

SERVIÇO: Imuno-hemoterapia

Período de Análise: janeiro a dezembro 2015

Normativo: ISO 9001

 ISO 14001

 OHSAS
Presentes: Profissionais e
Direção do Serviço de Sangue

Data: 17-02-2016

Elaborado por: Margarete Cardoso

Revisto e Aprovado pela Direção do Serviço de Sangue – Dra. Dina Pereira

1. Resultados das Auditorias

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

Em 2015 foram efetuadas ao serviço de sangue **seis auditorias e uma inspeção**, das quais resultaram em 13 não conformidades e cinco oportunidades de melhoria.

Âmbito da Auditoria	Data	N.º Não Conformidades	N.º Oportunidades de Melhoria	Observações
Verificar o sistema atual de gestão de resíduos hospitalares, mais especificamente as atuais condições de triagem, acondicionamento e circuito interno dos resíduos assim como a avaliação das condições de armazenamento dos mesmos	27-01-2015	3	1	Conclusões apresentadas no Relatório "Visitas Técnicas para Análise do Sistema de Gestão de Resíduos Hospitalares" (Ambimed). Não conformidades e oportunidade de melhoria analisadas, tratadas e fechadas.
Auditoria às condições de armazenamento do carro de urgência da imuno-hemoterapia	16-04-2015	2	0	Conclusões apresentadas no IMP.FAR.082.02 Auditoria ao Armazenamento nos Serviços Clínicos (Farmácia). Não conformidades analisadas, tratadas e fechadas.
Auditoria às condições de armazenamento da imuno-hemoterapia	16-04-2015	7	0	Conclusões apresentadas no IMP.FAR.082.02 Auditoria ao Armazenamento nos Serviços Clínicos (Farmácia). Não conformidades analisadas, tratadas e fechadas.
Prestação de cuidados de saúde de acordo com o estabelecido no Anexo I do contrato de gestão – perfil assistencial	06-10-2015	-----	-----	<u>Sem Relatório</u>
NP EN ISO 9001:2008 Decreto-Lei nº 185/2015	16-10-2015	1	4	Conclusões apresentadas no IMP.QUA.004.00 Relatório de Auditoria Interna. Não conformidade e

Âmbito da Auditoria	Data	N.º Não Conformidades	N.º Oportunidades de Melhoria	Observações
				oportunidades de melhoria analisadas e tratadas. Não conformidade e três oportunidades de melhoria fechadas. Uma oportunidade de melhoria em aberto.
NP EN ISO 9001:2008 NP EN ISO 14001:2012	16-11-2015	0	0	Conclusões apresentadas no "Relatório de Auditoria. Certificação de Sistema de Gestão".
Decreto-Lei nº 185/2015	18-11-2015	-----	-----	<u>Sem Relatório</u>

Os resultados decorrentes das auditorias são positivos, traduzindo-se num maior reconhecimento para o serviço de imuno-hemoterapia e para o hospital e são o resultado de um compromisso da qualidade na atividade do serviço.

2. Ocorrências, Incidentes, Não Conformidades e Oportunidades de Melhoria Detetadas

Ao longo do tempo o número de registo das ocorrências tem vindo a aumentar. Em 2015 foram registadas **338 ocorrências** (mais 213 que em 2014) (gráfico 1).

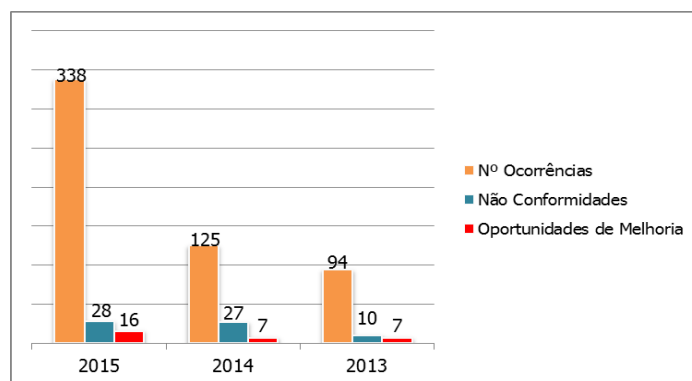


Gráfico 1. Gráfico de barras do número de ocorrências, não conformidades e oportunidades de melhoria.
(2013 – 2015)

Do total de ocorrências, **96% encontram-se fechadas** (326), **4% abertas** (12) e **8% deram origem a fichas de não conformidade** (28).

As áreas onde se verificam **maior registo das ocorrências** são ao nível do **fornecimento de produtos/serviços** por parte dos fornecedores (74 ocorrências – 22%) e dos **equipamentos** (53 ocorrências – 16%).

Em comparação com o ano anterior, houve uma diminuição no número de ocorrências associadas ao aprovisionamento de produtos/serviços (22% em 2015 e 52% em 2014).

Em 2015 foram identificadas **16 oportunidades de melhoria** (mais 9 que em 2014 e 2013). Destas, quatro são de grande complexidade. Merecem, por isso, um destaque positivo.

O **número de não conformidades manteve-se em linha com o ano anterior** (28 em 2015 e 27 em 2014). Em 2013 houve registo de apenas dez não conformidades.

Em 2016, sugere-se que as situações identificadas no IMP.IMH.003 Devolução de requisições de componentes sanguíneos sejam registadas como ocorrências.

Estes dados são o resultado da sensibilização contínua que é feita aos profissionais para o reporte das ocorrências, que é muito importante, porque permitem identificar e resolver situações que, de outro modo, podiam passar despercebidas. Tal não significa que exista maior número de ocorrências, mas sim que há um maior consciência para o registo das mesmas.

Tipo				Origem	Tema	Originou	
NC	OM	Ocorrência	Outro Qual?			IMP.GER.035 FNCACAP? N.º?	HER+? N.º?
		X		Preparação da unidade para administração	DEVOLUÇÃO DE COMPONENTES Total de ocorrências: 3 Fechadas	Não	Não
		X		Decorrentes da atividade do serviço e dos stocks	REAGENTES E CONSUMÍVEIS CLÍNICOS Total de ocorrências: 11 Fechadas	Não	Não
		X		Controlo da qualidade interno e externo	CONTROLO DA QUALIDADE Total de ocorrências: 25 Fechadas	Não	Não
		X		Verificação mensal do preenchimento dos consentimentos para a dádiva de sangue	CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA A DÁDIVA DE SANGUE Total de ocorrências: 29 Fechadas	Não	Não
		X		Fornecimento de componentes Avaliação da satisfação dos pedidos	IPST – COMPONENTES DO SANGUE Total de ocorrências: 18 Fechadas	Não	Não
		X		Decorrentes da atividade do serviço	COMPONENTES DO SANGUE Total de ocorrências: 3 (1 aberta e 2 fechadas)	Não	Não
		X		Fases da preparação e fornecimento de componentes do sangue	PREPARAÇÃO E FORNECIMENTO DE COMPONENTES Total de ocorrências: 21 Fechadas	1/2015/IMH 2/2015/IMH 4/2015/IMH 5/2015/IMH 22/2015/IMH 32/2015/IMH	Não
		X		Fornecimento dos resultados TAN Avaliação da conformidade da receção dos resultados	IPST – TAN Total de ocorrências: 5 Fechadas	Não	Não
		X		Decorrentes da execução de análises	REALIZAÇÃO DE ANÁLISES Total de ocorrências: 17 Fechadas	7/2015/IMH 33/2015/IMH	Não
		X		Avaliação da satisfação dos pedidos ao Refeitório, BioRad e Abbott	APROVISIONAMENTO – OUTROS FORNECEDORES Total de ocorrências: 12 Fechadas	Não	Não
				Ocorrências que tiveram lugar noutros serviços e que se	OUTROS SERVIÇOS Total de ocorrências: 6 Fechadas	3/2015/IMH	Não

Relatório de Revisão pela Gestão

Tipo				Origem	Tema	Originou	
NC	OM	Ocorrência	Outro Qual?			IMP.GER.035 FNCACAP? N.º?	HER+? N.º?
		X		repercutiram na atividade do serviço de sangue			
		X		Decorrentes da atividade da área da colheita de sangue	COLHEITA DE SANGUE Total de ocorrências: 12 Fechadas	Não	Não
		X		Decorrentes da atividade da área da separação do sangue	PROCESSAMENTO DO SANGUE Total de ocorrências: 9 Fechadas	Não	Não
		X		Decorrentes da atividade no hospital de dia da imuno-hemoterapia	HOSPITAL DE DIA IMUNO-HEMOTERAPIA Total de ocorrências: 9 Fechadas	Não	Não
		X		Avaliação da satisfação dos pedidos Auditoria interna aos produtos farmacêuticos	FARMÁCIA Total de ocorrências: 20 Fechadas	15/2015/IMH 16/2015/IMH 17/2015/IMH 18/2015/IMH 19/2015/IMH 20/2015/IMH 21/2015/IMH 23/2015/IMH	Não
		X		Avaliação da satisfação dos pedidos	APROVISIONAMENTO – ARMAZÉM Total de ocorrências: 33 Fechadas	Não	Não
		X		Auditoria interna Kit derrame	RESÍDUOS Total de ocorrências: 5 Fechadas	9/2015/IMH 10/2015/IMH 11/2015/IMH 41/2015/IMH	Não
		X		Auditoria Teste diário de operacionalidade do carro de urgência	CARRO DE URGÊNCIA Total de ocorrências: 7 Fechadas	13/2015/IMH 14/2015/IMH	Não
		X		Decorrentes das aplicações informáticas	SISTEMA INFORMÁTICO Total de ocorrências: 40 (9 abertas + 31 fechadas)	Não	Não
		X		Decorrentes das atividades que envolvem equipamentos: manutenções e avaliação dos certificados de calibração e dos relatórios de ensaio	EQUIPAMENTOS Total de ocorrências: 53 (2 abertas + 51 fechadas)	26/2015/IMH 27/2015/IMH 28/2015/IMH 31/2015/IMH 44/2015/IMH	Não
	X			Clientes do serviço de sangue	Alargamento do horário de funcionamento e dias da dádiva. Acesso ao wifi. Forma de entrega dos questionários de avaliação da satisfação preenchidos.	6/2015/IMH 30/2015/IMH 34/2015/IMH	Não
	X			Direção do serviço de sangue	Comunicação interna	8/2015/IMH	Não
	X			Auditorias Internas	Sistema de gestão de resíduos Sistema de gestão da qualidade	12/2015/IMH 37/2015/IMH 38/2015/IMH 39/2015/IMH 40/2015/IMH	Não

Tipo				Origem	Tema	Originou	
NC	OM	Ocorrência	Outro Qual?			IMP.GER.035 FNCACAP? N.º?	HER+? N.º?
	X			Formação externa	Metodologia na realização da PAI + Identificação do Anticorpo Irregular	24/2015/IMH	Não
	X			Programa de gestão de objetivos	Controlo da qualidade aos componentes do sangue	25/2015/IMH	Não
	X			Aprovisionamento	Níveis dos produtos farmacêuticos	29/2015/IMH	Não
	X			Preparação e fornecimento de componentes	Sistema de transporte do concentrado eritrocitário Protocolo de transfusão maciça	35/2015/IMH 42/2015/IMH	Não
	X			Avaliação da satisfação dos dadores de sangue	Alargar as formas de distribuição dos questionários	36/2015/IMH	Não
	X			Processo clínico eletrónico e circuito transfusional	Sistema de segurança transfusional	43/2015/IMH	Não

3. Estado das Ações Corretivas e Preventivas

Do total de **não conformidades** (28), **82% estão fechadas** (23) e **18% estão abertas** (5).

Das 16 **oportunidades de melhoria**, **69% estão encerradas** (11) e **31% estão abertas** (5).

N.º		Estado ¹	Observações
IMP.GER.035	HER ⁺		
1 - 5, 7, 9 - 14, 16 - 21, 23, 25, 27, 29, 30, 32 - 34, 38, 41, 42	-----	Fechada Eficaz	
6, 15, 37, 40	-----	Não Aceite	
8, 22, 36		Em análise	
24		Fechada Não Eficaz	Sem necessidade de registos posteriores
26, 28, 31, 35, 39, 43, 44		Em execução	

¹ Referir qual o estado:

- a) A aguardar análise
- b) Em análise
- c) Em execução
- d) A aguardar verificação da eficácia
- e) Fechada Eficaz
- f) Fechada Não Eficaz – Neste caso, indicar número do registo aberto após esta avaliação
- g) Não Aceite

4. Grau de satisfação dos clientes

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 satisfação dos clientes contribuem os louvores, as reclamações e a análise dos inquéritos de avaliação do grau de satisfação.

Resultados dos questionários de avaliação da satisfação aos dadores de sangue

A recolha das respostas decorreu durante os meses de outubro e novembro, tendo sido distribuídos 150 questionários e devolvidos 139. A taxa de resposta foi de 93%.

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, MS – Muito Satisfeito, NR – Não respondeu.

Avaliação da satisfação com os cuidados de saúde

Setenta e três por cento dos dadores estão 'muito satisfeitos' com os cuidados de saúde que foram prestados pelo serviço de imuno-hemoterapia em 2015 (gráfico 2).

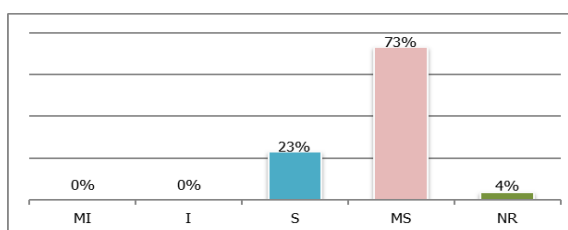


Gráfico 2. Gráfico de barras relativo aos cuidados de saúde prestados pelo serviço de sangue.

(n = 134)

Em 2013 e 2014 os questionários de avaliação da satisfação apenas dispunham de duas opções: 'satisfeito' e 'insatisfeito'. Pode-se afirmar que, em 2015, 96% dos dadores que responderam ao questionário se encontram satisfeitos com os cuidados de saúde prestados face a 2014 (84%) e a 2013 (91%).

Em termos de avaliação global, o ano em análise foi o que apresentou melhores resultados ao nível da satisfação (96%).

Identificação dos dadores: género, idade e profissão

Relativamente à distribuição dos dadores por GÉNERO, 70% dos dadores são homens e 29% são mulheres (gráfico 3).

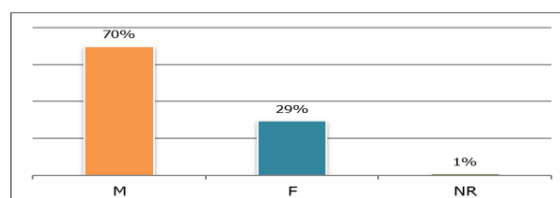


Gráfico 3. Gráfico de barras do género.

(n = 138: n masculino = 97, n feminino = 41)

A percentagem de mulheres tem decrescido ao longo do tempo, ao contrário dos homens (gráfico 4).

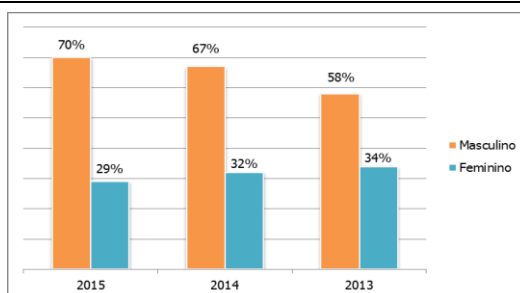


Gráfico 4. Gráfico de barras do género.
(2013-2015)

Considerando a amostra global, a IDADE média dos dadores situa-se nos 42 anos de idade.

A idade mínima é de 18 anos e a máxima é de 67 anos, verificando-se uma amplitude de 49 anos de idade.

Resultados muito semelhantes se verificaram em 2014 (41 anos de idade) e em 2013 (43 anos de idade).

A análise da PROFISSÃO dos dadores foi realizada tendo em consideração o sector de atividade. Dos dadores que estão empregados (86%), a maior parte exerce a sua profissão no setor terciário do qual fazem parte atividades que não produzem bens, mas prestam serviços. Apenas oito dadores reformados, dois desempregados e nove que não responderam. Diferenças mais acentuadas entre os dadores empregados em 2013 (69%) face aos 89% em 2014 e 86% em 2015.

Características gerais

No gráfico 5 constam os resultados relativos às características gerais.

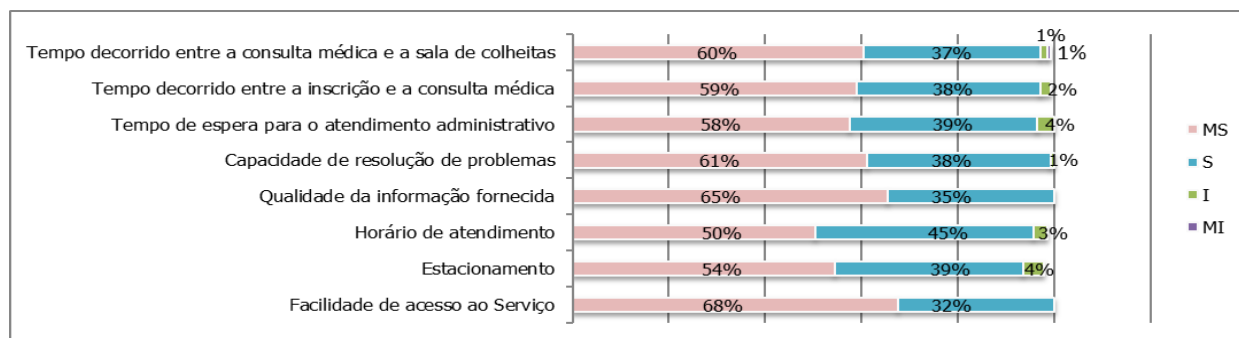


Gráfico 5. Gráfico de barras relativo às características gerais.
(n = 139)

Cinquenta e nove por cento dos dadores inquiridos encontram-se 'muito satisfeitos' com as características gerais do serviço de sangue.

Das características avaliadas, o 'horário de atendimento' é o que apresenta resultados mais baixos (50%) de dadores 'muito satisfeitos', o que vai de encontro aos comentários efetuados (ver "Comentários dos dadores").

Para as características 'facilidade de acesso ao serviço', 'capacidade de resolução de problemas', 'tempo de espera para o atendimento administrativo' e 'tempo decorrido entre a inscrição e a consulta médica' verificam-se em 2015 melhores resultados relativos aos dadores 'muito satisfeitos' face aos anos anteriores (gráfico 6).

Em relação às características 'qualidade da informação recebida' e o 'tempo decorrido entre a consulta médica e a sala de colheitas' a percentagem de dadores 'muito satisfeitos' mantém-se em linha com os anos anteriores (gráfico 6).

O mesmo não se verifica para as características 'estacionamento' e 'horário de atendimento' em que se observou uma diminuição dos dadores 'muito satisfeitos'.

Ao nível do 'estacionamento' esperavam-se melhores resultados, uma vez que os dadores de sangue não pagam estacionamento para vir dar sangue. Estes resultados podem ter duas explicações: a assistente técnica carimba e coloca a data no cartão de estacionamento, sendo que os dadores de sangue têm que se deslocar ao SABA para validar a saída do estacionamento sem terem custos associados. O aumento de colaboradores e a afluência de utentes ao hospital a determinadas horas faz com que seja difícil arranjar lugares livres.

O 'horário de funcionamento' sempre foi um ponto referido pelos dadores no sentido de quererem mais tempo disponível para efetuar a dádiva de sangue. Quando se mudaram as instalações do hospital, o horário das colheitas de sangue aos dadores foi alargado (antes o horário era das 9:00 às 12:00 agora é das 8:30 às 13:00). No entanto, os recursos existentes (espaço, equipamento e humanos) só permitem o horário em vigor de modo a que os procedimentos após colheita possam ser efetuados. De referir que há possibilidade de se efetuar colheitas ao sábado, desde que devidamente agendadas e com número que o justifique.

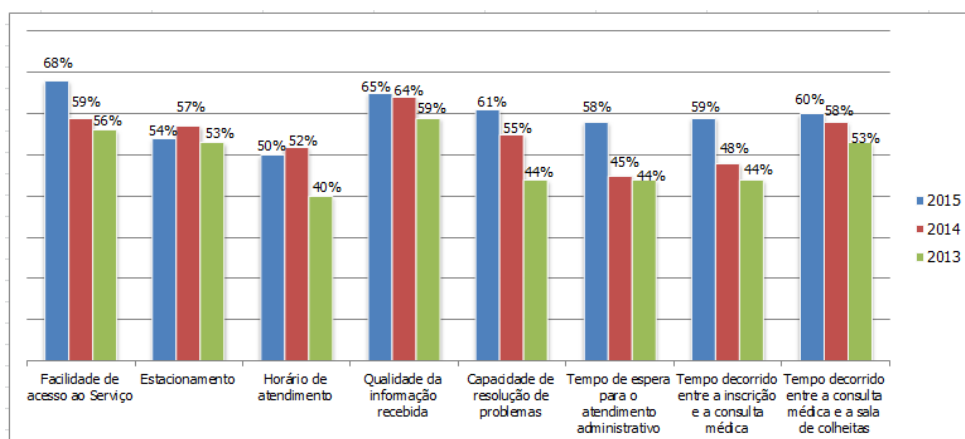


Gráfico 6. Gráfico de barras relativo aos dadores 'muito satisfeitos' para as características gerais.

(2013 - 2015)

Relação com os profissionais

Na relação com os profissionais, em termos da simpatia e do acolhimento, os resultados podem ser observados no gráfico 7.

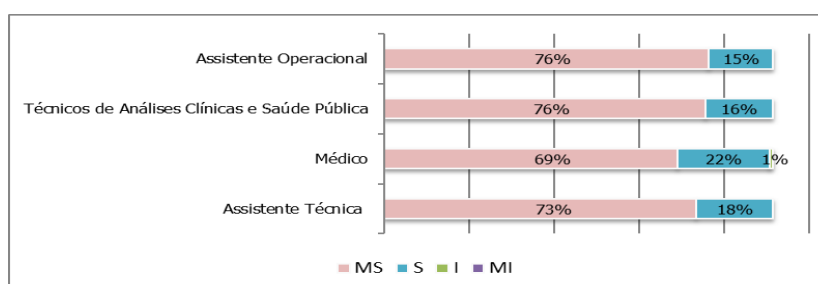


Gráfico 7. Gráfico de barras da relação com os profissionais (simpatia e acolhimento).

(n = 127)

Na relação com os profissionais, 74% dos dadores atribuíram a classificação de 'muito satisfeito' para todos os grupos profissionais.

Quando os resultados são comparados com os anos anteriores (2013 e 2014) verifica-se uma diminuição em relação aos dadores que responderam 'muito satisfeito' para todos os grupos profissionais (gráfico 8).

Ao longo do tempo, os grupos do 'assistente técnico' e do 'médico' são os que apresentam diferenças mais acentuadas (gráfico 8). De salientar que um por cento dos dadores assinalou a opção de 'insatisfeito' para o grupo do 'médico'. Em 2014, cinco por cento dos dadores assinalaram 'muito insatisfeito' para todos os grupos profissionais e um por cento de 'insatisfeito' apenas para a assistente técnica. Em 2015 verificam-se melhores resultados, na medida em que não há dadores muito insatisfeitos para nenhum dos grupos profissionais e apenas para o médico se verificou dadores insatisfeitos. Os profissionais devem refletir sobre estes resultados de forma a melhorar em 2016.

A componente simpatia e acolhimento constituem-se pontos a melhorar.

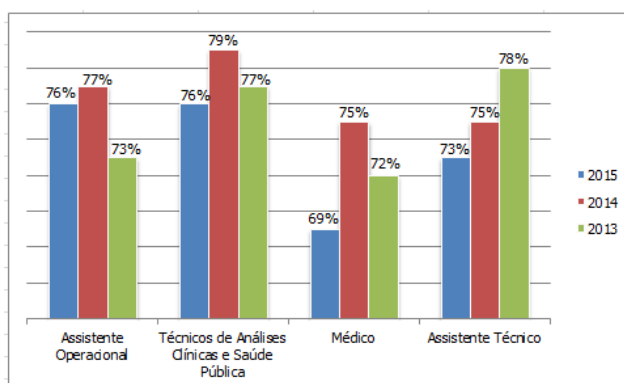


Gráfico 8. Gráfico de barras dos dadores 'muito satisfeitos' para a relação com os profissionais (simpatia e acolhimento) (2013 - 2015)

Competência dos profissionais

No gráfico 9 constam os resultados obtidos relativos à competência dos profissionais.

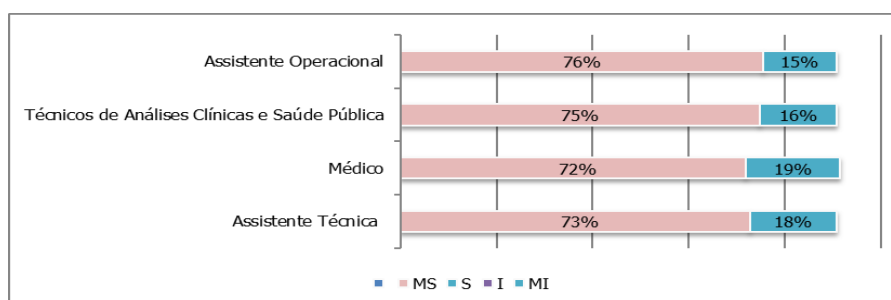


Gráfico 9. Gráfico de barras relativo à competência dos profissionais.

(n assistente operacional, n técnicos de análises clínicas e saúde pública, n assistente técnica = 126; n médico = 127)

Em relação à competência dos profissionais, 74% dos dadores atribuíram a classificação de 'muito satisfeito'.

Ao longo do tempo, verifica-se um aumento na percentagem dos dadores 'muito satisfeitos' no que se refere à avaliação da competência dos profissionais do serviço de sangue (gráfico 10).

Não deixa de ser curioso se compararmos estes resultados com os da relação com os profissionais (gráfico 7). Os dados sugerem que os dadores consideram os profissionais com um maior nível de competência, mas menos acolhedores.

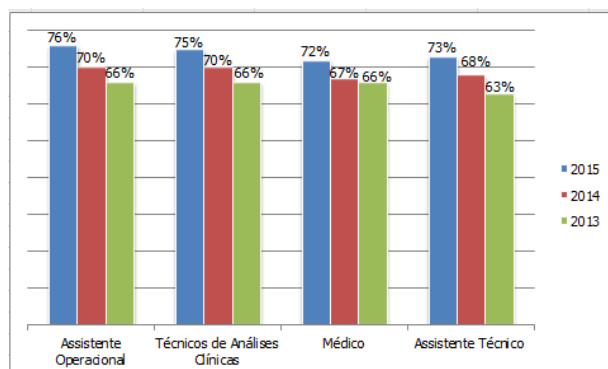


Gráfico 10. Gráfico de barras dos dadores 'muito satisfeitos' relativo à competência dos profissionais.
(2013 - 2015)

Instalações

Segue-se a apresentação dos resultados relativos aos parâmetros que constituem as instalações (gráfico 11).

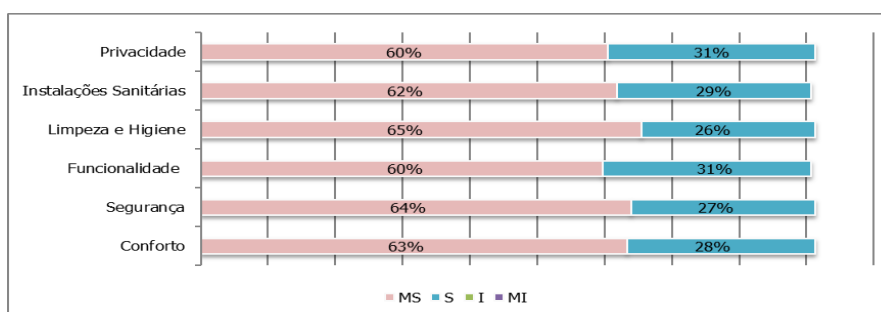


Gráfico 11. Gráfico de barras relativo às instalações.

(n conforto, n segurança, n limpeza e higiene, n privacidade = 127; n funcionalidade, n instalações sanitárias = 126)

Para as instalações, 72% dos dadores inquiridos atribuíram a classificação de 'muito satisfeito'.

Os parâmetros 'conforto', 'segurança', 'instalações sanitárias' e 'privacidade' foram melhor classificados este ano, com um aumento dos dadores que responderam 'muito satisfeito' (gráfico 12).

Pelo contrário, os parâmetros 'funcionalidade' e 'limpeza e higiene' tiveram uma redução do número de dadores que responderam 'muito satisfeito' (gráfico 12).

Os resultados referentes às 'instalações sanitárias' e à 'limpeza e higiene' vão ser reportados aos serviços hoteleiros para conhecimento.

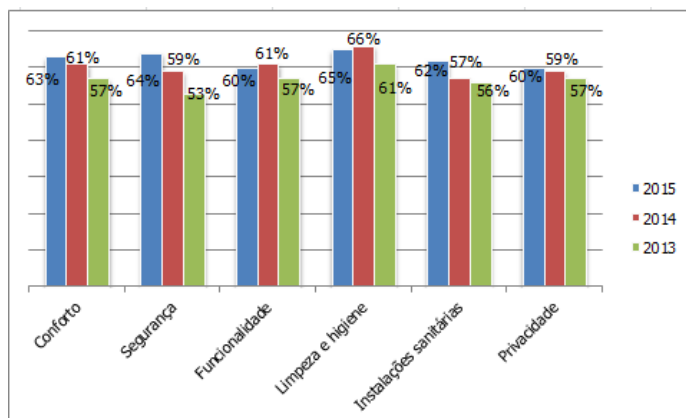


Gráfico 12. Gráfico de barras relativo aos dadores 'muito satisfeitos' para as instalações.
(2013 - 2015)

Comentários dos dadores

Ao longo do tempo, tem-se verificado um aumento do número de comentários que os dadores registam nos questionários. Em 2015 os dadores teceram 21 comentários, mais seis em relação a 2014 e mais 14 face a 2013.

Dos 21 comentários, dez constituem-se como limitações do serviço de sangue e 11 elogios.

"Alargamento do horário das dádivas."

Como referido anteriormente, quando se mudaram as instalações do hospital, o horário das colheitas de sangue aos dadores foi alargado (antes o horário era das 9:00 às 12:00 agora é das 8:30 às 13:00). Os recursos disponíveis em termos de espaço, equipamento e humanos só permitem este horário, na medida em que depois das colheitas de sangue, há toda a fase do processamento do sangue, armazenamento dos componentes e realização de análises.

"Deveria funcionar, pelo menos, num dia de fim de semana (sábado ou domingo), pois não posso durante a semana."

Esta possibilidade está contemplada desde que haja um grupo mínimo de dadores e que seja devidamente agendada. No entanto, convém referir que o serviço de sangue esteve aberto por algumas vezes ao sábado e com divulgação nos canais locais e o número de dadores não foi suficiente para justificar a abertura do serviço ao fim de semana.

"Na minha opinião, tinha todo o sentido se houvesse um bebedouro na sala de espera do serviço de imuno-hemoterapia".

Desde sempre o serviço de sangue teve água disponível para os dadores na sala de espera. Desde que se mudaram de instalações, o que se verificou foi um aumento muito significativo no consumo, e consequentemente na despesa, por utilizadores não dadores, o que fez com que a água passasse para o interior da sala de colheita, onde o acesso é restrito. Deste modo, os dadores podem beber água, mas apenas quando estão na sala de colheita. Uma solução será a colocação de uma informação na área da receção a indicar que existe água na sala de colheita para o caso do dador querer beber água enquanto aguarda na sala de espera. Outra hipótese, a verificar se é possível, consiste na colocação de jarro ou garrafa com água e copos de plástico em cima do balcão.

“Alargar o horário para as dádivas e aumentar o número de dias disponíveis para a dádiva para quatro em vez dos três dias.”

A questão do horário foi explicada anteriormente. Não há possibilidade de aumentar o número de dias disponíveis para a dádiva por motivos de infraestrutura, logística e recursos humanos. As terças e quintas-feiras estão reservadas para os utentes do hospital de dia de imuno-hemoterapia que não podem estar misturados com os dadores.

“Deveria haver mais dias para a dádiva de sangue.”

Este ponto foi explicado anteriormente.

“Despachar mais depressa as pessoas que vêm dar sangue.”

Em 2015, os dados apontam para melhorias ao nível dos tempos de espera para o atendimento administrativo, tempo decorrido entre a inscrição e a consulta médica e o tempo que decorre entre a consulta médica e a sala de colheitas, mas é certamente um ponto que vai continuar a merecer a atenção do serviço de sangue.

Convém referir que para o utente que espera, a sensação de tempo decorrido é uma perceção individual quase sempre mais alargada que a realidade. Se o utente fosse informado do tempo real de espera no dia da consulta e quanto tempo vai ter que esperar, para além de se sentir informado e respeitado, poderia ocupar o seu tempo com outras atividades diminuindo a sua ansiedade ou até, em casos extremos, voltar noutro dia. Este projeto foi proposto pela Direção do Serviço de Sangue à Direção de Sistemas de Informação em âmbito do plano de atividades à comissão executiva.

“O único aspeto a melhorar está relacionado com o horário.”

Ponto refletido anteriormente.

“Gostava que as dádivas se fizessem durante os cinco dias úteis da semana como acontece na maior parte dos hospitais do distrito de Lisboa até porque dispõem de todas as condições para tal.”

Não há possibilidade de haver colheitas todos os dias da semana pelos motivos expostos anteriormente. As terças e quintas-feiras estão reservadas para os doentes que não podem estar misturados com os dadores.

“Sou dador de livre e espontânea vontade, nada me obriga. Gostava de ver repostado o direito à isenção de cuidados médicos, respetivos exames ou análises assim como as taxas moderadoras. Deixei de receber a carta com os valores das análises (1 ano). Não tenho mail. Fui chamado ao serviço de sangue para fazer um exame e tive de pagar a respetiva taxa assim como a análise. Como em cima referi, nada me obriga, mas são coisas tão pequenas como esta que marcam a diferença.”

A questão das taxas moderadoras ultrapassa o serviço de sangue e o hospital. Apenas o governo pode alterar o que está em vigor em matéria de taxas moderadoras. O facto de não ter recebido carta com os resultados das análises está relacionado com alterações que foram detetadas e que determinaram a vinda do dador à consulta de dador de sangue. É uma questão que deve ser abordada pelos dadores quando vêm dar sangue para que o serviço de sangue possa averiguar no momento a razão de ser. Na presença de alterações nas análises, as consultas de controlo de dador são muito importantes para a sua saúde, mas não são isentas de pagamento. Pode ser que esta questão fique resolvida com a nova legislação, conforme anunciado pelo Ministro da Saúde em dezembro de 2015.

“Horário de atendimento mais alargado.”

Ponto anteriormente explicado.

“Nada a apontar. Continuem assim!”

“Nada a referir.”

“Tudo excelente, como sempre.”

“Todo o processo está muito funcional desde a inscrição até à dádiva propriamente dita. No que diz respeito a sugestões, não tenho nenhuma a dar, exceto que se continue com o excelente serviço que tem sido prestado até hoje.”

“Não, para mim, está tudo bem.”

“Sem comentários. Ótimo.”

“Tudo OK. Obrigado.”

“Nada a registar.”

“Em termos gerais, sinto-me satisfeito com o serviço e com o atendimento pelo que gosto de dar sangue neste estabelecimento hospitalar.”

“Nada a assinalar.”

“Não há nenhum aspeto que gostasse de ver melhorado nem há sugestões a fazer.”

É muito gratificante quando vemos o nosso trabalho ser reconhecido pelo que estas opiniões são muito importantes para quem contacta com os dadores de sangue. Também mostram que os dadores estão atentos à nossa forma de estar e de trabalhar. Não deixa de ser curioso observar a diferença de uns comentários para outros.

Considerações

Ao longo da análise dos resultados foram-se tecendo comentários e feitas recomendações.

Uma vez que a maioria dos dadores escreveu o nome nos questionários, sugere-se que se responda a cada um dos comentários não só para incentivar a que o dador continue a fazer os comentários que considere importantes como também mostra que o serviço de sangue dá a atenção merecida aos comentários e que umas sugestões são possíveis de implementar e outras não, pelo menos, no futuro próximo.

Apesar de existirem melhorias que o serviço pode sempre implementar, a avaliação global é positiva e muito satisfatória.

Resultados dos questionários de avaliação da satisfação aos doentes

A recolha das respostas decorreu durante os meses de outubro e novembro. Apenas 17 doentes devolveram os questionários. Verifica-se pouca adesão dos doentes aos questionários. Em 2014 não foi feita análise dos dados por se ter obtido apenas oito respostas. Em 2013 o serviço de sangue conseguiu dez respostas. A fraca adesão deve-se ao facto dos doentes apresentarem uma idade avançada, não se sentirem com disposição para responder a questionários e por o hospital ter ligado a solicitar opinião sobre os cuidados prestados. No relatório de revisão pela gestão de 2014 foi sugerida uma outra alternativa, como seja um questionário mais pequeno, uma outra forma de avaliação ou um período mais alargado para a distribuição dos questionários. **Em relação a 2015 é feita a análise dos dados, mas recomenda-se que o serviço de sangue inicie mais cedo a distribuição dos questionários de modo a obter maior número de respostas.**

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

Alguns gráficos apresentam as seguintes siglas: MI – Muito Insatisfeito, I – Insatisfeito, S – Satisfeito, MS – Muito Satisfeito, NR – Não respondeu.

Avaliação da satisfação com os cuidados de saúde

Sessenta e cinco por cento dos doentes estão 'muito satisfeitos' com os cuidados de saúde que foram prestados pelo serviço de imuno-hemoterapia em 2015 (gráfico 13).

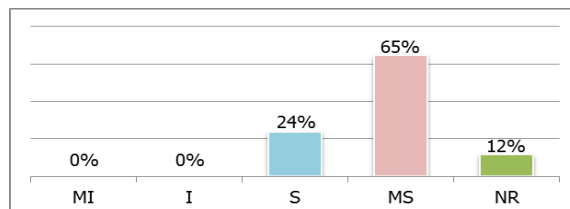


Gráfico 13. Gráfico de barras relativo aos cuidados de saúde prestados pelo serviço de sangue.

(n = 15)

Em 2013 e 2014 os questionários de avaliação da satisfação apenas dispunham de duas opções: 'satisfeito' e 'insatisfeito'. Pode-se afirmar que, em 2015, 89% dos doentes que responderam ao questionário se encontram satisfeitos com os cuidados de saúde prestados face a 2013 (100%). **Verifica-se, assim, uma diminuição da satisfação dos doentes.**

Identificação dos doentes: género, idade e profissão

Relativamente à distribuição dos dados por GÉNERO, 65% dos doentes são homens e 29% são mulheres (gráfico 14).

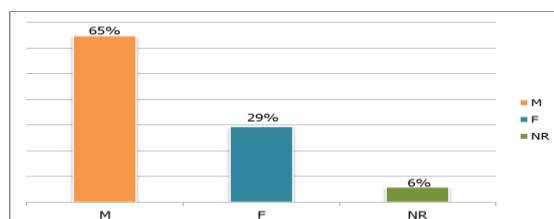


Gráfico 14. Gráfico de barras do género.

(n = 16: n masculino = 11, n feminino = 5)

Face a 2013, a percentagem de mulheres diminuiu, ao contrário dos homens (gráfico 15).

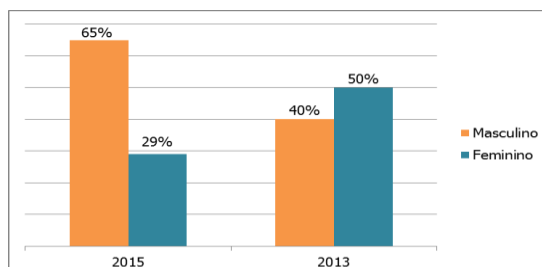


Gráfico 15. Gráfico de barras do género.

(2013 e 2015)

Considerando a amostra global, a IDADE média dos doentes situa-se nos 57 anos de idade.

A idade mínima é de 22 anos e a máxima é de 76 anos, verificando-se uma amplitude de 54 anos de idade.

Em 2013 a idade média dos doentes foi de 63 anos.

Em relação à PROFISSÃO, 53% exerce a sua profissão no setor terciário do qual fazem parte atividades que não produzem bens, mas prestam serviços. Apenas dois reformados, um desempregado e cinco que não responderam.

Diferenças mais acentuadas entre os doentes empregados em 2013 (20%) face aos 53% em 2015.

Características gerais

No gráfico 16 constam os resultados relativos às características gerais.

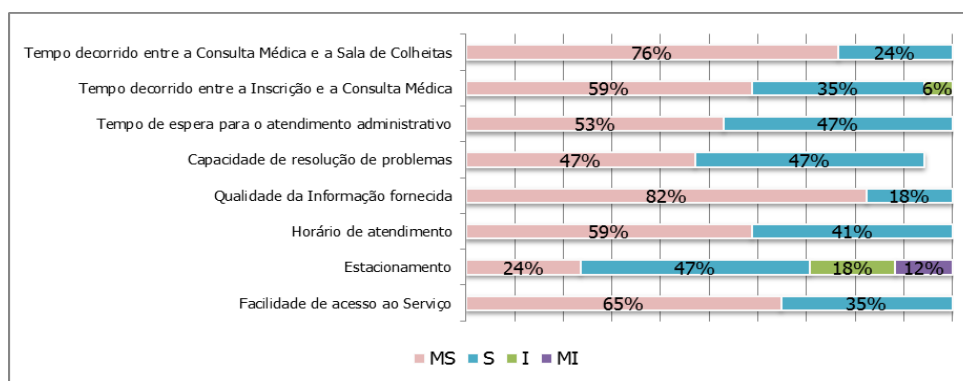


Gráfico 16. Gráfico de barras relativo às características gerais.

(n = 17)

Cinquenta e oito por cento dos inquiridos encontram-se 'muito satisfeitos' com as características gerais do serviço de sangue.

Das características avaliadas, o 'estacionamento' é o que apresenta resultados mais baixos (24%) de doentes 'muito satisfeitos' e a única a apresentar 'muito insatisfeitos' (12%). O acordo que existe entre a empresa do estacionamento e o hospital é apenas para os dados. Atualmente, não há a possibilidade dos doentes usufruírem do estacionamento sem terem custos associados. Os doentes que vêm ao serviço de sangue apresentam os mesmos direitos e deveres de todos os utentes do hospital.

Para todas as características avaliadas, em 2015, verifica-se um aumento na percentagem de doentes 'muito satisfeitos' face a 2013 (gráfico 17). As maiores diferenças verificam-se ao nível da 'qualidade da informação fornecida' e do 'tempo decorrido entre a consulta médica e a sala de colheitas'. O 'estacionamento' foi a característica onde a diferença verificada entre os dois anos foi menor.

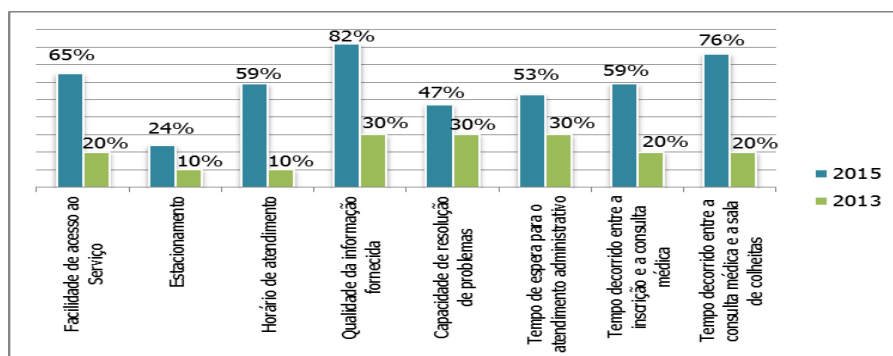


Gráfico 17. Gráfico de barras relativo aos doentes 'muito satisfeitos' para as características gerais.

(2013 e 2015)

Relação com os profissionais

Na relação com os profissionais, em termos da simpatia e do acolhimento, os resultados podem ser observados no gráfico 18.

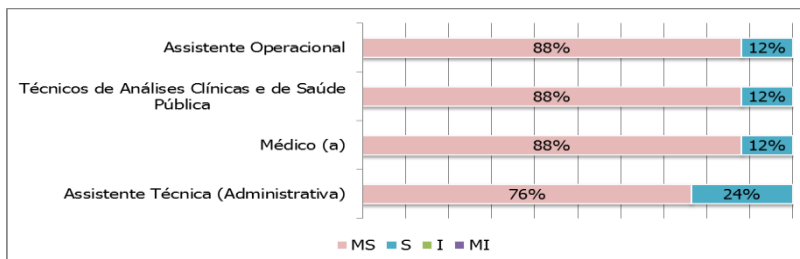


Gráfico 18. Gráfico de barras da relação com os profissionais (simpatia e acolhimento).
(n = 17)

Na relação com os profissionais, 85% dos doentes atribuíram a classificação de 'muito satisfeito' para todos os grupos profissionais.

Quando os resultados são comparados com 2013 verifica-se um aumento dos doentes que responderam 'muito satisfeito' para todos os grupos profissionais (gráfico 19).

Os grupos do 'assistente operacional' e do 'médico' são os que apresentam diferenças mais acentuadas (gráfico 19). Estes dados são muito diferentes dos obtidos para os dadores em que os profissionais são os mesmos, mas o grupo de utentes é diferente.

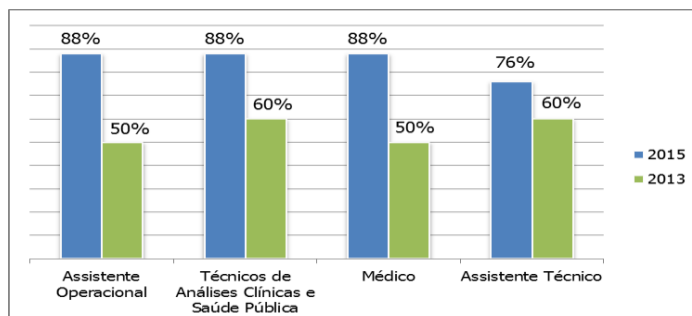


Gráfico 19. Gráfico de barras dos dadores 'muito satisfeitos' para a relação com os profissionais (simpatia e acolhimento) (2013 e 2015)

Competência dos profissionais

No gráfico 20 constam os resultados obtidos relativos à competência dos profissionais.

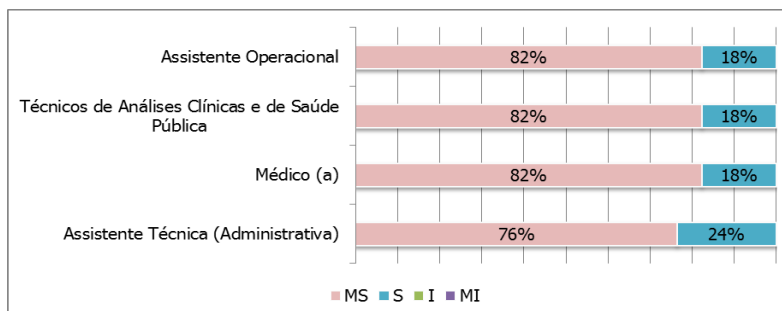


Gráfico 20. Gráfico de barras relativo à competência dos profissionais.
(n = 17)

Em relação à competência dos profissionais, 81% dos doentes atribuíram a classificação de 'muito satisfeito'.

Face a 2013 verifica-se um aumento na percentagem de doentes 'muito satisfeitos' no que se refere à avaliação da competência dos profissionais do serviço de sangue com destaque positivo para o grupo dos técnicos de análises clínicas e saúde pública (gráfico 21).

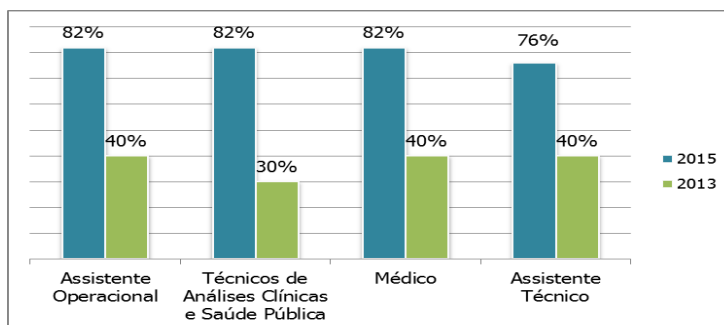


Gráfico 21. Gráfico de barras dos doentes 'muito satisfeitos' relativo à competência dos profissionais.
(2013 e 2015)

Instalações

Segue-se a apresentação dos resultados relativos aos parâmetros que constituem as instalações (gráfico 22).

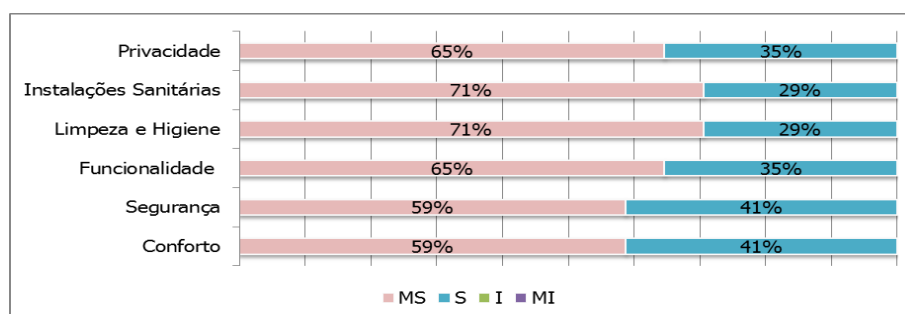


Gráfico 22. Gráfico de barras relativo às instalações.
(n = 17)

Para as instalações, 65% dos inquiridos atribuíram a classificação de 'muito satisfeito'.

Todos os parâmetros foram melhor classificados em 2015, com um aumento dos doentes que responderam 'muito satisfeito' face a 2013 (gráfico 23). As características que apresentam uma maior diferença entre os dois anos são a 'funcionalidade' e a 'privacidade' (gráfico 23).

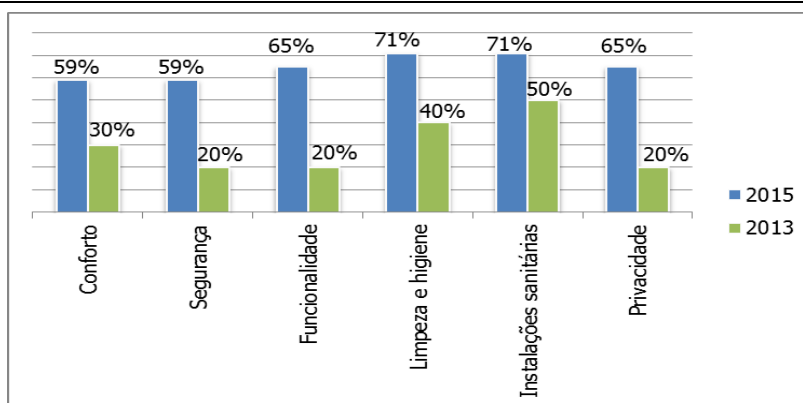


Gráfico 23. Gráfico de barras relativo aos doentes 'muito satisfeitos' para as instalações.
(2013 e 2015)

Comentários dos doentes

Em 2015 foram efetuados dois comentários, apenas um a mais face a 2013.

Em relação aos doentes, os dados tecem mais comentários.

“Que continuem com o trabalho desta forma.”

“Neste serviço, onde sou atendida há muitos anos, nada tenho a reclamar, pelo contrário, sempre fui bem atendida.”

O serviço de sangue agradece e fica sensibilizado com os comentários feitos pelos doentes.

Avaliação da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes do Hospital de Vila Franca de Xira

Na apresentação de resultados da avaliação da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes do Hospital de Vila Franca de Xira constam as seguintes informações:

- Efetuadas 21 entrevistas aos utentes do hospital de dia imuno-hemoterapia de um total de 90 entrevistas ao hospital de dia do Hospital de Vila Franca de Xira.
- Oitenta e nove por cento dos utentes estão satisfeitos com o hospital de dia do Hospital Vila Franca de Xira.
- Dimensões com valorizações médias superiores a 90% para 'médicos' (95%), 'enfermeiros' (92%), 'lealdade' (92%) e 'qualidade global' (90%). Não se verificam muitas diferenças em comparação com os anos anteriores (2012 a 2014).
- Dimensões com valorizações médias entre 80% e 90% para as 'instalações' (89%), 'satisfação' (89%), 'exames e tratamentos' (89%), 'pessoal auxiliar' (88%), 'recepção' (87%), 'processo de admissão' (87%), imagem (86%) e reclamações (81%).
- Dimensões com valorizações médias inferiores a 80% para o 'tempo de espera' (80%) e 'alimentação' (79%).
- Em comparação com anos anteriores, as 'instalações', o 'pessoal auxiliar', a 'recepção' e o 'tempo de espera' foram as dimensões em que se verificou uma diminuição ao nível da satisfação.
- Pelo contrário, nas dimensões 'satisfação', 'reclamações' e 'alimentação' verificou-se um aumento no nível de satisfação.
- Indicadores Top 10: competência e profissionalismo do médico, forma como o médico explicou a condição do utente, atenção e disponibilidade demonstrada pelo médico, qualidade global do desempenho do médico,

probabilidade de voltar a escolher o hospital em caso de necessidade, competência e profissionalismo dos enfermeiros, simpatia e disponibilidade dos enfermeiros, qualidade global dos serviços prestados na realização de tratamentos, limpeza e higiene das instalações e qualidade global do desempenho do pessoal de enfermagem.

- Indicadores Bottom 10: hospital de confiança, apoio durante a refeição, tempo de espera para a realização de tratamentos, tempo de espera até ser atendido na receção, perceção sobre a forma de resolução de uma hipotética reclamação (utentes não reclamantes), expectativa global sobre a qualidade geral do hospital, tempo de espera entre o fim do tratamento e a saída do hospital, qualidade global da alimentação e dos serviços associados, tempo de espera para ser atendido e qualidade das refeições.
- Ao nível do hospital de dia as atuações mais eficazes para a melhoria e manutenção dos níveis de satisfação por parte dos clientes do Hospital de Vila Franca de Xira passam pelas dimensões da 'imagem' e dos 'exames e tratamentos'. Quanto à 'imagem': hospital de confiança, hospital que se preocupa com os seus utentes e hospital experiente. Em relação aos 'exames e tratamentos': tempo de espera para a realização de tratamentos, simpatia e disponibilidade dos técnicos de saúde responsáveis e competência e profissionalismo dos técnicos de saúde responsáveis.

Considerações

Ao longo da análise dos resultados foram-se tecendo comentários.

O questionário distribuído pelo serviço de sangue é específico pelo que a análise aos doentes não deve ficar restrito aos dados recolhidos pelo hospital.

A avaliação efetuada pelo hospital englobou os vários hospitais de dia que existem: imuno-hemoterapia, médico polivalente, oncologia, psiquiatria e a hemodiálise não sendo possível distinguir os resultados obtidos para cada um deles.

A avaliação global é positiva e muito satisfatória.

Resultados dos questionários de avaliação da satisfação aos serviços

O questionário foi disponibilizado online com a finalidade de aumentar a participação dos profissionais. A recolha das respostas decorreu durante os meses de outubro a novembro, tendo sido enviados 766 questionários e devolvidos 95. A taxa de resposta foi de 12%.

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

A comparação dos dados é feita apenas com 2014. Em 2013 não foi realizada a avaliação da satisfação dos serviços, por motivos de mudança de instalações do hospital. Na altura, considerou-se que seria melhor deixar passar um tempo para que os serviços se habituassem às novas instalações e toda a envolvente estivesse mais estável.

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

Relativamente à distribuição por GÉNERO, cerca de 72% são mulheres e 28% são homens (gráfico 24).

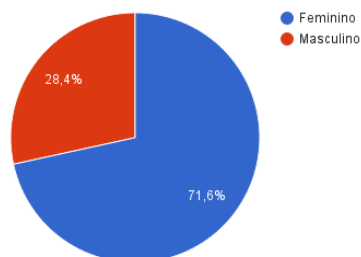


Gráfico 24. Gráfico circular do género.

Os dados estão em linha com o ano anterior (gráfico 25).

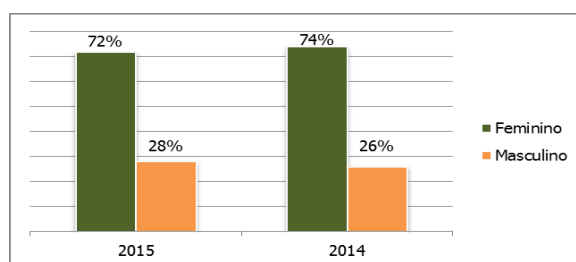


Gráfico 25. Gráfico de barras do género.
(2014 e 2015)

Em relação à FAIXA ETÁRIA, a maioria dos respondentes situa-se entre os 30 e os 40 anos (gráfico 26), o mesmo se verificou em 2014.

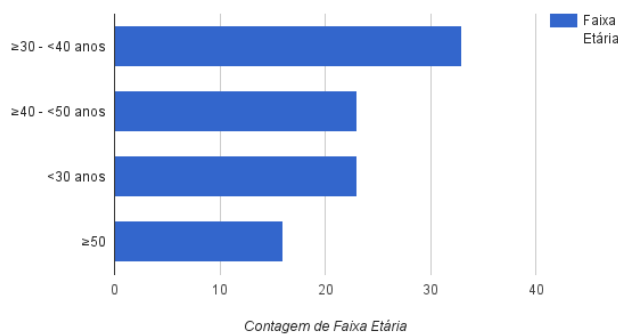


Gráfico 26. Gráfico de barras da faixa etária.
(n = 95)

Para a CATEGORIA PROFISSIONAL, 58% dos profissionais são enfermeiros e 42% são médicos (gráfico 27). Resultados muito semelhantes aos obtidos em 2014 (gráfico 28).

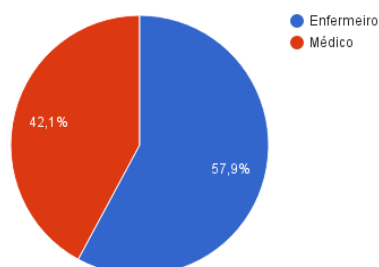


Gráfico 27. Gráfico circular da categoria profissional.
(n = 95; n enfermeiros = 56, n médicos = 39)

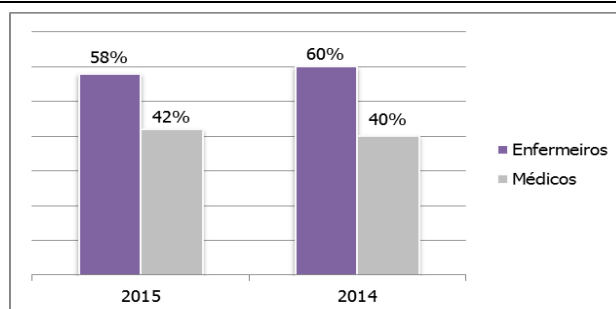


Gráfico 28. Gráfico de barras da categoria profissional.
(2014 e 2015)

Em relação ao TEMPO DE SERVIÇO NO HOSPITAL, 59% dos profissionais que responderam ao questionário têm pouco tempo de serviço (entre um a dez anos) e 41% estão no hospital há mais de dez anos (gráfico 29). Em 2014, houve uma maior percentagem de profissionais com um tempo de serviço inferior a dez anos (68%) em comparação com os 32% de profissionais a exercerem funções há mais de dez anos no hospital (gráfico 30).

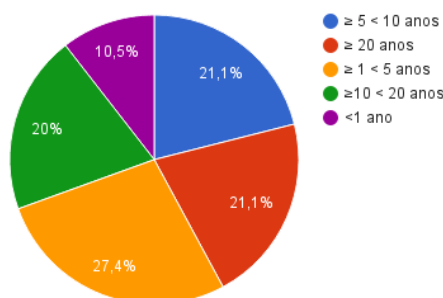


Gráfico 29. Gráfico circular relativo ao tempo de exercício de funções no hospital.
(n = 95)

É interessante verificar a **diminuição de profissionais até cinco anos de tempo de serviço no hospital em 2015 face a 2014 e, pelo contrário, o aumento de profissionais com tempo igual ou superior a cinco anos** (gráfico 30).

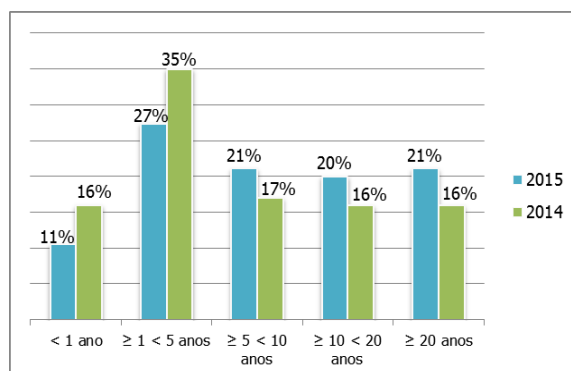


Gráfico 30. Gráfico de barras relativo ao tempo de exercício de funções no hospital.
(2014 e 2015)

Em relação ao SERVIÇO ONDE OS PROFISSIONAIS EXERCEM FUNÇÕES, a maioria dos respondentes pertence aos serviços da cirurgia geral, unidade de cuidados intensivos e outro. Em 2014 os serviços não eram os mesmos

(urgência geral, pediatria e medicina interna). Menor número de profissionais que não identificou o serviço onde exercem funções (12) face aos 34 profissionais de 2014. Esta resposta é opcional, mas em 2016 deixou de o ser.

Atendimento telefónico do serviço de sangue

O atendimento telefónico é avaliado segundo os seguintes parâmetros: rapidez de atendimento, cordialidade e educação, disponibilidade, esclarecimento das dúvidas, facilidade de contacto com o colaborador solicitado e capacidade de resolução de problemas.

O atendimento telefónico foi considerado 'satisfatório' para todos os parâmetros avaliados, estando em linha com 2014 (gráficos 31 e 32).

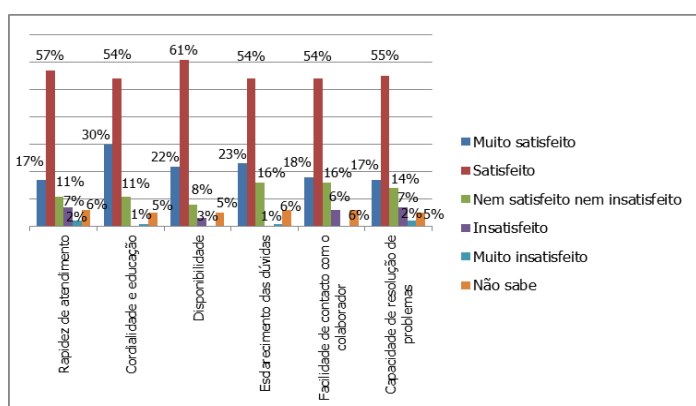


Gráfico 31. Gráfico de barras do atendimento telefónico do serviço de sangue (n = 95).

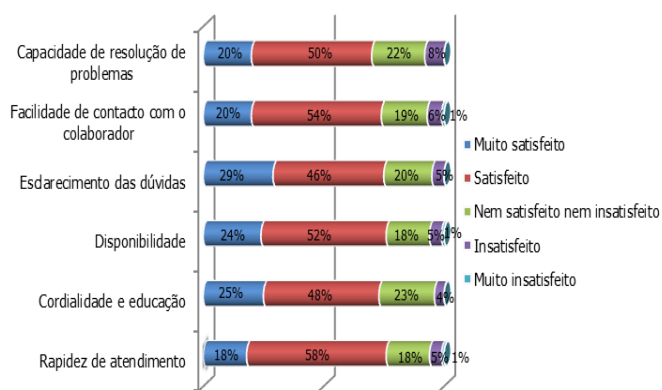


Gráfico 32. Gráfico de barras do atendimento telefónico do serviço de sangue (2014).

Para os parâmetros 'cordialidade e educação', 'disponibilidade', 'esclarecimento das dúvidas' e 'capacidade de resolução de problemas' verifica-se um aumento na percentagem de profissionais que estão 'satisfeitos' com o atendimento telefónico do serviço de sangue face a 2014. Para os parâmetros 'rapidez de atendimento' e 'facilidade de contacto com o colaborador' não se verificaram alterações (gráfico 33).

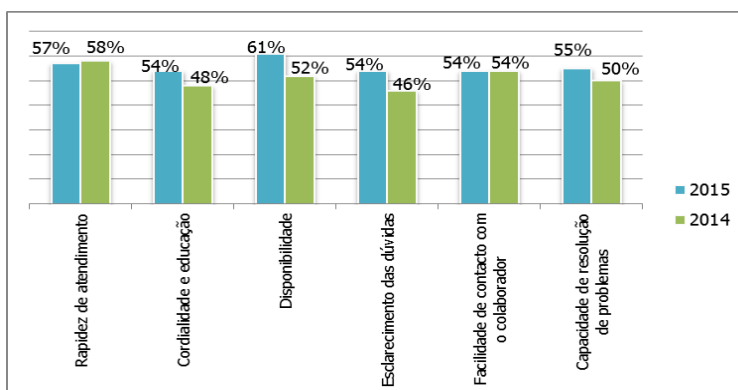


Gráfico 33. Gráfico de barras dos serviços 'satisfeitos' com o atendimento telefónico do serviço de sangue (2014 e 2015)

É curioso que a melhoria incide nos parâmetros que implicam a comunicação dos profissionais dos serviços com os do serviço de sangue enquanto os que não sofreram alterações dizem respeito ao acesso ao serviço de sangue por parte dos outros serviços (gráfico 33).

Tempo de resposta do serviço de sangue

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

O tempo de resposta foi considerado 'satisfatório' para todos os parâmetros avaliados, estando em concordância com 2014 (gráficos 34 e 35).

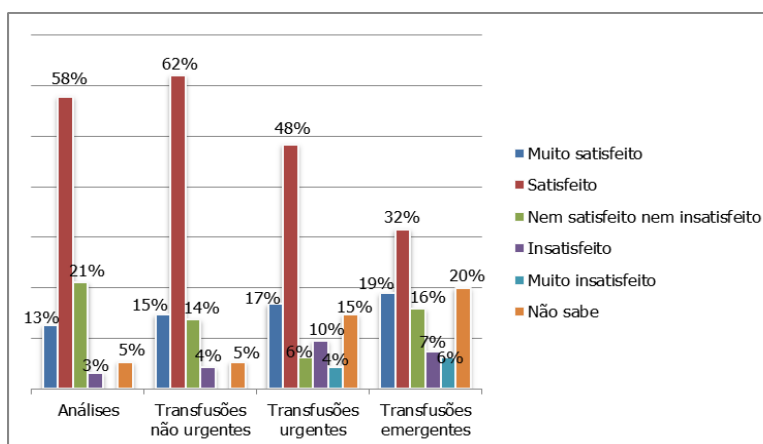


Gráfico 34. Gráfico de barras do tempo de resposta do serviço de sangue (n = 95).

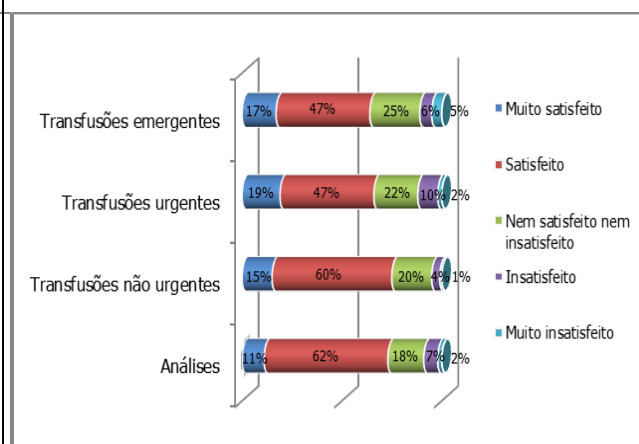


Gráfico 35. Gráfico de barras do tempo de resposta do serviço de sangue (2014).

Para as 'transfusões não urgentes' e 'transfusões urgentes' os resultados estão alinhados em ambos os anos. Ao nível das 'análises' há uma diminuição dos serviços que responderam 'satisfeito' em 2015 (58%) em comparação com 2014 (62%). A diferença mais acentuada constata-se para as 'transfusões emergentes' (32% em 2015 face aos 47% em 2014) (gráfico 36).

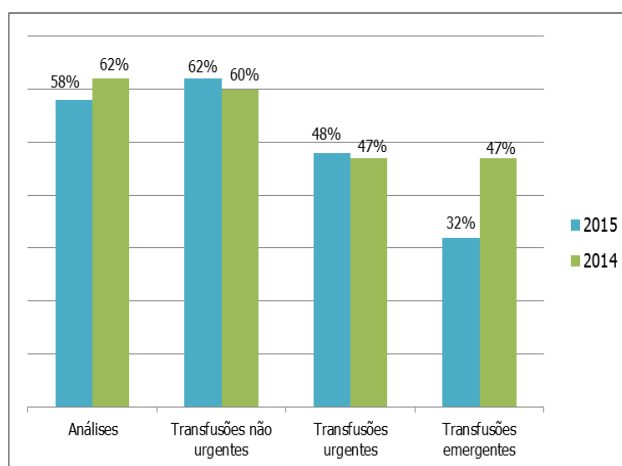


Gráfico 36. Gráfico de barras dos serviços 'satisfeitos' com o tempo de resposta do serviço de sangue (2014 e 2015).

Em relação às 'análises', a questão prende-se com o facto do médico não saber efetuar a respetiva consulta já que todos os resultados de rotina são disponibilizados online no próprio dia e de dois a três dias para estudos mais complexos. A estratégia passa pelo reforço da divulgação de como chegam aos resultados.

Para os tempos de resposta nas situações de transfusão emergente, está a decorrer a avaliação das causas em colaboração com o departamento da qualidade, já que se apurou que o serviço mais insatisfeito com esta questão é a unidade de cuidados intensivos.

Qualidade da documentação e adequação às necessidades

A avaliação da qualidade da documentação e respetiva adequação às necessidades dos serviços incide sobre a requisição de sangue e componentes, manuais publicados na intranet e instruções de trabalho.

A qualidade da documentação foi considerada 'satisfatória' para todos os parâmetros avaliados, estando em concordância com 2014 (gráficos 37 e 38).

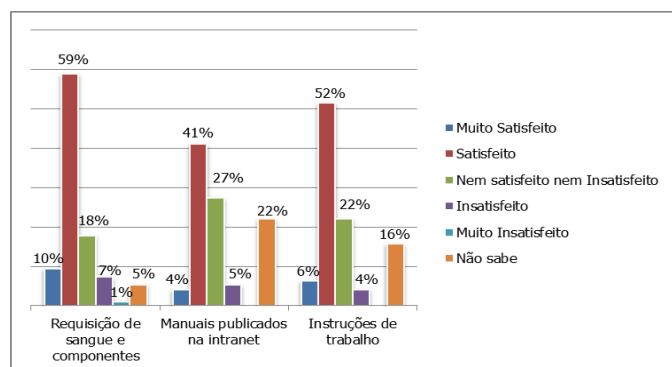


Gráfico 37. Gráfico de barras da qualidade da documentação (n = 95).

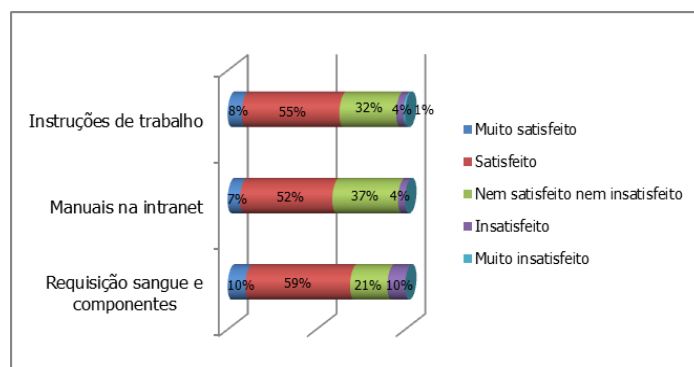


Gráfico 38. Gráfico de barras da qualidade da documentação (2014).

Em relação à 'requisição de sangue e componentes' não se verificam diferenças em relação aos dois anos (59% em 2014 e 2015). Uma diminuição dos profissionais que assinalaram a opção 'satisfeito' para os 'manuais publicados na intranet' (41% em 2015 e 52% em 2014) e para as 'instruções de trabalho' (52% em 2015 e 55% em 2014) (gráfico 39).

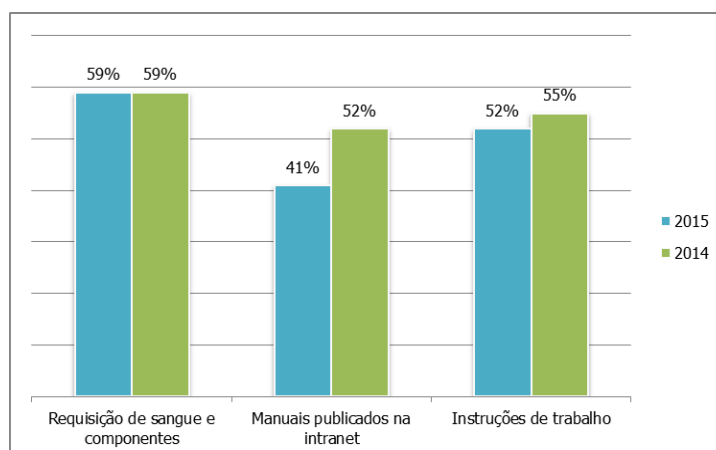


Gráfico 39. Gráfico de barras dos serviços 'satisfeitos' com a qualidade da documentação e adequação às necessidades (2014 e 2015).

Em relação a este ponto, o serviço de sangue deve equacionar a possibilidade de rever os manuais que tem disponíveis na intranet e as instruções de trabalho que dá a conhecer aos serviços para avaliar a adequação dos mesmos aos serviços.

Qualidade e clareza

A classificação da qualidade e clareza abrange as informações prestadas, os resultados e relatórios de análises, a identificação dos componentes e o formulário de identificação positiva da transfusão.

A qualidade e clareza foram consideradas satisfatórias para todos os parâmetros avaliados, estando em concordância com 2014 (gráficos 40 e 41).

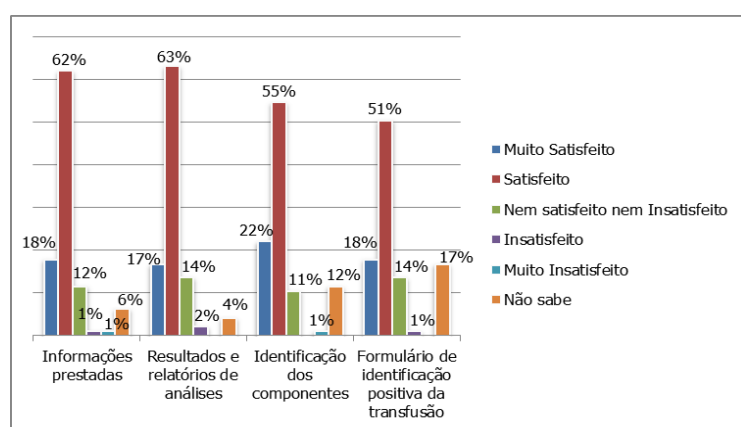


Gráfico 40. Gráfico de barras relativo à qualidade e clareza (n = 95).

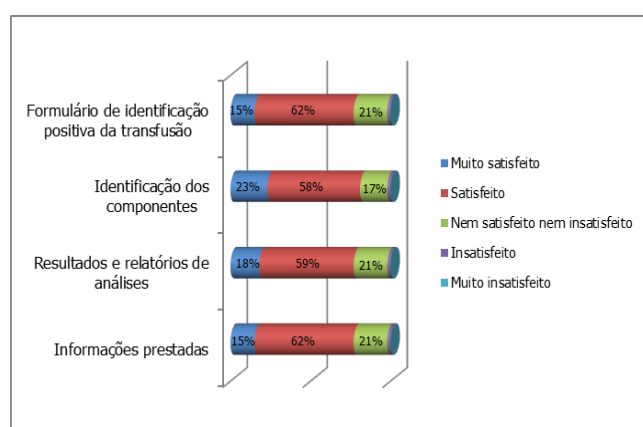


Gráfico 41. Gráfico de barras relativo à qualidade e clareza (2014).

Ao nível das 'informações prestadas' não se verificam alterações entre os dois anos. Maior percentagem de profissionais 'satisfeitos' com os 'resultados e relatórios de análises' em 2015 (63%) em relação a 2014 (59%). No período de análise também se verificou uma diminuição dos profissionais que atribuíram a classificação de 'satisfeito' para os parâmetros 'identificação dos componentes' (55%) e 'formulário de identificação positiva da transfusão' (51%) em comparação com 2014 (58% e 62%, respetivamente) (gráfico 42).

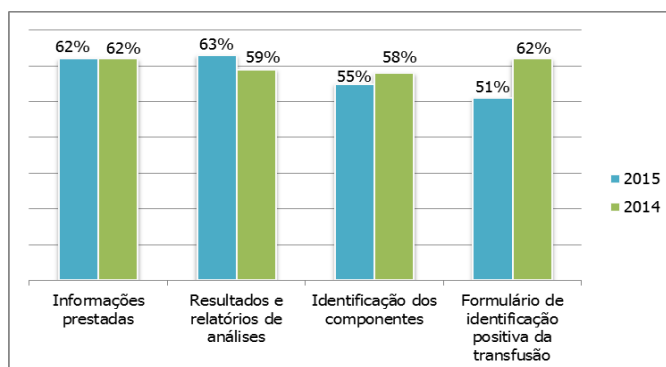


Gráfico 42. Gráfico de barras relativo aos serviços 'satisfeitos' com a qualidade e clareza (2014 e 2015).

Não foram feitas alterações ao nível da 'identificação dos componentes' e do 'formulário de identificação positiva da transfusão' nestes dois anos pelo que não se compreendem os motivos que levaram à diminuição dos profissionais 'satisfeitos'. Há sempre que colocar a hipótese dos respondentes serem outros diferentes dos do ano passado. Uma sugestão pode passar por enviar aos enfermeiros chefe os resultados e pedir para avaliarem junto dos seus colaboradores, as razões da insatisfação.

Avaliação global

Para a avaliação global do serviço de sangue concorrem os seguintes parâmetros: disponibilidade, qualidade, eficácia e eficiência.

De um modo geral, os profissionais que responderam ao questionário sentem-se satisfeitos em relação aos quatro parâmetros avaliados, estando em concordância com 2014 (gráficos 43 e 44).

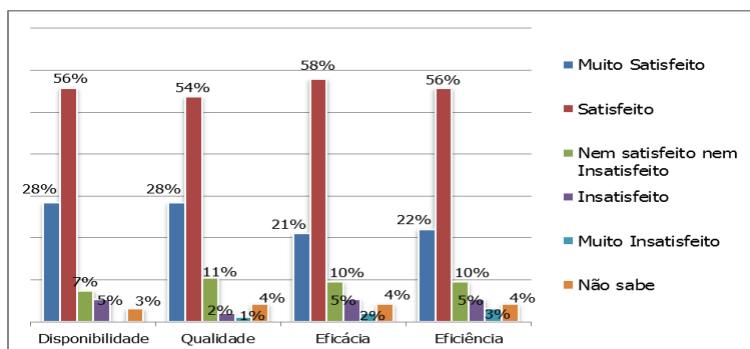


Gráfico 43. Gráfico de barras relativo à avaliação global do serviço de sangue (n = 95).

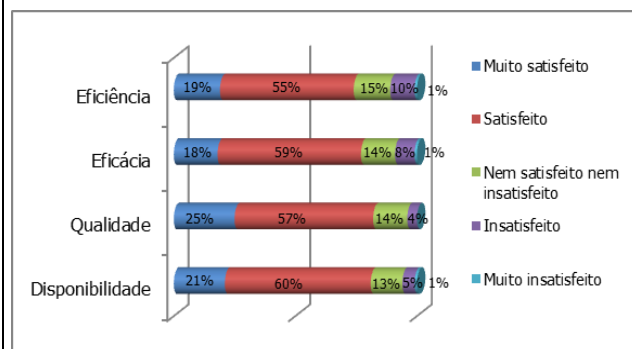


Gráfico 44. Gráfico de barras relativo à avaliação global do serviço de sangue (2014).

Com exceção da 'qualidade', constata-se um aumento dos serviços 'muito satisfeitos' e 'satisfeitos' ao nível da 'disponibilidade', 'eficácia' e 'eficiência' em comparação com 2014 (gráfico 45).

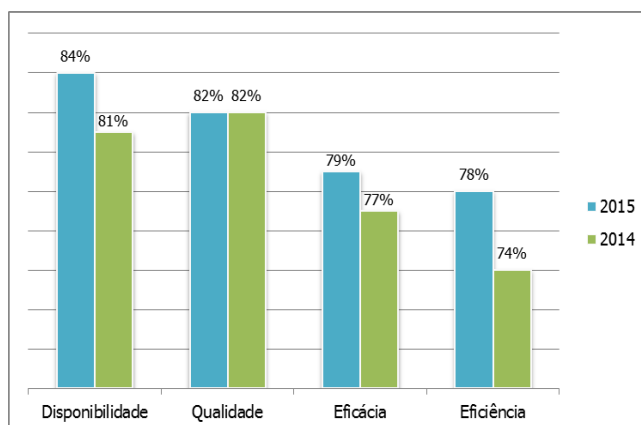


Gráfico 45. Gráfico de barras relativo aos serviços 'muito satisfeitos' e 'satisfeitos' com a avaliação global (2014 e 2015).

Conhecimento dos serviços prestados pelo serviço de sangue

Para além da medicina transfusional, pretende-se saber se os serviços têm conhecimento de todos os serviços prestados pelo serviço de sangue.

Cinquenta e dois por cento dos profissionais não têm conhecimento de todos os serviços prestados pelo serviço de sangue (gráfico 46).

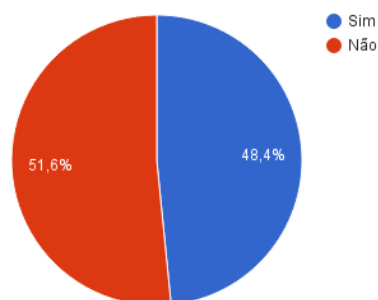


Gráfico 46. Gráfico circular do conhecimento dos serviços prestados pelo serviço de sangue
(n = 95)

Em 2015 verifica-se um aumento na percentagem de profissionais que têm conhecimento de todos os serviços prestados pelo serviço de sangue face a 2014 (gráfico 47).

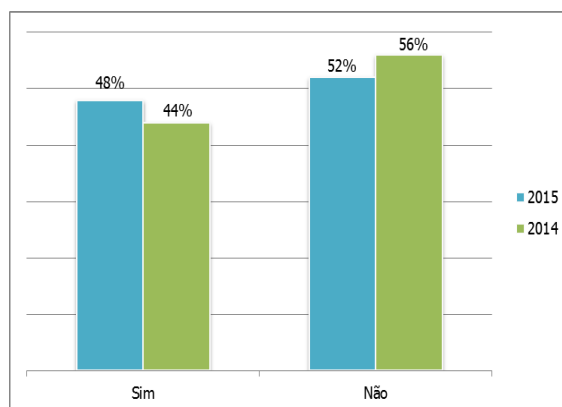


Gráfico 47. Gráfico de barras relativo ao conhecimento de todos os serviços prestados pelo serviço de sangue.
(2014 e 2015)

Comentários e sugestões

Foram feitos dez comentários, apenas mais um em relação a 2014.

“Alteração do procedimento relativamente ao circuito do consentimento informado, visto que no Internamento apenas existe secretariado entre as 9h e as 18h, o que torna impossível a digitalização do consentimento informado no restante horário.”

O procedimento não pode ser alterado, uma vez que estão definidas orientações para os consentimentos ao nível do hospital pelo que o consentimento informado para a transfusão não pode ser exceção.

Desde 8 de setembro de 2014 que o serviço de sangue deixou de exigir a folha do consentimento informado para a transfusão. Os consentimentos, obrigatórios, passaram a ser digitalizados nos serviços requisitantes e a folha em papel arquivada no processo físico do doente. O procedimento relativo aos consentimentos foi uniformizado para todo o hospital, o qual consta na IT.GER.068 Circuito dos Consentimentos Informados que se encontra na aplicação Ibéria. Ao serviço de sangue cabe a tarefa de estudar os doentes e avaliar as necessidades transfusionais. A área administrativa da imuno-hemoterapia é responsável pela digitalização do consentimento para a auto-transfusão (é o médico da imuno-hemoterapia que o faz na sua consulta e não o médico que propõe o doente para o programa), da

dádiva de sangue (responsabilidade do médico na imuno-hemoterapia), de qualquer consentimento obrigatório para exames complementares solicitados na consulta de imuno-hemoterapia, da folha de monitorização dos doentes em sessão de hospital de dia e do consentimento para a transfusão quando esta é pedida pelos médicos do serviço de imuno-hemoterapia.

Cabe aos serviços requisitantes apresentarem soluções para colmatar a falta da assistente técnica a partir das 18h. O serviço de sangue sugere que, a partir desse horário, o serviço requisitante reserve uma área/espaço/pasta onde possa deixar os consentimentos informados para que a assistente técnica, no dia seguinte, dê seguimento à digitalização e respetivo arquivo.

“O facto de existirem produtos que são responsabilidade da Farmácia até uma determinada hora e depois passa a ser da responsabilidade do serviço de sangue não contribui para a resolução de problemas em situações urgentes. Provavelmente deveria ser revisto em conjunto o stock de fibrinogénio existente no hospital. Em muitas situações urgentes, a resposta do serviço é lenta.”

Com a finalidade de auxiliar os serviços requisitantes, o serviço de sangue aceitou ter stock de hemoderivados para fornecer a partir do horário que a Farmácia está encerrada. Este procedimento é um compromisso entre a capacidade instalada no hospital e as boas práticas. Os hemoderivados são medicamentos de dispensa controlada que quer o serviço de sangue quer a Farmácia não têm atualmente capacidade instalada para assumir 100%. Os serviços podem ser informados deste facto. De referir que são questões diferentes: o stock e o tempo de resposta no fornecimento do produto.

“Critérios por vezes no fornecimento de componentes sanguíneos, nomeadamente CE e plasma.”

Não se entende se a sugestão seja existirem critérios no fornecimento de componentes sanguíneos ou se não concordam com os critérios do serviço de sangue. De qualquer maneira, os critérios estão definidos na literatura, mas o serviço de sangue está a concluir o projeto “POCKETBOOK”, um livro de bolso com as principais guidelines e normas na transfusão de componentes sanguíneos e derivados.

“A resposta “não sabe” deve-se ao facto do serviço que represento, a Esterilização, não utilizar este recurso e não poder classificar o mesmo.”

O serviço de sangue agradece o feedback dado.

“O serviço de sangue tem melhorado progressivamente e estão, por isso, de parabéns!”

O serviço de sangue agradece o comentário.

“Existem sobretudo atrasos indesejáveis em pedidos de transfusão para doentes críticos. Os pedidos emergentes com mais que um componente nunca são atendidos com o grau de emergência que devem ser. Tendo em conta que o hospital está dotado de uma unidade de cuidados intensivos, neste aspeto, o serviço deveria ser muito mais eficiente.”

“Não conhecendo o serviço internamente, penso que os recursos humanos são poucos nos casos emergentes assim como o número de componentes aquando de casos de hemorragias maciças.”

“É necessária uma maior celeridade no fornecimento das unidades de concentrados eritrocitários.”

“Embora ache a qualidade do serviço prestado globalmente relativamente satisfatória, a principal falha está nas situações de urgência e emergência em que já, por diversas vezes, foi difícil o acesso e disponibilização dos hemoderivados.”

Alguns destes comentários foram efetuados em 2014. No relatório de revisão pela gestão de 2014 foram apresentadas algumas ações a desenvolver, nomeadamente: a elaboração de protocolos, a inclusão da opção 'não sabe' no próximo questionário, a elaboração de estratégia para divulgação dos serviços prestados e simulações de transfusão emergente com análise do tempo de resposta.

O serviço de sangue aceitou a sugestão feita em 2014 e incluiu nos questionários de avaliação da satisfação a opção 'não sabe' em 2015. Criou o protocolo de transfusão maciça em 2015 com o objetivo de fornecer indicações e definir as responsabilidades que cabem aos serviços requisitantes e ao serviço de sangue. Todos os protocolos de transfusão maciça são monitorizados e avaliados e os resultados são comunicados aos responsáveis dos serviços que ativaram o protocolo. A perceção do serviço de sangue é que o protocolo é usado para diminuir os tempos de resposta por parte do serviço de sangue, mas são necessários mais dados.

Considerações

De um modo geral, verifica-se uma diminuição dos profissionais satisfeitos com o serviço de sangue nos parâmetros que foram avaliados. A identificação de tais parâmetros foi feita ao longo da análise dos dados bem como os que tiveram um destaque positivo.

Os comentários efetuados vão ao encontro dos resultados.

Tendo em conta que o comentário em relação ao tempo de resposta se mantém, torna-se premente a ação sugerida em 2014 de se simular situações de transfusão emergente com análise do tempo de resposta. Esta situação já está salvaguardada por parte do serviço de sangue, apenas aguarda disponibilidade de elemento da qualidade.

Um outro aspeto a referir é a taxa de resposta dos serviços de apenas 12%. Ao longo do tempo, verifica-se uma fraca adesão aos questionários.

Um aspeto a melhorar ao nível de todos os serviços, incluindo serviço de sangue, é a comunicação. Comunicação nos serviços e entre serviços. Este é um aspeto percecionado pela atividade do dia-a-dia e pelo contacto com outros profissionais de outros serviços, sendo um problema transversal que deve ser tido em consideração. Este ponto ganha destaque nas situações de maior pressão, como situações de transfusões emergentes, transfusão maciça, em que as comunicações feitas pelo telefone e o envio de amostras e requisição deve ser o mais clara possível para se evitar perder tempo a resolver burocracias e falhas de comunicação. Fica aqui o apontamento.

5. Reclamações e Sugestões

Elogios

O serviço de sangue teve o registo de **um elogio na 'Folha de Elogio'**. Tratou-se de uma doente que agradeceu o interesse e os cuidados prestados pelos profissionais do serviço. É um gesto que o serviço de sangue agradece e estima.

Nos questionários de avaliação da satisfação foram efetuados 14 elogios (11 por parte dos dadores de sangue, dois pelos doentes e um pelos serviços).

Reclamações

Sem registo de reclamações no Livro de Reclamações.

Sugestões

Do questionário de avaliação da satisfação aos dadores de sangue e aos serviços constam 17 comentários (dez feitos pelos dadores de sangue e sete pelos serviços) que se constituem como limitações do serviço de sangue e sobre as quais foi feita uma reflexão.

Foram efetuadas três sugestões pelos dadores através do IMP.GER.011 Sugestões e autoexclusão do dador de sangue que foram convertidas para oportunidades de melhoria.

Uma prende-se com os **dias de funcionamento do serviço de sangue para a dádiva e com o horário**. Como o dador não se identificou, não foi possível enviar uma resposta ao dador. O tratamento foi feito através da ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 6/2015/IMH.

A segunda sugestão está relacionada com o **acesso ao wi-fi**. Este era restrito de algumas áreas do hospital. Foi disponibilizado wi-fi gratuito na área da receção do serviço de sangue. Foi enviada resposta ao dador a informar que este serviço estava disponível, tendo o mesmo confirmado a receção do mail. O tratamento desta questão foi feito através da ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 30/2015/IMH.

A última sugestão foi feita por uma dadora que respondeu ao **questionário de avaliação da satisfação** e que referia o fato de devolver o questionário preenchido à assistente técnica que é um dos elementos avaliados no questionário. O serviço de sangue teve em conta esta sugestão e alterou o seu procedimento, passando os dadores a colocar os questionários preenchidos na caixa do balcão de atendimento que se destina a sugestões. O seguimento dado a esta sugestão consta na ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 34/2015/IMH.

Considerações

Ao longo do tempo, verifica-se uma melhoria ao nível das reclamações e sugestões. Em 2014, houve uma reclamação de um dador de sangue no Livro de Reclamações e duas sugestões efetuadas também por dadores de sangue. Em 2013 houve o registo de uma reclamação e não foram feitas sugestões. **Os resultados deste ano são satisfatórios.**

6. Desempenho dos Fornecedores

(referir apenas os fornecedores que são avaliados diretamente pelo Serviço)

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

Todos os fornecimentos são alvo de uma avaliação.

Na presença de ocorrências procede-se ao preenchimento da ficha de registo de ocorrências (IMP.GER.021).

Os critérios utilizados para avaliar cada fornecedor constam da IT.IMH.042 Aprovisionamento.

Os dados seguintes fornecem informação acerca da qualidade dos fornecedores do serviço de imuno-hemoterapia.

Relatório de Revisão pela Gestão

Fornecedor	Avaliação ¹	Justificações da avaliação / Observações
Fornecedores Internos		
ARMAZÉM Consumíveis clínicos	Qualificado	<p>Total de pedidos: 80 Número de pedidos semelhante ao de anos anteriores (81 em 2014 e 76 em 2013). % Fornecimentos com ocorrências: 41% Em 2015 verificou-se o maior número de fornecimentos com ocorrências em comparação com anos anteriores (31% em 2014 e 36% em 2013), apesar do número de pedidos ser o mesmo. Apesar destes resultados, este é um serviço onde normalmente se verifica maior número de ocorrências associadas aos fornecimentos. As ocorrências não colocaram o serviço em causa.</p>
FARMÁCIA Produtos farmacêuticos e medicamentos	Qualificado	<p>Total de pedidos: 160 Maior número de pedidos em 2015 em comparação com anos anteriores (148 em 2014 e 142 em 2013) que está relacionado com o maior número de tratamentos em hospital de dia imuno-hemoterapia. % Fornecimentos com ocorrências: 6% Melhores resultados este ano em comparação com os anos anteriores no que se refere aos fornecimentos com ocorrências (8% em 2014 e 13% em 2013).</p>
LABORATÓRIO DA PATOLOGIA CLÍNICA Resultados do controlo da qualidade aos componentes do sangue	Qualificado	<p>Total de pedidos: 110 pedidos Maior número de pedidos em 2015 em comparação com anos anteriores (83 em 2014 e 96 em 2013) que está relacionado com o aumento do número de componentes do sangue que são avaliados. % Fornecimentos com ocorrências: 0% Resultados em linha com anos anteriores.</p>
SERVIÇOS GERAIS Pedidos de transporte (componentes do sangue e amostras para IPO) Transporte de amostras para TAN	Qualificado	<p>Total de pedidos: 293 Maior número de pedidos em 2015 em comparação com anos anteriores (226 em 2014 e 2013) que está relacionado com o aumento do número de componentes do sangue que são avaliados e cujas amostras são enviadas ao exterior para realização de dois parâmetros da qualidade. % Fornecimentos com ocorrências: 0% Resultados consistentes com anos anteriores.</p>
ADMISSÃO DOENTES Pedidos de transporte	Qualificado	<p>Total de pedidos: 47 Número de pedidos semelhante ao de anos anteriores (50 em 2014 e 42 em 2013). % Fornecimentos com ocorrências: 0% Resultados consistentes com anos anteriores.</p>
Fornecedores Externos		
ABBOTT Reagentes e consumíveis	Qualificado	<p>Total de pedidos: 29 Aumento do número de pedidos em 2015 face aos anos anteriores (21 em 2014 e 27 em 2013). % Fornecimentos com ocorrências: 3% Resultados não muito diferentes dos anos anteriores (0% em 2014 e 7% em 2013).</p>
BIORAD Reagentes e consumíveis	Qualificado	<p>Total de pedidos: 21 Maior número de pedidos efetuados face a 2014 (11) e 2013 (12).</p>

Relatório de Revisão pela Gestão

Fornecedor	Avaliação ¹	Justificações da avaliação / Observações
		% Fornecimentos com ocorrências: 10% Em 2015 verificou-se maior número de fornecimentos com ocorrências em comparação com anos anteriores (0% em 2014 e 8% em 2013).
GRIFOLS Reagentes e consumíveis	Qualificado	Total de pedidos: 14 Número de pedidos semelhante aos anos anteriores (10 em 2014 e 15 em 2013). % Fornecimentos com ocorrências: 0% Resultados coerentes com anos anteriores (fornecimentos sem ocorrência em 2014 e 2013).
ROCHE Reagentes e consumíveis	Qualificado	Total de pedidos: 4 Número de pedidos semelhante aos anos anteriores (5 em 2014 e 4 em 2013). % Fornecimentos com ocorrências: 0% Resultados coerentes com anos anteriores (fornecimentos sem ocorrência em 2014 e 2013).
ENZIPHARMA Reagentes e consumíveis	Qualificado	Total de pedidos: 2 Número de pedidos semelhante a anos anteriores (2 em 2014 e 1 em 2013). % Fornecimentos com ocorrências: 0% Resultados coerentes com anos anteriores (fornecimentos sem ocorrências em 2014 e 2013).
IPST Componentes sanguíneos	Qualificado	Total de pedidos: 127 Maior número de pedidos efetuados em 2015 comparativamente com 2014 (100) e 2013 (120). % Fornecimentos com ocorrências: 12% Melhores resultados em 2015 face a 2014 (17%) e a 2013 (15%).
IPST Resultados de TAN	Qualificado	Total de pedidos: 153 Ligeiro aumento no fornecimento com ocorrências, mas sem significado (1% em 2014 e 0% em 2013). % Fornecimentos com ocorrências: 3% Aumento do número de pedidos este ano em comparação com 2014 (141 pedidos), mas igual número a 2013.
Biognóstica NEQAS Avaliação externa da qualidade – Hematologia e Serologia	Qualificado	Total de pedidos: 27 Número de pedidos em linha com anos anteriores (26 em 2014 e 2013). % Fornecimentos sem ocorrências: 0% Resultados coerentes com anos anteriores (0% em 2014 e 1% em 2013).
BIORAD Avaliação externa da qualidade – Imuno-hematologia	Qualificado	Total de pedidos: 4 Número de pedidos em linha com anos anteriores (3 em 2014 e 2013) % Fornecimentos sem ocorrências: 0% Resultados coerentes com anos anteriores (0% em 2014 e 2013)
IPO Resultados do controlo de qualidade aos componentes do sangue	Qualificado	Total de pedidos: 141 Aumento do número de pedidos em 2015 relativamente a 2014 (78) e 2013 (74), o que está relacionado com o aumento de unidades avaliadas. % Fornecimentos sem ocorrências: 0% Resultados coerentes com anos anteriores (0% em 2014 e 2013)

Relatório de Revisão pela Gestão

Fornecedor	Avaliação ¹	Justificações da avaliação / Observações
ITAU Alimentação para dadores e doentes	Qualificado	<p>Total de pedidos: 23 Aumento do número de pedidos em 2015 relativamente a 2014 (19) e 2013 (16), o que está relacionado com o aumento da distribuição dos alimentos pelos dadores.</p> <p>% Fornecimentos sem ocorrências: 39% Aumento significativo em 2015 face a 2014 (16%) e a 2013 (0%).</p> <p>As ocorrências associadas aos fornecimentos dos produtos não colocaram em causa a prestação do serviço de sangue aos dadores.</p>

¹ Qualificado / Não Qualificado

7. Objetivos

(indicar os objetivos, indicadores, metas, valores alcançados e justificações para os casos de não cumprimento)

Objetivo		Atingido?	Valor atingido	Justificações para desvios/ Observações
Indicador	Meta			
Garantir que os componentes do sangue se encontram dentro dos critérios do estabelecido pela lei 267/2007				
(Nº de componentes dentro dos critérios de aceitação/Nº de componentes controlados) x 100	> 98%	Sim	99%	Devido ao fato de se tratar de uma meta ambiciosa, desenvolveu-se uma ação para garantir o cumprimento do objetivo que consistiu em aumentar o número de componentes sujeitos a controlo da qualidade (Ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 25/2015/IMH).
Aumentar a percentagem de novos dadores face a 2014				
[Nº de dadores de 1ª vez no SIH (com colheita) / Nº total de dadores (com colheita)] x 100	≥ 17%	Sim	21%	
Garantir a inexistência de reações imediatas a transfusões por erro na administração, atribuído ao serviço de sangue				
Nº de reações imediatas na administração imputáveis ao serviço de sangue / Nº de componentes transfundidos	0%	Sim	0%	
Taxa de transfusões preparadas e não efetivadas				
100 - (nº de transfusões efetivadas / nº total de transfusões preparadas) x 100	≤ 41%	Sim	32%	
Garantir a inexistência de reações adversas atribuídas a erro de administração de medicação ou procedimentos não conformes				
Nº de reações assinaladas / Nº de tratamentos	0%	Sim	0%	

Objetivo		Atingido?	Valor atingido	Justificações para desvios/ Observações
Indicador	Meta			
Garantir que são efetuadas todas as execuções e que os envios e os resultados são corretos. Monitorizar a execução e o resultado do controlo da qualidade externo				
(Nº de amostras nos critérios de aceitação / Nº de amostras controladas) x 100	100% de execuções, envio e resultados corretos	Não	90%	Três resultados não-conforme ao nível dos resultados de hematologia (NEQAS) cujo seguimento foi feito pelas fichas de registo de ocorrência nº 7/2015 – realização de análises, 12/2015 – controlo da qualidade, 18/2015 – equipamentos e 24/2015 – equipamentos. O problema residiu nos resultados que foram dados ao nível dos glóbulos brancos. O problema que originou estes três resultados não-conforme encontra-se resolvido.
Aumentar o número de dádivas				
(Nº de unidades colhidas 2015 / nº de unidades 2014) x 100	5%	Sim	6%	

8. Aspetos e Impactos Ambientais no Serviço

Durante o ano de 2016 o mapa de identificação e avaliação dos aspetos ambientais será validado em colaboração com a Direção da Qualidade e Segurança e o serviço de imuno-hemoterapia.

9. Perigos e Riscos no Serviço

Realizada auditoria interna ao sistema integrado de gestão ambiental e de segurança e saúde no trabalho do Hospital Vila Franca de Xira segundo os referenciais NP EN ISO 14001:2012 e OHSAS 18001:2007, a 6 de outubro de 2015, mas não foram ainda apresentadas as conclusões desta auditoria.

10. Acompanhamento de ações resultantes de anteriores revisões do Sistema de Gestão

No relatório de revisão pela gestão de 2014 foram deixadas cinco recomendações, para as quais foi necessário investimento, e a proposta de quatro atividades. Devido à complexidade inerente a cada uma, apesar do desenvolvimento das ações se ter iniciado em 2015, há necessidade de transitarem para 2016.

Ação prevista	✓	✗	Observações
Sistema de segurança transfusional com controlo da temperatura das unidades de sangue no seu percurso	✓		O sistema foi adquirido encontrando-se em fase teste. O seu seguimento consta da ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 35/2015/IMH. Esta ação transita para 2016.
Prescrição da transfusão online A atual prescrição em papel é uma das maiores críticas ao serviço de sangue e argumento da falta de eficiência	✓		Estão a ser feitos alguns testes, mas há ainda questões relacionadas com a formatação da requisição online que estão a ser estudadas. Esta ação transita para 2016.

Ação prevista	✓	X	Observações
Sistema informático Otimização da aplicação SIBAS, ferramentas de pesquisa e análise, tempo de resposta, ligação às soluções clínicas, correção dos erros)	✓		Houve melhorias. De referir que, em 2015, a área com maior número de ocorrências foi a Informática com 40 ocorrências cujas correções se traduziram em melhorias ao nível das aplicações. Contudo, há ainda mais pontos a melhorar pelo que transita para 2016.
Reparação/substituição de duas arcas congeladoras Programa de plasma de quarentena praticamente parado	✓		A arca -80°C avariada foi levada para reparação. O seu seguimento está a ser feito através da ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 28/2015/IMH. Decorre proposta de aquisição de arca – 40°C. O seu seguimento está a ser feito através da ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 26/2015/IMH. Esta ação transita para 2016.
Criação do laboratório de imuno-hematologia	✓		Foi criado e em condições de ser usado. Falta apenas a colocação dos equipamentos na bancada por se estar a aguardar resolução referente à parte elétrica. Esta ação transita para 2016.
Projeto POCKETBOOK Livro de bolso com as principais guidelines e normas, na transfusão de componentes sanguíneos e derivados (patrocinado)	✓		Devido a problemas com layout e revisões, irá para produção brevemente. Esta ação transita para 2016.
“Um dia com a Anestesiologia no uso ótimo do sangue” Experiência de uma anestesiológica espanhola (Barcelona), Presidente do Anemia Working Group Espanhol – ida a Barcelona de dois anestesiológicos do HVFX (patrocinado)	✓		Efetuada no âmbito do PBM – falta apresentação por parte da Anestesia
Comissão transfusional Promoção de reuniões científicas de trabalho com convidados externos no exterior do Hospital (patrocinado)		X	Não realizado por falta de patrocínio
“Uma unidade de cada vez” Cartazes para os serviços clínicos (patrocinado)	✓		Cartazes efetuados e distribuídos. Pretende-se uma atualização em 2016

11. Alterações que possam afetar o Sistema de Gestão

Publicada a versão da NP EN ISO 9001:2015 e da NP EN ISO 14001:2015 podendo haver necessidade de ajuste de algumas metodologias implementadas.

Publicado o Decreto-Lei nº 185/2015 de 2 de setembro que introduziu a necessidade de efetuar algumas alterações ao nível da atividade do serviço de sangue.

12. Recomendações para melhoria

As recomendações de melhoria são ambiciosas e muito importantes na área da imuno-hemoterapia. Merecem um especial destaque o desenvolvimento e implementação do circuito transfusional e a edição do pocketbook para uma melhor utilização dos componentes sanguíneos com todos os benefícios que acarreta para os doentes e para os serviços prescritores.

Tema	Recomendações
Segurança transfusional	Sistema de segurança transfusional e prescrição da transfusão online. Ambos integrados no projeto do circuito transfusional (transversal ao grupo) – nasceu da proposta do serviço de sangue à DSI.
Segurança transfusional	Circuito transfusional. O sistema de segurança será integrado nos dispositivos móveis e vai ser o único sistema de segurança transfusional existente até ao momento. Seguimento efetuado através da ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 43/2015/IMH.
Segurança transfusional	Sistema de segurança transfusional com controlo da temperatura das unidades de sangue no seu percurso. Seguimento da ação através da ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 35/2015/IMH.
Transfusão de componentes	Pocketbook Livro de bolso com as principais guidelines e normas, na transfusão de componentes sanguíneos e derivados.
Sistema informático	Mais ferramentas para a promoção contínua da dádiva (ex: SMS aos dadores, automático e a pedido). Seguimento efetuado através da ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 36/2015/IMH.
Programa de gestão de objetivos	Melhoria substancial na monitorização dos indicadores. Incluir outros indicadores no programa de gestão de objetivos que são importantes monitorizar. Em fase de estudo por alguns deles implicarem a consulta de informação nas aplicações informáticas.
Áreas de atividade	Laboratório de imuno-hematologia Realização dos estudos de imuno-hematologia no laboratório criado para o efeito. Realização de maior número de fenotipagem alargada aos dadores de sangue fidelizados.
Áreas de atividade	Espaço próprio para as duas arcas -80°C. Seguimento efetuado através da ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 19/2014/IMH.
Equipamentos	Reparação e substituição das arcas congeladoras. Seguimento das ações através das fichas de não conformidade, ações corretivas e ações preventivas nº 26/2015/IMH, 28/2015/IMH e 31/2015/IMH.
Controlo da qualidade	Alargamento da avaliação externa da qualidade à área da imuno-hematologia e dos componentes do sangue. Seguimento das ações através das fichas de não conformidade, ações corretivas e ações preventivas nº 17/2014/IMH e 32/2014/IMH.
Conservação do sangue	Placas de butanodiol com controlo da temperatura. Para conservação das unidades de sangue total após a colheita e do concentrado de eritrócitos durante o processamento.

13. Necessidades de recursos

Materiais	Humanos	Outros
Reparação da arca – 80°C: <u>em execução</u> Reparação da arca – 40°C: <u>em execução</u> Aquisição de arca – 40°C: <u>em execução</u> Placas de butanodiol para conservação das unidades de sangue total e do concentrado de eritrócitos com controlo da temperatura. Adequação da área para colocação das	Formação do médico de clínica geral na área das análises de doenças transmissíveis e na validação do sangue para transfusão: <u>em execução</u>	

Materiais	Humanos	Outros
duas arcas – 80°C: <u>em execução</u>		

14. Serviço prestado e eficácia do sistema e dos processos

De um modo geral, pode considerar-se que o sistema de gestão integrado implementado tem permitido melhorar a prestação do serviço e a eficácia dos seus processos, tendo sempre como objetivo a melhoria.

Este relatório mostra que o serviço de sangue se preocupa em avaliar as atividades que têm impacto na prestação de serviços e de produtos e que procura ir ao encontro das necessidades e expectativas dos seus clientes.

Há também uma preocupação constante em adequar o que está descrito à atividade do serviço de sangue.

15. Outra considerada relevante

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

Resultados do controlo de qualidade interno aos componentes do sangue

Neste ponto, são apresentados os resultados relativos ao controlo de qualidade aos componentes do sangue.

Na fase da colheita e do processamento do sangue, os componentes são sujeitos a um primeiro controlo de qualidade, cujos elementos de avaliação constam da IT.IMH.011.00 Controlo da Qualidade aos Componentes.

Segue-se uma segunda fase da avaliação aos componentes, em que são selecionadas um número restrito de unidades as quais são submetidas a avaliação de outros parâmetros.

Aos concentrados de eritrócitos (CE), concentrados de plaquetas (CP) e pools de plaquetas é feita a avaliação mensal da qualidade. Sempre que possível, é avaliada a qualidade ao sangue total autólogo (ST). Os plasmas (PFC) e os crioprecipitados são avaliados ao longo de dois anos.

'Conforme' e 'Não-Conforme' significa que o componente respeita ou não respeita, respetivamente, os critérios de qualidade definidos.

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

Fase do processamento dos componentes

O gráfico 48 mostra o número de componentes produzidos e o número dos componentes eliminados na fase do processamento do sangue para cada um dos componentes.

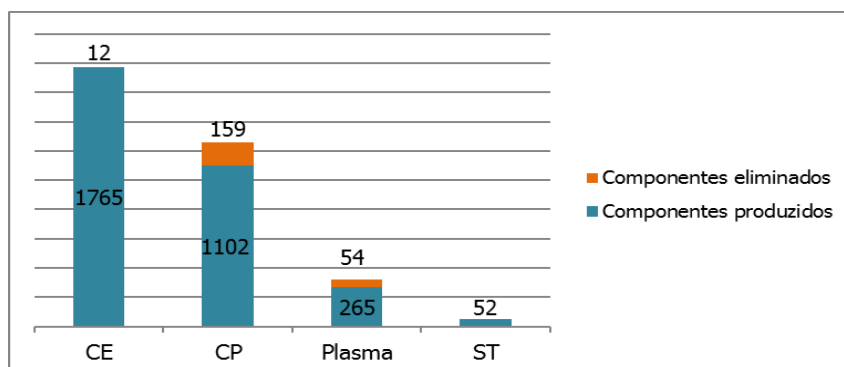


Gráfico 48. Gráfico de barras dos componentes produzidos e dos inutilizados no processamento do sangue.

Dos 1765 **concentrados de eritrócitos** que foram produzidos, um foi eliminado por *dificuldades de desleucocitação* e 11 por *sistema aberto*, representando 1% de unidades inutilizadas do total de produção.

Cento e cinquenta e nove **concentrados de plaquetas** eliminados por *volume insuficiente* (nove), *nuvem plaquetária insuficiente* (122), *plasma com células* (14), *plasma esverdeado* (um), *plasma lipémico* (um), *plasma de mulher* (dois) e para *controlo da qualidade* (dez). As unidades eliminadas representam 14% das 1102 produzidas.

Os motivos que levaram à eliminação das 54 unidades de **plasma** são os seguintes: *volume insuficiente* (33), *plasma com células* (19) e *plasma lipémico* (dois). Os plasmas eliminados representam 20% do total de plasmas produzidos.

Das 52 unidades de **sangue total autólogo** produzidas, nenhuma foi eliminada por motivos do controlo da qualidade.

Comparação com o ano 2014:

Em 2015, foram produzidos mais 100 **CE** (1665 em 2014) e eliminadas menos duas unidades (14 unidades pelos mesmos motivos em 2014).

No período de análise do relatório, foram produzidos mais 167 **CP** (935 em 2014), mas foram eliminadas mais 95 unidades (64 eliminadas em 2014). Este aumento está relacionado com o maior número de plaquetas eliminadas por nuvem plaquetária insuficiente (122 em 2015 e 45 em 2014) por motivos de problemas relacionados com o separador automático dos componentes sanguíneos (o seguimento desta situação consta na ficha de registo de ocorrência nº 52/2015 – equipamentos e ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 44/2015/IMH) e com um maior rigor na avaliação da qualidade ao concentrado de plaquetas na fase do processamento do sangue. No entanto, pode vir a implicar uma maior necessidade de aquisição de pools de plaquetas ao exterior.

Em 2015 foram produzidos mais 15 **plasmas** em comparação com os 250 de 2014, tendo sido eliminados aproximadamente o mesmo número de unidades (54 em 2015 e 56 em 2014). Os motivos da eliminação não diferem muito dos de 2014.

Em relação ao **sangue total autólogo** não há diferenças, tendo em conta que em 2014 foram produzidos 54 unidades e em 2015 o registo é de 52.

Concentrado de eritrócitos (CE)

CE: 100% das unidades avaliadas com resultados conforme o recomendado.

Resultados positivos e em linha com anos anteriores.

A qualidade do CE é avaliada segundo cinco parâmetros (volume, hemoglobina, leucócitos residuais, hemólise e controlo bacteriológico) que constam na IT.IMH.012 Avaliação da qualidade ao concentrado eritrocitário. O número de unidades a estudar também segue o definido na IT referida.

Todas as unidades produzidas são avaliadas quanto ao volume. Mensalmente são selecionadas um número de unidades para avaliação dos restantes parâmetros.

A partir de junho de 2015 passaram a ser estudadas oito unidades de CE em vez das quatro que estavam definidas. Esta alteração prendeu-se com uma oportunidade de melhoria efetuada pelo serviço de sangue no âmbito do programa de gestão de objetivos e cujo seguimento foi feito na ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 25/2015/IMH.

O gráfico 49 apresenta a percentagem de conformidade dos concentrados de glóbulos vermelhos avaliados verificando-se que os resultados obtidos estão conforme o recomendado para o CE.

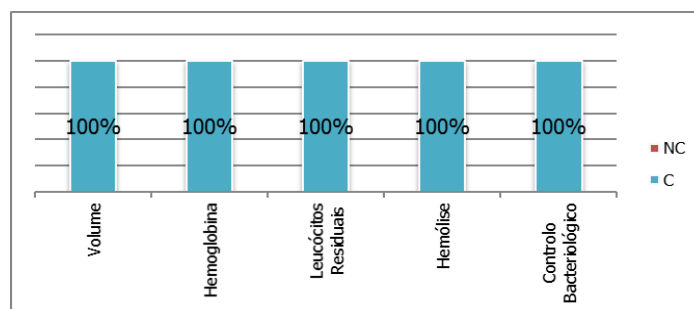


Gráfico 49. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro ao CE.

(n volume = 103, n hemoglobina = 76, n leucócitos residuais = 76, n hemólise = 27, n hemocultura = 27)

O gráfico 50 mostra a percentagem de resultados conforme para todos os parâmetros em relação aos anos 2013, 2014 e 2015. Ao longo do tempo não há diferenças para o volume, hemoglobina e hemólise. A partir de 2014, uma melhoria de resultados ao nível dos leucócitos residuais. Apenas para o controlo bacteriológico se verifica uma maior diferença entre os resultados conforme.

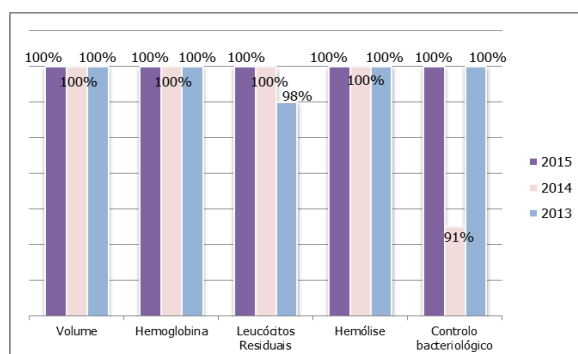


Gráfico 50. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro ao CE.

(2013 - 2015)

Na tabela 1 encontram-se os valores médios dos resultados obtidos para o CE no período de 2013 a 2015 verificando-se que se têm mantido consistentes.

Parâmetros	Volume (ml)	Hemoglobina (g/ unidade)	Leucócitos Residuais (nº leuc. x 10 ⁶)	Hemólise (%)	Controlo Bacteriológico
Valores de Referência	≥ 200	≥ 40	< 1 x 10 ⁶	< 0,80	Negativo
Resultados 2015	293	56	0,208 x 10 ⁶	0,23	Negativo
Resultados 2014	285	54	0,195 x 10 ⁶	0,27	Negativo
Resultados 2013	299	56	0,267 x 10 ⁶	0,27	Negativo

Tabela 1. Valores médios dos concentrados de glóbulos vermelhos em 2013 - 2015.

De referir que os valores referentes ao volume restringem-se às unidades sujeitas a controlo de qualidade (103) e não ao número de unidades produzidas.

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

Volume = 231 ml - 345 ml | Hemoglobina = 43 g/unidade - 70 g/unidade |

Leucócitos Residuais = $0,017 \times 10^6$ - $0,806 \times 10^6$ | Hemólise = 0,010% - 0,480%

Concentrado de plaquetas (CP) obtido pelo método buffy-coat

CP: 99% das unidades avaliadas com resultados conforme o recomendado.

Resultados positivos e consistentes com anos anteriores.

A qualidade do CP é avaliada segundo seis parâmetros (volume, número de plaquetas, número de leucócitos, pH, nuvem plaquetária e controlo bacteriológico) que constam na IT.IMH.013 Avaliação da qualidade ao concentrado de plaquetas. O número de unidades a estudar também segue o definido na IT referida.

Todas as unidades produzidas são avaliadas quanto ao volume e nuvem plaquetária. Mensalmente são selecionadas um número de unidades para avaliação dos restantes parâmetros.

A partir de junho de 2015 passaram a ser estudadas dez unidades de CP em vez das quatro que estavam definidas. Esta alteração prendeu-se com uma oportunidade de melhoria efetuada pelo serviço de sangue no âmbito do programa de gestão de objetivos e cujo seguimento foi feito na ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 25/2015/IMH.

O gráfico 51 apresenta a percentagem de conformidade dos concentrados de plaquetas avaliados.

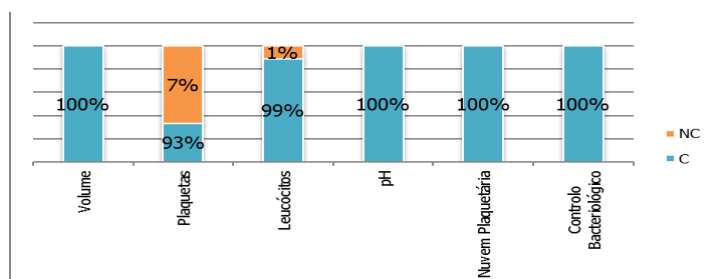


Gráfico 51. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro ao CP.

(n volume = 90, n plaquetas = 90, n leucócitos = 90, n pH = 74, n hemocultura = 74)

Pode-se observar que sete por cento das unidades avaliadas apresentam valores de plaquetas abaixo do definido e que apenas um por cento das unidades apresenta um número de leucócitos acima do recomendado. Para os restantes parâmetros, os valores apresentados cumprem o recomendado.

O gráfico 52 mostra a percentagem de resultados conforme para todos os parâmetros verificando-se que estão alinhados ao longo do tempo.

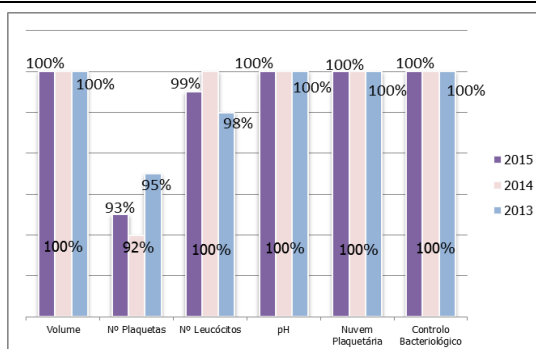


Gráfico 52. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro ao CP.
(2013 - 2015)

Na tabela 2 encontra-se a média dos resultados obtidos para o CP ao longo do tempo não se verificando diferenças significativas.

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

Tabela 2. Valores médios dos concentrados de plaquetas em 2013 - 2015.

De referir que os valores referentes ao volume restringem-se às unidades sujeitas a controlo de qualidade (90) e não ao número de unidades produzidas.

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

$$\text{Volume} = 46 \text{ ml} - 78 \text{ ml} \mid \text{Plaquetas} = 25 \times 10^9 - 134 \times 10^9 \mid$$

$$\text{Leucócitos} = 0,002 \times 10^9 - 0,180 \times 10^9 \mid \text{pH } 7 - 8$$

Das 74 unidades sujeitas a **controlo bacteriológico**, 69 foram avaliadas no **7º dia de armazenamento** (93%), duas no **6º dia de armazenamento** (3%) e três no **último dia do prazo de validade** (4%). Todos os resultados foram **Negativos**. No relatório de revisão pela gestão de 2014 ficou a recomendação de se avaliar os concentrados de plaquetas ao 7º dia de validade em vez dos habituais cinco dias. Segundo o Decreto-Lei nº 185/2015 de 2 de setembro, *Anexo XIII – Condições de armazenamento, transporte e distribuição de sangue e componentes sanguíneos – a duração máxima do armazenamento das preparações de plaquetas é de cinco dias, podendo ser armazenadas durante sete dias em combinação com a deteção ou redução de contaminação bacteriana*. Tendo em conta os resultados obtidos em 2014 e 2015, sugere-se estender o prazo de armazenamento dos CP para os sete dias. Esta medida tem como objetivo diminuir o número de unidades eliminadas por validade ultrapassada.

Pool de plaquetas, obtida de unidades de sangue total, desleucocitada

Pool de Plaquetas: 98% das unidades avaliadas com resultados conforme o recomendado.

Resultados positivos e consistentes com os anos anteriores.

A qualidade da pool de plaquetas é avaliada segundo seis parâmetros (volume, número de plaquetas, número de leucócitos residuais, pH, nuvem plaquetária e controlo bacteriológico) que constam na IT.IMH.014 Avaliação da qualidade a pool de plaquetas desleucocitada. O número de unidades a estudar também segue o definido na IT referida.

Mensalmente são selecionadas um número de unidades definido para avaliação dos parâmetros de qualidade.

A partir de junho de 2015 passaram a ser estudadas quatro unidades de pools de plaquetas em vez das duas que estavam definidas. Esta alteração prendeu-se com uma oportunidade de melhoria efetuada pelo serviço de sangue no âmbito do programa de gestão de objetivos e cujo seguimento foi feito através da ficha de não conformidade, ação corretiva e ação preventiva nº 25/2015/IMH.

O gráfico 53 apresenta a percentagem de conformidade das pools de plaquetas avaliadas.

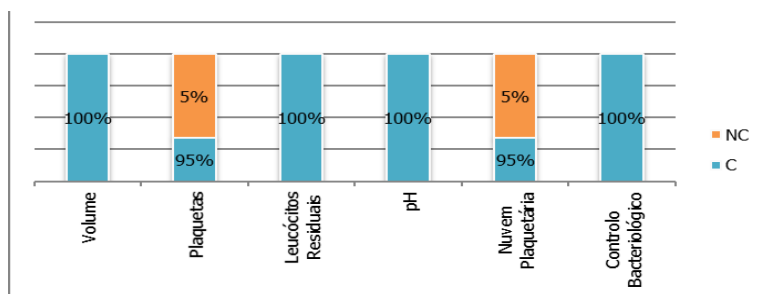


Gráfico 53. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro a pool de plaquetas.

(n = 38)

Pode-se observar que os resultados obtidos para o volume, leucócitos residuais, pH e controlo bacteriológico estão conforme o recomendado para a pool de plaquetas. Noventa e cinco por cento das unidades avaliadas estão conforme quanto ao número de plaquetas verificando-se que cinco por cento apresentam valores abaixo do definido. Em relação à nuvem plaquetária, apenas cinco por cento com nuvem plaquetária insuficiente.

O gráfico 54 mostra a percentagem de resultados conforme para todos os parâmetros verificando-se que estão alinhados ao longo do tempo. Um aspeto a referir é a melhoria no aumento do número de resultados conforme para os valores de plaquetas.

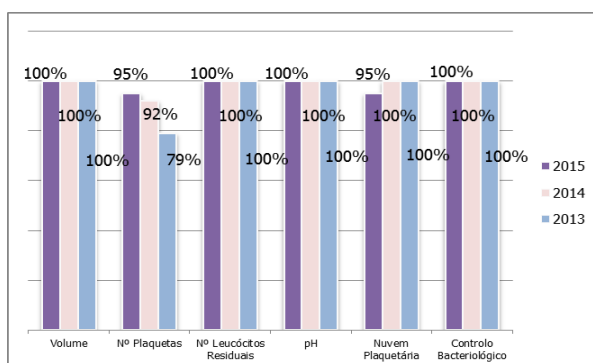


Gráfico 54. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro a pool de plaquetas.

(2013 - 2015)

Na tabela 3 encontra-se a média dos resultados obtidos para a pool de plaquetas ao longo do tempo verificando-se consistência dos resultados.

Parâmetros	Volume (ml)	Nº Plaquetas (nº plaq. x 10 ⁹)	Nº Leucócitos Residuais (nº leuc. x 10 ⁶)	pH	Controlo Bacteriológico	Nuvem Plaquetária
Valores de Referência	> 200	> 200 x 10 ⁹	< 1 x 10 ⁶	> 6	Negativo	Presente
Resultados 2015	291	233 x 10 ⁹	0,022 x 10 ⁶	8	Negativo	Presente
Resultados 2014	287	232 x 10 ⁹	0,037 x 10 ⁶	8	Negativo	Presente
Resultados 2013	287	236 x 10 ⁹	0,019 x 10 ⁶	7	Negativo	Presente

Tabela 3. Valores médios das pools de plaquetas desleucocitadas em 2013 - 2015.

De referir que os valores referentes ao volume restringem-se às unidades sujeitas a controlo de qualidade (38) e não ao número de unidades produzidas.

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

$$\text{Volume} = 246 \text{ ml} - 358 \text{ ml} \mid \text{Plaquetas} = 161 \times 10^9 - 371 \times 10^9 \mid$$

$$\text{Leucócitos Residuais} = 0 \times 10^6 - 0,145 \times 10^6 \mid \text{pH} = 7 - 8$$

Das 38 unidades sujeitas a **controlo bacteriológico**, 32 foram avaliadas no **7º dia de armazenamento** (84%), três no **6º dia de armazenamento** (8%) e três no **último dia do prazo de validade** (8%). Todos os resultados foram **negativos**. Estes resultados reforçam o que foi referido para o concentrado de plaquetas de se alargar o prazo de validade das plaquetas para os sete dias em vez dos cinco.

Plasma fresco congelado (PFC)

PFC: 74% das unidades avaliadas com resultados conforme o recomendado.

Resultados positivos e em linha com anos anteriores.

A qualidade do plasma fresco congelado é avaliada segundo oito parâmetros (volume, fator VIII, número de glóbulos brancos, número de glóbulos vermelhos, número de plaquetas, proteínas totais, alterações visuais e fissuras) que constam na IT.IMH.015 Avaliação da qualidade ao plasma fresco congelado. O número de unidades a estudar também segue o definido na IT referida.

O controlo de qualidade foi realizado a 23 unidades em vez das 24 por não haver mais unidades de 2013 disponíveis.

Os resultados obtidos referem-se aos plasmas processados em 2013. Os plasmas sujeitos a controlo de qualidade são avaliados por um período de dois anos pelo que as unidades processadas em 2013 terminaram a sua avaliação em 2015. Os plasmas processados em 2014 são avaliados ao longo dos anos 2015 e 2016.

O gráfico 55 apresenta a conformidade dos PFC avaliados.

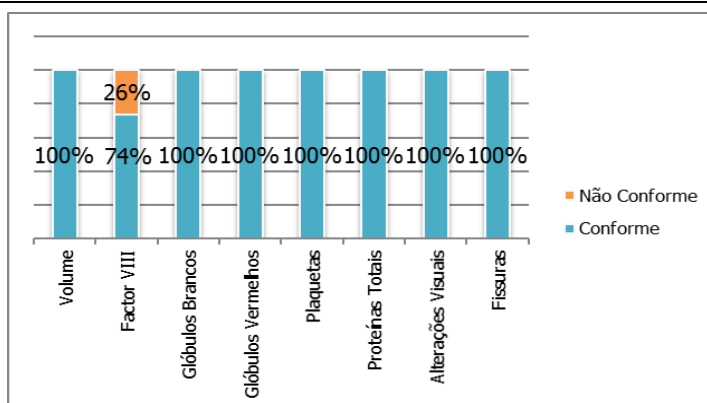


Gráfico 55. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro do PFC em 2013.

(n = 23)

Com exceção do fator VIII, os resultados obtidos para os parâmetros definidos estão conforme o recomendado.

No gráfico 56 pode-se observar a percentagem de resultados conforme para todos os parâmetros verificando-se maiores diferenças ao nível do fator VIII ao longo do tempo.

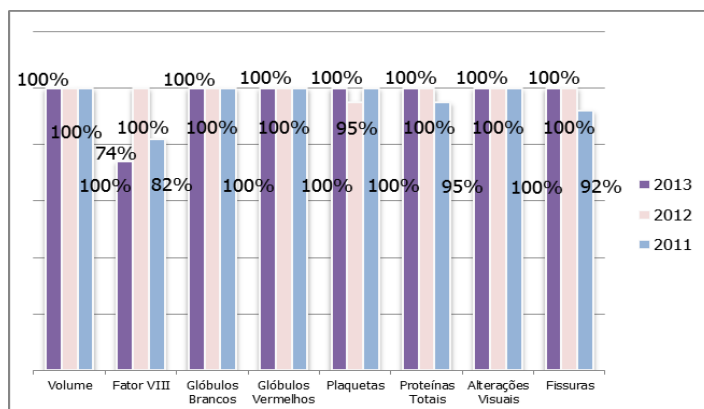


Gráfico 56. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro do PFC.

(2011 - 2013)

Na tabela 4 encontra-se a média dos resultados obtidos para o componente em causa dos últimos três anos verificando-se consistência nos resultados.

Parâmetros	Volume (ml)	Fator VIII (%)	Leucócitos (nº leuc. x 10 ⁹ /L)	Eritrócitos (nº gv x 10 ¹² /L)	Plaquetas (nº plq. x 10 ⁹ /L)	Proteínas Totais (g/l)	Alt. Visuais e Fissuras
Valores Referência	≥ 180	50-150	< 0,1	< 6	< 50	> 50	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 4. Valores médios do plasma fresco congelado em 2011 - 2013.

De referir que os valores referentes ao volume restringem-se às unidades sujeitas a controlo de qualidade (23) e não ao número de unidades produzidas.

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

Volume = 180 ml - 222 ml | Fator VIII = 24% - 131% | Leucócitos = 0 – 0,015 x 10⁹
Eritrócitos = 0 – 0,002 x 10¹² | Plaquetas = 0 – 29 x 10⁹ | Proteínas Totais = 58 g/l – 72 g/l

Crioprecipitado (CRIO)

CRIO: 67% das unidades avaliadas com resultados conforme o recomendado.

Resultados positivos para o crioprecipitado.

A qualidade do crioprecipitado é avaliada segundo quatro parâmetros (fator VIII, fibrinogénio, alterações visuais e fissuras) que constam na IT.IMH.016 Avaliação da qualidade ao crioprecipitado. O número de unidades a estudar também segue o definido na IT referida.

O controlo de qualidade foi realizado a nove unidades em vez das seis por existirem unidades disponíveis e por em anos anteriores nem sempre haver o número definido de unidades disponíveis para avaliação da qualidade.

Os resultados obtidos referem-se aos crioprecipitados processados em 2013. As unidades sujeitas a controlo da qualidade são avaliadas por um período de dois anos pelo que as unidades processadas em 2013 terminaram a sua avaliação em 2015. Os crioprecipitados processados em 2014 são avaliados ao longo dos anos 2015 e 2016.

O gráfico 57 apresenta a conformidade dos crioprecipitados avaliados.

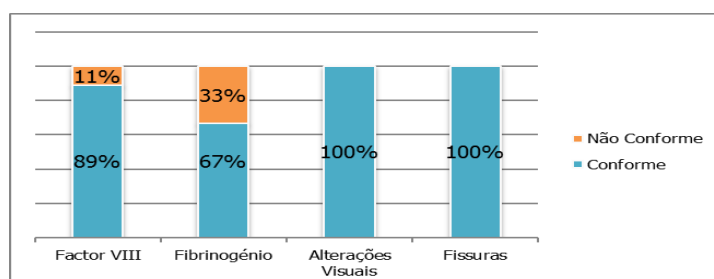


Gráfico 57. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro do crioprecipitado em 2013.

(n = 9)

No gráfico 58 pode observar-se a percentagem de resultados conforme para todos os parâmetros verificando-se maiores diferenças ao nível do fator VIII ao longo do tempo.

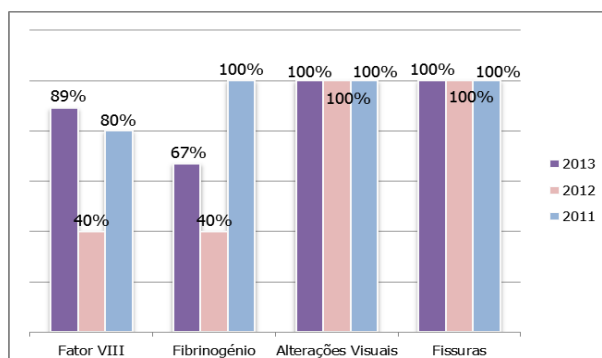


Gráfico 58. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro do crioprecipitado.

(2011 – 2013)

Na tabela 5 encontra-se a média dos resultados obtidos para o derivado do plasma no período de 2011 a 2013. Ao nível do fator VIII constata-se uma melhoria dos resultados ao longo do tempo, ao contrário do fibrinogénio, que tem vindo a diminuir, embora respeitem o recomendado.

Parâmetros	Fator VIII (U.I./unidade)	Fibrinogénio (mg/unidade)	Alterações Visuais Fissuras
Valores Referência	≥ 70	≥ 140	sem
Resultados 2013	125	148	sem
Resultados 2012	81	172	sem
Resultados 2011	98	266	sem

Tabela 5. Valores médios do crioprecipitado em 2013 - 2015.

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

Fator VIII = 31% - 200% | Fibrinogénio = 88 mg/unidade – 239 mg/unidade

Sangue total autólogo (ST)

ST: 100% das unidades avaliadas com resultados conforme o recomendado.

Resultados positivos e em linha com os anos anteriores.

A qualidade do sangue total autólogo é avaliada segundo dois parâmetros (volume e hemoglobina) que constam na IT.IMH.017 Avaliação da qualidade ao sangue total autólogo.

O gráfico 59 apresenta a conformidade das unidades autólogas avaliadas.

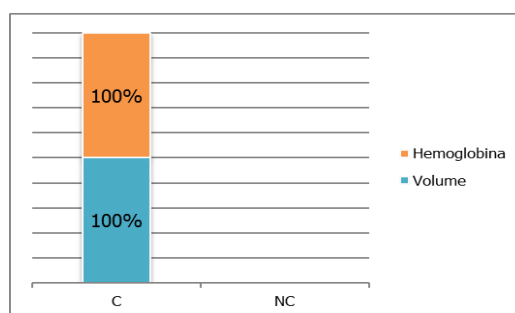


Gráfico 59. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro do ST.

(n = 10)

O gráfico 60 mostra a percentagem de resultados conforme para todos os parâmetros não se verificando diferenças no período de tempo avaliado.

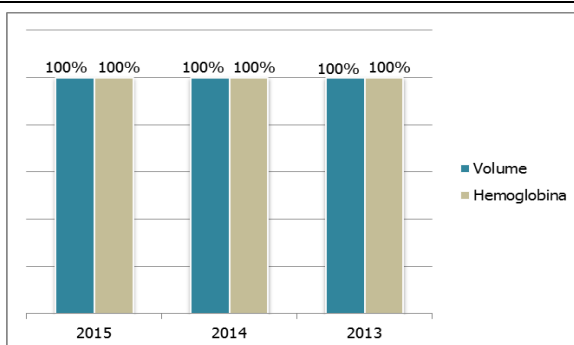


Gráfico 60. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro do ST.
(2013 – 2015)

Na tabela 6 encontra-se a média dos resultados obtidos para o sangue total autólogo no período de 2013 a 2015.

Parâmetros	Volume (ml)	Hemoglobina (g/unidade)
Valores Referência	450 ± 50	> 45
Resultados 2015	459	57
Resultados 2014	492	60
Resultados 2013	467	55

Tabela 6. Valores médios do sangue total autólogo em 2013-2015.

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

Volume = 410 ml – 500 ml | Hemoglobina = 45 g/unidade – 72 g/unidade

No relatório de revisão pela gestão de 2014 ficou a recomendação de se aumentar o número de unidades autólogas sujeitas a controlo de qualidade. Em 2014 foram avaliadas apenas três enquanto em 2015 foram avaliadas dez unidades. **Recomenda-se em 2016 aumentar o número de unidades autólogas sujeitas a controlo de qualidade.**

Considerações

Resultados muito satisfatórios e, de um modo geral, consistentes com os anos anteriores.

Permitem validar os procedimentos de colheita, processamento e armazenamento dos componentes do sangue bem como os equipamentos envolvidos.

Resultam do equilíbrio entre os equipamentos e os procedimentos envolvidos na cadeia da colheita e do processamento.

Das 25 ocorrências ligadas ao controlo da qualidade, 12% (três ocorrências) dizem respeito ao controlo efetuado ao nível dos componentes do sangue.

Resultados do controlo de qualidade interno de imuno-hematologia

Compreende os resultados relativos ao controlo de qualidade diário de imuno-hematologia realizado pelas técnicas em tubo e de microcoluna em gel.

Técnica em tubo

Resultados reportados e esperados: 100% concordantes.

Resultados em linha com os anos anteriores.

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

Técnica de microcoluna em gel

Resultados reportados e esperados: 100% concordantes.

Resultados em linha com os anos anteriores.

O princípio é o mesmo do ponto acima, mas é utilizada a técnica de microcoluna em gel (vulgarmente designada por card ou gel) para a determinação do grupo sanguíneo. É realizada por dois métodos – manual (ou em bancada) e através do pipetador automático.

Considerações

Resultados satisfatórios e em linha com os anos anteriores.

Permite validar as técnicas utilizadas bem como os equipamentos.

Do total de ocorrências associadas ao controlo da qualidade, 68% dizem respeito ao controlo interno de imuno-hematologia, tratando-se de erros técnicos, que não tiveram repercussão no resultado final. Em 2014 verificaram-se situações de não impressão de resultados, mas em 2015 verificaram-se outro tipo de ocorrências. **Apesar dos resultados entre o esperado e o reportado serem concordantes, a percentagem de ocorrências associada justifica que se incida mais atenção a este controlo durante 2016.**

Resultados da avaliação externa de 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.

Estes controlos têm calendarização associada.

Todos os resultados reportados são analisados, tendo em conta o relatório enviado com os resultados esperados.

Imuno-hematologia: BioRad

Resultados reportados e esperados: 100% concordantes.

Melhores resultados este ano em comparação com anos anteriores. Em 2014 e 2013 houve um resultado reportado discordante com o esperado.

Realizados três dos três exercícios enviados.

Dos sete técnicos executantes (dois por exercício e um comum a todos os exercícios), apenas dois não registaram o resultado esperado ao nível do subgrupo A.

Hematologia: NEQAS

Resultados reportados e esperados: 75% concordantes.

Resultados em linha com os anos anteriores.

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

De um modo geral, resultados OK em termos de performance score (inferiores a 80) sendo os resultados considerados satisfatórios.

Bons resultados médios em termos de índice de desvio.

De uma forma geral, verifica-se concordância entre os valores esperados e os reportados, valores de QC Log no intervalo de referência e resultados OK ao nível dos gráficos X-B RBC Normais que se constituem como um indicador da performance do equipamento.

Nos três exercícios em que se verificaram ocorrências houve discrepâncias entre os valores esperados e os reportados ao nível dos glóbulos brancos que esteve relacionado com o modo de leitura dos glóbulos brancos (foi dado o valor de WOC e não o do WIC) e com problemas relacionados com o equipamento. Estas situações foram seguidas através das fichas de registo de ocorrências nº 7/2015 – realização de análises, nº 12/2015 – controlo da qualidade, nº 18/2015 – equipamentos e nº 24/2015 – equipamentos.

Serologia: NEQAS

Hepatite B: AgHBs e Ac anti-HBc

Resultados reportados e esperados: 100% concordantes.

Resultados em linha com os anos anteriores.

Realizada a totalidade dos exercícios previstos (três).

Em todos os exercícios se obteve um score máximo de dois, o que significa que os resultados reportados são coincidentes com os esperados.

Hepatite C: Ac anti-HCV

Resultados reportados e esperados: 100% concordantes.

Resultados em linha com os anos anteriores.

Realizada a totalidade dos exercícios previstos (três).

Em todos os exercícios se obteve um score máximo de dois, o que significa que os resultados reportados são coincidentes com os esperados.

HIV: Ac anti-HIV

Resultados reportados e esperados: 100% concordantes.

Resultados em linha com os anos anteriores.

Realizada a totalidade dos exercícios previstos (três).

Em todos os exercícios se obteve um score máximo de dois, o que significa que os resultados reportados são coincidentes com os esperados.

Sífilis: Serologia da Sífilis TP

Resultados reportados e esperados: 100% concordantes.

Resultados em linha com o ano anterior. Em 2013 não foi realizado um exercício.

Realizada a totalidade dos exercícios previstos (dois).

Em todos os exercícios se obteve um score máximo de dois, o que significa que os resultados reportados são coincidentes com os esperados.

HTLV: Ac anti-HTLV

Resultados reportados e esperados: 100% concordantes.

Resultados em linha com os anos anteriores.

Realizada a totalidade dos exercícios previstos (três).

Em todos os exercícios se obteve um score máximo de seis, o que significa que os resultados reportados são coincidentes com os esperados.

Considerações

Resultados muito gratificantes e, em geral, em linha com os anos anteriores.

Permitem validar as técnicas utilizadas bem como os equipamentos.

Das 25 ocorrências associadas ao controlo da qualidade, 8% (2 ocorrências) dizem respeito à avaliação externa da qualidade da serologia e 12% ao nível da avaliação externa de hematologia.

Equipamentos

Este ponto compreende a análise aos equipamentos sob o ponto de vista da metrologia e das intervenções realizadas.

O serviço de imuno-hemoterapia dispõe de 52 equipamentos, dez dataloggers, dois dispensadores e três pipetas.

Nesta análise não estão incluídos os três monitores da tensão arterial e um termómetro que serão incluídos no relatório de revisão pela gestão do próximo ano.

Ponto introduzido neste relatório.

Intervenções ao equipamento

Noventa e três por cento de cumprimento das intervenções ao equipamento definidas para 2015.

As intervenções aos equipamentos seguem o definido no "Mapa geral das intervenções ao equipamento" (IMP.IMH.005) que é estabelecido no início de cada ano.

As intervenções compreendem: limpeza dos equipamentos por parte do serviço de sangue, manutenção preventiva efetuada pela EFACEC e representantes dos equipamentos, descontaminação, manutenção diária, limpeza do filtro do ar, limpeza da pipeta do pipetador, limpeza manual pipetas zona lavagem, teste de sistema, teste ao sistema de alarme, calibração e ensaio.

Das 1073 intervenções definidas no início do ano, 80 não foram realizadas (7%) por motivos de limpeza não executada (78) e manutenções diárias ao Architect não efetuadas (2).

Estavam previstas 1073 intervenções ao equipamento, mas foram realizadas 1095 (mais 22 intervenções que o previsto): 20 testes de verificação ao equipamento Reflotron (estes testes são solicitados pelo equipamento pelo que não se pode prever o número de testes que vão ser realizados), uma calibração adicional e um ensaio adicional.

Atividade de limpeza aos equipamentos

Oitenta e quatro por cento das limpezas efetuadas como previsto.

Estava previsto um total de 494 limpezas aos equipamentos, tendo sido realizadas 416.

As 78 atividades de limpezas não efetuadas (16%) foram registadas em fichas de registo de ocorrência (IMP.GER.021) e no impresso de registo da limpeza ao equipamento (IMP.IMH.041).

Atividade de descontaminação - pipetador automático para técnicas de microcoluna em gel

Realizada a manutenção anual prevista sem ocorrências a reportar.

Teste ao sistema – descongelador a seco de plasma

Realizados os quatro testes previstos.

Sem ocorrências reportadas.

Teste ao sistema de alarme – incubador para plaquetas

Realizados os oito testes anuais previstos.

Sem ocorrências reportadas.

Teste de verificação ao equipamento – Reflotron

Realizado 100% do teste e sem ocorrências reportadas.

Este teste apenas é realizado quando o equipamento o solicita.

Os 20 testes realizados deram resultados nos intervalos de referência.

Manutenção diária – Architect

Realizada 99% das manutenções diárias e sem ocorrências reportadas.

Do total de 334, apenas duas manutenções diárias não efetuadas (uma por avaria no equipamento e outra por lapso técnico).

Em janeiro não se fez o controlo das manutenções diárias realizadas pelo que a análise refere-se de fevereiro a dezembro.

Limpeza do filtro do ar – Architect

Realizada 100% da limpeza do filtro do ar e sem ocorrências reportadas.

Efetuada um total de 48 atividades de limpeza semanal do filtro do ar.

Em janeiro não se fez controlo pelo que a análise refere-se de fevereiro a dezembro.

Limpeza da pipeta do pipetador – Architect

Realizada 100% da limpeza da pipeta do pipetador e sem ocorrências reportadas.

Efetuada um total de 48 atividades de limpeza semanal da pipeta do pipetador.

Em janeiro não se fez controlo pelo que a análise refere-se de fevereiro a dezembro.

Limpeza manual pipetas zona lavagem – Architect

Realizada 100% da limpeza manual das pipetas da zona de lavagem e sem ocorrências reportadas.

Efetuada um total de 48 atividades de limpeza semanal das pipetas da zona de lavagem.

Em janeiro não se fez controlo pelo que a análise refere-se de fevereiro a dezembro.

Manutenção preventiva

Realizadas 100% das manutenções preventivas previstas.

Sem ocorrências reportadas.

Realizado um total de 46 manutenções preventivas aos equipamentos pela EFACEC (34), BioRad (cinco), Grifols (quatro), Abbott (dois) e Terumo (uma).

Calibração

Todos os equipamentos APTOS.

A análise aos certificados de calibração mostrou que todos os equipamentos se encontravam aptos para o fim a que se destinam.

Os pontos avaliados respeitaram as condições definidas.

Foram considerados os pontos a medir e o intervalo de medição que consta na “Lista dos instrumentos de medição” (IMP.IMH.020).

De um modo geral, os resultados obtidos foram coincidentes com os de 2014.

Não foram necessárias ações.

Estava previsto um total de 27 calibrações, mas foram realizadas 28, devido ao fato de uma das balanças agitadoras para sacos de colheita apresentar volumes inconstantes na sua utilização em data posterior à calibração efetuada pelo que, após a reparação da mesma, o serviço de sangue solicitou nova calibração verificando-se que o equipamento se encontrava apto.

Ensaio

Todos os equipamentos APTOS.

Dos 15 equipamentos ensaiados, apenas um ficou com uso restrito, devido ao facto de se verificar discrepâncias entre a assistência técnica (efetuada manutenção preventiva com controlo da temperatura em data posterior ao ensaio e não foram reportadas ocorrências) e a empresa do ensaio com valores de temperatura mais altos em comparação com os resultados de 2014 pelo que se contactou a assistência técnica do equipamento e se assinalaram as áreas do equipamento que não deviam ser usadas. Depois de reparado, procedeu-se a um novo ensaio, estando o equipamento apto.

Estava previsto um total de 15 ensaios, mas foram realizados 16 pelo motivo explicado.

A análise aos relatórios de ensaio mostrou que os equipamentos se encontravam aptos para o fim a que se destinam.

Os pontos avaliados respeitaram as condições definidas.

Foram considerados os pontos a medir e o intervalo de medição que consta na "Lista dos instrumentos de medição" (IMP.IMH.020).

De um modo geral, os resultados obtidos foram coincidentes com os de 2014.

Apenas para um equipamento foi necessário desenvolver uma ação.

Considerações

Os equipamentos encontram-se em bom estado de conservação.

De um modo geral, cumpriu-se o definido no "Mapa geral das intervenções ao equipamento" (IMP.IMH.005).

Resultados muito satisfatórios no que diz respeito à análise dos certificados de calibração e aos relatórios de ensaio.

A gestão dos equipamentos é uma área muito importante pelo impacto que tem no produto final (componentes do sangue e resultados de análises) pelo que o serviço de sangue do Hospital Vila Franca de Xira tem motivos para se encontrar muito satisfeito com os resultados obtidos.

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 lhe 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 verificação diária, após utilização e a verificação mensal.

Elemento de avaliação introduzido neste relatório.

Escala de revisão/reposição do carro de urgência

Cem por cento de execução do estabelecido na "Escala de Revisão/Reposição do Carro de Urgência" (IMP.GER.020) para o ano 2015.

Define a verificação/reposição e manutenção mensal do carro de urgência.

Registo de utilização do carro de urgência

Em 2015 não foi necessário usar o carro de urgência para o fim a que se destina (dar apoio às equipas de emergência médica internas).

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

No período de análise deste relatório, o carro de urgência foi aberto um total de 16 vezes pelos seguintes motivos: verificação mensal por parte do serviço de sangue (12), formação (uma), auditoria ao carro de urgência por parte da Farmácia (uma), verificação dos medicamentos por parte da Farmácia (uma) e reposição de medicação (uma).

Mapa de verificação/reposição e manutenção do carro de urgência

Cem por cento de execução das verificações ao carro de urgência e sem ocorrências associadas.

Efetuada as 12 verificações ao carro de urgência (uma por mês) como previsto para o ano em análise.

Não houve ocorrências a reportar.

Teste diário de operacionalidade do carro de urgência

Noventa e oito por cento de execução dos testes diários de operacionalidade do carro de urgência e sem ocorrências associadas.

Dos 365 testes diários, apenas oito não foram efetuados (2%) por lapso dos profissionais, tendo as mesmas ficado registadas em ficha de registo de ocorrência (IMP.GER.021).

Considerações

Os resultados obtidos são muito satisfatórios.

Apesar de não ser usado, há uma manutenção adequada e estabelecida no tempo.

Inventários

Neste ponto são analisados os resultados da verificação mensal que é efetuada ao controlo do stock ao nível do plasma fresco congelado, crioprecipitado, medicamentos e produtos farmacêuticos.

Nesta verificação são comparadas as existências ao nível do sistema informático e o que realmente existe no Serviço.

Elemento de avaliação introduzido neste relatório.

Plasma fresco congelado com quarentena

Existências de plasma na arca -40°C coincidentes com o sistema informático.

Nada a reportar.

Esta análise compreende a verificação dos códigos das unidades e dos dados bem como a quantidade de unidades.

A verificação apenas se iniciou de uma forma organizada a partir de outubro (periodicidade mensal).

O período de análise é de três meses (outubro a dezembro).

Crioprecipitado com quarentena

Existências de crioprecipitado na arca -40°C coincidentes com o sistema informático.

Nada a reportar.

Esta análise compreende a verificação dos códigos das unidades e dos dados bem como a quantidade de unidades.

A verificação apenas se iniciou de uma forma organizada a partir de novembro com uma periodicidade mensal. O período de análise é de dois meses (novembro a dezembro).

Medicamentos

Existências no serviço de sangue coincidentes com o sistema informático.

Nada a reportar.

Esta verificação compreende a comparação dos nomes dos medicamentos, lotes, validades, quantidades e se as quantidades existentes não ultrapassam o stock máximo definido para o serviço de sangue.

A verificação apenas se iniciou de uma forma organizada a partir de abril com uma periodicidade mensal.

O período de análise é de abril a dezembro.

Outros Produtos Farmacêuticos

Existências no serviço de sangue coincidentes com o sistema informático.

Sem ocorrências a reportar.

Esta verificação compreende a comparação dos nomes dos produtos farmacêuticos, lotes, validades, quantidades e se as quantidades existentes não ultrapassam o stock máximo definido para o Serviço de Sangue.

Efetuada as 12 verificações previstas (uma por mês).

Folha de registo da confirmação de administração de componentes sanguíneos

Sempre que os componentes do sangue saem do serviço para serem administrados nos serviços prescritores, é emitida a "Folha de registo da confirmação de administração de componentes sanguíneos" que acompanha o(s) componente(s). Esta folha é anexada ao processo clínico eletrónico do doente e deve ser devolvida ao serviço de sangue que a conserva por um período de 30 anos, de acordo com a legislação em vigor.

Mensalmente é feita esta verificação que tem por objetivo confirmar se o impresso se encontra anexado ao processo clínico eletrónico do doente e se foi efetuada a sua devolução ao serviço de sangue.

A análise dos dados refere-se ao período de janeiro a novembro de 2015.

Ponto introduzido neste relatório.

Das 2407 transfusões efetuadas, foram devolvidas ao serviço de sangue e anexadas ao processo clínico eletrónico do utente 2321 folhas de registo da confirmação de administração de componentes sanguíneos e 86 não foram devolvidas ao serviço de sangue nem anexadas ao processo clínico eletrónico. Estas últimas representam apenas 4% do total de transfusões efetuadas (gráfico 61).

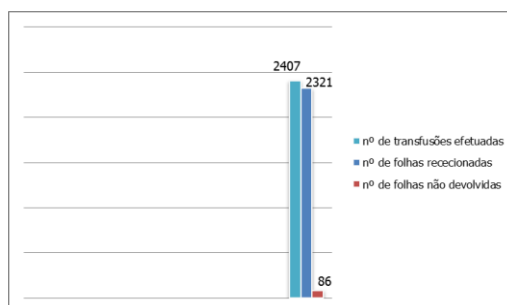


Gráfico 61. Gráfico de barras das transfusões efetuadas e das folhas de registo da confirmação devolvidas e das não devolvidas.

As 86 folhas de registo da confirmação de administração de componentes sanguíneos que não foram devolvidas ao serviço de sangue encontram-se distribuídas pelos seguintes serviços (tabela 7):

Serviço	Nº de transfusões efetuadas	Nº de folhas de registo da confirmação não devolvidas	% de folhas de registo da confirmação não devolvidas
Medicina	772	12	2%
Urgência	451	10	2%
Cirurgia	267	14	5%
Ortopedia	261	19	7%
UCI	187	11	6%
UCIP	103	2	2%
HD Oncologia	99	4	4%
Urologia	65	4	6%
Ginecologia	48	3	6%
Obstetria	31	3	10%
Bloco	18	1	6%
Neonatologia	8	1	13%
Pediatria	4	1	25%
ORL	3	1	33%

Tabela 7. Distribuição pelos serviços das folhas de registo da confirmação não devolvidas

É interessante verificar que os serviços com maior número de transfusões efetuadas são os que apresentam maior número de folhas de registo da confirmação devolvidas, ao contrário dos serviços que apresentam um número reduzido de transfusões efetuadas.

Kit de Derrames

Efetuada a verificação trimestral como previsto (quatro por ano).

Esta verificação é feita tendo em conta o IMP.GER.036.00 Verificação do Kit de Derrame e os produtos e respetivas quantidades existentes fisicamente no kit.

Verificadas incongruências entre o IMP.GER.036.00 Verificação do Kit de Derrame e a IT.GER.038.01 Derrames cujo seguimento foi feito pela ficha de registo de ocorrências nº 5/2015 – resíduos.

Conclusão

A procura pela melhoria dos serviços prestados é um dos principais compromissos do serviço de sangue.

Neste sentido, a avaliação das atividades desenvolvidas pelo serviço é fundamental para a implementação de novas medidas. Este é um trabalho diário que não se esgota.

Em relação aos relatórios anteriores, este pretendeu apresentar um maior número de atividades que o serviço de sangue desenvolve, com impacto na qualidade do produto e serviço, e que avalia de forma planeada.

Os resultados são tornados públicos, pois o serviço de sangue considera que é importante divulgar os resultados pelas partes interessadas, é uma forma de se dar a conhecer e pode auxiliar outros serviços. Com uma maior ou menor ligação, todos os serviços estão interligados e dependem uns dos outros.

Os resultados positivos indicam que as metodologias empregues são para continuar e os resultados mais sensíveis são encarados como oportunidades de melhoria, pois todos os serviços têm áreas fortes e outras que precisam de uma maior atenção.