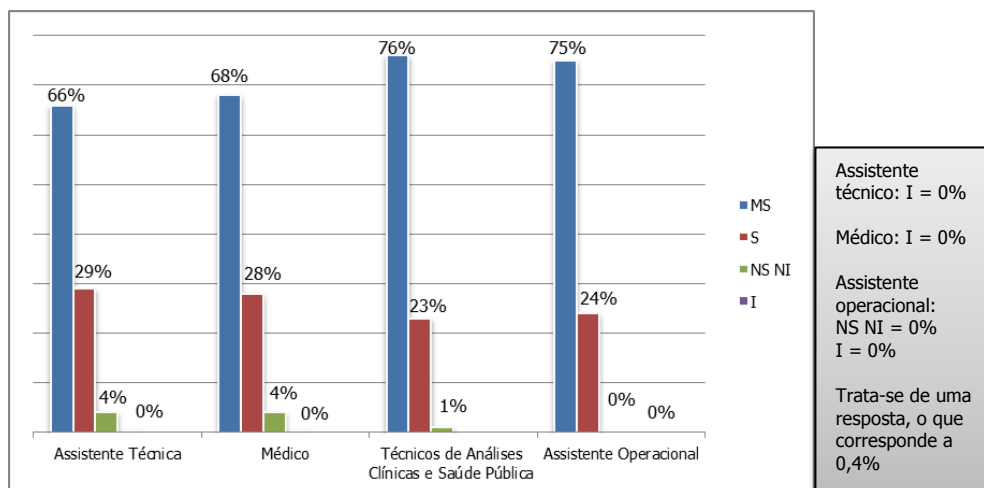
**Relação com os profissionais – simpatia e humanização**

- Setenta e um por cento dos dadores inquiridos estão muito satisfeitos com os profissionais de saúde em relação à simpatia e ao acolhimento (gráfico 9).

Neste ponto foi pedido aos respondentes que dessem a sua opinião sobre a simpatia e humanização dos profissionais com quem contactaram. Os resultados podem ser observados no gráfico 9.

O técnico de análises clínicas e saúde pública (agora designados técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica) e a assistente operacional foram os que obtiveram o maior número de dadores muito satisfeitos (76% e 75%, respetivamente), seguido do médico (68%) e do assistente técnico (66%).

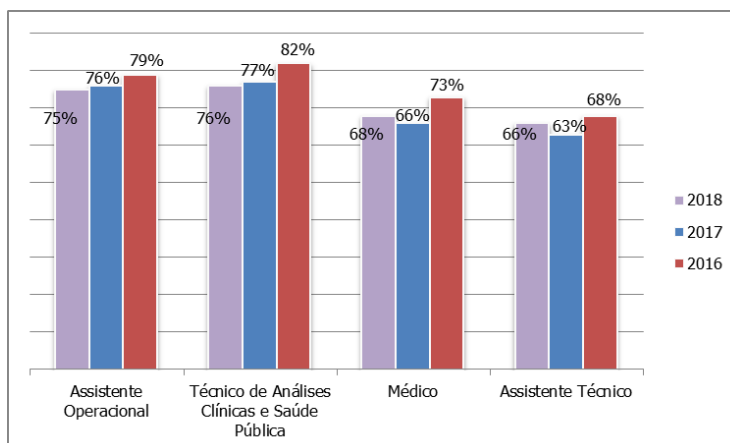
Um dador insatisfeito em relação ao assistente técnico, médico e assistente operacional (0,4%).



**Gráfico 9. Gráfico de barras da relação com os profissionais (simpatia e humanização)**

(n = 252)

Quando os resultados são comparados com os anos anteriores (2016 a 2018) verifica-se uma diminuição do número de dadores muito satisfeitos com o assistente operacional e o técnico de análises clínicas e saúde pública, tendo-se verificado o contrário com o médico e o assistente técnico (gráfico 10).



**Gráfico 10. Gráfico de barras dos dadores muito satisfeitos para a relação com os profissionais (simpatia e humanização) (2016 - 2018)**

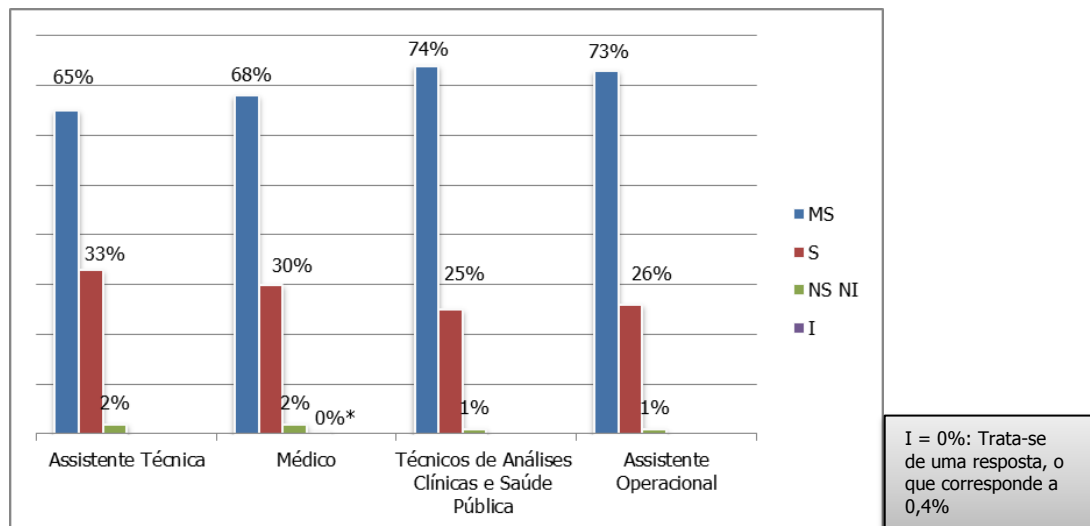
É interessante verificar como os profissionais que trabalham na mesma área têm aproximadamente os mesmos resultados: técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica com os assistentes operacionais e os médicos com os assistentes técnicos (gráficos 9 e 10).

### Competência dos profissionais

- Setenta por cento dos dadores inquiridos classificaram a competência dos profissionais como muito satisfatória (gráfico 11).

No gráfico 11 constam os resultados relativos à competência dos profissionais. O técnico superior de diagnóstico e terapêutica e o assistente operacional obtiveram o maior número de dadores muito satisfeitos (74% e 73%, respetivamente), seguidos do médico (68%) e do assistente técnico (65%).

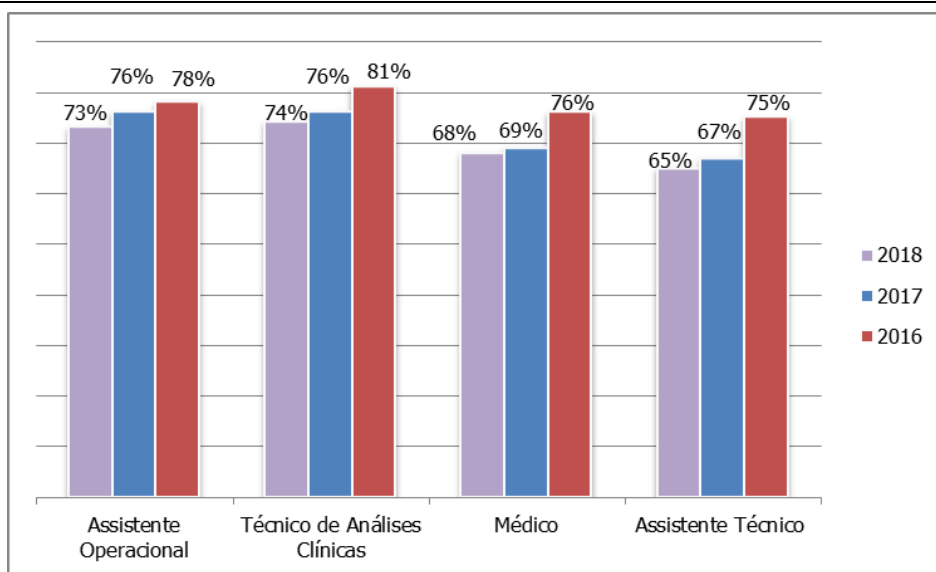
Um dador muito insatisfeito com o grupo profissional do médico (0,4%).



**Gráfico 11. Gráfico de barras relativo à competência dos profissionais**

(n = 252)

Quando comparamos os três últimos anos verificamos uma diminuição na percentagem de dadores muito satisfeitos relativamente à avaliação da competência dos profissionais do Serviço de Imuno-hemoterapia para todos os grupos profissionais (gráfico 12).



**Gráfico 12. Gráfico de barras dos dados de satisfação dos profissionais**  
(2016 - 2018)

Também neste ponto se verifica que os profissionais que trabalham na mesma área têm aproximadamente os mesmos resultados: técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica com os assistentes operacionais e os médicos com os assistentes técnicos (gráficos 11 e 12).

### Instalações

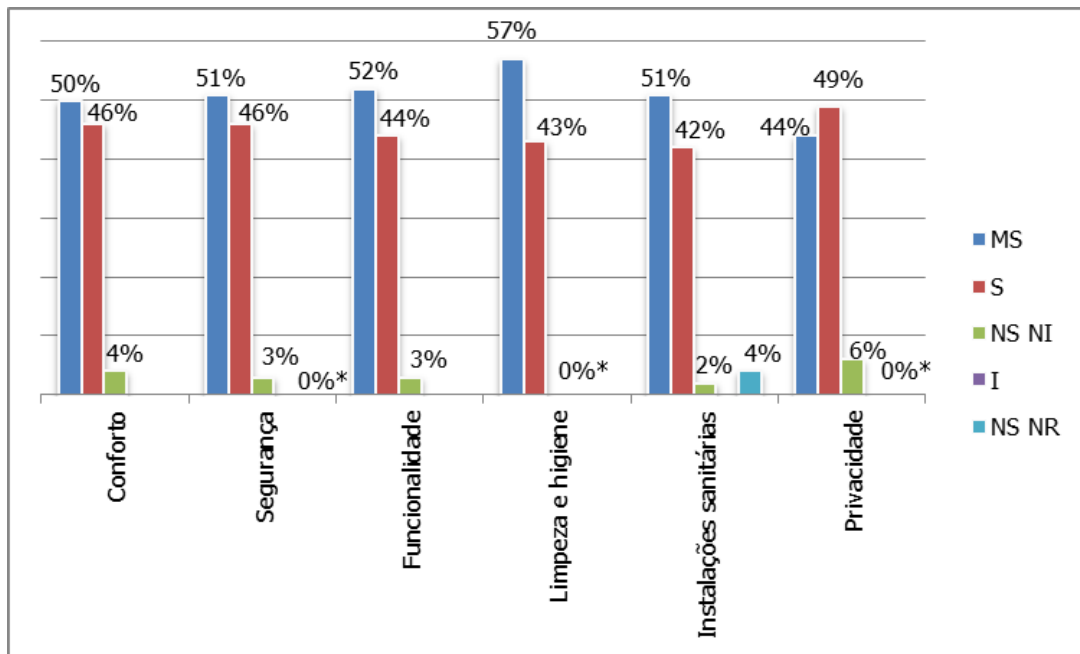
- Cinquenta e um por cento dos dadores inquiridos estão muito satisfeitos com as instalações.

Neste ponto é solicitado aos respondentes que deem a sua opinião sobre as instalações do Serviço de Imuno-hemoterapia, que compreende os seguintes aspetos: conforto, segurança, funcionalidade, limpeza e higiene, instalações sanitárias e privacidade.

No gráfico 13 podem ver-se os resultados relativos às instalações.

Por ordem decrescente, os aspetos mais valorizados pelos dadores foram: a limpeza e higiene (57%), a funcionalidade (52%), as instalações sanitárias e a segurança (51%), o conforto (50%) e a privacidade (44%) (gráfico 13).

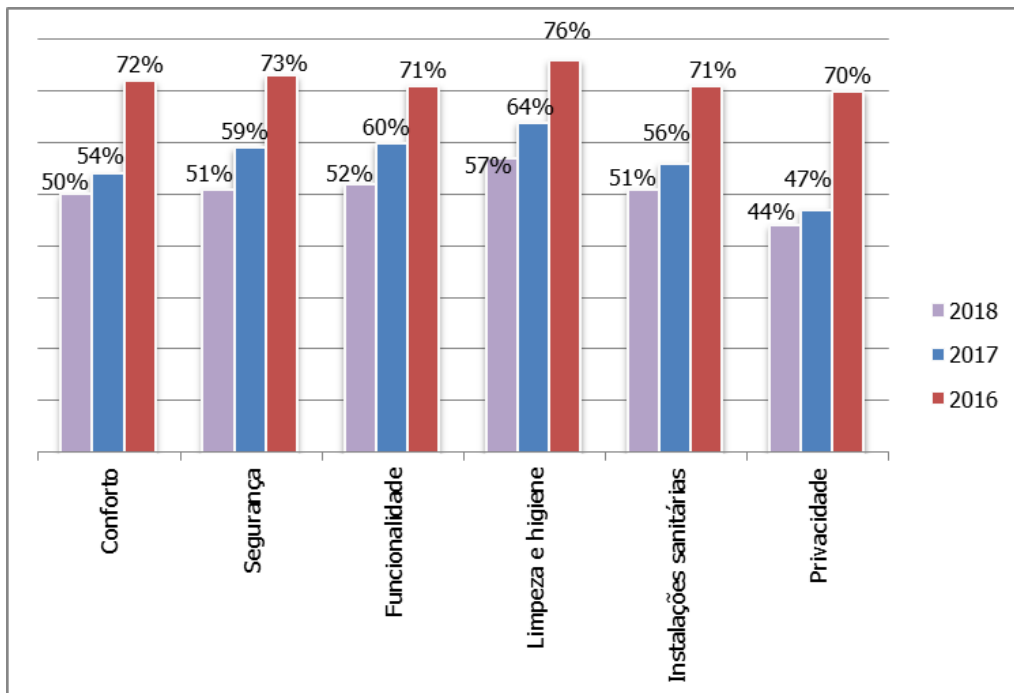
**Relatório Global de Revisão pela Gestão**



**Gráfico 13. Gráfico de barras relativo às instalações**

(n = 252)

À semelhança dos pontos anteriores, também neste ponto se verificou uma diminuição dos dados que escolheram a opção muito satisfeitos para todos os aspetos avaliados (gráfico 14). Nos três últimos anos, o aspeto mais bem classificado tem sido o da limpeza e higiene e o pior classificado a privacidade (gráfico 14).



**Gráfico 14. Gráfico de barras dos dados muito satisfeitos com as instalações**

(2016 - 2018)

## Comentário dos dadores

- Vinte por cento dos dadores deixaram comentários. Cada comentário contém vários assuntos.

Do total de respondentes, 50 fizeram comentários. A maioria dos comentários contém vários assuntos. Em 2018 foi o ano com maior número de comentários registados pelos dadores em comparação com 2017 (42), 2016 (15) e 2015 (21).

Os comentários podem ser agrupados nas seguintes categorias: dias e horário de atendimento (19), elogios (8), resultados das análises (9), aplicação do dador (6), alimentação (6), estacionamento (6), tempos de espera (5), máquina das senhas (2), articulação entre vários intervenientes (1) e privacidade (1).

Os comentários foram os seguintes:

1. *Acho que as recolhas serem só três dias é limitado. Depois, na cafetaria, o pequeno-almoço é muito limitado ser uma sandes e um leite ou sumo. No meu caso, tenho dinheiro para pedir mais, mas sabemos que algumas pessoas que vão lá não têm.*

**Nota 1 (horário de funcionamento):** os recursos em termos de espaço, equipamentos e pessoas só permitem o horário em vigor de modo a que os procedimentos após a colheita possam ser efetuados. As dádivas são realizadas às segundas, quartas e sextas-feiras, na medida em que as terças e quintas-feiras estão reservadas para os utentes do hospital de dia imuno-hemoterapia que não podem estar misturados com os dadores.

**Nota 2 (alimentação):** o Serviço de Imuno-hemoterapia dá a possibilidade dos dadores almoçarem no Hospital sem custos adicionais. Para os dadores que não querem almoçar no Hospital é oferecido um pequeno lanche. No Serviço de Imuno-hemoterapia ainda se oferece sumo ou leite com chocolate e bolachas.

2. *Desde outubro de 2018 que aguardo os resultados da análise Ac anti-HCV.*

**Nota 3 (resultados das análises):** um aspeto frequentemente referido pelos dadores e que se prende com problemas de falta de notificações dos resultados e de automatismo da aplicação informática no envio dos resultados.

3. *De um modo geral, é satisfatório todo o atendimento na prestação deste serviço, mas sempre aberto a uma melhor classificação. Em relação à resposta "nem satisfeito nem insatisfeito" prende-se com o desconhecimento dos tempos "normal/aceitável" decorridos entre a inscrição e o atendimento médico e o atendimento médico e a sala de colheitas, pois dependem de fatores que nós, os dadores, podemos avaliar incorretamente e surgir uma avaliação injusta. Em relação ao horário de atendimento, refiro que, à semelhança de outro hospital no qual faço a dádiva de sangue (embora em menor número), podia ser alargado em dias ou mesmo em horas do dia, ou seja, mais dias por semana ou horário mais alargado nos dias da dádiva, isto se houver número de dadores que o permita. No estacionamento, aqui fica uma sugestão simples e cómoda para o dador/condutor, que consiste em ter estacionamento reservado unicamente para os dadores e dias de dádiva. Embora para mim me seja indiferente, para quem não se sente à vontade em partilhar a sua dádiva em espaço aberto com outros dadores, sugiro uma simples cortina entre as cadeiras. Espero que tenha*

*contribuído com as minhas sugestões e que em futuras deslocações possa haver alguma mudança, preferencialmente uma por mim sugerida. Obrigada a todos.*

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

**Nota 4 (estacionamento):** não é possível ter lugares exclusivos para os dadores de sangue, mas, se assim fosse, existiria sempre insatisfação quando os mesmos ficassem esgotados. Os dadores de sangue não pagam estacionamento para vir dar sangue, ao contrário do que acontece com os restantes utentes e profissionais do Hospital que têm de o pagar. Contudo, o Serviço compreende que a afluência de utentes e profissionais ao Hospital a determinadas horas podem contribuir para a dificuldade em arranjar lugares livres. É uma situação identificada por todos os que precisam vir ao Hospital, mas é da responsabilidade da entidade que faz a gestão do parque de estacionamento.

**Nota 5 (privacidade):** o Serviço dispõe de cortinas entre as cadeias. Para os dadores que queiram maior privacidade, podem pedir para se fecharem as cortinas. A maioria dos dadores prefere ter as cortinas para trás.

**4. Deveria haver colheitas fora das horas gerais ou ao fim de semana.**

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

**5. Possibilidade de dar sangue durante os cinco dias úteis da semana e não apenas três como está atualmente.**

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

**6. Ser possível dar sangue todos os dias.**

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

**7. Muito bom.**

**Nota 6 (agradecimentos):** os agradecimentos são uma forma de reconhecimento para os profissionais que lidam diretamente com os dadores de sangue, que o Serviço muito agradece.

**8. Deveria ser adotado procedimento idêntico a outros estabelecimentos de saúde, onde existem locais de estacionamento específicos para dadores. Na minha última dádiva em Vila Franca foi muito difícil arranjar local para estacionar.**

Ver [nota 4 \(estacionamento\)](#).

**9. Alimentação mais diversificada para oferecer aos utentes.**

Ver [nota 2 \(alimentação\)](#).

**10. The best.**

Ver [nota 6 \(agradecimentos\)](#).

**11. Um horário mais alargado.**

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

**12.** *Mais variedade ao nível do pequeno-almoço.*

Ver nota 2 (alimentação).

**13.** *O estacionamento do hospital é caótico, por vezes, estamos 20 minutos à espera para entrar e estacionar. Deveria haver mais estacionamento ou lugares para dadores.*

Ver nota 4 (estacionamento).

**14.** *Aplicação informática insuficiente.*

Nota 7 (aplicação informática): um aspeto frequentemente apontado pelos dadores.

**15.** *Um aspeto a ser melhorado é a pouca comida que nos é oferecida quando estamos a aguardar pela dádiva. Obrigada pela atenção.*

Ver nota 2 (alimentação).

**16.** *Lamentavelmente a app não funciona, sendo que se trata de uma mais-valia para o dador.*

Ver nota 7 (aplicação informática).

**17.** *É necessário colocar a máquina das senhas a funcionar, pois já está avariada há vários meses.*

Nota 8 (máquina das senhas): um aspeto frequentemente apontado pelos dadores.

**18.** *O único ponto que merece atenção é a rapidez nos casos em que os dadores podem estar mais pressionados de tempo. Se forem identificados, à partida podem encontrar um "fast track" e assim manter a simpatia e conforto de estar no processo sem demoras (para quem possa) e de responder de forma rápida e eficaz para quem esteja pressionado de tempo, mas que ainda assim faça questão de ser dador no Hospital Vila Franca de Xira. A experiência é muito boa! Parabéns a toda a equipa!*

Ver nota 6 (agradecimentos).

Nota 9 (fast track): o Serviço de Imuno-hemoterapia não dispõe deste serviço e não tem recursos para implementar esta opção e ainda atender, no melhor tempo possível, os outros dadores.

**19.** *A vossa app não funciona e, para mim era fundamental ela funcionar, pois ajudava-me imenso na consulta dos resultados das análises. Outro ponto é o envio do resultado das análises por e-mail. Não tenho recebido. Tirando estes aspetos estou muito contente com o serviço.*

Ver nota 6 (agradecimentos), nota 7 (aplicação informática) e nota 3 (resultados das análises).

**20.** *Os resultados das análises feitas no processo da dádiva deixaram de ser enviados e, quando enviam, demoram mais de 30 dias.*

Ver nota 3 (resultados das análises).

**21.** *Só é pena que o resultado das análises não seja completo.*

Nota 10 (informação resultado análises): um aspeto apontado pelos dadores que não têm noção do significado dos resultados pelo facto de não terem uma coluna com os valores de referência. A opção dos valores de

referência na carta de resultados impressos ou no *mail*, foi solicitada ao Helpdesk e ainda não se obteve resposta.

**22.** *Não consigo aceder à aplicação de dador HVFX. Os dois últimos resultados não foram enviados por e-mail.*

Ver [nota 3 \(resultado das análises\)](#) e [nota 7 \(aplicação informática\)](#).

**23.** *Gostaria que a vossa aplicação funcionasse nas devidas condições.*

Ver [nota 7 \(aplicação informática\)](#).

**24.** *Ao recorrer com regularidade ao Serviço de Sangue do Hospital Vila Franca de Xira constato falta de coordenação entre a auxiliar administrativa, o médico e as técnicas de análises clínicas, situação que estas entidades deixam transparecer para os utentes, criando algum desconforto a quem voluntariamente ali comparece.*

[Nota 11 \(circuito dos hemogramas prévios\)](#): assume-se que este comentário esteja relacionado com o circuito dos hemogramas prévios, pois é frequente haver alguma perturbação associada a esta situação, a qual tem vindo a ser tratada, mas que por vezes acaba por transparecer para os dadores.

**25.** *Só não voltei a dar sangue, porque estou doente (cancro da mama), estando a ser seguida no vosso hospital.*

Lamentamos a situação vivida pela dadora e desejamos que tudo corra pelo melhor e que tenha todo o apoio que precisa.

**26.** *Horário de atendimento pós-laboral.*

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

**27.** *Mais simpatia e opções de escolha no bar, após a doação.*

Ver [nota 2 \(alimentação\)](#).

**28.** *Falta de articulação com o Serviço Nacional de Saúde, ou seja, após a dádiva temos de ir ao Centro de Saúde tratar da isenção, quando deveria ser tudo automático.*

[Nota 12 \(falta de comunicação entre instituições de saúde\)](#): é um problema geral não se restringindo apenas ao SNS, o qual não temos forma de resolver.

**29.** *Sugestão: abrir o Serviço um sábado por mês.*

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

**30.** *Talvez mais dias para a recolha das dádivas.*

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

**31.** *Julgo que o tempo de espera para o serviço administrativo como para a entrada das colheitas é demasiado longo. O tempo administrativo podia ser minimizado com o sistema de senhas em funcionamento, visto que*

*está constantemente avariado e julgo não fazer muito sentido ir à colheita antes de ir ao médico, como atualmente está a ocorrer, visto que o tempo de chamada para a recolha é imenso.*

Ver [nota 8 \(máquina das senhas\)](#).

**Nota 11 (circuito dos hemogramas prévios):** instituído no Serviço de Sangue a realização do hemograma prévio a determinados grupos de doadores antes da consulta médica, o que em dias de maior afluência e/ou com atendimento de outros grupos de utentes (grávidas e cirurgias programadas), se pode traduzir em atraso para o atendimento médico e a colheita de sangue.

**32.** *Deveriam alargar os dias de recolha e, pelo menos, uma ou duas vezes por mês fazer recolhas ao sábado. As refeições oferecidas são-nos recusadas quando passa do horário do refeitório (quando há muitas dádivas) e não são sequer substituídas por uma sandes.*

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

**Nota 2 (alimentação):** o refeitório está aberto até às 15h. Mesmo havendo muitos doadores, são situações excecionais a dádiva prolongar-se para além das 15h. Podemos fornecer a alimentação que temos disponível no Serviço de Imuno-hemoterapia, mas não é possível alterar o funcionamento do refeitório.

**33.** *O apoio à app do telemóvel é fraco e desapareceu sem nunca ter sido informado.*

Ver [nota 7 \(aplicação informática\)](#).

**34.** *Não estou satisfeito com o Serviço de Sangue, porque não recebo o relatório da análise ao meu sangue, como recebia anteriormente via e-mail. Preciso de pedir todas as vezes que faço uma dádiva. Não deveria ser preciso da minha parte pedir o relatório, mas sim do Serviço de Sangue que deveria enviar logo que estivesse disponível.*

Ver [nota 3 \(resultados das análises\)](#).

**35.** *Podia haver um dia com possibilidade de dádivas da parte da tarde.*

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

**36.** *Ter horário ao sábado para dar sangue e estacionamento gratuito.*

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#) e [nota 4 \(estacionamento\)](#).

**37.** *Nada a registar.*

Ver [nota 6 \(agradecimentos\)](#).

**38.** *Gostei de todo o serviço e devem manter com muito sucesso.*

Ver [nota 6 \(agradecimentos\)](#).

**39.** *Melhorar os tempos de espera ou, se possível, aumentar os dias de dádivas.*

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

**Nota 13 (tempo de espera):** o Serviço de Imuno-hemoterapia dispõe de número de profissionais e de espaço limitado para a dádiva de sangue, pelo que o tempo de espera pode ser prolongado quanto maior for a afluência de dadores. De momento não há nada que se consiga fazer para encurtar o tempo de espera.

**40.** *Ser possível fazer a dádiva ao sábado (para não faltar ao trabalho) e ter estacionamento gratuito sempre que tenha necessidade de me deslocar ao Hospital, por exemplo, numa urgência não deveria ter de pagar.*

Ver **nota 1 (horário de funcionamento)** e **nota 4 (estacionamento)**.

**41.** *Acho que deveria de haver estacionamento reservado para os dadores.*

Ver **nota 4 (estacionamento)**.

**42.** *Nada a dizer.*

Ver **nota 6 (agradecimentos)**.

**43.** *Já informei várias vezes que estou muito insatisfeito com o resultado das análises. Além de demorarem cerca de dois meses, tempo excessivo, continuam a não virem acompanhados de um quadro com comparação dos valores (se os valores apresentados estão altos ou baixos), pois no antigo hospital quando recebia os resultados estes vinham acompanhados dos valores máximos e mínimos de cada análise. Para mim é como se não recebesse os resultados. Espero que em breve resolvam esta situação, pois em informática é uma questão de colocar mais uma coluna. Com os meus cumprimentos.*

Ver **nota 3 (resultados das análises)** e **nota 10 (informação resultado análises)**.

**44.** *Alargar o horário de atendimento e colocar mais funcionários de forma a agilizar o processo, já que muitas vezes existe um grande fluxo de dadores para apenas um profissional em cada valência, o que prolonga demasiado o tempo de espera.*

Ver **nota 1 (horário de funcionamento)** e **nota 13 (tempo de espera)**.

**45.** *Obrigada pelos serviços prestados.*

Ver **nota 6 (agradecimentos)**.

**46.** *O envio dos resultados das análises nem sempre funciona bem, raramente chegam ao meu e-mail. É um aspeto a corrigir.*

Ver **nota 3 (resultados das análises)**.

**47.** *Sendo um serviço de dádivas deveria funcionar todos os dias úteis.*

Ver **nota 1 (horário de funcionamento)**.

**48.** *O horário de atendimento devia ser mais alargado.*

Ver **nota 1 (horário de funcionamento)**.

**49.** *Alargamento do horário de funcionamento para mais dias, incluindo ao fim de semana.*

---

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

**50.** *O horário de atendimento é limitado para quem tenta gerir a dívida de sangue com a atividade profissional.*

Ver [nota 1 \(horário de funcionamento\)](#).

...

- É importante divulgar os resultados da avaliação da satisfação, caso contrário, os dadores sentem que não vale a pena responder aos questionários, pois não têm acesso à análise nem resposta aos comentários efetuados.
- **Aspetos positivos:** a) contentamento dos dadores por receberem uma mensagem do Hospital a informar que a unidade foi transfundida e mensagem de parabéns no dia do aniversário; b) relação cooperante entre os profissionais; c) gosto pela área em questão; d) resolução do barulho da porta da sala de colheitas, que era muito incomodativo de cada vez que a porta se fechava.
- **Aspetos mais sensíveis:** a) muitos dadores referem o não envio dos resultados das análises e o facto da aplicação do dador não funcionar (no caso de não existirem alterações clínicas, os resultados das análises são impressos e entregues ao dador); b) a presença de ruído causa algum desassossego aos utentes e a alguns profissionais, aspeto que deve ser tido em consideração por todos.

...

### Serviços clínicos

O questionário foi disponibilizado *online*, tendo-se obtido 67 respostas, de um total de 860 questionários.

A comparação dos dados foi feita com os anos 2015 e 2017. Com exceção deste ano, os questionários passaram a ser feitos de dois em dois anos com o intuito de aumentar a participação. No entanto, a adesão continua a ser muito reduzida. Em 2017 responderam mais 19 profissionais comparativamente com 2018.

As conclusões efetuadas a partir da análise dos dados limitam-se à amostragem constituída pelos serviços que responderam ao questionário.

Alguns gráficos apresentam as seguintes siglas: MI – Muito Insatisfeito, I – Insatisfeito, NS NI – Nem Satisfeito Nem Insatisfeito, I – Insatisfeito, MI – Muito Insatisfeito, NS NR – Não Sabe Não Respondeu.

---

Distribuição dos profissionais por género: 75% homens e 25% mulheres.

Faixa etária: 36% entre os 30 anos e os 40 anos.

Categoria profissional: 69% enfermeiros e 31% médicos.

Tempo de serviço no Hospital: 34% entre um a quatro anos.

Maioria dos profissionais pertence aos serviços da Medicina Interna e Ortopedia.

---

Avaliação global (disponibilidade, qualidade, eficácia, eficiência): 84% profissionais satisfeitos e muito satisfeitos

Atendimento telefónico: 52% profissionais satisfeitos

Tempo de resposta: 51% profissionais satisfeitos

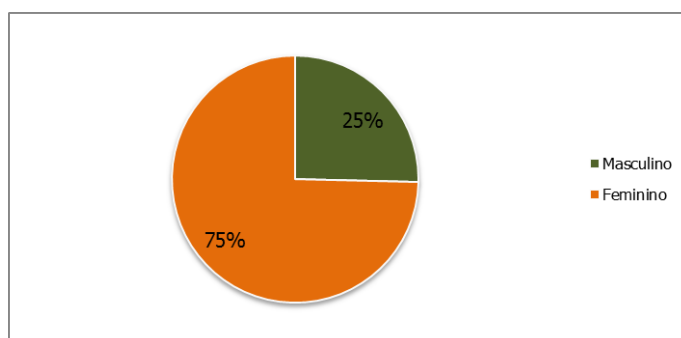
Qualidade da documentação e adequação às necessidades: 57% profissionais satisfeitos

Qualidade e clareza: 67% profissionais satisfeitos

Quarenta e oito por cento dos profissionais inquiridos têm conhecimento de todos os serviços prestados pelo Serviço.

### Identificação dos profissionais: género, faixa etária, categoria profissional, tempo de serviço e serviço

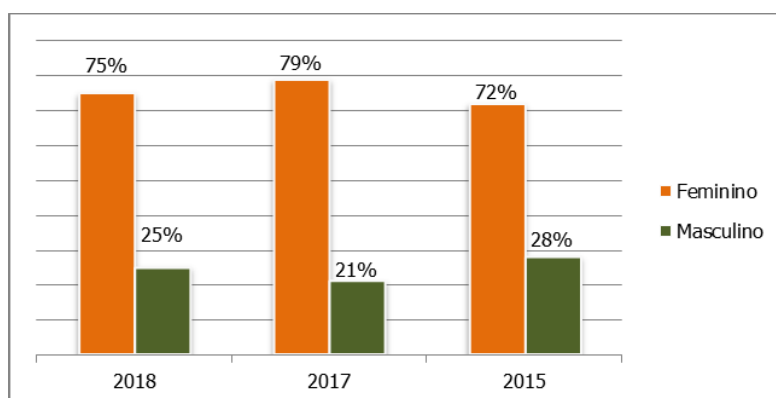
- Relativamente à distribuição dos profissionais por GÉNERO, 25% são homens e 75% são mulheres (gráfico 15).



**Gráfico 15. Gráfico circular do género**

(n = 67: n masculino = 17, n feminino = 50)

Os dados estão em linha com os anos anteriores, verificando-se uma diferença significativa entre os respondentes femininos e masculinos, com predomínio dos primeiros (gráfico 16).

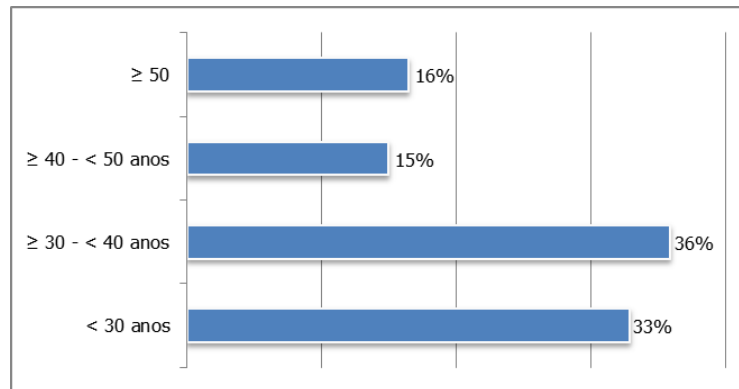


**Gráfico 16. Gráfico de barras do género**

(2015, 2017, 2018)

- Em relação à FAIXA ETÁRIA, a maioria dos respondentes situa-se entre os 30 e os 40 anos (gráfico 17).

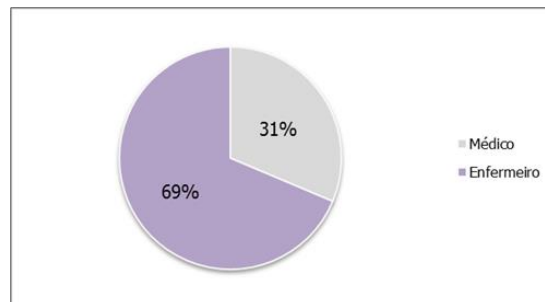
De destacar que a maioria dos respondentes apresenta idades mais jovens. Olhando para o gráfico destacam-se dois grupos: a dos profissionais que vão até aos 39 anos (representam 69%) e a dos profissionais que vai dos 40 até depois dos 50 anos (representam 31%). O mesmo se verificou em anos anteriores.



**Gráfico 17. Gráfico de barras da faixa etária**

(n = 67: n < 30 = 22, n ≥ 30 - < 40 = 24, n ≥ 40 - < 50 = 10, n ≥ 50 = 11)

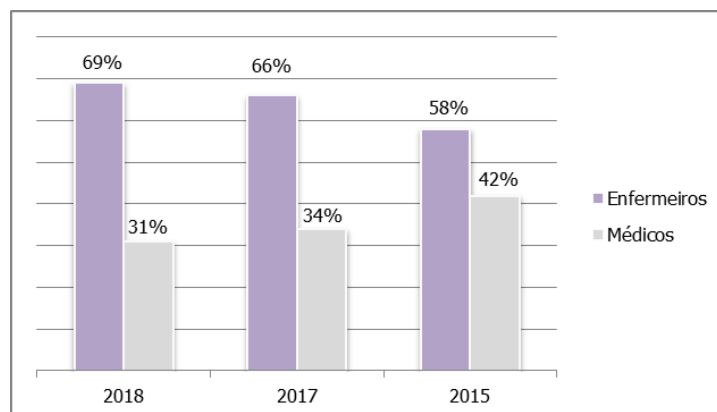
- Para a CATEGORIA PROFISSIONAL, 69% dos respondentes são enfermeiros e 31% são médicos (gráfico 18).



**Gráfico 18. Gráfico circular da categoria profissional**

(n = 67: n médico = 21, n enfermeiro = 46)

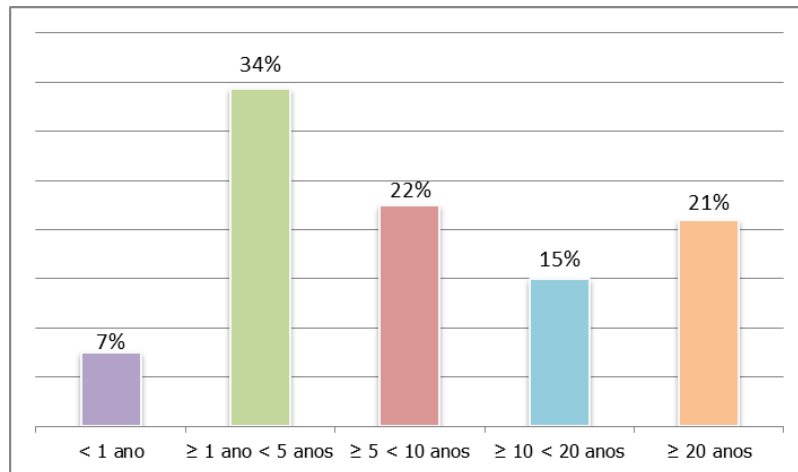
Os resultados são muito semelhantes aos obtidos nos anos anteriores, havendo uma predominância de respondentes enfermeiros em relação aos médicos (gráfico 19).



**Gráfico 19. Gráfico de barras da categoria profissional**

(2015, 2017, 2018)

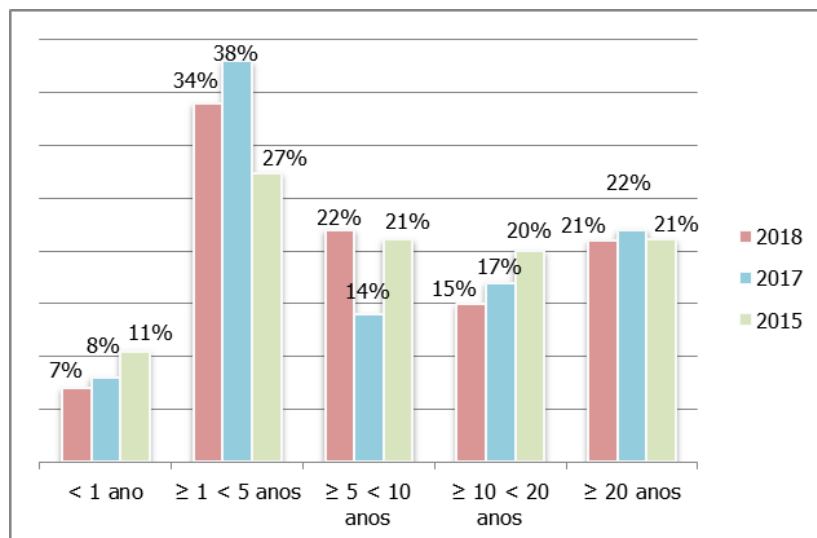
- Em relação ao TEMPO DE SERVIÇO NO HOSPITAL, a maioria tem um tempo de serviço que varia entre um e os quatro anos (34%), seguido dos profissionais com cinco e nove anos (22%) e com mais de 20 anos (21%) (gráfico 20).



**Gráfico 20. Gráfico de barras relativo ao tempo de exercício de funções no Hospital**

(n = 67: n < 1 = 5, n ≥ 1 - < 5 = 23, n ≥ 5 - < 10 = 15, n ≥ 10 - < 20 = 10, n ≥ 20 = 14)

Quando se comparam os anos anteriores verifica-se que o maior número de respondentes tem entre um a quatro anos de serviço no Hospital (gráfico 21). Os que estão há menos tempo (inferior a 1 ano) são os que menos respondem ao questionário.



**Gráfico 21. Gráfico de barras relativo ao tempo de exercício de funções no Hospital**

(2015, 2017, 2018)

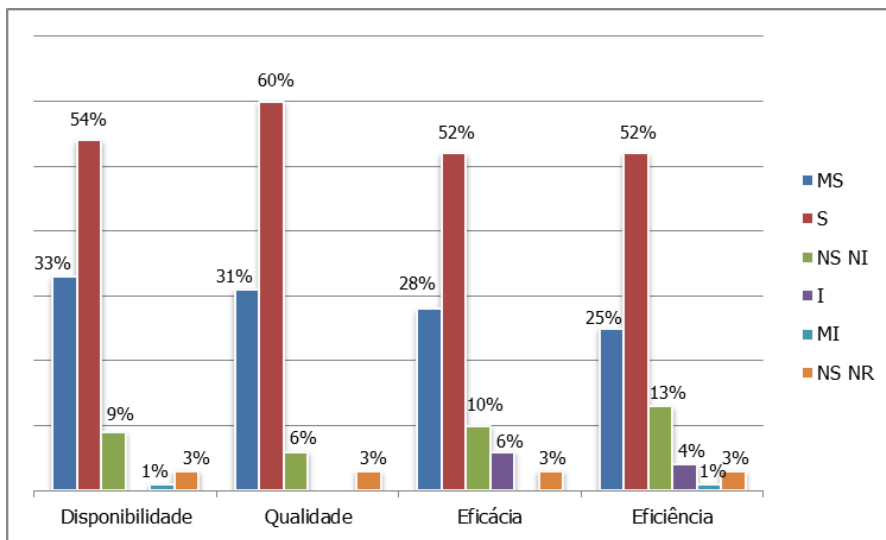
- Em relação ao SERVIÇO, a maioria dos profissionais que respondeu ao questionário é da Medicina Interna e da Ortopedia.

**Classificação global**

- De um modo global, 84% dos profissionais estão muito satisfeitos e satisfeitos com o Serviço de Sangue.

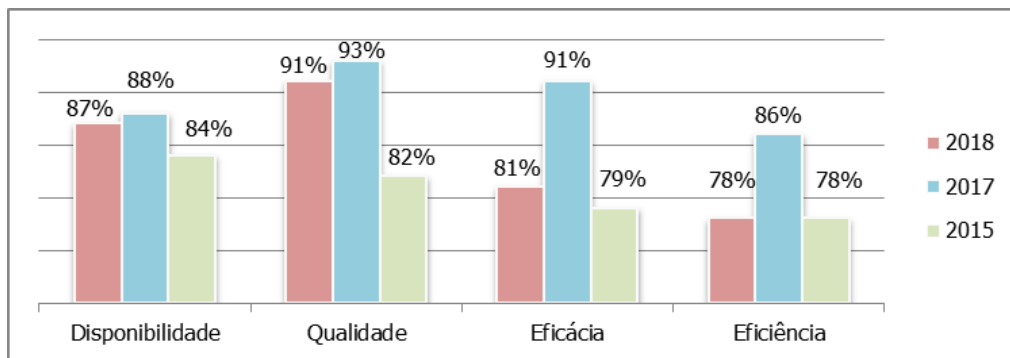
Para a avaliação global contribuem os seguintes parâmetros: disponibilidade, qualidade, eficácia e eficiência.

A qualidade obteve 60% de profissionais satisfeitos, seguido da disponibilidade (54%) e, sem grande diferença, a eficácia e a eficiência com 52% dos profissionais satisfeitos (gráfico 22).



**Gráfico 22. Gráfico de barras relativo à classificação global do Serviço de Sangue**  
(n = 67)

Em relação aos parâmetros referentes à disponibilidade e qualidade, os resultados obtidos são muito semelhantes aos de 2017 e os da eficácia e eficiência aos de 2015. Para estes dois últimos pontos, há uma diminuição dos profissionais muito satisfeitos e satisfeitos com o Serviço de Sangue em relação a 2017 (gráfico 23).



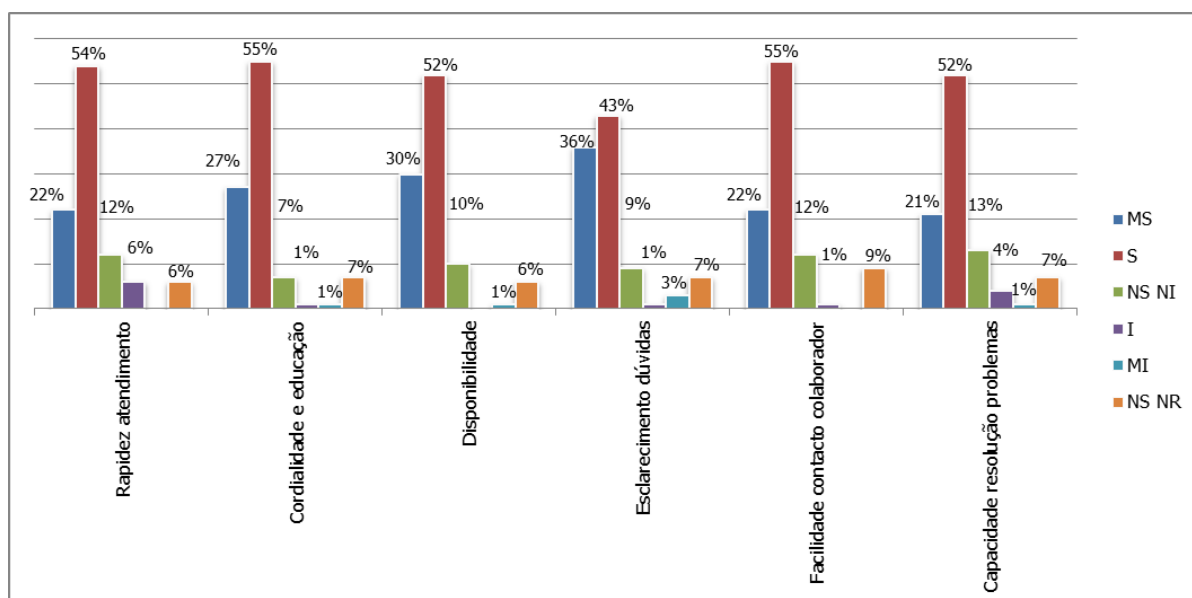
**Gráfico 23. Gráfico de barras dos profissionais muito satisfeitos e satisfeitos com o Serviço de Sangue**  
(2015, 2017 e 2018)

### Atendimento telefónico do Serviço de Sangue

- Cinquenta e dois por cento dos respondentes estão satisfeitos com o atendimento telefónico do Serviço de Sangue.

A avaliação do atendimento telefónico tem em conta a rapidez de atendimento, a cordialidade e educação, a disponibilidade, o esclarecimento das dúvidas, a facilidade de contacto com o colaborador solicitado e a capacidade de resolução de problemas.

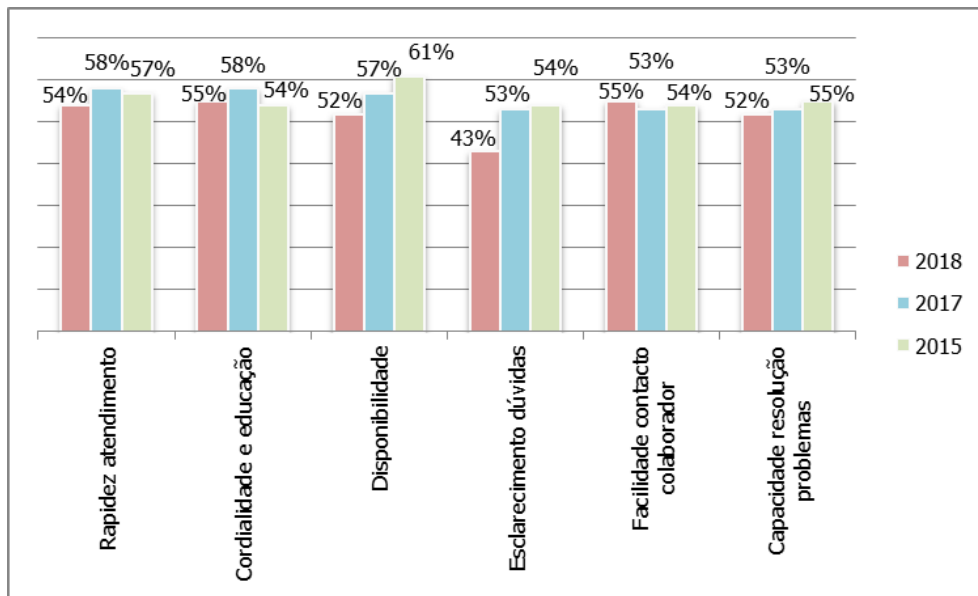
Com exceção do esclarecimento de dúvidas (que obteve menor número de profissionais satisfeitos), todos os restantes apresentam resultados muito semelhantes, na ordem dos 50% dos profissionais satisfeitos (gráfico 24). Na sua maioria, os profissionais insatisfeitos e muito insatisfeitos são enfermeiros, do género feminino, dos serviços da urgência e ortopedia.



**Gráfico 24. Gráfico de barras do atendimento telefónico do Serviço de Sangue**

(n = 67)

Quando se comparam os resultados obtidos com os anos 2015 e 2017 verifica-se que o número de profissionais satisfeitos em relação à disponibilidade, esclarecimento de dúvidas e capacidade de resolução de problemas tem vindo a diminuir gradualmente ao longo do tempo. Pelo contrário, a facilidade de contacto com o colaborador atingiu o valor mais alto de profissionais satisfeitos. A cordialidade e educação apresentavam maior número de profissionais satisfeitos em 2017 em comparação com 2015, mas o ano passado diminuiu em relação a 2017 (gráfico 25).



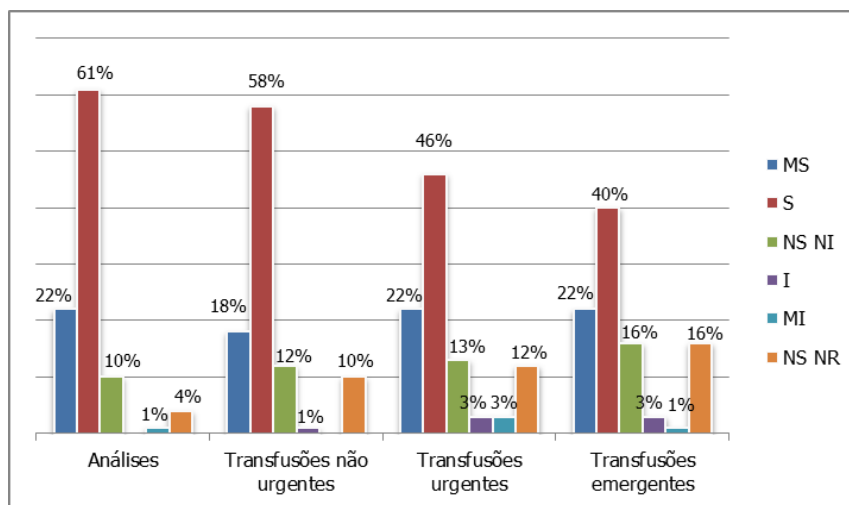
**Gráfico 25. Gráfico de barras do atendimento telefónico do Serviço de Sangue (2015, 2017 e 2018)**

### Tempo de resposta do Serviço de Sangue

- Cinquenta e um por cento dos inquiridos estão satisfeitos com o tempo de resposta do Serviço de Sangue.

O tempo de resposta é avaliado para as análises e transfusões não urgentes, urgentes e emergentes.

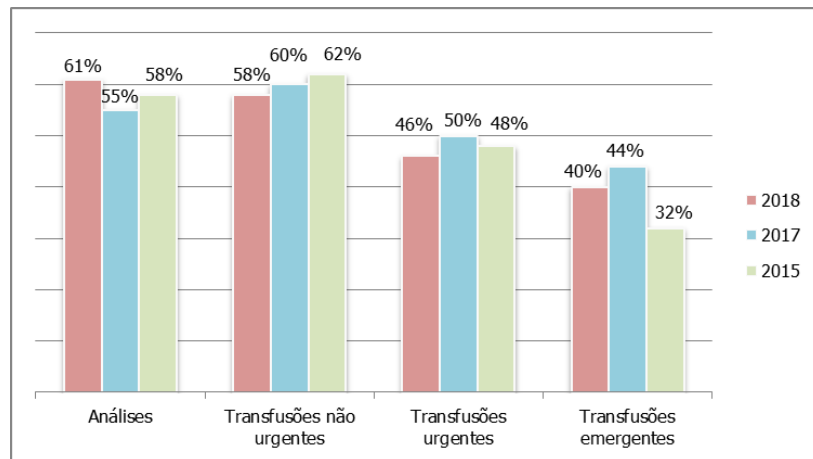
O tempo de resposta para as análises foi o que obteve maior número de profissionais satisfeitos com o Serviço de Sangue (61%), seguido do tempo de resposta para as transfusões não urgentes (58%), transfusões urgentes (46%) e, em último, as transfusões emergentes (40%) (gráfico 26). Dos 29 profissionais que escolheram a opção "Não sabe não responde", 16 são enfermeiros e 13 médicos dos mais variados serviços (gráfico 26).



**Gráfico 26. Gráfico de barras do tempo de resposta do Serviço de Sangue (n = 67)**

O tempo de resposta para as análises teve um aumento do número de profissionais satisfeitos relativamente aos anos 2015 e 2017 (gráfico 27). Pelo contrário, os tempos de resposta relativos às transfusões não urgentes e urgentes

tiveram uma alteração para menos profissionais satisfeitos com o Serviço de Sangue em comparação com os anos anteriores (gráfico 27). Dos quatro aspetos avaliados, o tempo de resposta para as transfusões emergentes tem os resultados mais baixos, tendo havido um aumento do número de profissionais satisfeitos em relação a 2015, mas em comparação com 2017 teve um decréscimo (gráfico 27).

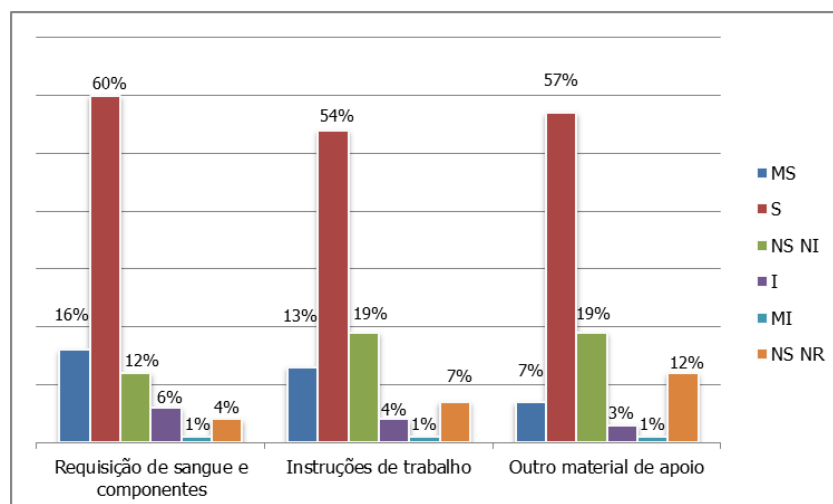


**Gráfico 27. Gráfico de barras do tempo de resposta do Serviço de Sangue (2015, 2017 e 2018)**

### Qualidade da documentação e adequação às necessidades

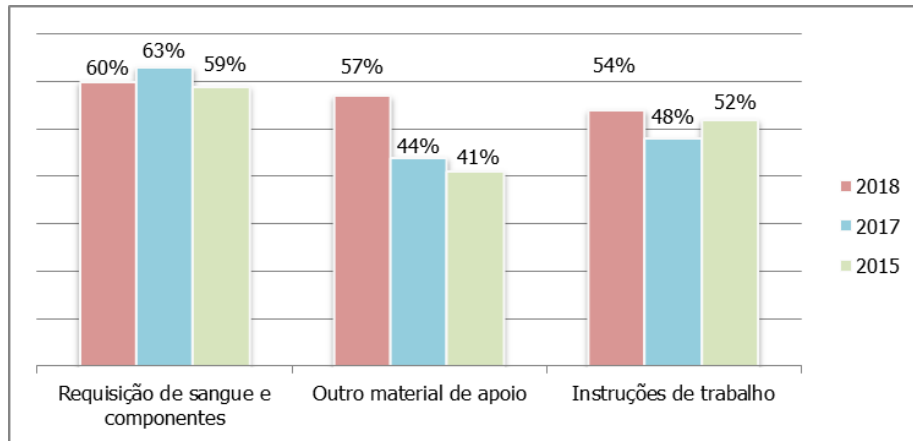
- Cinquenta e sete por cento dos profissionais inquiridos estão satisfeitos com a documentação relativa à qualidade e adequação às necessidades.

A classificação deste ponto do questionário incide sobre a requisição de sangue e componentes, instruções de trabalho e outro material de apoio. A requisição de sangue e componentes recebe o maior número de profissionais satisfeitos (60%), seguido de outro material de apoio (57%) e, por último, das instruções de trabalho (54%) (gráfico 28). Dos 12 profissionais que escolheram as opções de insatisfeito e muito insatisfeito, oito são médicos e quatro são enfermeiros. Dos 16 profissionais que escolheram a opção de não sabe não responde, nove são médicos e seis são enfermeiros.



**Gráfico 28. Gráfico de barras da qualidade da documentação (n = 67)**

Quando se procede à análise dos três anos verifica-se que houve um aumento do número de profissionais satisfeitos com as instruções de trabalho e outro material de apoio (gráfico 29). Pelo contrário, a requisição de sangue e componentes tem estado sempre à volta dos mesmos resultados, tendo-se verificado em 2018 menos profissionais satisfeitos em comparação com os anos anteriores (gráfico 29).

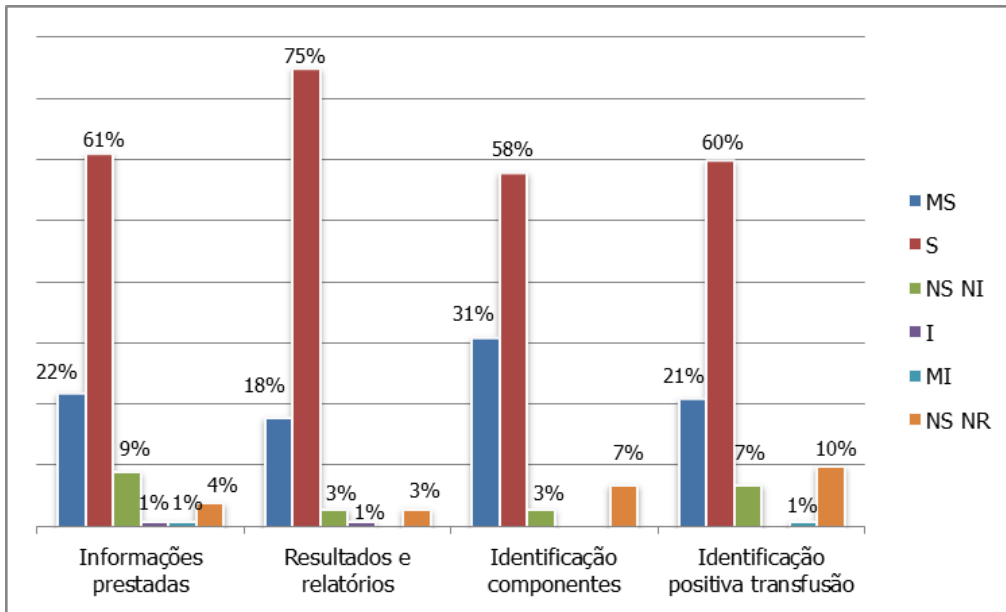


**Gráfico 29. Gráfico de barras da qualidade da documentação**  
(2015, 2017 e 2018)

### Qualidade e clareza

- **Sessenta e três por cento dos profissionais estão satisfeitos com a qualidade e clareza das informações prestadas, dos resultados e relatórios de análises, da identificação dos componentes e do formulário de identificação positiva da transfusão.**

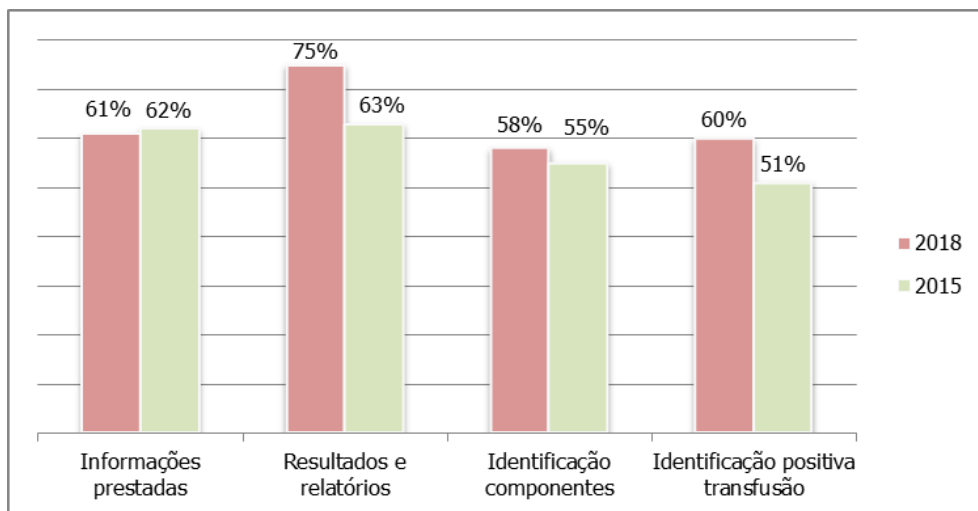
Dos quatro aspetos avaliados, a qualidade e clareza dos resultados e relatórios apresenta o maior número de profissionais satisfeitos e destaca-se dos restantes pelos resultados obtidos (75%), seguido das informações prestadas (61%), identificação positiva da transfusão (60%) e identificação dos componentes (58%) (gráfico 30). Este último aspeto é o que apresenta maior número de profissionais muito satisfeitos (31%). Das 232 respostas de satisfeito e muito satisfeito, a maioria são enfermeiros (165) e 67 são médicos.



**Gráfico 30. Gráfico de barras da qualidade e clareza**

(n = 67)

Apenas é possível fazer comparação com o ano de 2015, porque foi um ponto que não constou dos questionários distribuídos em 2017. Para a maioria dos aspetos avaliados verifica-se um aumento dos profissionais satisfeitos com a qualidade e clareza dos resultados e relatórios, identificação de componentes e identificação positiva da transfusão (gráfico 31). Para as informações prestadas, os resultados são praticamente iguais nos dois anos (gráfico 31), o que vai de certa forma de encontro aos resultados obtidos com o esclarecimento de dúvidas do atendimento telefónico (gráfico 25).



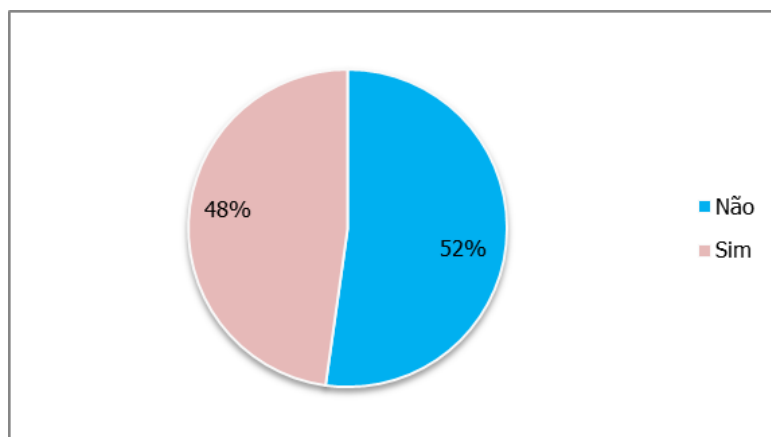
**Gráfico 31. Gráfico de barras da qualidade e clareza**

(2015 e 2018)

### Conhecimento dos serviços prestados pelo Serviço de Sangue

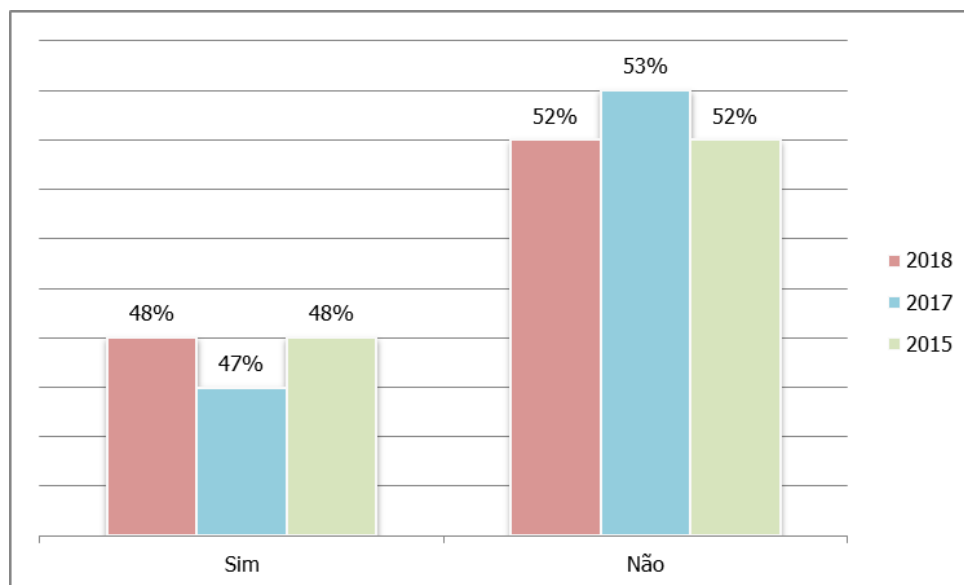
- Cerca de metade dos profissionais inquiridos tem conhecimento de todos os serviços prestados pelo Serviço.

Para além da área da medicina transfusional pretendia-se saber se os profissionais tinham conhecimento de outros serviços realizados pelo Serviço de Sangue. Verificou-se que 48% dos respondentes têm conhecimento, mas 52% afirmam não ter conhecimento da totalidade dos serviços (gráfico 32).



**Gráfico 32. Gráfico circular do conhecimento dos serviços prestados pelo Serviço de Sangue**  
(n = 67)

A opinião dos profissionais tem-se mantido uniforme ao longo dos anos, não havendo alterações, como mostra o gráfico 33. Os resultados de 2018 estão ao mesmo nível dos obtidos em 2015, em que cerca de 52% não tem conhecimento da totalidade dos serviços realizados pelo Serviço de Sangue.



**Gráfico 33. Gráfico de barras do conhecimento dos serviços prestados pelo Serviço de Sangue**  
(2015, 2017 e 2018)

## Comentário dos profissionais

Do total de respondentes, 10 fizeram comentários. Mais quatro comentários em relação a 2017.

Os comentários foram os seguintes:

- *Na minha opinião, o Serviço de Sangue devia ter autonomia para realizar transfusões sanguíneas programadas (hospital de dia) dos doentes com patologias crónicas, como síndrome mielodisplásico e anemias por perdas (miomas, por exemplo), de forma a aliviar o Serviço de Urgência, pois são muitos os casos que recorrem diariamente ao SU com hemoglobinas extremamente baixas por falta de seguimento apertado e ficam horas no SU a levarem transfusão de CE, o que podia ser evitado. (Médico, Serviço de Urgência) É verdade! É por essa razão que o Serviço de Imuno-hemoterapia está a tentar implementar o Hospital de Dia para transfusões, que vai começar com uma sessão agendada por semana.*
- *A forma como funciona a tipagem pré-operatória e os tempos de validade da mesma, que variam de acordo com quem atende o telefone, transmitem uma sensação clara de falta de segurança e ineficiência. (Médico, Ortopedia) Foi efetuada reunião com o Serviço de Ortopedia para esclarecer esta questão.*
- *Se os pedidos de sangue são preenchidos para serem feitos no espaço de 1 h e são sistematicamente feitos ao fim de 6, 7, 8 horas, não faz sentido haver cruces para o tempo de realização dos mesmos. (Médico, Ortopedia) Esta questão também foi esclarecida na reunião com a Ortopedia. Foi efetuada auditoria a estes pedidos (1 hora e imediatas) e a percentagem de resposta por parte do Serviço no intervalo de tempo estipulado é mais de 90%, mesmo incluindo os graus de urgência mal assinalados.*
- *A introdução do impresso para acrescento de análises veio complicar e atrasar os cuidados de Enfermagem no SU, porque estamos constantemente a ter de confirmar com o laboratório e/ou o médicos prescritor. (Enfermeiro, Serviço de Urgência) O Serviço de Imuno-hemoterapia não percebe a que situação o enfermeiro se refere.*
- *BTRAC – Maior Segurança na Administração do Componente. (Enfermeiro, SU) Está-se a trabalhar no tema dos sistemas de segurança transfusionais.*
- *Uma secretária de unidade ou assistente operacional mais tempo no serviço para um contacto mais facilitado. (Enfermeiro, Medicina) Não parece necessário desde que os atuais recursos tenham substituição durante as suas ausências.*
- *Respondo a este questionário que me foi enviado, mas não tenho opinião elaborada, pois trabalhamos para o doente, mas não com o doente. O Serviço de Esterilização não recorre aos serviços prestados pelo Serviço de Sangue. (Enfermeiro, outro serviço)*
- *Maior disponibilidade e educação aquando da solicitação no esclarecimento de dúvidas. (Enfermeiro, SU) O Serviço de Imuno-hemoterapia não consegue perceber a que situação se refere o enfermeiro, pois não entrou em detalhe.*

- *Apesar de ser um Serviço que tem tido pouca necessidade de articulação, a minha avaliação tem em conta outras experiências vivenciadas como colaborador noutra Serviço.* (Enfermeiro, Psiquiatria)
- *O autocolante com identificação do utente e da unidade a transfundir aderir de uma maneira mais eficaz à unidade.* (Enfermeiro, Oncologia/Hospital de Dia) É o primeiro reporte que o Serviço de Imuno-hemoterapia tem desta questão e vai averiguar com as novas etiquetas de identificação.
- *Realização de análises e resultado em tempo útil.* (Médico, Medicina Interna) Não se percebe quais as análises e o tempo útil idealizado para cada uma delas.

...

- É importante divulgar os resultados da avaliação da satisfação, caso contrário, os profissionais sentem que não vale a pena responder aos questionários, pois não têm acesso à análise nem resposta aos comentários efetuados.
- Os profissionais do Serviço de Imuno-hemoterapia apontam alguns aspetos que são causa de perda de tempo na resposta dada às solicitações e que interferem na organização do trabalho a realizar, e que são as devoluções de amostras identificadas de forma incorreta e os pedidos com falta de informação relevante, bem como o tempo ao telefone para completar informação importante ou para falar com o profissional responsável pelo pedido.

...

### **3.1.2 Reclamações**

Sem registo de reclamações no Livro de Reclamações. Em 2017 houve registo de uma reclamação.

### **3.1.3 Elogios**

Em 2018 houve [registo de três elogios efetuados por dadores de sangue](#). Em 2017 não houve registo de elogios no livro de elogios.

## **3.2 MEDIDA EM QUE OS OBJETIVOS DA QUALIDADE FORAM CUMPRIDOS**

### **Metas internacionais de segurança do doente**

- **Meta 1 – Identificar corretamente os doentes**

**Taxa de doentes identificados corretamente com a pulseira** (meta = 100%):

Serviço de Imuno-hemoterapia = 100%

Avaliação global = 97,9%

**Taxa de identificação positiva** (meta = 100%):

Serviço de Imuno-hemoterapia = 100%

Avaliação global = 100%

• **Meta 2 – Melhorar a eficácia na comunicação**

Taxa de comunicação dos resultados críticos (meta = 100%)

Serviço de Imuno-hemoterapia = 100%

Avaliação global = 96,8%

**Gestão do risco – reações transfusionais**

São apresentados os dados relativos aos eventos relacionados com a administração de sangue e componentes, potencialmente reações transfusionais, notificadas ao Serviço de Imuno-hemoterapia e reportados ao Sistema Nacional de Hemovigilância, que constam do “Relatório da qualidade e segurança” relativo a janeiro a dezembro de 2018 e que foi disponibilizado a 01-04-2019.

Componente	2017			2018			Δ p-p.
	Nº de Reações	Nº de Transfusões	%	Nº de Reações	Nº de Transfusões	%	
Concentrado Eritrocitário	9	2778	0,32%	9	2938	0,31%	-0,01
Pool de Plaquetas	0	166	0%	0	139	0%	0
Plasmas (PFC e Crio)	0	545	0%	0	265	0%	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>3489</b>	<b>0,26%</b>	<b>9</b>	<b>3342</b>	<b>0,27%</b>	<b>0,01</b>

Valor de referência ARS LVT (Relatório Hemovigilância, 2017) – 0,16%

**Tabela 2. Reações transfusionais por tipo de componente.**

Durante o ano de 2018 foram notificados nove eventos relacionados com a administração de sangue e componentes, potencialmente reações transfusionais, à semelhança do período homólogo (tabela 2).

Segundo o Relatório mais recente do Sistema Nacional de Hemovigilância (2017), Lisboa e Vale do Tejo (onde nos inserimos), apresenta uma percentagem de 0,11 p.p. inferior à observada no Hospital Vila Franca de Xira. Contudo, segundo o próprio relatório existe subnotificação a nível nacional.

Do total de eventos, oito foram notificados à Plataforma Nacional de Hemovigilância. Um não foi reportado pelo facto de não cumprir os critérios de notificação estipulados pela plataforma (aumento da temperatura superior a 2°C), no entanto, foi contabilizado como evento interno (febril não hemolítica).

**Registos no HER+**

Segundo os “Registos efetuados na plataforma HER+ 2018” da direção da qualidade e segurança, disponibilizado em janeiro de 2019, apenas foi registado um incidente relacionado com sangue e derivados, relacionado com a inutilização de uma unidade de sangue que não foi devolvida conforme procedimento definido pelo Serviço de Sangue.

**3.3 DESEMPENHO DOS PROCESSOS E CONFORMIDADE DOS SERVIÇOS**

Indicador	Valor atingido	Observações
<b>Garantir que os componentes do sangue se encontram nos critérios estabelecidos pela lei nº 185/2015</b>		
(Nº de componentes dentro dos critérios de aceitação/Nº de componentes controlados) x 100  Meta: > a 98%	99,7%	<b>2017: 98%</b> Melhores resultados em 2018 por estabilização do processo da separação dos componentes, devido à entrada do novo separador automático dos componentes do sangue em 2017. Também não houve problemas relativamente à determinação dos leucócitos residuais, como sucedeu em 2017, devido à mudança de fornecedor.
<b>Garantir a inexistência de reações imediatas a transfusões por erro na administração, atribuídas ao Serviço de Sangue</b>		
Nº de reações imediatas na administração imputáveis ao Serviço de Sangue/Nº de componentes transfundidos  Meta: 0%	0%	<b>2017: 0%</b> Sem alterações dos resultados.
<b>Taxa de transfusões preparadas e não efetivadas</b>		
100 – (Nº de transfusões efetivadas/Nº total de transfusões preparadas) x 100  Meta: ≤ 30%	26%	<b>2017: 25%</b> Resultados semelhantes nos dois anos.
<b>Garantir a inexistência de reações adversas atribuídas a erro de administração de medicação ou procedimentos não conformes</b>		
Nº de reações assinaladas/Nº de tratamentos Meta: 0%	0%	<b>2017: 0%</b> Sem alterações dos resultados.
<b>Garantir que o controlo da qualidade externo é efetuado, enviado e que os resultados são os corretos</b>		
(Nº de amostras nos critérios de aceitação/Nº de amostras controladas) x 100  Meta: 100% de execuções, envio e resultados corretos	100%	<b>2017: 100%</b> Sem alterações dos resultados.
<b>Aumentar o número de dádivas</b>		
(Nº unidades colhidas 2018/Nº unidades colhidas 2017) x 100  Meta: 5% face ao ano anterior	114%	<b>2017: 100%</b> Meta superada. As ações de promoção de dádiva desenvolvidas poderão ter contribuído para este resultado.
<b>Taxa de autossuficiência em concentrados eritrocitários</b>		
(Nº de transfusões de CE produzidos no Serviço/Nº total de transfusões) x 100  Meta: 80%	68,7%	<b>2017: 67,5%</b> Meta não atingida. Sem alterações significativas face ao ano anterior no que diz respeito ao grau de autossuficiência, no entanto, este valor corresponde a um maior número de transfusões face a 2017, que se devem ao aumento da complexidade das patologias dos utentes que recorrem ao Hospital.

**3.4 OCORRÊNCIAS, INCIDENTES, NÃO CONFORMIDADES, OPORTUNIDADES DE MELHORIA DETETADAS E AÇÕES CORRETIVAS**

N.º	Tipo				Origem	Tema	Originou registo? <sup>1</sup>	
	NC	OM	Ocorrência	Outro Qual?			Qual	N.º
19			X		Sistema informático	Pesquisa de reações adversas em dadores de sangue, reações transfusionais em doentes, erro em data de documento que acompanha a transfusão, sem visualização dos resultados das análises, ferramenta de pesquisa e monitorização de indicadores, entrada de plasmas inativados adquiridos, etiquetas de <i>pool</i> de plaquetas, verificação de etiquetas de código de barras dos componentes, passagem do resultado do teste sífilis do Architect para o SIBAS, lista de <i>mails</i> de dadores, código ISBT, envio de análises a dadores por <i>mail</i> , processo clínico – documentos de sessão de hospital dia, envio de análises a dadores por <i>mail</i> , erro na transmissão de resultados, alteração grupo doente.	Não	
1	X				Dispositivo médico/Equipamento clínico e não clínico	Inutilização de plasmas frescos congelados e crioprecipitados por avaria da arca -80°C.	Sim	480/18
1	X				Circuito do medicamento	Auditoria às condições de armazenamento dos medicamentos nos serviços clínicos identificou como NC o ponto “medicamentos em armário fechado”.	Sim	478/18
1		X			Auditoria interna da qualidade	Por atualizar o mapa dos riscos e das oportunidades, bem como o programa de gestão de objetivos.	Sim	479/18

**3.4.1 Ações Corretivas**

N.º	Estado*	Observações
478/18	b) Em análise	
479/18	b) Em análise	
480/18	b) Em análise	

\* Referir qual o estado:

- a) Em aberto
- b) Em análise
- c) Fechada sem Plano de Ações
- d) Fechada com Plano de Ações
- e) A aguardar Avaliação da Eficácia
- f) Resolvida

<sup>1</sup> Referir se foi registo no HER+, ou noutro documento.

### 3.5 RESULTADOS DE MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO

De forma a monitorizar e medir os seus processos e a correta prestação de serviços, o Serviço definiu um conjunto de indicadores e objetivos que permitem acompanhar o desenvolvimento da sua prestação e que já se encontram analisados ao longo deste relatório (pontos 3.2. e 3.3.).

São, ainda, avaliadas outras ferramentas, tais como: não conformidades, oportunidades de melhoria, incidentes, notificações, reclamações e elogios que se encontram também descritos ao longo deste relatório (pontos 3.1.2., 3.1.3. e 3.4.).

#### Segurança e saúde no trabalho

Em termos de medições no âmbito da segurança e saúde no trabalho foram efetuadas várias avaliações:

- **Despiste de *Legionella*** - promovidas análises em janeiro e fevereiro, sem presença da mesma.
- **Avaliação do ruído** – promovida análise, em setembro, sendo que os resultados obtidos se enquadram nos limites legais.
- **Avaliação da iluminância** – análise efetuada em agosto, tendo sido detetados três pontos (todos na bancada da sala dos dadores) com valores abaixo dos recomendados. Assim sendo, encontra-se em análise a colocação de uma calha de luz, por cima da bancada, de forma a garantir valores adequados de iluminância.

#### Acidentes de trabalho

À semelhança do ano anterior, em 2018 não ocorreram acidentes de trabalho. Em 2016 houve registo de um acidente de trabalho.

#### Derrames

Sem derrames no Serviço.

### 3.6 RESULTADOS DAS AUDITORIAS

**(incluir auditorias no âmbito da Qualidade, Resíduos, entre outras, especificando cada uma, e respetivos resultados)**

Em 2018, o Serviço de Imuno-hemoterapia teve maior número de auditorias com diminuição do número de não conformidades e oportunidades de melhoria. Foram realizadas oito auditorias, sete internas e uma externa, as quais resultaram numa não conformidade e numa oportunidade de melhoria. Em 2017 foram efetuadas quatro auditorias, tendo sido registadas cinco não conformidades e duas oportunidades de melhoria.

Os resultados decorrentes das auditorias são positivos, resultam do compromisso do Serviço de Imuno-hemoterapia para com a qualidade e traduzem-se num maior reconhecimento para o Serviço e para o Hospital.

## Relatório Global de Revisão pela Gestão

Âmbito da Auditoria	Data	N.º Não Conformidades	N.º Oportunidades de Melhoria	Observações
Condições de armazenamento dos medicamentos de alta vigilância	02-04-2018	0	0	Auditoria interna. Conclusões apresentadas no IMP.FAR.123.00 "Auditoria às condições de armazenamento dos medicamentos de alta vigilância".
Condições de armazenamento dos medicamentos de alta vigilância do carro de emergência	05-04-2018	0	0	Auditoria interna. Conclusões apresentadas no IMP.FAR.123.00 "Auditoria às condições de armazenamento dos medicamentos de alta vigilância".
Condições de armazenamento dos medicamentos de alta vigilância	17-05-2018	0	0	Auditoria interna. Conclusões apresentadas no IMP.FAR.123.00 "Auditoria às condições de armazenamento dos medicamentos de alta vigilância".
Condições de armazenamento dos medicamentos de alta vigilância – carro de emergência	29-05-2018	0	0	Auditoria interna. Conclusões apresentadas no IMP.FAR.123.00 "Auditoria às condições de armazenamento dos medicamentos de alta vigilância".
ISO 9001:2015 – colheita, validação e preparação de componentes do sangue para aplicação transfusional, realização de análises clínicas de doenças transmissíveis e de imuno-hematologia, consulta e aplicação de terapêuticas e tratamentos	06-06-2018	0	1	Auditoria interna. Conclusões apresentadas no IMP.QUA.004.00 "Relatório de auditoria interna" (necessidade de atualizar o mapa dos riscos e das oportunidades, bem como o programa de gestão dos objetivos).
Condições de armazenamento dos medicamentos	20-06-2018	1	0	Auditoria interna. Conclusões apresentadas no IMP.FAR.082.05 "Auditoria às condições de armazenamento dos medicamentos nos serviços clínicos" (necessidade de armário com fechadura e espaço adequado ao armazenamento dos medicamentos pertencentes ao <i>stock</i> do Serviço).
Condições de armazenamento dos medicamentos nos serviços clínicos – carro de emergência	20-06-2018	0	0	Auditoria interna. Conclusões apresentadas no IMP.FAR.082.05 "Auditoria às condições de armazenamento dos medicamentos nos serviços clínicos".
ISO 9001:2015 – colheita, validação e preparação de componentes do sangue para aplicação transfusional; realização de análises clínicas de doenças transmissíveis e de imuno-hematologia;	14-11-2018	0	0	Auditoria externa. Conclusões apresentadas no GS0304 – v1711 – 03/2016 "Certificação de sistema de gestão. Relatório de auditoria".

Âmbito da Auditoria	Data	N.º Não Conformidades	N.º Oportunidades de Melhoria	Observações
consultas e aplicação de terapêuticas e tratamentos				
ISO 14001:2015 e OHSAS 18001:2007 – prestação de cuidados de saúde	14-11-2018	0	0	Auditoria externa. Conclusões apresentadas no GS0304 – v1711 – 03/2016 “Certificação de sistema de gestão. Relatório de auditoria”.

### 3.7 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS FORNECEDORES EXTERNOS

Fornecedor	Avaliação	Justificações da avaliação / Observações
<b>ABBOTT</b> Reagentes e consumíveis	Pedidos conforme 96%	Total de pedidos: 28 Pedidos conforme: 27 Pedidos não conforme: 1 <ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecimentos com ocorrência: 4%</li> <li>Sem satisfação da totalidade do pedido</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>2013 - 2017</b></p> Nº pedidos: 21 (2017); 17 (2016); 29 (2015); 21 (2014); 27 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 0 (2017, 2016, 2014); 3% (2015); 7% (2013) Resultados alinhados com os anos anteriores (a não satisfação da totalidade do pedido esteve relacionada com o atraso no fornecimento dos controlos de hematologia por motivos de pagamento). É um fornecedor regular.
<b>BIO-RAD</b> Reagentes e consumíveis	Pedidos conforme 100%	Total de pedidos: 10 Pedidos conforme: 10 <p style="text-align: center;"><b>2013-2017</b></p> Nº pedidos: 12 (2017), 10 (2016), 21 (2015), 11 (2014), 12 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 8% (2017), 20% (2016), 10% (2015), 0 (2014), 8% (2013) Melhores resultados este ano sem fornecimentos com ocorrências. É um fornecedor regular.
<b>GRIFOLS</b> Reagentes e consumíveis	Pedidos conforme 100%	Total de pedidos: 13 Pedidos conforme: 13 <p style="text-align: center;"><b>2013 - 2017</b></p> Nº pedidos: 12 (2017), 11 (2016), 14 (2015), 10 (2014), 15 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 0 em todos os anos Sempre o mesmo resultado ao longo dos anos. Trata-se de um fornecedor regular.
<b>IMMUCOR</b> Reagentes	Pedidos conforme 100%	Total de pedidos: 4 Pedidos conforme: 4 <p style="text-align: center;"><b>2017</b></p> Nº pedidos: 5 Fornecimentos com ocorrências: 0 (Novo fornecedor desde fevereiro de 2017) Resultados concordantes com 2017. Trata-se de um fornecedor regular.
<b>IPST</b> Componentes sanguíneos	Pedidos conforme 79%	Total de pedidos: 141 Pedidos conforme: 111 Pedidos não conforme: 30

## Relatório Global de Revisão pela Gestão

Fornecedor	Avaliação	Justificações da avaliação / Observações
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecimentos com ocorrência: 21%</li> <li>• Sem satisfação da totalidade do pedido</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>2013 – 2017</b></p> <p>Nº pedidos: 192 (2017), 78 (2016), 127 (2015), 100 (2014), 120 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 9% (2017), 13% (2016), 12% (2015), 17% (2014), 15% (2013)</p> <p>Valor mais alto de fornecimentos com ocorrências. Apesar dos resultados, trata-se de um fornecedor regular. É normal que existam oscilações, porque tudo depende do número de dadores e das necessidades transfusionais.</p>
<b>IPST</b> Resultados de TAN	Pedidos conforme 100%	<p>Total de pedidos: 150 Pedidos conforme: 150</p> <p style="text-align: center;"><b>2013 – 2017</b></p> <p>Nº pedidos: 149 (2017), 150 (2016), 153 (2015), 141 (2014), 153 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 0 (2017, 2016 e 2013), 3% (2015), 1% (2014)</p> <p>Número de pedidos e fornecimentos com ocorrências semelhantes aos anos anteriores. É um fornecedor regular.</p>
<b>BIOGNÓSTICA   NEQAS</b> Resultados da avaliação externa da qualidade (hematologia e serologia)	Pedidos conforme 100%	<p>Total de pedidos: 26 Pedidos conforme: 26</p> <p style="text-align: center;"><b>2013 – 2017</b></p> <p>Nº pedidos: 26 (2017), 29 (2016), 27 (2015), 26 (2014), 26 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 0 (2017 a 2014), 1% (2013)</p> <p>Resultados em linha com os anos anteriores. É um fornecedor regular.</p>
<b>BIO-RAD</b> Resultados do controlo interno da qualidade (imuno-hematologia)	Pedidos conforme 100%	<p>Total de pedidos: 3 Pedidos conforme: 3</p> <p style="text-align: center;"><b>2013 – 2017</b></p> <p>Nº pedidos: 3 (2017), 4 (2016), 4 (2015), 3 (2014), 3 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 0 em todos os anos</p> <p>Os resultados são os mesmos ao longo dos anos. Trata-se de um fornecedor regular.</p>
<b>IPST</b> Resultados do controlo da qualidade aos componentes do sangue (leucócitos residuais)	Pedidos conforme 99%	<p>Total de pedidos: 146 Pedidos conforme: 144 Pedidos não conforme: 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecimentos com ocorrência: 1%</li> <li>• Sem determinação dos leucócitos residuais</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>2017</b></p> <p>Nº pedidos: 20 Fornecimentos com ocorrência: 0 (Novo fornecedor desde novembro 2017)</p> <p>Apesar de em 2018 se ter verificado fornecimento dos resultados com ocorrência, pode-se considerar que os resultados são muito bons e que se trata de um fornecedor regular.</p>

De um modo global podemos considerar que os resultados são muito positivos no que diz respeito ao fornecimento dos produtos e serviços por parte dos fornecedores.

Em 2018 deixaram de ser avaliados quatro fornecedores:

- Roche – reagentes e consumíveis: a ALT deixou de ser uma análise obrigatória.
- Enzipharma – reagente para determinação dos leucócitos residuais: sem necessidade de pedir reagente para o Instituto Português de Oncologia (IPO).
- IPO – resultados dos leucócitos residuais e da hemoglobina (Hb) livre dos componentes do sangue: o fornecedor passou a ser o IPST, porque o IPO deixou de fazer estas análises.
- IPST – resultados da avaliação externa da qualidade em imuno-hematologia: não foram enviados exercícios.

Os fornecedores de produtos e serviços relevantes são avaliados em função da qualidade do produto/serviço fornecido, a qual é avaliada na receção ou na utilização.

Todos os fornecimentos provenientes de fornecedores externos são alvo de uma avaliação.

Os critérios gerais usados na avaliação dos fornecedores do Hospital constam da IT.GER.102 [Avaliação de fornecedores](#). Os critérios utilizados para avaliar cada fornecedor do Serviço de Imuno-hemoterapia constam da IT.IMH.042 [Aprovisionamento](#).

#### **4. ADEQUAÇÕES DE RECURSOS**

[As pessoas são em número adequado para as atividades do Serviço de Imuno-hemoterapia](#). Ao nível dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica estão três elementos na rotina e na urgência foi preenchido o meio horário em falta. Foi aprovada a contratação de um médico imuno-hemoterapeuta. À semelhança dos anos anteriores, no período da manhã, a assistente técnica do Serviço de Imuno-hemoterapia tem de dar apoio aos utentes que se dirigem aos restantes laboratórios (Patologia Clínica e Anatomia Patológica), bem como a qualquer pessoa exterior ao Hospital que necessite passar para os laboratórios. Como referido em relatórios anteriores, esta situação apesar de interferir com a atividade do Serviço, decorre dos circuitos próprios do Hospital. Relativamente à categoria profissional das assistentes operacionais, o quadro é adequado.

[Algumas situações relativas aos equipamentos interferem com a atividade](#), nomeadamente a demora na reparação da arca -80°C e na aquisição da arca -40°C (produção limitada dos plasmas e dos crioprecipitados), o atraso na reparação do incubador para plaquetas (pode interferir com a qualidade dos concentrados de plaquetas), o atraso na reparação do agitador de plaquetas (o Serviço está sem equipamento de substituição), a demora na aquisição da balança agitadora para sacos de colheita (interfere com o processo de colheita e não há equipamento de substituição) e a demora na aquisição dos *dataloggers* (há três equipamentos sem monitorização da temperatura).

#### **5. EFICÁCIA DAS AÇÕES EMPREENDIDAS PARA TRATAR OS RISCOS E AS OPORTUNIDADES**

Foram definidas ações para três riscos, dos quais dois apresentam um nível de risco alto e um risco com nível médio, e uma oportunidade, também com um nível alto.

Foram identificados os seguintes riscos: troca de amostras nos serviços, troca de unidades na transfusão e armazenamento insuficiente do plasma e crioprecipitado a -40°C.

Para a [troca de amostras nos serviços](#) foi efetuada sensibilização das equipas de enfermagem para os procedimentos da colheita de amostras e para a dupla verificação. Para a [troca de unidades na transfusão](#) foi implementada a metodologia de dupla verificação e recomendada a implementação do sistema de segurança transfusional, que não foi implementado porque requer investimento, tendo transitado novamente para plano de atividades de 2019. Para o [armazenamento insuficiente das unidades de plasma e de crioprecipitado](#) foi reparada a arca -40°C que se encontrava avariada e autorizada aquisição de uma nova arca -40°C. Estas ações produziram melhorias ao nível da segurança transfusional e da capacidade de armazenamento dos componentes do sangue.

Como oportunidade foi identificada a [necessidade de contratar um médico imuno-hemoterapeuta para a área transfusional e hospital de dia imuno-hemoterapia](#). Esta necessidade foi apresentada em plano de ação na comissão executiva, tendo sido aprovada a sua contratação.

Esta informação consta do IMP.GER.035 [Mapa de riscos e não conformidades](#), que durante 2019 vai ser revisto, com vista a manter a sua adequação, sendo expectável a alteração do nível de risco/opportunidade associados aos riscos e oportunidade identificados.

## 6. OPORTUNIDADES DE MELHORIA

Tema	Recomendações
Segurança/Risco	Sistema de segurança transfusional
Eficiência de processos/Ambiente	Desmaterialização da prescrição de componentes/prescrição eletrónica
Qualidade clínica	Indicadores de monitorização de qualidade clínica
Avaliação externa da qualidade	Implementação do NEQAS de imuno-hematologia
Avaliação externa da qualidade	Implementação do NEQAS dos componentes do sangue
Programa de gestão de objetivos	Desdobramento dos objetivos por componente do sangue: Concentrado de eritrócitos (CE), concentrado de plaquetas (CP) e <i>pool</i> de plaquetas
Controlo da qualidade	Aumentar o número de unidades de CE para controlo da qualidade

## 7. CONCLUSÕES SOBRE A CONTINUIDADE DE PERTINÊNCIA, ADEQUAÇÃO E EFICÁCIA DO SISTEMA DE GESTÃO

Considera-se que o SGI tem demonstrado eficácia, com um registo de informação mais normalizado e fiável e contribuído para a melhoria da prestação dos serviços e da qualidade dos produtos.

Importa reforçar a necessidade de articulação das várias áreas do Serviço de Imuno-hemoterapia, do controlo da infeção e da gestão do risco com a qualidade.

## 8. QUAISQUER NECESSIDADES DE ALTERAÇÕES

Tendo em conta o apresentado no ponto 6. Oportunidades de melhoria são aqui apresentadas algumas das razões que justificam a sua necessidade:

- **Sistema de segurança transfusional** – ao longo deste relatório foi um aspeto referido em vários pontos, o que reflete a sua importância na segurança transfusional.
- **Implementação do NEQAS de imuno-hematologia** – é um programa totalmente independente de qualquer casa comercial; o programa está oficialmente acreditado pela organização inglesa CPA (*Clinical Pathology Accreditation*); é fornecido o desempenho específico de cada participante, o que permite aos participantes compararem os seus resultados individuais com o universo internacional; permite a todos os participantes a monitorização regular da qualidade dos procedimentos instituídos; é um programa largamente distribuído e utilizado na Europa; em Portugal está implementado em 60 serviços distribuídos pelas áreas da imuno-hemoterapia, patologia clínica, transfusão e transplantação.
- **Implementação do NEQAS dos componentes do sangue** – os motivos são os mesmos do ponto anterior. Adicionalmente, esta avaliação reforça os resultados obtidos ao nível do controlo da qualidade aos componentes do sangue e valida os procedimentos definidos (requisito legal nacional).
- **Desdobramento dos objetivos por componente do sangue** – é importante individualizar cada componente do sangue. O concentrado eritrocitário é o componente que mais se transfunde, sendo o componente por excelência do Serviço de Imuno-hemoterapia. Embora menos transfundidas, é fundamental evidenciar que as plaquetas têm a qualidade requerida.
- **Aumentar o número de unidades de CE para controlo da qualidade** - sendo o componente que mais se transfunde, justifica-se ter uma amostra maior de unidades para controlo da qualidade. Por outro lado, em 2019 está a verificar-se um aumento do número de unidades com leucócitos residuais acima do recomendado, pelo que é conveniente controlar maior número de unidades.

## 9. IMPLICAÇÕES PARA A ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA

Não se prevê que em 2019 ocorram alterações que afetem a orientação e coloquem em causa a organização e o sistema de gestão.

## 10. NECESSIDADES DE RECURSOS

Materiais	Humanos	Outros
<p>Dataloggers para arca -80°C e frigoríficos para reagentes e amostras de sangue. Placa de butanodiol com controlo da temperatura. Fechadura para armário com medicamentos. Balança agitadora para colheita de sangue.</p>	<p>Não aplicável</p>	<p>Desenvolvimento de <i>software</i> para sistema de segurança transfusional ou aquisição externa de solução em conformidade.</p>

## 11. OUTRA CONSIDERADA RELEVANTE

(como sejam os resultados da avaliação do Controlo de Qualidade Interno e a Avaliação Externa da Qualidade, entre outros)

Neste ponto são apresentados os resultados relativos às seguintes áreas:

- Colheita de sangue e medicina transfusional.
- Dádiva de sangue.
- Hospital de dia imuno-hemoterapia.
- Registo da administração de componentes sanguíneos.
- Controlo da qualidade aos componentes do sangue.
- Controlo da qualidade interno de imuno-hematologia.
- Avaliação externa da qualidade de imuno-hematologia, hematologia e serologia.
- Carro de urgência.
- Inventário e armazenamento de componentes do sangue e produtos farmacêuticos.

### RESULTADOS GLOBAIS DE 2018

Os resultados globais de 2018 relativos à atividade do Serviço de Imuno-hemoterapia constam da “Ficha de notificação do sistema de hemovigilância: denominadores” enviado ao IPST. É apresentado um resumo dos resultados principais e feita a comparação dos resultados de 2018 com 2017.

#### Informações relativas ao número de dadores homólogos e autólogos:

- Número total de dadores homólogos – sangue total: 1387 (↑ 67)
- Número de dadores homólogos que realizaram dádiva – sangue total: 1207 (↑ 47)
- Número de dadores homólogos que doaram pela primeira vez na instituição: 225 (↓ 17)
- Número de dadores homólogos que doaram pela primeira vez: 47 (↓ 16)
- Número de dadores autólogos que realizaram dádiva: 4 (↓ 8)

#### Informação relativa ao género dos dadores homólogos:

- Número de dadores homólogos – masculinos: 765, femininos: 622 (↑ 15 masculinos e ↑ 52 femininos)
- Número de dadores homólogos que realizaram dádiva – masculinos: 695, femininos: 512 (↑ 18 masculinos e ↑ 29 femininos)

#### Informação relativa à idade dos dadores homólogos:

- Número total de dadores homólogos:
  - ✓ Entre 18 e 24 anos: 157 (↑ 19)
  - ✓ Entre 25 e 44 anos: 680 (↑ 28)
  - ✓ Entre 45 e 65 anos: 525 (↑ 25)
  - ✓ Mais de 65 anos: 25 (↓ 5)

- Número de dadores homólogos que realizaram dádiva:

- ✓ Entre 18 e 24 anos: 121 (↑ 7)
- ✓ Entre 25 e 44 anos: 599 (↑ 20)
- ✓ Entre 45 e 65 anos: 465 (↑ 13)
- ✓ Mais de 65 anos: 22 (↑ 7)

**Número total de dádivas homólogas e autólogas:**

- Número total de dádivas homólogas – sangue total: 2083 (↑ 192)
- Número total de dádivas autólogas – sangue total: 4 (↓ 8)

**Número de unidades dos diferentes componentes produzidos e validados:**

- Componentes eritrocitários: eritrócitos desleucocitados, com remoção da camada leuco-plaquetária (*buffy-coat*), em solução aditiva: 2009 (↑ 187)
- Componentes plaquetários: 442 (↑ 38)
  - ✓ *Pool* de plaquetas obtidas de unidades de sangue total, desleucocitadas: 127 (↑ 6)
  - ✓ Plaquetas obtidas de uma unidade de sangue total: 315 (não inclui as plaquetas integradas nas *pools*) (↑ 32)
- Componentes plasmáticos: 143 (↓ 111)
  - ✓ Plasma fresco congelado de quarentena: 140 (↓ 105)
  - ✓ Crioprecipitado de quarentena: 3 (↓ 6)

**Número de unidades inutilizadas**

- Na tabela 3 está registado o número de unidades de componentes (dádivas processadas) que foram inutilizadas, independentemente de terem sido validadas. Não inclui dádivas colhidas e não processadas.

	Eritrócitos	Plaquetas (Pool)	Plaquetas (Aférese)	Plaquetas (Sangue Total)	Plaquetas (Redução Patogénica)	PFC	PFC (Quarentena)	PFC (Redução Patogénica)	Plasma (Desprovido de Crio)
Problemas associados à colheita	2	0	0	3	0	30	0	0	0
Análise positiva a agentes infecciosos	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Problemas associados ao processamento	15	0	0	3	0	0	0	0	0
Problemas associados ao armazenamento	7	1	0	40	0	16	0	0	0
Problemas associados ao transporte	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prazo de validade	4	25	0	301	0	0	0	0	0
Outras	36	1	0	163	0	23	0	0	0
<b>Total de unidades inutilizadas</b>	<b>73</b>	<b>27</b>	<b>0</b>	<b>510</b>	<b>0</b>	<b>69</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Tabela 3. Número de unidades inutilizadas em 2018 dos diferentes componentes sanguíneos produzidos.**

- Na tabela 4 estão os motivos detalhados. Os plasmas frescos congelados apresentam uma diferença de cinco unidades, pois foram eliminados após a execução do relatório (assinalado a vermelho).

Motivos	Externas - Adquiridas			Internas - Produzidas no HVFX em 2018						Total
	PFC	POOL CP	Subtotal Externas	CE	CP	PFC	POOL CP	ST	Subtotal Internas	
Todos os motivos	2	6	8	73	510	74	27	6	690	698
Acidentes de Armazenamento antes da Validação	0	0	0	7	3	1	0	0	11	11
Acidentes de Armazenamento Após Validação	0	0	0	0	19	0	1	0	20	20
Acidentes de Conservação	0	0	0	0	18	15	0	0	33	33
Acidentes de Manejo	0	0	0	0	0	5	0	0	5	5
Alerta 5 e 6 / 2017 - Malária em Cuba	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2
Antiagregação plaquetária	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Autotransusão não utilizada	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Coágulos	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Controlo de Qualidade	0	0	0	0	8	0	0	0	8	8
Dador Convocado - Não compareceu (Mot. - Hemograma)	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Data de Validade Ultrapassada	0	6	6	4	301	0	25	2	332	338
Descida de Hb não esclarecida	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2
Descida de hemoglobina em estudo na consulta	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2
Erro do separador automático	0	0	0	0	3	0	0	0	3	3
Fracção não Existente (erro informático)	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Leucocitose	0	0	0	18	2	1	0	0	21	21
Leucopenia com Neutropenia	0	0	0	4	3	0	0	0	7	7
Leucopenia de novo	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Linfopenia absoluta	0	0	0	1	1	1	0	0	3	3
Marcadores vHBM/HCMHIV na ZC/PF TAN Negativo	0	0	0	6	1	1	0	0	8	8
Motivos Médicos - Informação pós dádiva	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Motivos médicos pré validação	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Não se conseguiu DESLEUCOCITAR	0	0	0	3	0	0	0	0	3	3
Nuvem Plaquetaria Insuficiente	0	0	0	0	129	0	0	0	129	129
Plasma com Celulas	0	0	0	0	10	18	0	0	28	28
Plasma Lipemico	0	0	0	0	2	2	0	0	4	4
Plasma Verdinico	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Poliglobulia de Novo (não estudada)	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Produto reentrado s/ condicoes	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Retirada de Circulação - Comunicação Dador	0	0	0	1	1	0	1	0	3	3
Ser.Sifilis (IgG/IgM) reativa sem confirmação	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Serologia TP (IPST N° 002/CN-IPST, IP/14 )	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
TAN reactivo na 1ª determinação Elisa Negativo	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Unidade em sistema aberto	2	0	2	11	2	0	0	0	13	15
Viagens - Alerta 21/2018	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Volume Insuficiente	0	0	0	2	3	30	0	3	38	38

**Tabela 4. Motivos de eliminação dos componentes sanguíneos.**

### Número de unidades dos diferentes componentes e número de doentes transfundidos:

- Sangue total – 1 unidade e 1 doente (↓ 1 unidade e ↓ 1 doente)
- Componentes eritrocitários – eritrócitos: 2938 unidades e 1010 doentes (↑ 160 unidades e ↑ 76 doentes)
- Componentes plaquetários:
  - ✓ Pool de plaquetas obtidas de unidades de sangue total: 130 unidades e 69 doentes (↓ 18 unidades e ↑ 1 doente)
  - ✓ Pool de plaquetas obtidas de unidades de sangue total com redução patogénica: 9 unidades e 7 doentes (↓ 9 unidades e ↓ 7 doentes)
  - ✓ Plaquetas obtidas de uma unidade de sangue total, desleucocitadas: 2 unidades e 1 doente.
- Componentes plasmáticos:
  - ✓ Crioprecipitado: 5 unidades e 1 doente (↓ 47 unidades e ↓ 5 doentes)

- ✓ PFC de quarentena: 145 unidades e 39 doentes
- ✓ PFC com redução patogénica: 120 unidades e 32 doentes.

#### Retirada de componentes:

- Componentes retirados de circulação: 69 (↑ 69)
- Crioprecipitado eliminado por falha ao nível do processamento/equipamento: acidente de armazenamento após validação (avaria da arca -80°C): 1
- Plasmas frescos congelados eliminados por falha ao nível do processamento/equipamento: acidente de armazenamento após validação (avaria da arca -80°C): 45
- Concentrado eritrocitário eliminado por informação pós-dádiva (critérios cumpridos no momento da dádiva): 1
- Concentrados de plaquetas eliminados por falha ao nível do processamento/equipamento: acidente de armazenamento após validação (avaria do incubador de plaquetas e do agitador de plaquetas): 19 e informação pós-dádiva (critérios cumpridos no momento da dádiva): 1
- Pool de plaquetas eliminadas por falha ao nível do processamento/equipamento: acidente de armazenamento após validação (avaria do incubador de plaquetas): 1 e informação pós-dádiva (critérios cumpridos no momento da dádiva): 1.

#### VERIFICAÇÃO DA CONFORMIDADE DO PREENCHIMENTO DO IMP.IMH.002 QUESTIONÁRIO PARA DADORES DE SANGUE COM TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA A DÁDIVA DE SANGUE

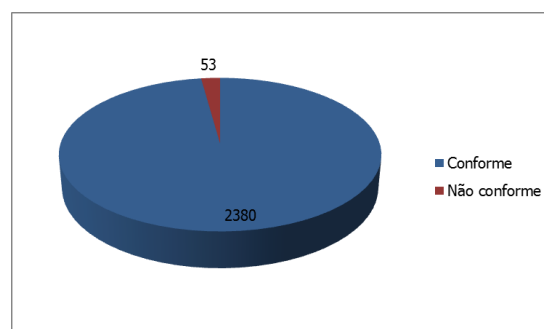
Mensalmente são analisados todos os termos de consentimento esclarecido para a dádiva de sangue no que diz respeito ao seu preenchimento. São considerados “conformes” os termos com preenchimento correto dos respetivos campos e “não conformes” os que apresentam um preenchimento incorreto ou a falta de preenchimento de algum dos campos. As não conformidades são corrigidas.

---

Taxa de conformidade dos termos de consentimento esclarecidos para a dádiva de sangue = 98%

---

Foram analisados 2433 termos de consentimento esclarecidos para a dádiva de sangue, dos quais 2380 estão devidamente preenchidos e 53 apresentam falhas no seu preenchimento (gráfico 34).



**Gráfico 34. Gráfico circular relativo à conformidade do preenchimento dos consentimentos esclarecidos para a dádiva de sangue (n = 2433)**

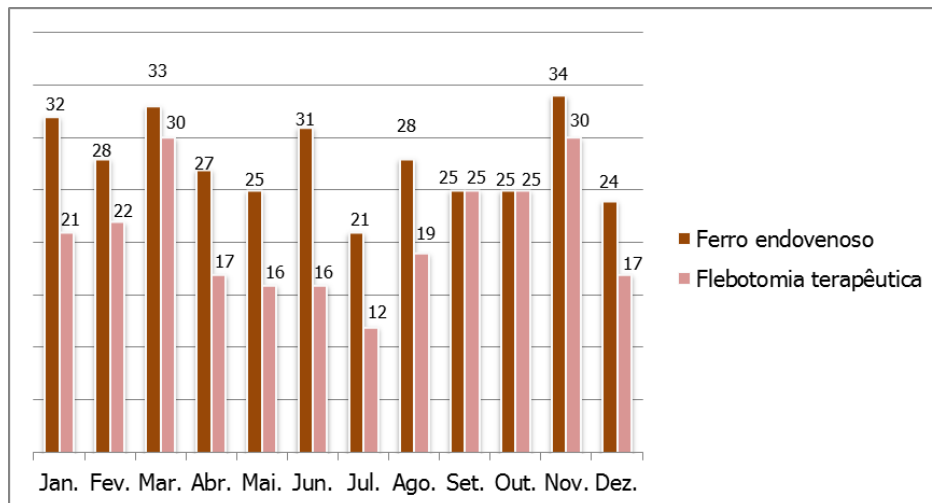
Foram identificadas **57 situações não conformes**, que estão todas corrigidas: não assinalada a aptidão (6), sem etiqueta da colheita (3), faltou o motivo da não aptidão (4), sem assinatura do dador (3), sem assinatura do técnico da colheita (22), sem assinatura do médico (11), sem assinatura do técnico da identificação (5), não assinalada a opção da Hb prévia (1), assinaladas ambas as opções de “não apto” e “apto” (2).

**VERIFICAÇÃO DA CONFORMIDADE DO PREENCHIMENTO DO IMP.IMH.049 SESSÃO DE HOSPITAL DE DIA IMUNO-HEMOTERAPIA – MONITORIZAÇÃO**

Mensalmente são analisadas todas as folhas de sessão do hospital de dia imuno-hemoterapia no que diz respeito ao seu preenchimento. São consideradas “conformes” as folhas com preenchimento correto dos respetivos campos e “não conformes” as que apresentam um preenchimento incorreto ou a falta de preenchimento de algum dos campos. As não conformidades são resolvidas.

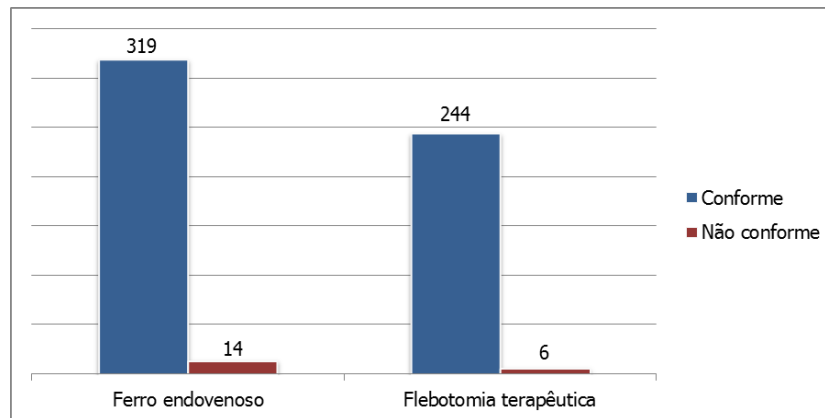
Taxa de conformidade das folhas de sessão de hospital de dia imuno-hemoterapia – monitorização = 97%

Foram efetuados **583** tratamentos, dos quais **333** foram ferro endovenoso e **250** flebotomias terapêuticas (gráfico 35).



**Gráfico 35. Gráfico de barras relativo ao tipo de tratamento em hospital de dia imuno-hemoterapia**  
(n = 583: n ferro endovenoso = 333, n flebotomia terapêutica = 250)

Dos 583 tratamentos, **563** têm as folhas de sessão devidamente preenchidas (319 são do ferro endovenoso e 244 são de flebotomias terapêuticas) e **20** apresentam situações que precisaram de serem corrigidas (14 do ferro endovenoso e 6 da flebotomia terapêutica) (gráfico 36).



**Gráfico 36. Gráfico de barras relativo à conformidade do preenchimento da folha de sessão do hospital de dia imuno-hemoterapia por tipo de tratamento (n = 583)**

Foram identificadas 14 folhas de sessão relativas ao ferro endovenoso com as seguintes situações: sem consentimento informado (4), não assinalado o campo da "ocorrência" (4), mês errado na data (1), sem indicação do volume de soro fisiológico usado (3), não assinalado o campo da "evolução" (1) e sem assinatura do utente no consentimento informado para procedimentos invasivos (1). Todas as situações estão resolvidas.

Foram identificadas seis folhas de sessão relativas à flebotomia terapêutica com as seguintes situações: não assinalado campo da ocorrência (5) e associado consentimento informado para procedimentos invasivos de outro utente e para ferro endovenoso (1). Todas as situações encontram-se corrigidas.

#### VERIFICAÇÃO DA CONFORMIDADE DO PREENCHIMENTO DA FOLHA DE REGISTO DA CONFIRMAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

Com uma periodicidade definida são analisadas todas as folhas de registo da confirmação de administração de componentes sanguíneos.

Esta verificação compreende: o preenchimento da respetiva folha, se a mesma deu entrada no Serviço de Imuno-hemoterapia e se está anexada ao processo clínico do utente.

Sempre que possível e porque não depende exclusivamente do Serviço de Imuno-hemoterapia, as situações não conformes são corrigidas.

---

Taxa de conformidade das folhas de registo da confirmação de administração de componentes sanguíneos = 60%

---

Das 3066 transfusões efetuadas deram entrada 3065 folhas de registo da confirmação de administração de componentes sanguíneos, sendo que uma das folhas de registo não foi entregue no Serviço de Imuno-hemoterapia nem consta do processo clínico do utente.

Das 3065 folhas de registo da confirmação de administração de componentes sanguíneos analisadas, 1854 estavam devidamente preenchidas e 1211 apresentaram situações que precisaram de ser corrigidas.

Foram pedidas 34 folhas de registo por não estarem anexadas ao processo clínico ou não terem dado entrada no Serviço de Imuno-hemoterapia, aos seguintes serviços: especialidades cirúrgicas (18), urgência (cinco), ginecologia (duas), hospital de dia (duas) e medicina e especialidades médicas (sete, sendo que uma das folhas não foi entregue nem consta do processo clínico do doente).

As 1211 folhas de registo da confirmação de administração de componentes sanguíneos que precisaram de ser corrigidas apresentaram um total de 2840 de erros de preenchimento ao nível dos seguintes campos:

#### Identificação serviço recetor:

- Receção ao Serviço recetor (hora) – 613
  - Receção ao Serviço recetor (nome do profissional) – 714
  - Dupla verificação dos dados – 140
  - Temperatura de chegada ao serviço recetor – 328
- Total = 1795 - Área da folha de registo que apresenta maior número de erros.

#### Administração do componente – hora e assinatura do enfermeiro/número mecanográfico:

- Hora de início da transfusão – 3
  - Hora de fim da transfusão – 102
  - Assinatura do enfermeiro no início da transfusão – 4
  - Assinatura do enfermeiro no fim da transfusão – 107
- Total = 216

#### Administração do componente (registo dos sinais vitais):

- Temperatura corporal antes da administração do componente – 19
  - Temperatura corporal durante a administração do componente – 73
  - Temperatura corporal após a administração do componente – 82
  - Tensão arterial antes da administração do componente – 18
  - Tensão arterial durante a administração do componente – 55
  - Tensão arterial após a administração do componente – 57
  - Pulso antes da administração do componente – 12
  - Pulso durante a administração do componente – 48
  - Pulso após a administração do componente – 54
- Total = 418

#### Ações de enfermagem:

- Ação de enfermagem nº 2 – 73
- Ação de enfermagem nº 3 – 33
- Ação de enfermagem nº 4 – 63
- Ação de enfermagem nº 5 – 119
- Ação de enfermagem nº 6 – 3

- Ação de enfermagem nº 7 – 3
- Ação de enfermagem nº 8 – 117

Total = 411

### CONTROLO DA QUALIDADE AOS COMPONENTES DO SANGUE

Às unidades de CE, CP e *pools* de plaquetas é feita a avaliação mensal da qualidade. Sempre que possível, é avaliada a qualidade ao sangue total (ST) autólogo. Os plasmas frescos congelados (PFC) e os crioprecipitados são avaliados ao longo de dois anos. Cada um destes componentes tem uma instrução de trabalho (IT).

Componente conforme significa que cumpre o recomendado para o componente em causa e, pelo contrário, componente não conforme significa que não cumpre o definido para o componente em causa.

As unidades eliminadas em consequência dos resultados obtidos, qualquer que seja a fase do controlo da qualidade, são registadas no IMP.IMH.007 **Eliminação dos componentes – controlo da qualidade**.

---

#### CE

- Unidades em conformidade com o estabelecido para o componente em causa – 98%
- Resultados conformes – 99%

---

#### CP

- Unidades em conformidade com o estabelecido para o componente em causa – 96%
- Resultados conformes – 99%

---

#### **Pool de plaquetas**

- Unidades em conformidade com o estabelecido para o componente em causa – 93%
- Resultados conformes – 99%

---

#### **PFC 2016 - 2018**

- Unidades em conformidade com o estabelecido para o componente em causa – 96%
- Resultados conformes – 99%

---

#### **PFC 2017 - 2019**

- Unidades em conformidade com o estabelecido para o componente em causa – 100%
- Resultados conformes – 100%

---

#### **Crioprecipitado 2016 - 2018**

- Sem resultados

---

#### **Crioprecipitado 2017 - 2019**

- Sem resultados
-

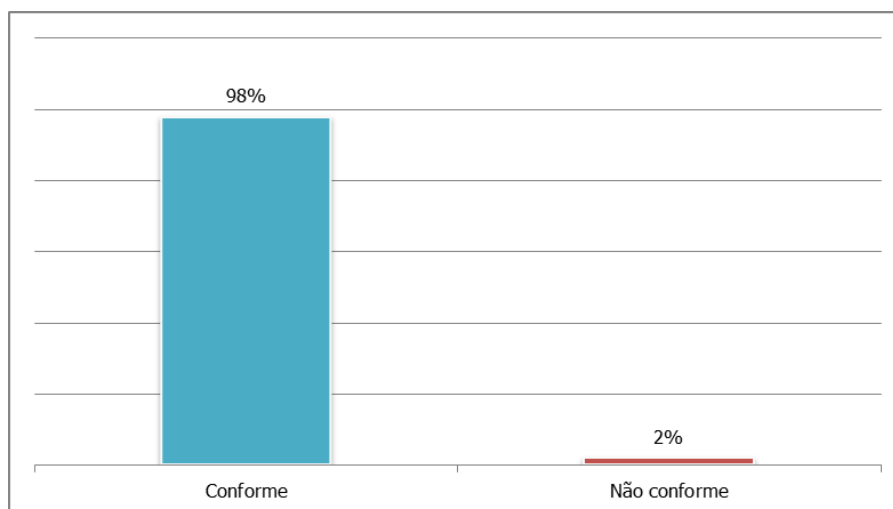
### Avaliação da qualidade do concentrado de eritrócitos

- Noventa e nove por cento de resultados conformes para as unidades avaliadas.
- Noventa e oito por cento das unidades em conformidade com o definido para o componente.
- Resultados positivos e concordantes com os anos anteriores.

A IT.IMH.012 **Avaliação da qualidade ao concentrado eritrocitário** estabelece as orientações relativas à realização e avaliação do controlo da qualidade para o CE. As unidades são avaliadas segundo cinco parâmetros: volume, Hb, leucócitos residuais, hemólise e controlo bacteriológico.

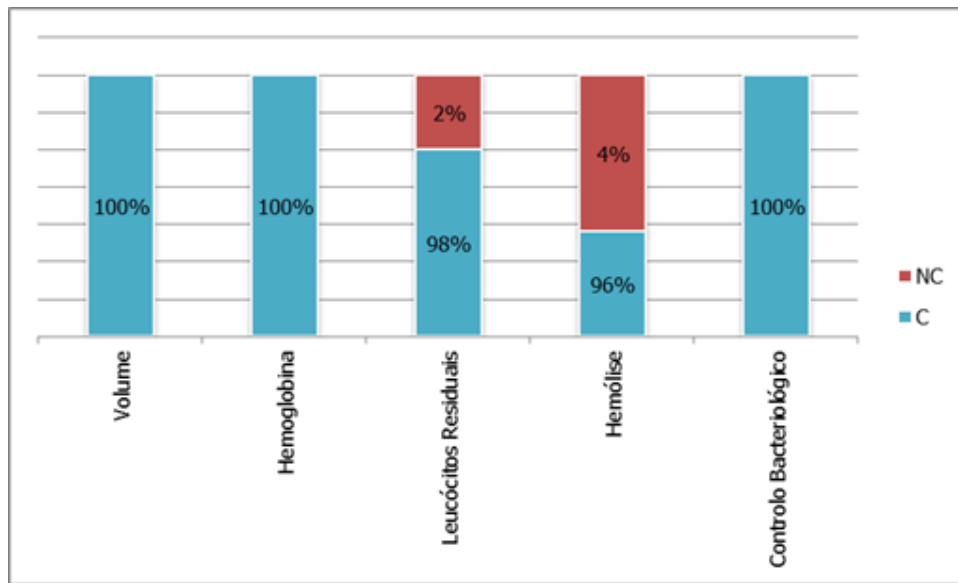
Todas as unidades produzidas são avaliadas quanto ao volume. Mensalmente são selecionadas aleatoriamente oito unidades para avaliação dos parâmetros Hb e leucócitos residuais. As unidades eliminadas na sequência da validação do sangue são utilizadas para determinar a hemólise e realizar o controlo bacteriológico.

Das 132 unidades avaliadas em 2018, 129 apresentaram resultados em conformidade com o recomendado para o CE, duas unidades apresentaram valores de leucócitos residuais acima do aconselhado e uma unidade com valor de hemólise acima do indicado (gráficos 37 e 38).



**Gráfico 37. Gráfico de barras relativo à conformidade das unidades de glóbulos vermelhos**

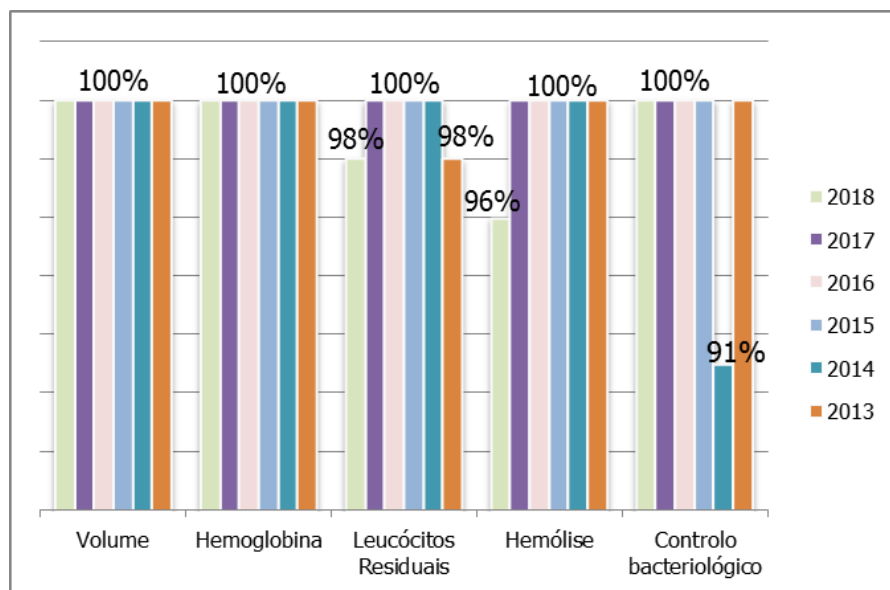
(n = 132)



**Gráfico 38. Gráfico de barras relativo à conformidade dos resultados do CE por parâmetro**

(n volume = 131, n hemoglobina = 100, n leucócitos residuais = 100, n hemólise = 24, n hemocultura = 32)

O gráfico 39 mostra a percentagem de resultados conformes para todos os parâmetros relativos ao período de tempo 2013 a 2018 verificando-se que os resultados são homogéneos ao longo do tempo. Em 2018 houve um aumento do número de unidades de glóbulos vermelhos sujeitas a avaliação do parâmetro hemólise em comparação com os anos anteriores, devido ao facto de a porta do banco de sangue ter ficado mal fechada, tendo a temperatura atingido os 23°C. As unidades foram eliminadas, contudo, os resultados foram normais. Das 24 unidades avaliadas para o parâmetro hemólise, apenas uma apresentou valor acima do recomendado e não pertencia ao grupo das unidades eliminadas na sequência do acidente de armazenamento. Desde 2013 que não existiam resultados não conformes para este parâmetro.



**Gráfico 39. Gráfico de barras dos resultados conformes por parâmetro ao CE**

(2013 – 2018)

Na tabela 5 encontram-se os **valores médios no período 2013 a 2018, que se têm mantido consistentes**. Os valores do volume limitam-se às unidades sujeitas a controlo da qualidade e não ao número de unidades produzidas.

Parâmetros	Volume (ml)	Hemoglobina (g/ unidade)	Leucócitos Residuais (nº leuc. x 10 <sup>6</sup> )	Hemólise (%)	Controlo Bacteriológico
Valores de Referência	≥ 200	≥ 40	< 1 x 10 <sup>6</sup>	< 0,80	Negativo
Resultados 2018	276	51	0,347 x 10 <sup>6</sup>	0,31	Negativo
Resultados 2017	283	52	0,200 x 10 <sup>6</sup>	0,25	Negativo
Resultados 2016	282	53	0,183 x 10 <sup>6</sup>	0,28	Negativo
Resultados 2015	293	56	0,208 x 10 <sup>6</sup>	0,23	Negativo
Resultados 2014	285	54	0,195 x 10 <sup>6</sup>	0,27	Negativo
Resultados 2013	299	56	0,267 x 10 <sup>6</sup>	0,27	Negativo

**Tabela 5. Valores médios dos concentrados de glóbulos vermelhos em 2013 – 2018**

Para cada um dos parâmetros foram obtidos os valores mínimos e máximos verificando-se os seguintes intervalos:

- Volume = 233 ml – 325 ml
- Hemoglobina = 41 g/unidade – 65 g/unidade
- Leucócitos residuais = 0,025 x 10<sup>6</sup> – 1,605 x 10<sup>6</sup>
- Hemólise = 0,020% - 1,170%

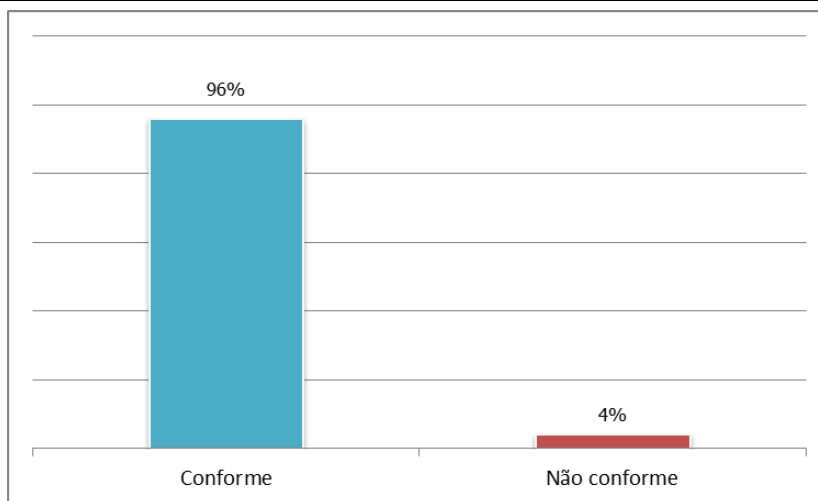
#### **Avaliação da qualidade do concentrado de plaquetas obtido pelo método buffy-coat**

- Noventa e nove por cento de resultados conformes para as unidades avaliadas.
- Noventa e seis por cento das unidades em conformidade com o definido para o componente.
- Resultados positivos e concordantes com os anos anteriores.

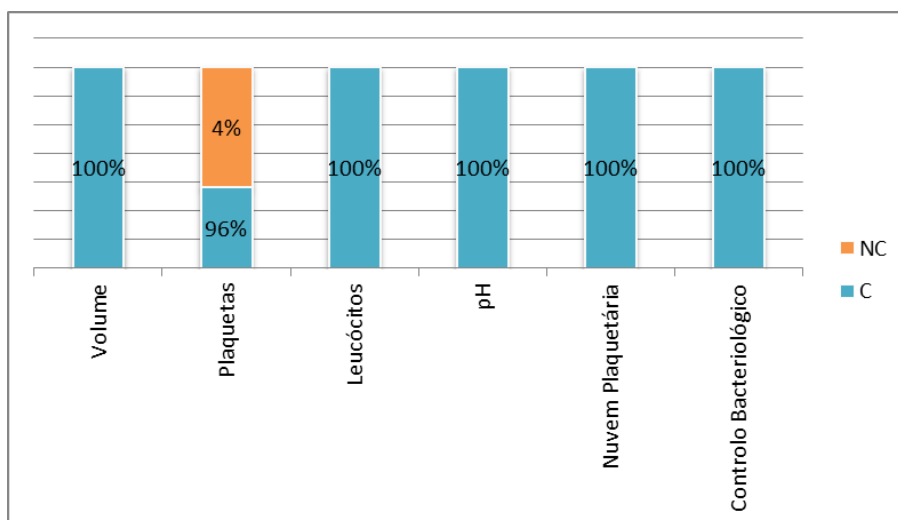
A IT.IMH.013 **Avaliação da qualidade ao concentrado de plaquetas** estabelece as orientações relativas à realização e avaliação do controlo da qualidade para o CP. As unidades são avaliadas em seis parâmetros: volume, número de plaquetas, número de leucócitos, pH, nuvem plaquetária e controlo bacteriológico.

Todas as unidades produzidas são avaliadas quanto ao volume. Mensalmente são selecionadas aleatoriamente dez unidades para avaliação dos restantes parâmetros.

Das 120 unidades avaliadas em 2018, 115 apresentaram resultados em conformidade com o recomendado para o CP e cinco unidades apresentaram valores de plaquetas abaixo do indicado (gráficos 40 e 41).



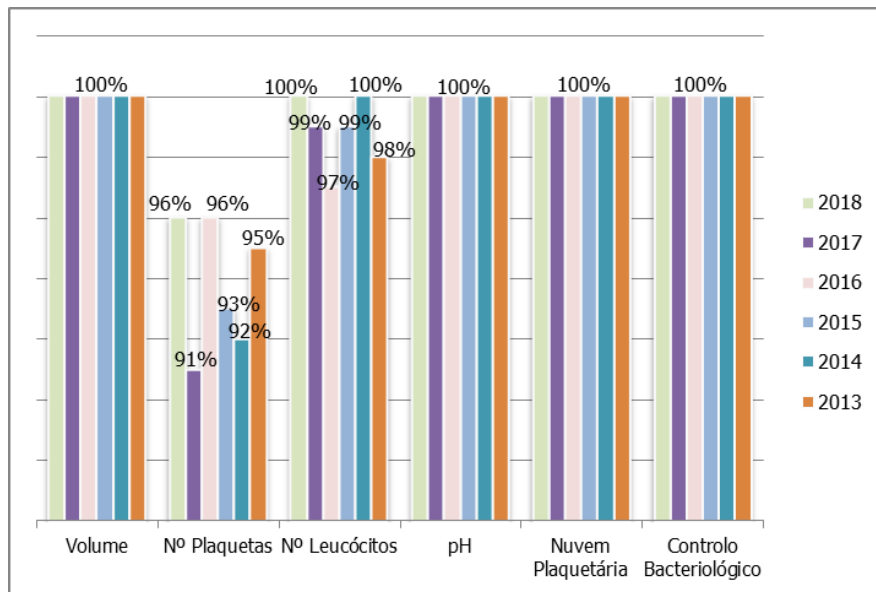
**Gráfico 40. Gráfico de barras relativo à conformidade das unidades de plaquetas**  
(n = 120)



**Gráfico 41. Gráfico de barras relativo à conformidade dos resultados do CP por parâmetro**

(n volume = 120, n plaquetas = 120, n leucócitos = 120, n pH = 98, n nuvem plaquetária = 120, n hemocultura = 98)

O gráfico 42 mostra a percentagem de resultados conformes para todos os parâmetros relativos ao período de tempo 2013 a 2018, podendo verificar-se que os mesmos se têm mantido alinhados ao longo do tempo. Os resultados foram melhores ao nível do número de plaquetas e do número de leucócitos, sendo que estes são os dois parâmetros que sofrem mais variações.



**Gráfico 42. Gráfico de barras dos resultados conformes por parâmetro ao CP (2013 – 2018)**

Na tabela 6 encontram-se os valores médios no período 2013 a 2018, que se têm mantido consistentes. Os valores do volume limitam-se às unidades sujeitas a controlo da qualidade e não ao número de unidades produzidas.

Parâmetros	Volume (ml)	Nº Plaquetas (nº plaq. x 10 <sup>9</sup> )	Nº Leucócitos (nº leuc. x 10 <sup>9</sup> )	pH	Controlo Bacteriológico	Nuvem Plaquetária
Valores de Referência	> 40	> 40 x 10 <sup>9</sup>	< 0,05 x 10 <sup>9</sup>	> 6	Negativo	Presente
Resultados 2018	62	68 x 10 <sup>9</sup>	0,010 x 10 <sup>9</sup>	7	Negativo	Presente
Resultados 2017	63	68 x 10 <sup>9</sup>	0,013 x 10 <sup>9</sup>	8	Negativo	Presente
Resultados 2016	62	73 x 10 <sup>9</sup>	0,016 x 10 <sup>9</sup>	8	Negativo	Presente
Resultados 2015	62	68 x 10 <sup>9</sup>	0,011 x 10 <sup>9</sup>	7	Negativo	Presente
Resultados 2014	64	64 x 10 <sup>9</sup>	0,009 x 10 <sup>9</sup>	8	Negativo	Presente
Resultados 2013	63	77 x 10 <sup>9</sup>	0,012 x 10 <sup>9</sup>	7	Negativo	Presente

**Tabela 6. Valores médios dos concentrados de plaquetas em 2013 - 2018**

Para cada um dos parâmetros foram obtidos os valores mínimos e máximos verificando-se os seguintes intervalos:

- Volume = 52 ml – 74 ml
- Plaquetas = 29 x 10<sup>9</sup> - 132 x 10<sup>9</sup>
- Leucócitos = 0,002 x 10<sup>9</sup> – 0,040 x 10<sup>9</sup>
- pH = 7 - 8

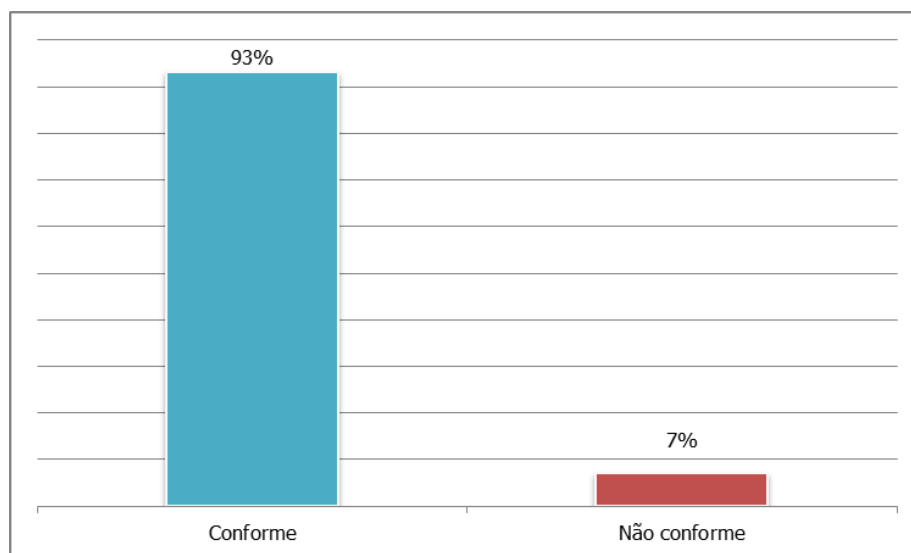
### Avaliação da qualidade da *pool* de plaquetas, obtida de unidades de sangue total, leucorreduzida

- Noventa e nove por cento de resultados conformes para as unidades avaliadas.
- Noventa e três por cento das unidades em conformidade com o definido para o componente.
- Resultados positivos e concordantes com os anos anteriores.

A IT.IMH.014 **Avaliação da qualidade a *pool* de plaquetas leucorreduzida** define as orientações da realização e avaliação do controlo da qualidade para a *pool* de plaquetas. As unidades são avaliadas em seis parâmetros: volume, número de plaquetas, número de leucócitos residuais, pH, nuvem plaquetária e controlo bacteriológico.

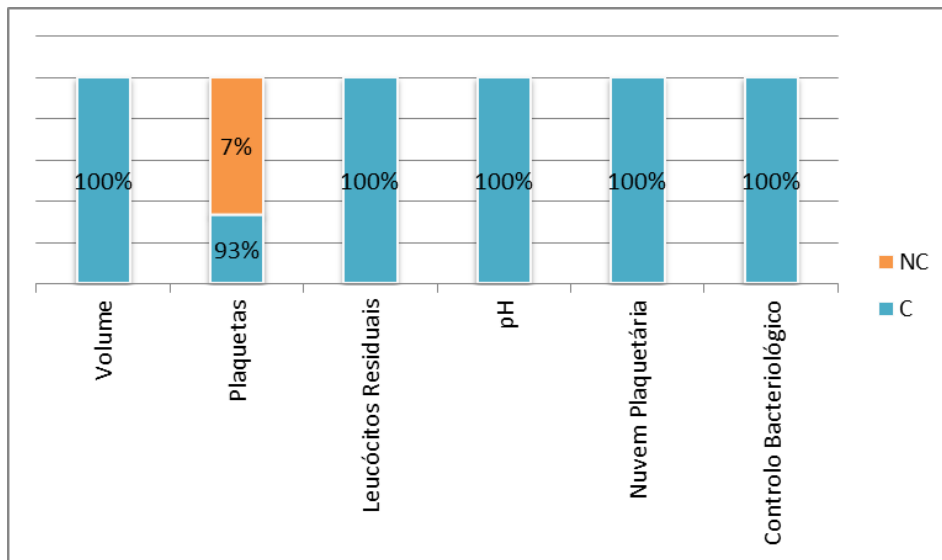
Todas as *pools* de plaquetas produzidas são avaliadas quanto ao volume. Todos os meses são preparadas quatro *pools* de plaquetas para avaliação dos parâmetros da qualidade. As unidades conformes ficam disponíveis para serem transfundidas, em caso de necessidade. Apesar de estarem definidas quatro *pools* de plaquetas, este número pode ser variável, uma vez que está dependente das necessidades transfusionais e da produção dos concentrados de plaquetas.

Das 45 unidades avaliadas em 2018, 42 apresentaram resultados em conformidade com o recomendado para a *pool* de plaquetas e três apresentaram valores de plaquetas abaixo do aconselhado (gráficos 43 e 44). Para duas unidades de *pool* de plaquetas, o IPST de Coimbra não procedeu à contagem dos leucócitos residuais, porque o IPST de Lisboa não enviou as amostras (por lapso), tendo avisado o Serviço de Imuno-hemoterapia do sucedido. Por este motivo, para a avaliação dos leucócitos residuais, concorreram 43 unidades em vez das 45 (gráfico 44).



**Gráfico 43. Gráfico de barras relativo à conformidade das unidades de *pool* de plaquetas**

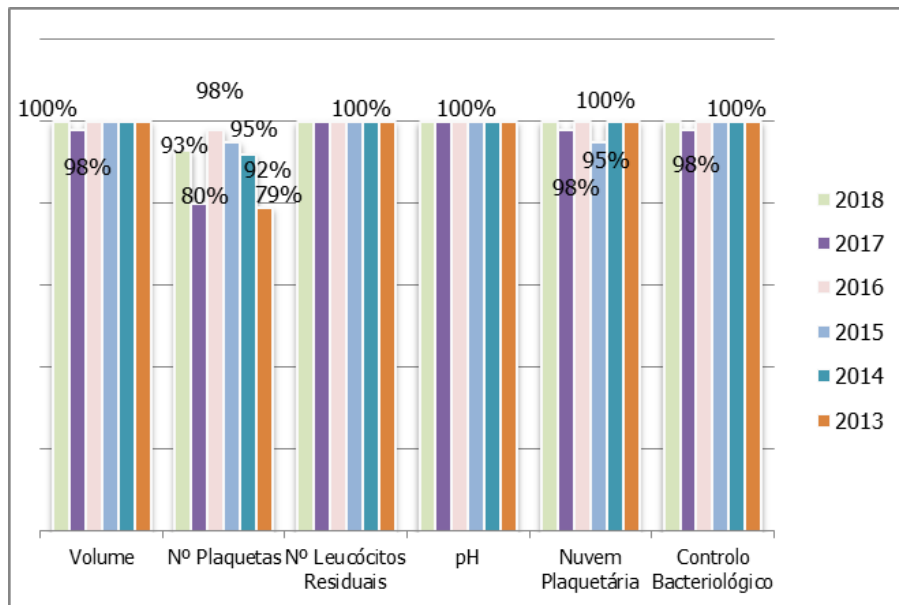
(n = 45)



**Gráfico 44. Gráfico de barras relativo à conformidade dos resultados da *pool* de plaquetas por parâmetro**

(n volume = 45, n plaquetas = 45, n leucócitos residuais = 43, n pH = 42, n nuvem plaquetária = 45, n hemocultura = 42)

O gráfico 45 mostra a [percentagem de valores que cumprem o recomendado para todos os parâmetros relativos ao período de tempo 2013 a 2018](#), podendo constatar-se que os mesmos se têm mantido coerentes ao longo do tempo. De todos os parâmetros avaliados, o número de plaquetas é o que pode ter maiores oscilações.



**Gráfico 45. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro a pool de plaquetas**

(2013 - 2018)

Na tabela 7 encontram-se os [valores médios no período 2013 a 2018, que se têm mantido fiáveis](#). Os valores do volume limitam-se às unidades sujeitas a controlo da qualidade e não ao número de unidades produzidas.

Parâmetros	Volume (ml)	Nº Plaquetas (nº plaq. x 10 <sup>9</sup> )	Nº Leucócitos Residuais (nº leuc. x 10 <sup>6</sup> )	pH	Controlo Bacteriológico	Nuvem Plaquetária
Valores de Referência	> 200	> 200 x 10 <sup>9</sup>	< 1 x 10 <sup>6</sup>	> 6	Negativo	Presente
Resultados 2018	357	264 x 10 <sup>9</sup>	0,072 x 10 <sup>6</sup>	7	Negativo	Presente
Resultados 2017	330	252 x 10 <sup>9</sup>	0,027 x 10 <sup>6</sup>	8	Negativo	Presente
Resultados 2016	337	265 x 10 <sup>9</sup>	0,061 x 10 <sup>6</sup>	8	Negativo	Presente
Resultados 2015	291	233 x 10 <sup>9</sup>	0,022 x 10 <sup>6</sup>	8	Negativo	Presente
Resultados 2014	287	232 x 10 <sup>9</sup>	0,037 x 10 <sup>6</sup>	8	Negativo	Presente
Resultados 2013	287	236 x 10 <sup>9</sup>	0,019 x 10 <sup>6</sup>	7	Negativo	Presente

**Tabela 7. Valores médios das pools de plaquetas em 2013 - 2018**

Para cada um dos parâmetros foram obtidos os valores mínimos e máximos verificando-se os seguintes intervalos:

- Volume = 250 ml – 446 ml
- Plaquetas = 190 x 10<sup>9</sup> - 441 x 10<sup>9</sup>
- Leucócitos residuais = 0,013 x 10<sup>9</sup> – 0,276 x 10<sup>9</sup>
- pH = 7 – 8

### Avaliação da qualidade do plasma fresco congelado

#### PFC 2016 - 2018

- Noventa e nove por cento de resultados conformes para as unidades avaliadas.
- Noventa e seis por cento das unidades em conformidade com o definido para o componente.

#### PFC 2017 - 2019

- Cem por cento de resultados conformes para as unidades avaliadas.
- Cem por cento das unidades em conformidade com o definido para o componente.
- Resultados atípicos para estes quatro anos, devido ao facto de não ter sido possível avaliar todos os parâmetros em todas as unidades de PFC.

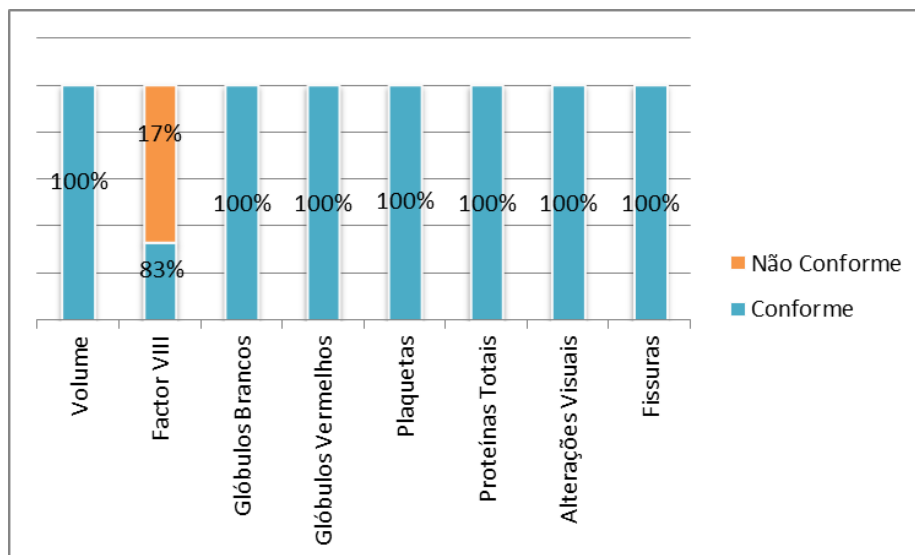
A IT.IMH.015 **Avaliação da qualidade ao plasma fresco congelado** define as orientações da realização e avaliação do controlo da qualidade para o plasma. As unidades são avaliadas em oito parâmetros: volume, fator VIII, número de glóbulos brancos, número de glóbulos vermelhos, número de plaquetas, proteínas totais, alterações visuais e fissuras.

Todas as unidades de plasma são avaliadas quanto ao volume. Anualmente são escolhidas 24 unidades para avaliação dos restantes parâmetros. Os plasmas sujeitos a controlo da qualidade são avaliados por um período de dois anos. As unidades processadas em 2016 terminaram a sua avaliação em 2018. Os plasmas separados em 2017 deviam ser avaliados ao longo dos anos 2018 e 2019, mas a sua avaliação foi interrompida em 2018.

### PFC 2016 – 2018

Das 24 unidades de plasma separadas em 2016, em 2018 houve 18 unidades de PFC não foram avaliadas para o fator VIII e proteínas totais. Estes plasmas foram eliminados no âmbito do incidente nº 480/18 registado no HER+, devido a avaria da arca -80°C onde estavam armazenados. Das seis unidades que foram avaliadas para estes parâmetros, todas tinham valores de proteínas totais em conformidade com o aconselhado para este componente e cinco unidades tiveram resultados conforme de fator VIII.

O gráfico 46 apresenta a conformidade dos PFC avaliados.



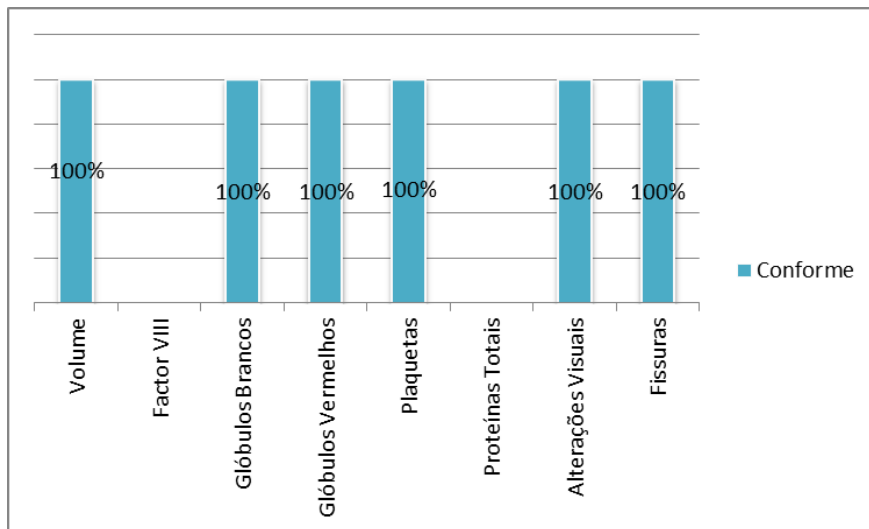
**Gráfico 46. Gráfico de barras da conformidade dos resultados do PFC por parâmetro em 2016 - 2018**

(n volume = 24, n fator VIII = 6, n glóbulos brancos = 24, n glóbulos vermelhos = 24, n plaquetas = 24, n proteínas totais = 6, n alterações visuais = 24, n fissuras = 24)

### PFC 2017 – 2019

Das 24 unidades de plasma separadas em 2017, nenhuma foi avaliada para o fator VIII e proteínas totais, mas todas foram avaliadas nos restantes parâmetros. A justificação é a mesma do indicado para os plasmas 2016 – 2018.

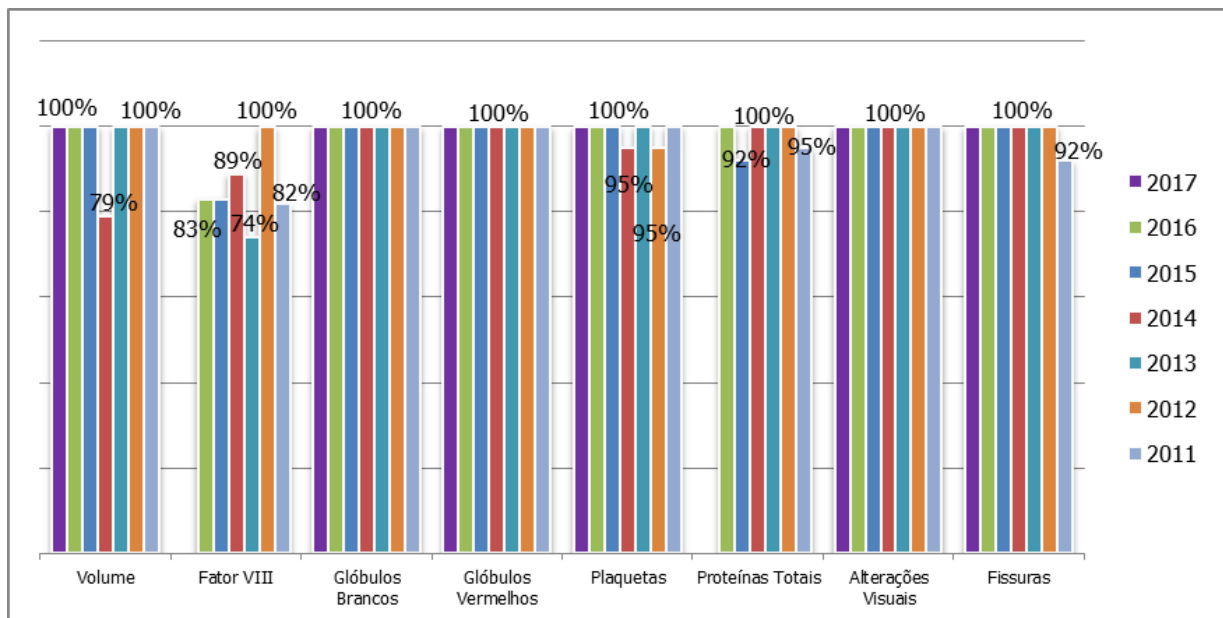
O gráfico 47 apresenta a conformidade dos PFC avaliados.



**Gráfico 47. Gráfico de barras da conformidade dos resultados do PFC por parâmetro em 2017 - 2019**

(n volume = 24, n fator VIII = 0, n glóbulos brancos = 24, n glóbulos vermelhos = 24, n plaquetas = 24, n proteínas totais = 0, n alterações visuais = 24, n fissuras = 24)

O gráfico 48 mostra a percentagem de valores que cumprem o indicado para todos os parâmetros relativos ao período de tempo 2013 a 2018, tendo em mente que em 2016 e 2017 a avaliação foi incompleta. De todos os parâmetros, o fator VIII é o apresenta naturalmente maior variabilidade.



**Gráfico 48. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro ao PFC**

(2011 - 2017)

Da tabela 8 constam os [valores médios no período 2011 a 2017, que se têm mantido estáveis ao longo do tempo](#). Os resultados apresentados para o volume limitam-se às unidades sujeitas a controlo da qualidade e não ao número de unidades produzidas.

Parâmetros	Volume (ml)	Fator VIII (%)	Leucócitos (nº leuc. x 10 <sup>9</sup> /L)	Eritrócitos (nº gv x 10 <sup>12</sup> /L)	Plaquetas (nº plq. x 10 <sup>9</sup> /L)	Proteínas Totais (g/l)	Alt. Visuais e Fissuras
Valores Referência	≥ 180	50-150	< 0,1	< 6	< 50	> 50	sem
Resultados 2017	204	n.d.	0,032	0	2	n.d.	sem
Resultados 2016	203	73	0,021	0	0,38	66	sem
Resultados 2015	203	75	0,033	0	0,13	60	sem
Resultados 2014	193	108	0,019	0	13	60	sem
Resultados 2013	199	71	0,005	0	3	66	sem
Resultados 2012	199	64	0,005	0,001	10,98	63	sem
Resultados 2011	236	74	0,024	0,001	12,29	64	Sem

**Tabela 8. Valores médios do PFC em 2011 - 2017**

n.d. = não determinado

Para cada um dos parâmetros são apresentados os valores mínimos e máximos verificando-se os seguintes intervalos:

#### PFC 2016 – 2018

- Volume = 182 ml – 222 ml
- Fator VIII = 40% - 157%
- Leucócitos = 0 – 0,070 x 10<sup>9</sup>
- Eritrócitos = 0
- Plaquetas = 0 – 4 x 10<sup>9</sup>
- Proteínas totais = 60 g/l – 76 g/l

#### PFC 2017 - 2019

- Volume = 186 ml – 234 ml
- Fator VIII – não determinado
- Leucócitos = 0 – 0,083 x 10<sup>9</sup>
- Eritrócitos = 0
- Plaquetas = 0 – 11 x 10<sup>9</sup>
- Proteínas totais – não determinado

#### Avaliação da qualidade do crioprecipitado

##### PFC 2016 - 2018

- Sem resultados.

##### PFC 2017 - 2019

- Sem resultados.
- Situação atípica para estes quatro anos, devido ao facto de não ter sido possível realizar o controlo da qualidade.

A IT.IMH.016 **Avaliação da qualidade ao crioprecipitado** esclarece a realização e avaliação do controlo da qualidade para o crioprecipitado. Cada unidade é avaliada em quatro parâmetros: fator VIII, fibrinogénio, alterações visuais e fissuras. O número de unidades definido para o controlo da qualidade é seis.

Os crioprecipitados para controlo da qualidade são avaliados por um período de dois anos. As unidades produzidas em 2016 terminariam a sua avaliação em 2018. Os plasmas separados em 2017 deviam ser avaliados ao longo dos anos 2018 e 2019, mas não foi possível seguir com o controlo da qualidade. As unidades foram eliminadas no âmbito do incidente nº 480/18 registado no HER+, devido a avaria da arca -80°C onde estavam armazenados.

Os últimos resultados disponíveis referem-se aos anos 2015 – 2017, apresentados no **"Relatório da revisão pela gestão de 2017"**.

### **CONTROLO INTERNO DE IMUNO-HEMATOLOGIA**

Compreende os resultados relativos aos controlos diários de imuno-hematologia realizados pelas técnicas em tubo e em microcoluna em gel. É realizado todos os dias.

Este controlo permite validar as técnicas utilizadas, os procedimentos, bem como os equipamentos.

#### **Técnica de aglutinação em tubo**

---

Taxa de conformidade entre os resultados reportados e os esperados= 100%

Taxa de execução = 99,7%

---

Este controlo consiste na determinação do grupo sanguíneo ABD pela técnica em tubo, partindo de unidades de grupo conhecido. São testados os três antissoros: anti-A, anti-B e anti-D.

A IT.IMH.035 **Controlo de grupos em tubos** estabelece as orientações para a realização deste controlo, que tem como objetivo testar os antissoros e validar a técnica em tubo.

Em 2018, os resultados reportados e esperados foram 100% concordantes. Há apenas uma ocorrência reportada em relação à execução deste controlo, que não foi realizado a 23 de outubro de 2018. **Os resultados de 2018 são muito positivos e estão em linha com os anos anteriores.**

#### **Técnica de aglutinação em microcoluna em gel**

---

Taxa de conformidade entre os resultados reportados e os esperados= 100%

Taxa de execução = 96,1%

---

Neste controlo é utilizada a técnica de microcoluna em gel (vulgarmente designada por *card* ou gel) na determinação do grupo sanguíneo. É realizada por dois métodos – manual (ou em bancada) e no equipamento pipetador automático.

A IT.IMH.043 **Controlo da qualidade interno de imuno-hematologia** estabelece as orientações para a realização deste controlo.

Em 2018, os resultados reportados e esperados foram 100% concordantes. Há 14 ocorrências associadas a este controlo, mais cinco em relação a 2017, e que são as seguintes: aberta ficha para amostra nº 2, em vez de ser para a amostra nº 1, tendo-se feito os testes com a amostra 1 (amostra correta) e sem registo dos resultados (11-04-2018); efetuado controlo fora de validade, porque não havia novo *kit* (28-08-2018 a 03-09-2018); realizado controlo fora de validade, mas havia novo *kit* (25-09-2018, 26-09-2018, 24-10-2018 e 25-10-2018); controlo não realizado (23-10-2018); sem registo dos resultados (07-11-2018).

Os resultados de 2018 são muito positivos e estão em linha com os anos anteriores.

#### **AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE DE IMUNO-HEMATOLOGIA, HEMATOLOGIA E SEROLOGIA**

Neste ponto são apresentados os resultados relativos à avaliação externa da qualidade de imuno-hematologia, hematologia e serologia. A estes controlos está associado um calendário de envio das amostras.

Todos os resultados reportados são analisados a partir do relatório enviado com os resultados esperados.

Este controlo valida as técnicas implementadas, os procedimentos e os equipamentos.

Foram realizados um total de 29 exercícios, dos quais 24 deram resultados OK e em cinco os resultados reportados foram diferentes dos esperados.

Dos vários controlos externos, o de hematologia é o que apresenta maior variabilidade nos resultados.

---

Taxa de conformidade entre os resultados reportados e os esperados= 83%

Taxa de execução = 100%

---

#### **Imuno-hematologia – BIO-RAD**

---

Taxa de conformidade entre os resultados reportados e os esperados= 100%

Taxa de execução = 100%

---

Foram realizados três dos três exercícios enviados.

Este exercício é distribuído pelos vários técnicos e os relatórios enviados com os resultados esperados são dados a conhecer a todos os profissionais envolvidos na realização dos exercícios para que possam fazer a comparação com os resultados individuais.

Os resultados reportados foram concordantes com os esperados.

---

Resultados coincidentes com os anos anteriores.

### **Hematologia – NEQAS**

---

Taxa de conformidade entre os resultados reportados e os esperados= 58%

Taxa de execução = 100%

---

Foram realizados 12 dos 12 exercícios previstos por ano (um exercício/mês).

Do total de exercícios realizados (12), em sete verificaram-se resultados OK em termos de *performance score* (inferiores a 80) sendo os resultados considerados satisfatórios; bons resultados médios do índice de desvio; concordância entre os valores esperados e os reportados, valores de QC Log no intervalo de referência e gráficos X-B RBC Normais que se constituem um indicador do desempenho do equipamento.

Do total de exercícios realizados (12), em cinco houve resultados não conformes, que determinaram intervenção técnica por parte do fornecedor. Num dos exercícios houve um registo em que não foi feita a conversão da unidade de medida.

Em 2017 os resultados foram melhores (75% concordantes).

É nestas situações que se percebe a importância da avaliação externa da qualidade, que possibilita a deteção de situações que, de uma outra forma, podiam passar despercebidas. Neste controlo em particular, houve a necessidade de se proceder à limpeza de um dos sensores que faz a contagem das células e de se alterar a calibração interna do equipamento.

### **Serologia – Hepatite B (Ag HBs e Ac anti-HBc) – NEQAS**

---

Taxa de conformidade entre os resultados reportados e os esperados= 100%

Taxa de execução = 100%

---

Foi realizada a totalidade dos exercícios previstos (três).

Em todos os exercícios obteve-se uma pontuação máxima de dois, o que significa que os resultados reportados são coincidentes com o esperado.

Os resultados reportados foram concordantes com os esperados.

Resultados coincidentes com os anos anteriores.

### **Serologia – Hepatite C (Ac anti-HCV) - NEQAS**

---

Taxa de conformidade entre os resultados reportados e os esperados= 100%

---

---

Taxa de execução = 100%

---

Foi realizada a totalidade dos exercícios previstos (três).

Em todos os exercícios obteve-se uma pontuação máxima de dois, o que significa que os resultados reportados são coincidentes com o esperado.

Os resultados reportados foram concordantes com os esperados.

Resultados coincidentes com os anos anteriores.

### **Serologia – HIV (Ac anti-HIV) – NEQAS**

---

Taxa de conformidade entre os resultados reportados e os esperados= 100%

Taxa de execução = 100%

---

Foi realizada a totalidade dos exercícios previstos (três).

Em todos os exercícios obteve-se uma pontuação máxima de dois, o que significa que os resultados reportados são coincidentes com o esperado.

Os resultados reportados foram concordantes com os esperados.

Resultados coincidentes com os anos anteriores.

### **Serologia – Sífilis TP - NEQAS**

---

Taxa de conformidade entre os resultados reportados e os esperados= 100%

Taxa de execução = 100%

---

Foi realizada a totalidade dos exercícios previstos (dois).

Em todos os exercícios obteve-se uma pontuação máxima de dois, o que significa que os resultados reportados são coincidentes com o esperado.

Os resultados reportados foram concordantes com os esperados.

Resultados coincidentes com os anos anteriores.

### **Serologia – HTLV (Ac anti-HTLV) - NEQAS**

---

Taxa de conformidade entre os resultados reportados e os esperados= 100%

Taxa de execução = 100%

---

---

Foi realizada a totalidade dos exercícios previstos (três).

Em todos os exercícios obteve-se uma pontuação máxima de seis, o que significa que os resultados reportados são coincidentes com o esperado.

Os resultados reportados foram concordantes com os esperados.

[Resultados coincidentes com os anos anteriores.](#)

### **CARRO DE URGÊNCIA**

O carro de urgência é uma estrutura móvel com um conjunto de equipamentos e fármacos, que se destina ao apoio da atuação das equipas de emergência médica internas (EEMI) sendo parte do sistema integrado de urgência hospitalar.

O Serviço de Sangue dispõe de um carro de urgência, mais especificamente um carro de adulto que serve o piso 4. A manutenção que é efetuada destina-se a garantir a sua operacionalidade em caso de necessidade de utilização. As atividades de manutenção e reposição do carro de urgência compreendem: a escala de revisão/reposição, o registo de utilização, o mapa de verificação/reposição e manutenção e o teste diário de operacionalidade.

Há apenas uma ocorrência associada ao carro de urgência, que é relativa ao teste diário de operacionalidade.

Do total de 401 atividades ligadas ao carro de urgência foram realizadas 399.

[Os resultados são muito positivos e estão em linha com os anos anteriores](#) - percentagem de cumprimento das atividades em 2017: 99%, em 2016: 88% e em 2015: 99%

---

Taxa de cumprimento das atividades ligadas ao carro de urgência = 99,5%

---

### **Escala de revisão/reposição do carro de urgência**

---

Taxa de execução do estabelecido na escala de revisão/reposição do carro de urgência = 100%

---

Esta tarefa é realizada uma vez por mês, tendo sido efetuadas as 12 previstas por ano e efetuados os registos no IMP.GER.020 [Escala de revisão/reposição do carro de urgência e malas](#).

**2017:** 92% de execução do estabelecido na escala de revisão/reposição do carro de urgência.

**2016:** 83% de execução do estabelecido na escala de revisão/reposição do carro de urgência.

**2015:** 100% de execução do estabelecido na escala de revisão/reposição do carro de urgência.

### **Registo de utilização do carro de urgência**

---

Taxa de execução do estabelecido no registo de utilização do carro de urgência = 100%

---

---

O carro de urgência é aberto para dar apoio às equipas de emergência médica internas, proceder à reposição de material, fazer a verificação mensal e outras tidas como necessárias.

No período de análise deste relatório, o carro de urgência foi aberto um total de 13 vezes pelos seguintes motivos: verificação mensal por parte do Serviço de Sangue (12) e auditoria realizada pela Farmácia (uma). Os registos constam do IMP.GER.009 [Registo de utilização do carro de urgência](#).

Os resultados relativos à execução desta atividade são iguais aos de 2017, 2016 e 2015.

### **Mapa de verificação/reposição e manutenção do carro de urgência**

---

Taxa de execução do estabelecido no mapa de verificação/reposição e manutenção do carro de urgência = 100%

---

Em 2018 foram efetuadas as 12 verificações previstas ao carro de urgência (uma por mês), registadas no IMP.GER.015 [Mapa de verificação/reposição e manutenção do carro de urgência](#).

**2017:** 92% de execução do estabelecido no mapa de verificação/reposição e manutenção do carro de urgência.

**2016:** 83% de execução do estabelecido no mapa de verificação/reposição e manutenção do carro de urgência.

**2015:** 100% de execução do estabelecido no mapa de verificação/reposição e manutenção do carro de urgência.

### **Teste diário de operacionalidade do carro de urgência**

---

Taxa de execução do estabelecido no teste diário de operacionalidade do carro de urgência = 99%

---

Dos 365 testes diários, apenas em dois dias não foi realizado por esquecimento dos profissionais (12 e 15 de novembro de 2018). Os registos são efetuados no IMP.IMH.013 [Teste diário de operacionalidade do carro de urgência](#).

**2017:** 100% de execução dos testes diários de operacionalidade.

**2016:** 93% de execução dos testes diários de operacionalidade.

**2015:** 98% de execução dos testes diários de operacionalidade.

---

### INVENTÁRIOS

Neste ponto são analisados os resultados da verificação mensal que é efetuada às existências do plasma fresco congelado, do crioprecipitado, dos medicamentos e dos produtos farmacêuticos.

Nesta verificação são comparadas as existências ao nível do sistema informático com o que realmente existe no Serviço de Imuno-hemoterapia.

Os resultados são muito positivos e coincidentes com os anos anteriores.

#### Plasma fresco congelado com quarentena

---

Taxa de execução do inventário ao PFC = 92%

---

Do total de 12 verificações às existências dos plasmas foram realizadas 11. Em setembro não foi realizada por motivos de recursos humanos.

Apenas uma ocorrência reportada – saco roto da unidade de plasma, tendo-se procedido à sua eliminação.

Este controlo compreende a verificação dos códigos das unidades e dos dadores, bem como a quantidade de unidades.

**2017:** 92% de execução do inventário ao PFC.

**2016:** 83% de execução do inventário ao PFC.

**2015:** 100% de execução do inventário ao PFC.

#### Crioprecipitado com quarentena

---

Taxa de execução do inventário ao crioprecipitado = 92%

---

Do total de 12 verificações às existências dos crioprecipitados foram realizadas 11. Em setembro não foi realizada por motivos de recursos humanos.

Não foram reportadas ocorrências.

Este controlo compreende a verificação dos códigos das unidades e dos dadores, bem como a quantidade de unidades.

**2017:** 92% de execução do inventário ao crioprecipitado.

**2016:** 83% de execução do inventário ao crioprecipitado.

**2015:** 100% de execução do inventário ao crioprecipitado.

---

## Medicamentos

---

Taxa de execução do inventário aos medicamentos = 100%

---

Foram realizadas 12 verificações aos medicamentos, de um total de 12.

Não foram reportadas ocorrências.

Este controlo compreende a verificação dos nomes dos medicamentos, lotes, validades, quantidades e se as quantidades existentes não ultrapassam o *stock* máximo definido para o Serviço de Imuno-hemoterapia. Esta verificação fica registada no IMP.IMH.053 **Verificação dos medicamentos**.

**2017:** 100% de execução do inventário aos medicamentos.

**2016:** 92% de execução do inventário aos medicamentos.

**2015:** 100% de execução do inventário aos medicamentos.

---

## Outros produtos farmacêuticos

---

Taxa de execução do inventário aos produtos farmacêuticos (não medicamentos) = 100%

---

Foram realizadas 12 verificações aos produtos farmacêuticos, que não medicamentos, de um total de 12.

Não foram reportadas ocorrências.

Este controlo compreende a verificação dos nomes dos produtos farmacêuticos, lotes, validades, quantidades e se as quantidades existentes não ultrapassam o *stock* máximo definido para o Serviço de Imuno-hemoterapia. Esta verificação fica registada no IMP.IMH.056 **Verificação das existências – produtos farmacêuticos**.

**2017:** 92% de execução do inventário aos medicamentos.

**2016:** 83% de execução do inventário aos medicamentos.

**2015:** 100% de execução do inventário aos medicamentos.

---

## Consumíveis com validade

---

Taxa de execução da verificação à arrumação dos consumíveis com validade = 100%

---

Foram realizadas quatro verificações aos consumíveis clínicos com validade de um total de quatro, não tendo sido reportadas ocorrências.

Este controlo pretende verificar se os consumíveis estão arrumados de acordo com a sua validade. Esta verificação fica registada no IMP.IMH.055 **Verificação da validade dos consumíveis** e tem uma periodicidade trimestral.