

Relatório Global de Revisão pela Gestão

SERVIÇO: Imuno-hemoterapia

Período de Análise: Janeiro a Dezembro de 2016 **Normativo:** ISO 9001 ISO 14001 OHSAS

Presentes: Direção da Qualidade e Segurança, Direção e profissionais do Serviço de Sangue

Elaborado por: Margarete Cardoso

Data: 9-1-2017

1. ESTADO DAS AÇÕES RESULTANTES DAS ANTERIORES REVISÕES PELA GESTÃO

Ação prevista	✓	✗	Observações
<p>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</p>		✗	<p>Projeto iniciado, mas suspenso. A 3-11-2015 realizada a primeira reunião na qual foi apresentada a necessidade do projeto de segurança transfusional, tendo o projeto sido aprovado. A 15-9-2016 todos os investimentos foram suspensos incluindo os projetos no âmbito da Direção dos Serviços de Informação. As reuniões foram suspensas, bem como o projeto de segurança transfusional (suspensão de investimentos). A 8-11-2016 efetuada reunião de atualização das questões do sistema de segurança transfusional. Incluída na proposta de investimento do Serviço de Sangue para 2017 o sistema de segurança transfusional.</p>
<p>Segurança transfusional Sistema de segurança transfusional Com controlo da temperatura das unidades de sangue no seu percurso</p>		✗	<p>Continua em 2017. A 6-11-2015 teve início o teste ao sistema de transporte das unidades de CE. A 6-4-2016 terminado o teste ao sistema de transporte das unidades de CE com resultados OK. A 3-11-2016 aquisição de malas térmicas para transporte dos CE. A 30-11-2016 rececionadas malas térmicas. A 6-12-2016 rececionada a última mala.</p>
<p>Transfusão de componentes Pocketbook Livro de bolso com as principais guidelines e normas, na transfusão de componentes sanguíneos e derivados</p>	✓		<p>Efetuada divulgação pelo Hospital com possibilidade de assistir a sessão clínica para apresentação e distribuição do livro.</p>
<p>Sistema informático Mais ferramentas para a promoção contínua da dádiva (ex: SMS aos doadores, automático e a pedido)</p>		✗	<p>Nenhuma destas propostas foi aprovada em investimento</p>

Ação prevista	✓	X	Observações
Programa de gestão de objetivos Melhoria substancial na monitorização dos indicadores Inclusão de outros indicadores no programa de gestão de objetivos que são importantes monitorizar		X	Em fase de estudo por alguns deles implicarem a consulta de informação nas aplicações informáticas.
Área de atividade Laboratório de imuno-hematologia Realização de estudos de imuno-hematologia no laboratório criado para o efeito	✓		Laboratório ativo.
Área de atividade Espaço próprio para as arcas -80°C		X	Uma das arcas está em espaço próprio, a outra não. Os motivos prendem-se com a falta de espaço e os relacionados com a atividade do Serviço.
Equipamentos Reparação e substituição das arcas congeladoras -40°C		X	Uma das arcas está avariada desde 15-9-2015. Aguarda-se o regresso da mesma. A última informação dada ao Serviço de Sangue é que o fabricante não quer assumir o custo da reparação em garantia. A outra arca encontrava-se avariada desde 2014, tendo ido para abate a 7-8-2015. A aquisição de uma arca nova para substituição desta consta da proposta de investimento do Serviço de Sangue para 2017.
Controlo da qualidade Alargamento da avaliação externa da qualidade à área da imuno-hematologia e dos componentes do sangue		X	Necessário investimento.
Conservação do sangue Placas de butanodiol com controlo da temperatura		X	Necessário investimento.

2. ALTERAÇÕES AO SGI

Prevê-se para 2017 a adaptação à nova versão das normas ISO 9001 e ISO 14001 e JCI. Não se encontram previstas quaisquer outras alterações que possam afetar o sistema de gestão implementado.

2.1 QUESTÕES EXTERNAS E INTERNAS QUE SÃO RELEVANTES PARA O SGI

No ano de 2016 a versão da norma ISO 9001 e ISO 14001 ainda não eram as versões das normas de 2015, pelo que em 2017 se irá proceder à revisão de todo o sistema de forma a incluir os aspetos referidos.

A análise de questões internas e externas será efetuado no primeiro semestre de 2017.

2.2 ASPETOS AMBIENTAIS SIGNIFICATIVOS

O Hospital de Vila Franca de Xira procedeu à identificação de aspetos ambientais e à avaliação dos impactos. Estava prevista para 2016 uma alteração da metodologia associada a este processo, no entanto a mesma apenas irá ser executada no primeiro trimestre de 2017.

De acordo com a metodologia em vigor em 2016 os impactos ambientais mais significativos no Serviço de Imuno-hemoterapia são:

- Produção de resíduos do grupo III e IV.
- Consumo de produtos perigosos.
- Produção de águas residuais resultantes do processo.

2.3 IDENTIFICAÇÃO DE PERIGOS E RISCOS

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

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

Sendo as doenças profissionais e os acidentes de trabalho os principais efeitos negativos da relação trabalho/saúde, são de forma geral os fatores de risco biológicos (como por exemplo, vírus, fungos, bactérias suscetíveis de causar doença), químicos (como por exemplo, formaldeído, citostáticos, produtos de higiene e limpeza), físicos (como por exemplo, ruído, vibrações, radiações), relacionados com o trabalho ou atividade (como por exemplo, mobilização manual de cargas, quedas, escorregamentos, tropeções) psicossociais e organizacionais (como por exemplo: elevados ritmos de trabalho, trabalho noturno e por turnos, violência, assédio) aqueles que identificamos de forma mais sistemática em meio hospitalar.

A Identificação de Perigos e Avaliação de Riscos do Serviço caracteriza de forma específica cada fator de risco nomeado acima.

2.4 RISCOS E OPORTUNIDADES

Esta metodologia será implementada em 2017, pelo que de momento não é possível efetuar qualquer tipo de consideração relativamente a esta situação.

3. INFORMAÇÕES RELATIVAS AO DESEMPENHO E À EFICÁCIA DO SGI, INCLUINDO TENDÊNCIAS RELATIVAS A:**3.1 SATISFAÇÃO DO CLIENTE E RETORNO DE INFORMAÇÃO DE PARTES INTERESSADAS RELEVANTES****3.1.1 Questionários de satisfação**

Constituem-se como clientes do Serviço de Imuno-hemoterapia os doadores 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 questionários de avaliação da satisfação aos doadores de sangue.

Deste relatório apenas consta a avaliação da satisfação aos doadores de sangue, cujos resultados são apresentados de seguida.

Resultados dos questionários de avaliação da satisfação aos doadores de sangue

Foram distribuídos 120 questionários e devolvidos 99. A taxa de resposta foi de 83%.

As respostas a este questionário constituem cerca de sete por cento do número total de doadores (1322).

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

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

Dadores muito satisfeitos com os cuidados de saúde prestados pelo Serviço de Sangue: 74%

Cinquenta e três por cento de mulheres em comparação com os 45% de homens.

Idade média dos doadores: 34 anos de idade.

Dadores muito satisfeitos com as características gerais do Serviço de Sangue: 59%

Dadores muito satisfeitos na relação com os profissionais (simpatia e acolhimento): 75%. A destacar o grupo dos técnicos de análises clínicas e saúde pública.

Dadores muito satisfeitos com a competência dos profissionais: 77%

Dadores muito satisfeitos com as instalações: 72%

Dezassete comentários registados pelos doadores nos questionários.

Sugestão: Reservar um espaço na área administrativa para ter questionários disponíveis para os doadores.

Avaliação da satisfação com os cuidados de saúde

Setenta e quatro por cento dos doadores estão muito satisfeitos com os cuidados de saúde que foram prestados pelo Serviço de Sangue em 2016 (gráfico 1).

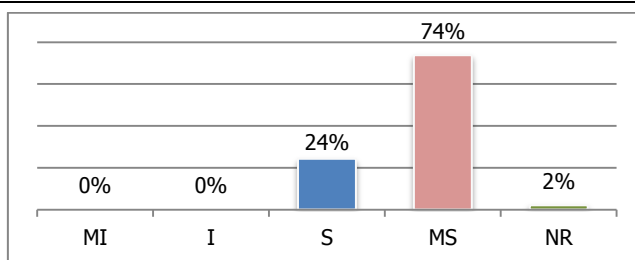


Gráfico 1. Gráfico de barras relativo aos cuidados de saúde prestados pelo Serviço de Sangue.

(n = 97)

Os resultados obtidos estão em linha com os anos anteriores (gráfico 2).

Em termos de avaliação global, o ano em análise foi o que apresentou melhores resultados ao nível da satisfação (98%).

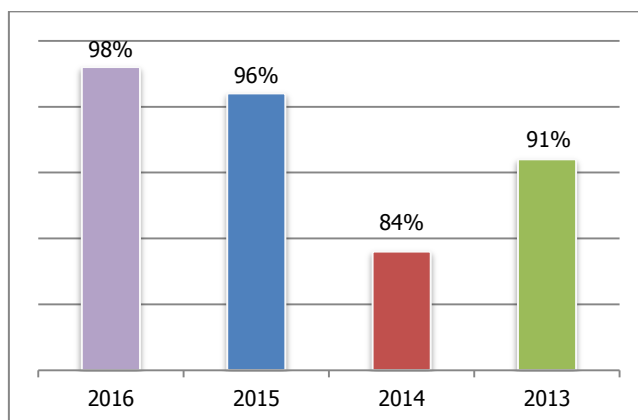


Gráfico 2. Gráfico de barras relativo aos cuidados de saúde prestados pelo Serviço de Sangue.

(2013 – 2016)

Identificação dos dadores: género, idade e profissão

Relativamente à distribuição dos dadores por GÉNERO, 45% dos dadores são homens e 53% são mulheres (gráfico 3).

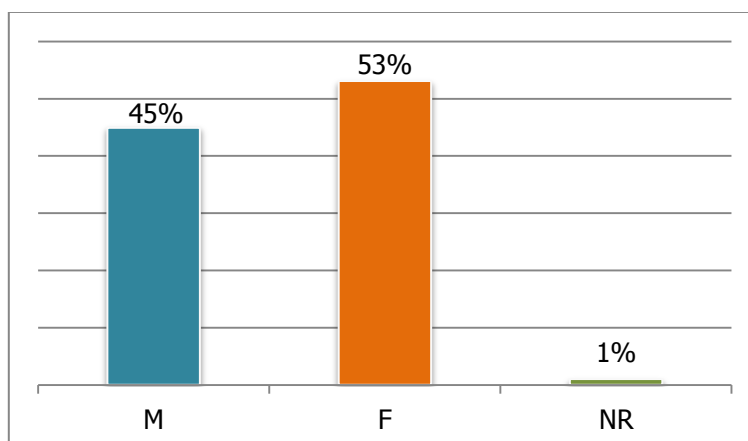


Gráfico 3. Gráfico de barras do género.

(n = 96: n masculino = 44, n feminino = 52)

Ao contrário dos anos anteriores, maior número de dadoras (52) em comparação com os homens (44). Maior percentagem de mulheres dos últimos três anos e menor percentagem de homens em igual período de tempo (gráfico 4).

Quando se analisam os resultados relativos ao número total de dadores em 2016 (1322), 773 foram do género masculino e 549 do género feminino, contrariando os dados obtidos ao nível do questionário de avaliação da satisfação. O Serviço de Sangue não teve mais mulheres que homens a dar sangue, o que aconteceu foi um maior número de respondentes do género feminino em comparação com o masculino.

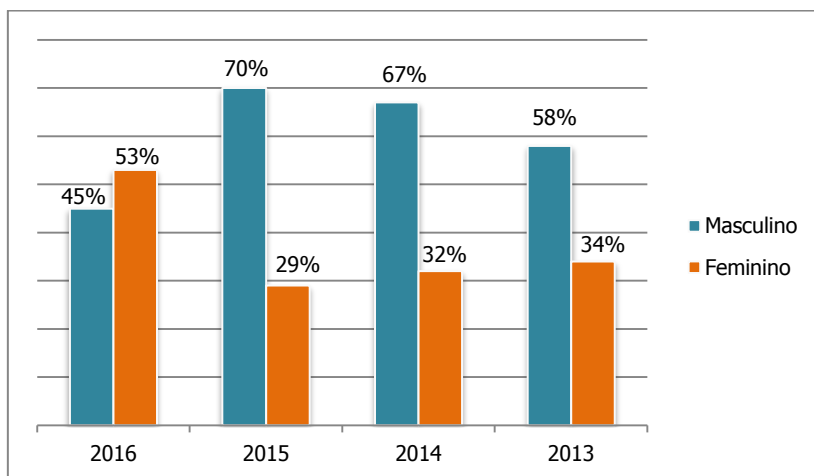


Gráfico 4. Gráfico de barras do género.

(2013 - 2016)

Considerando a amostra global, a IDADE média dos dadores situa-se nos 34 anos de idade.

A idade mínima é de 18 anos e a máxima é de 59 anos, verificando-se uma amplitude de 41 anos de idade.

Em anos anteriores, a idade média dos respondentes situa-se nos 40 anos de idade, ao contrário do verificado em 2016. Também a amplitude de idades é menor este ano em comparação com os anteriores.

Do número total de dadores (1322), a maior parte (685) situa-se entre os 25 e os 44 anos de idade. Do total de questionários distribuídos (99), 45 questionários foram dados a dadores de primeira vez que apresentam uma idade média de 31 anos.

A análise da PROFISSÃO dos dadores foi realizada tendo em consideração o setor de atividade. Dos dadores que estão empregados (75%), a maior parte exerce a sua profissão no setor terciário do qual fazem parte atividades que não produzem bens, mas prestam serviços. Do total de respondentes, dez são estudantes, dez não responderam e quatro estão desempregados. Diferenças mais acentuadas entre os dadores empregados em 2016 face aos anos anteriores (2015: 86%, 2014: 89% e 2013: 69%).

Características gerais

No gráfico 5 constam os resultados relativos às características gerais.

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

Das características avaliadas, o “tempo de espera para o atendimento administrativo” é a que apresenta resultados mais baixos (45%), enquanto a “qualidade da informação recebida” é a característica que apresenta maior número de dadores muito satisfeitos (72%).

As características que envolvem o fator tempo são as que apresentam menor número de dadores muito satisfeitos, sendo de destacar que o “tempo decorrido entre a consulta médica e a sala de colheitas” é a que apresenta os melhores resultados (59%).

A “qualidade da informação recebida” e a “facilidade de acesso ao Serviço” foram as características mais valorizadas pelos dadores (72% e 70%, respetivamente).

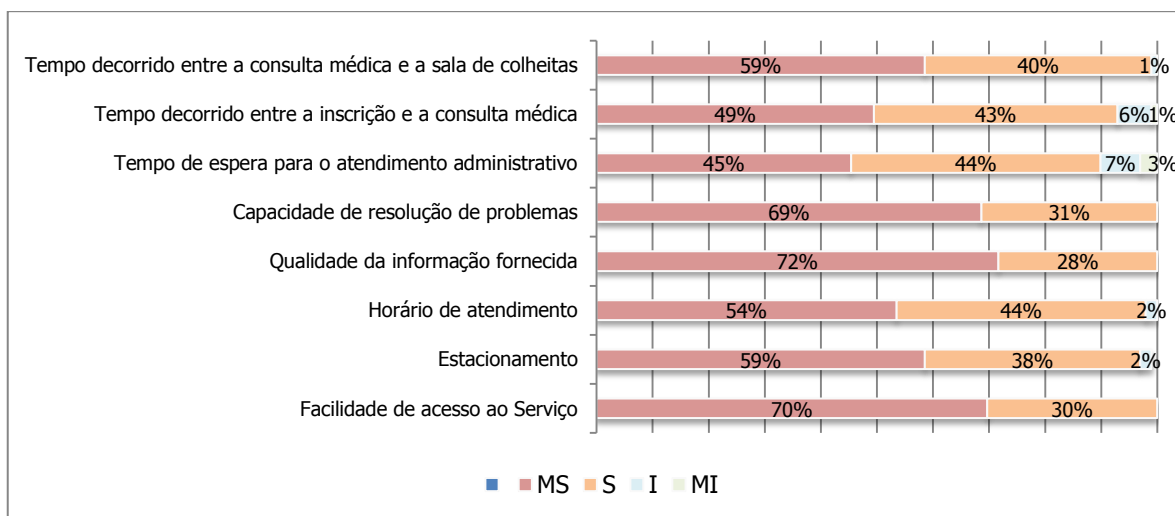


Gráfico 5. Gráfico de barras relativo às características gerais.

(n = 99)

Para as características “facilidade de acesso ao Serviço”, “estacionamento”, “horário de atendimento”, “qualidade da informação recebida” e “capacidade de resolução de problemas”, o ano em análise apresenta melhores resultados relativos aos dadores muito satisfeitos face aos anos anteriores (gráfico 6).

Em relação à característica “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 “tempo de espera para o atendimento administrativo” e “tempo decorrido entre a inscrição e a consulta médica” em que se observou uma diminuição dos dadores muito satisfeitos face a 2015, mas com percentagens semelhantes a 2014 e 2013.

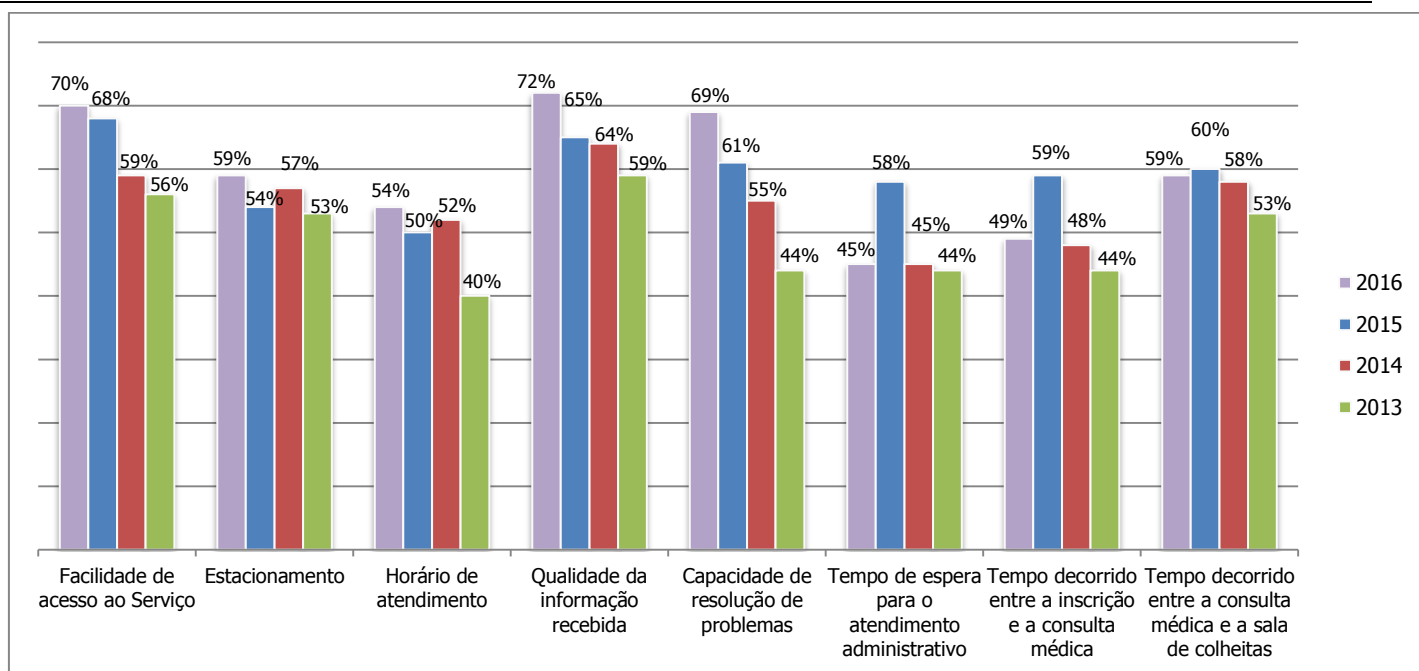


Gráfico 6. Gráfico de barras relativo aos dadores muito satisfeitos para as características gerais.

(2013 - 2016)

É curioso analisarmos as diferenças verificadas entre os dadores de primeira vez (no Serviço ou na vida) e os dadores que já efetuaram várias dádivas no Serviço de Sangue em análise (gráfico 7).

As características mais valorizadas por todos os dadores foram a "qualidade da informação recebida", a "facilidade de acesso ao Serviço" e a "capacidade de resolução de problemas" (gráfico 7).

Em relação aos tempos de espera verificam-se diferenças acentuadas entre os dadores de primeira vez e os regulares. Apesar de semelhante, o "tempo de espera para o atendimento administrativo" obteve maior número de dadores muito satisfeitos entre os dadores regulares (46%), enquanto o "tempo decorrido entre a consulta médica e a sala de colheitas" obteve os melhores resultados entre os dadores de primeira vez (76%). A mesma característica "tempo de espera para o atendimento administrativo" obteve o menor número de dadores muito satisfeitos nos dadores de primeira vez (44%), enquanto o "tempo decorrido entre a inscrição e a consulta médica" teve a percentagem mais baixa (39%) para os dadores regulares (gráfico 7).

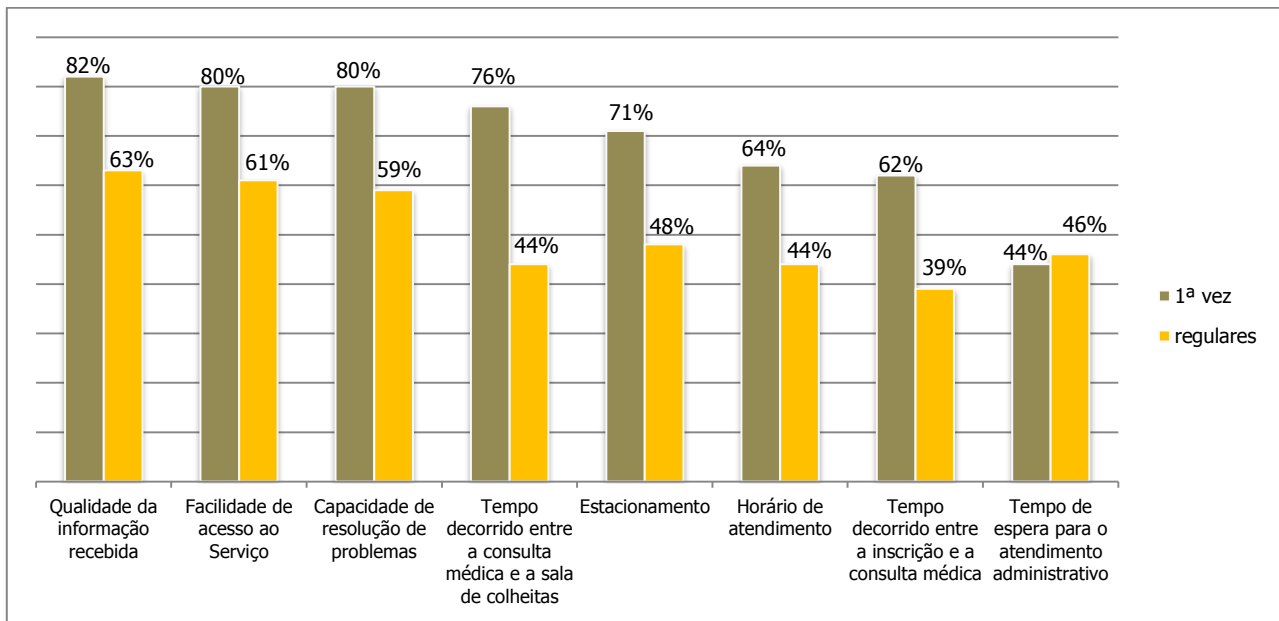


Gráfico 7. Gráfico de barras dos dados regulares e de 1ª vez muito satisfeitos para as características gerais.

(n = 99: n dados 1ª vez = 45, n dados regulares = 54)

Relação com os profissionais

Na relação com os profissionais, em termos da simpatia e do acolhimento, os resultados podem ser observados no gráfico 8.

Na relação com os profissionais, 75% dos dados atribuíram a classificação de muito satisfeito para todos os grupos profissionais. Estes resultados estão em linha com o ano anterior (74%).

Os técnicos de análises clínicas e saúde pública foram considerados os mais simpáticos e acolhedores (82%) pelos dados que responderam ao questionário, seguido do assistente operacional (79%), médico (73%) e, por último, da assistente técnica (68%). Este último foi também o grupo profissional onde se verificou existir 1% de dados muito insatisfeitos.

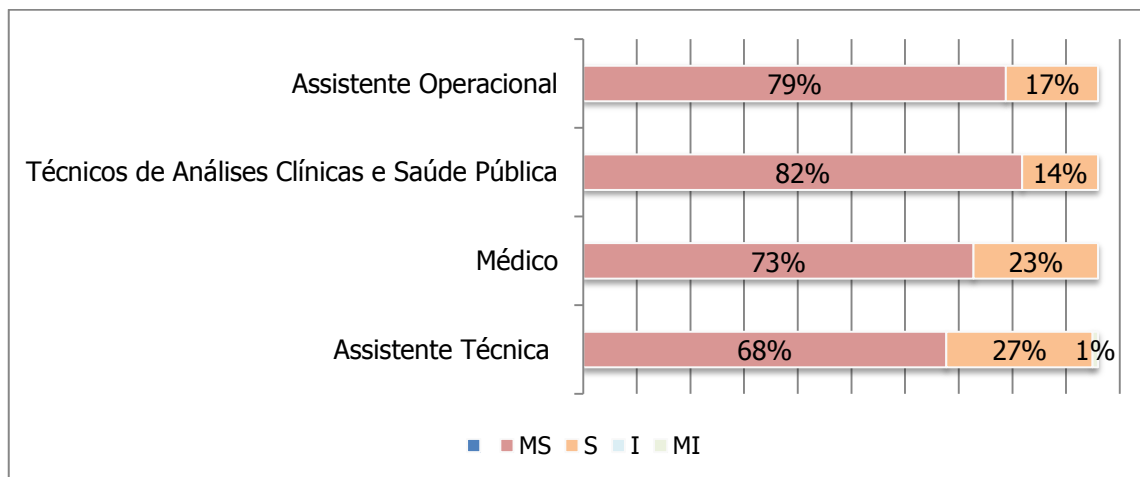


Gráfico 8. Gráfico de barras da relação com os profissionais (simpatia e acolhimento).

(n = 95)

Quando os resultados são comparados com os anos anteriores (2013 a 2015) verifica-se que o grupo do assistente operacional e dos técnicos de análises clínicas e saúde pública tem o maior número de dadores muito satisfeitos em 2016. No grupo do médico verifica-se maior oscilação ao longo do tempo. O grupo do assistente técnico tem vindo a diminuir o número dos dadores muito satisfeitos ao longo do tempo (gráfico 9).

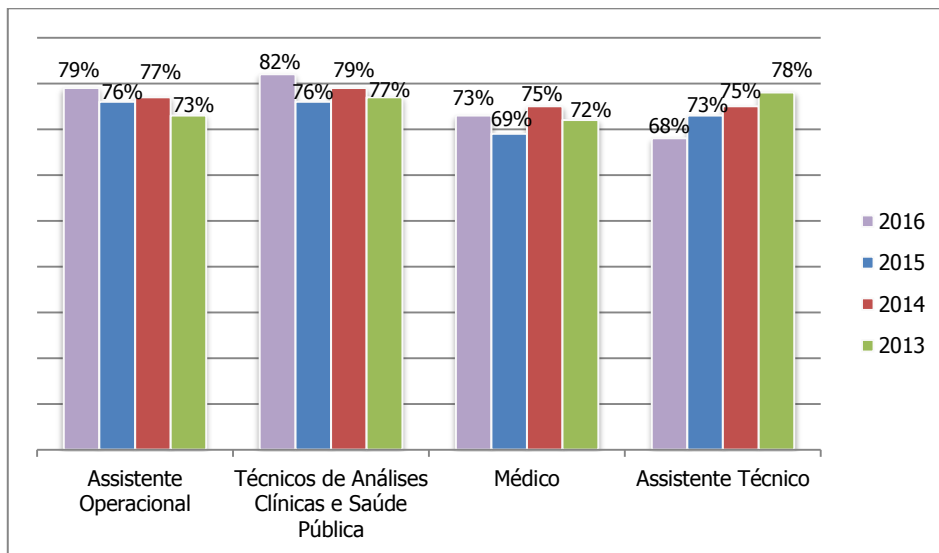


Gráfico 9. Gráfico de barras dos dadores muito satisfeitos para a relação com os profissionais (simpatia e acolhimento) (2013 - 2016)

Quando analisamos os resultados relativos a 2016 entre dadores de primeira vez e dadores regulares, verificamos que os grupos do assistente operacional e dos técnicos de análises clínicas e saúde pública têm o maior número de dadores muito satisfeitos, o grupo do médico tem uma maior diferença entre os grupos de dadores (com maior número de dadores muito satisfeitos entre os dadores de primeira vez quando comparados com os dadores regulares) e no grupo do assistente técnico praticamente não se verificam diferenças entre os dois grupos de dadores (gráfico 10). Para todos os grupos profissionais se constata que os dadores de primeira assinalam maior número de vezes a opção de muito satisfeito.

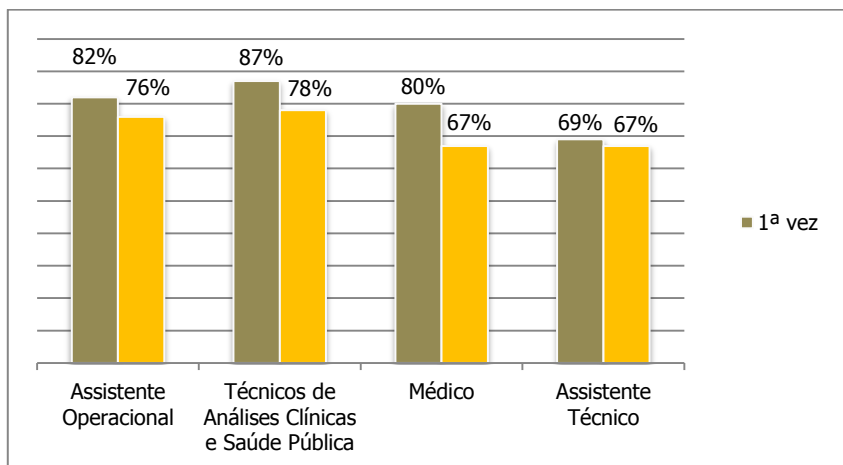


Gráfico 10. Gráfico de barras dos dadores regulares e de 1ª vez muito satisfeitos para a relação com os profissionais.

(n = 95: n dadores 1ª vez = 42, n dadores regulares = 53)

A componente simpatia e acolhimento constituem-se pontos a ter em consideração para todos os grupos profissionais, mas em especial para o médico e assistente técnico.

Competência dos profissionais

No gráfico 11 constam os resultados obtidos relativos à competência dos profissionais.

Em relação à competência dos profissionais, 77% dos dadores atribuíram a classificação de muito satisfeito. Melhores resultados globais este ano em comparação com 2015 (74%).

Estes resultados estão em consonância com os obtidos na relação com os profissionais (simpatia e acolhimento). Os técnicos de análises clínicas e saúde pública obtiveram o maior número de dadores muito satisfeitos (81%), seguidos do assistente operacional (78%), do médico (76%) e do assistente técnico (75%). Neste último verificou-se existir 1% de dadores muito insatisfeitos.

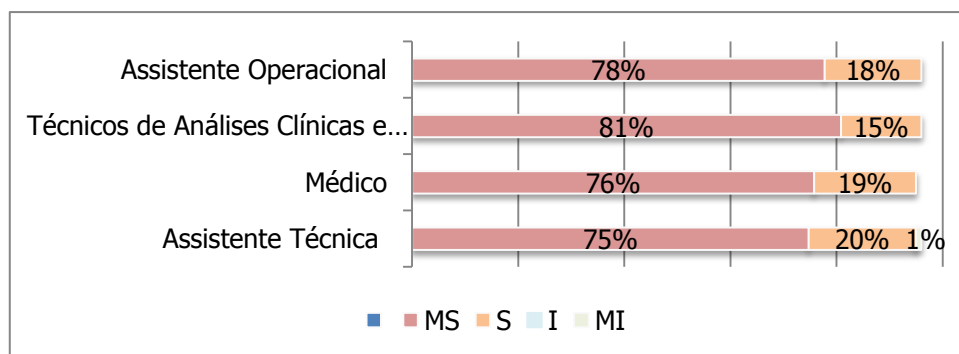


Gráfico 11. Gráfico de barras relativo à competência dos profissionais.

(n = 95)

À semelhança do verificado em 2015, também em 2016 se conclui que, ao longo dos anos e para todos os grupos profissionais, se tem constatado um aumento na percentagem dos dadores muito satisfeitos no que se refere à avaliação da competência dos profissionais do Serviço de Sangue (gráfico 12).

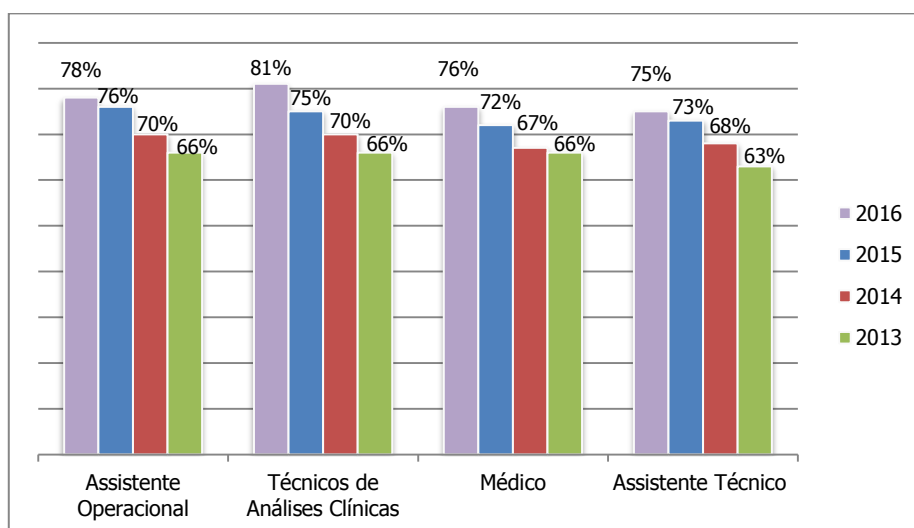


Gráfico 12. Gráfico de barras dos dadores muito satisfeitos relativo à competência dos profissionais

(2013 - 2016)

Em relação aos dadores de primeira vez e regulares não se verificam alterações significativas entre a opinião de ambos os grupos relativa à competência dos profissionais, com exceção do médico. Para este grupo profissional os dadores de primeira vez atribuíram uma melhor classificação em comparação com os dadores regulares (gráfico 13).

Os dois grupos melhor classificados pelos dadores de primeira vez foram os técnicos de análises clínicas e saúde pública e o médico (84%), enquanto os dadores regulares optaram pelos técnicos de análises clínicas e saúde pública (78%) e o assistente operacional (74%).

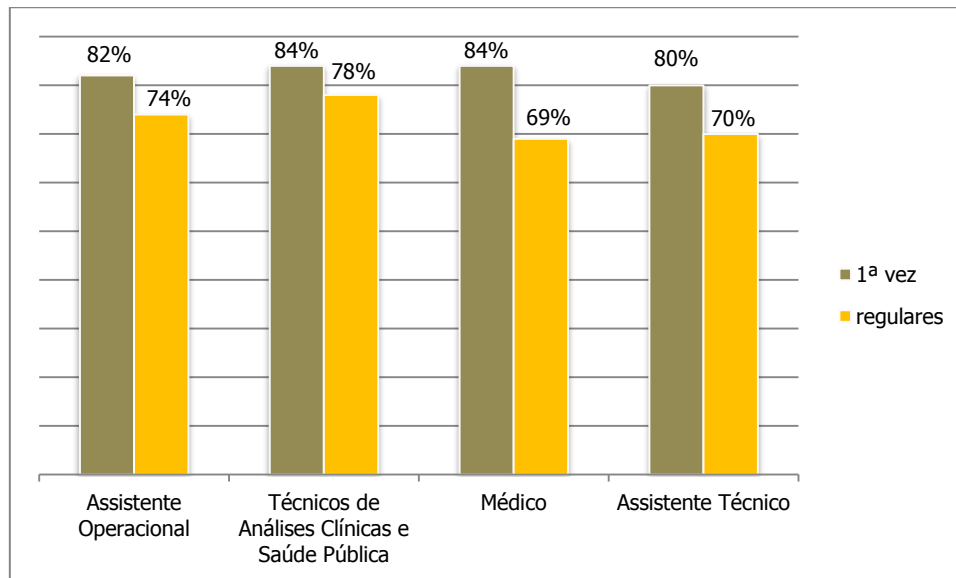


Gráfico 13. Gráfico de barras dos dadores regulares e de 1ª vez muito satisfeitos para a competência dos profissionais.

(n = 95: n dadores 1ª vez = 42, n dadores regulares = 53)

De referir que os resultados relativos aos dadores de primeira vez refletem a primeira impressão dos dadores em relação ao Serviço em questão, enquanto a opinião dos dadores regulares resulta do histórico que cada um tem em relação ao Serviço de Sangue.

O assistente técnico e o médico são os primeiros profissionais com quem os dadores contactam quando se dirigem ao Serviço de Sangue, enquanto os técnicos de análises clínicas e saúde pública e o assistente operacional estão na segunda linha. Há um alinhamento entre os resultados obtidos para o grupo que estão na primeira linha (assistente técnico e médico) e para o grupo que está na segunda linha (técnicos de análises clínicas e saúde pública e assistente operacional). Os resultados mostram uma diferenciação entre estes dois grupos.

Instalações

Segue-se a apresentação dos resultados relativos aos parâmetros que constituem as instalações (gráfico 14).

Para as instalações, 72% dos dadores inquiridos atribuíram a classificação de muito satisfeito. Estes resultados são iguais aos de 2015.

O parâmetro "limpeza e higiene" foi o melhor classificado este ano (76%), seguido da "segurança" (73%), do "conforto" (72%), das "instalações sanitárias" e "funcionalidade" (71%) e, por último, da "privacidade" (70%).

Relatório Global de Revisão pela Gestão

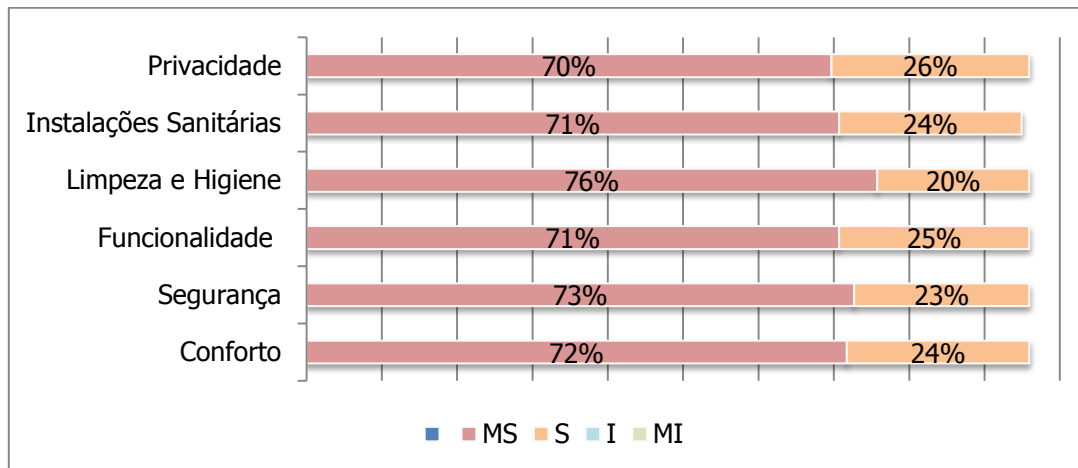


Gráfico 14. Gráfico de barras relativo às instalações.

(n = 95)

Todos os parâmetros foram melhor classificados este ano, com um aumento dos dados que responderam muito satisfeito (gráfico 15).

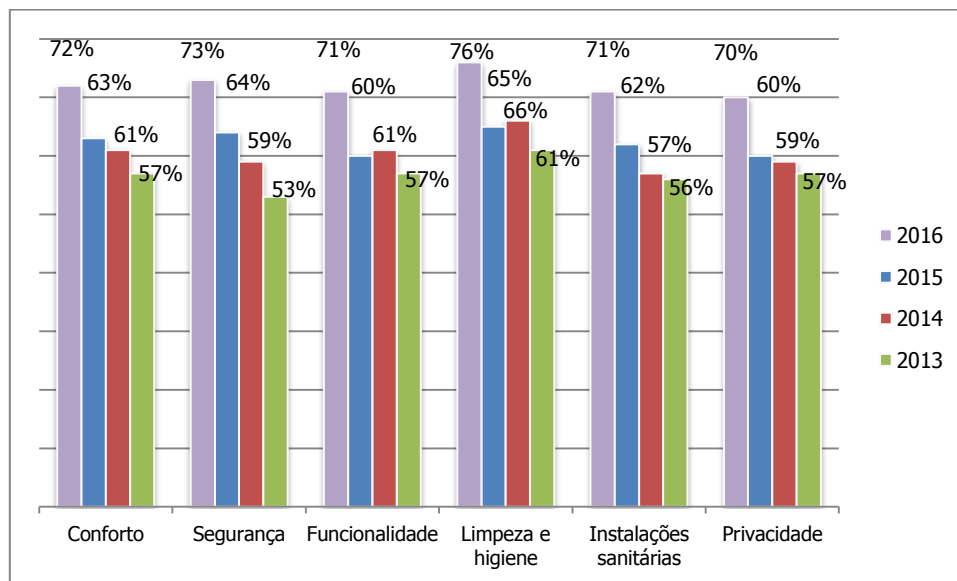


Gráfico 15. Gráfico de barras dos dados muito satisfeitos com as instalações

(2013 - 2016)

Os doadores de primeira vez valorizaram a "limpeza e higiene" (82%), "funcionalidade" e "conforto" (78%), enquanto os doadores regulares consideraram a "limpeza e higiene", "instalações sanitárias" e "segurança" (70%) (gráfico 16).

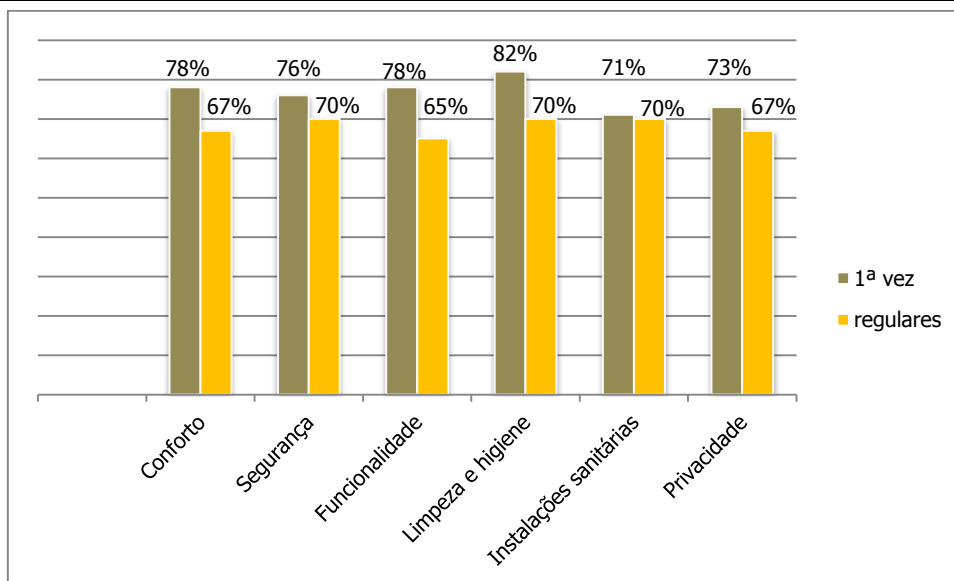


Gráfico 16. Gráfico de barras dos dados regulares e de 1ª vez muito satisfeitos com as instalações

(n = 95: n dados 1ª vez = 42, n dados regulares = 53)

Comentários dos doadores

Em 2016, 15 doadores registaram os seus comentários no questionário de avaliação da satisfação e em 2015, os doadores teceram 21 comentários. Nos comentários deste ano verifica-se que os doadores referiram aspetos positivos e a melhorar no mesmo comentário.

- *Nada a referir.*
- *Excelente serviço e instalações.*
- *Muito bom.*
- *Estou satisfeito e orgulhoso destes profissionais que aqui trabalham.*
- *Apenas quero agradecer a este Serviço por toda a simpatia e dedicação que dão aos doadores de sangue. Ao longo de 15 anos a doar sangue é quase uma segunda família sendo, por esse motivo, que venho sempre de Lisboa para continuar a doar sangue neste Serviço. Obrigado por toda a simpatia e por tornarem as nossas doações num momento descontraído. Não é sugestão nem nada a melhorar, é apenas um enorme agradecimento.*
- *Serviço personalizado. Muito bom! Parabéns!*
- *Continuem o excelente trabalho. Mantenham sempre a boa disposição e contagiem os médicos também, porque alguns acham-se superiores a vocês. Nota-se a diferença no atendimento. Desejo-vos umas boas*
- *Gostaria de ver melhorado o sistema informático interno para que os utentes não tenham de estar tanto tempo à espera de fazer uma simples inscrição, devido a dificuldades informáticas.*
- *Sugiro que o tempo de espera para entrar na consulta médica seja menor.*
- *Sugiro que alargassem o horário das dádivas.*
- *O horário de atendimento ser todos os dias úteis.*
- *Em relação ao estacionamento sou dador de sangue e dou sempre no HUC (Coimbra) e neste hospital têm lugares de estacionamento reservados aos doadores, sabendo nós de imediato o lugar onde nos dirigimos, tornando mais fácil e rápida a realização da dádiva. Outro ponto, e mais uma vez estabelecendo a comparação com o HUC, tem o espaço do dador aberto diariamente durante o período diurno (9h – 17h) inclusive aos sábados (julgo que até às 13h), o que permite ao dador um período mais abrangente para quem não pode vir só aos dias previamente marcados*

festas e continuem a ser sempre assim.

- *Desejo que continue tudo igual, porque está tudo perfeito, mas talvez haja mais alguma coisa que se possa fazer para ser melhorado. Deixo para os funcionários decidirem o que eles precisam mais. Sem outro assunto de momento. Eu estou satisfeita com o serviço.*

(2ª, 4ª e 6ª). Para já são estes pontos, em relação ao restante serviço prestado, nada a apontar, pelo contrário, a elogiar. Obrigada.

- *Se possível, o Serviço estar disponível todos os dias da semana. Espera demorada, quase uma hora entre chegar ao Serviço e dar sangue.*
- *Falta de simpatia por parte da administrativa. Muito tempo de espera. O horário das recolhas deve ser mais alargado (dias e horas).*

Os comentários prendem-se com questões ligadas ao horário e dias de funcionamento do Serviço de Sangue, estacionamento e relação com os profissionais em termos da simpatia e acolhimento.

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.

As dádivas podem ser realizadas às segundas, quartas e sextas-feiras, na medida em que as terças e quintas-feiras estão reservadas para os utentes do hospital de dia de imuno-hemoterapia que não podem estar misturados com os dadores.

Ao nível do estacionamento não é possível ter lugares exclusivos destinados aos dadores de sangue. Os dadores de sangue têm o benefício de não pagar estacionamento para vir dar sangue, ao contrário do que acontece com os restantes utentes que têm de pagar o estacionamento. Contudo, o aumento de profissionais e a afluência de utentes ao Hospital a determinadas horas pode contribuir para a dificuldade em arranjar lugares livres.

Em relação ao comportamento dos profissionais, estes estão de alguma forma orientados com os resultados obtidos na avaliação do ponto "relação com os profissionais (simpatia e acolhimento)" abordados anteriormente.

Os comentários que se constituem como limitações devem ser motivo de reflexão. Os agradecimentos que são dirigidos ao Serviço e aos profissionais que dele fazem parte são motivo de orgulho, uma forma de reconhecimento e transmitem a sensação de dever cumprido para os profissionais que lidam diretamente com os dadores de sangue.

Sugere-se que os questionários de avaliação da satisfação dos dadores estejam sempre disponíveis. Reservar um espaço, na área administrativa, para os questionários e pedir aos dadores que procedam ao seu preenchimento ao longo do ano.

Avaliação dos clientes internos

O Serviço de Sangue optou por distribuir o questionário de avaliação aos clientes internos de dois em dois anos, devido à sobrecarga de questionários que são distribuídos aos profissionais pelo Hospital. Por outro lado, este intervalo temporal, sendo mais amplo, avalia melhor o impacto das alterações e melhorias implementadas.

3.1.2 Reclamações

Neste ponto constam as reclamações e sugestões efetuadas no Livro de Reclamações, Folha de Elogio e IMP.GER.011 Sugestões e Autoexclusão do Dador de Sangue, respetivamente.

Reclamações

Sem registo de reclamações no Livro de Reclamações.

Sugestões

Efetuados sete registos pelos dadores de sangue. Uma sugestão relativa ao horário de atendimento aos delegados de propaganda médica, duas sugestões relativas aos dias de atendimento para a dádiva de sangue, dois elogios aos funcionários do Serviço de Sangue, uma sugestão em relação ao estacionamento e uma referente ao tempo de espera para a consulta médica.

De destacar os 15 comentários feitos pelos dadores através dos questionários de avaliação da satisfação.

3.1.3 Elogios

O Serviço de Sangue teve o registo de dois elogios. Um dador que agradeceu o esclarecimento de uma questão e a informação que lhe foi disponibilizada e um doente que elogiou a forma como lhe resolveram um problema.

3.2 MEDIDA EM QUE OS OBJETIVOS DA QUALIDADE FORAM CUMPRIDOS

De um modo geral, o Serviço de Sangue cumpriu o estabelecido no programa de objetivos, tendo cumprido alguns e superado o previsto em 2016 para outros objetivos.

O quadro seguinte apresenta em detalhe os resultados relativos aos objetivos em 2016.

Objetivo		Atingido?	Valor atingido	Justificações para desvios/ Observações
Indicador	Meta			
Garantir que os componentes se encontram dentro dos critérios do estabelecido pela lei 185/2015				
(Nº de componentes dentro dos critérios de aceitação/ Nº de componentes controlados) x 100	> 98%	Sim	99%	↑
Aumentar a percentagem de novos dadores face a 2015				
[Nº de dadores de 1ª vez no SIH (com colheita) / Nº total de dadores (com colheita)] x 100	≥ 20%	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	=

Objetivo		Atingido?	Valor atingido	Justificações para desvios/ Observações
Indicador	Meta			
Taxa de transfusões preparadas e não efetivadas				
100 – (Nº de transfusões efetivadas / Nº total de transfusões preparadas) x 100	≤ 32%	Não	35,5%	↓
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	=
Garantir que são efetuadas todas as execuções, e que os envios e 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%	Sim	100%	=
Aumentar o número de dádivas				
(Nº de unidades colhidas 2016 / Nº de unidades 2015) x 100	5%	Sim	5,24%	↑
Taxa de autossuficiência em concentrados eritrocitários				
Nº de transfusões de CE produzidos no Serviço / Nº total de transfusões x 100	80%	Sim	87,38%	↑

3.3 DESEMPENHO DOS PROCESSOS E CONFORMIDADE DOS SERVIÇOS

Durante o ano de 2016 todos os indicadores acompanhados estavam enquadrados em objetivos.

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

O Serviço de Imuno-hemoterapia procede ao registo sistemáticos das ocorrências, incidentes, não conformidades e oportunidades de melhoria, no sentido da melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Em 2016 foram registadas 309 ocorrências distribuídas da seguinte forma:

Área	2016
Outros serviços	73
Equipamentos	41
Armazém	28
Sistema informático	26
Controlo da qualidade	24
Reagentes, consumíveis clínicos, produtos farmacêuticos e medicamentos	18
Preparação e fornecimento de componentes	13
Consentimentos informados	13
IPST	11
Decreto-lei nº 185/2015	11
Hospital de dia	10

Área	2016
Realização de análises	7
Componentes do sangue	7
Farmácia	7
Carro de urgência	7
Colheita, processamento e armazenamento do sangue	6
Devolução de componentes	5
Acidentes de trabalho	2

Do total de ocorrências, 256 estão encerradas, 53 foram encerradas por não haver resposta até ao momento de elaboração do relatório e 16 deram origem a não conformidades.

Foram registadas 23 constatações, das quais sete foram oportunidades de melhoria e 16 não conformidades.

No quadro seguinte apresenta-se os resultados obtidos ao nível deste tipo de registos, para os anos de 2015 e 2016:

Tipo	2016	2015
Não Conformidade	16	28
Oportunidade de melhoria	7	16

Em 2016 verificou-se uma diminuição no número de não conformidades (menos 12) e nas oportunidades de melhoria em comparação com 2015.

As não conformidades e oportunidades de melhoria registadas foram analisadas e tratadas de forma a promover a melhoria da qualidade do serviço. O estado das ações corretivas e de melhoria encontra-se descrito no ponto seguinte.

3.4.1 Ações corretivas e de melhoria

Para as situações verificadas foram definidas ações corretivas e de melhoria no sentido de eliminação das causas. No quadro seguinte pode verificar-se o ponto de situação relativamente a este tipo de ações, relativamente aos anos de 2016 e 2015.

Estado das ações	2016	2015
Fechada/ Eficaz	14	29
Não eficaz	2	1
Em análise	2	3
A aguardar avaliação da eficácia	0	7
A aguardar implementação	1	0
Ações transitaram de ano anterior eficazes	0	0
Não aceite	4	4

Apenas duas oportunidades de melhoria e uma não conformidade se encontram abertas, devido à complexidade das suas ações e de necessitarem de investimento.

3.5 RESULTADOS DE MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO

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

São ainda avaliadas outras ferramentas como, por exemplo, não conformidades, oportunidades de melhoria, incidentes, notificações, reclamações e elogios que se encontram descritos ao longo deste relatório.

Controlo da qualidade aos componentes do sangue

Nas fases da colheita e do processamento do sangue, os componentes são sujeitos a um primeiro controlo da qualidade, cujos elementos de avaliação constam da IT.IMH.011 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 e os crioprecipitados são avaliados ao longo de dois anos.

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

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

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

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

Pool de Plaquetas: 100% unidades avaliadas com resultados conforme o recomendado.

Sangue Total Autólogo: 100% unidades avaliadas com resultados conforme o recomendado.

PFC: 77% de unidades em conformidade com o estabelecido para o componente em causa e 89% de resultados conforme.

CRIO: 22% de unidades em conformidade com o estabelecido para o componente em causa e 64% de resultados conforme.

Com exceção do crioprecipitado, resultados excelentes e consistentes com os anos anteriores.

Os resultados 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, o que não é fácil de conseguir.

Processamento dos componentes

O gráfico 17 mostra o número de componentes produzidos e o número dos eliminados na fase do processamento do sangue para cada um dos componentes.

Dos 1867 **concentrados de eritrócitos** produzidos, quatro foram eliminados por *dificuldades de desleucocitação*, 13 por *sistema aberto* e um devido à *presença de coágulos*, representando 1% de unidades inutilizadas do total de produção.

Cento e sessenta e cinco **concentrados de plaquetas** eliminados por *volume insuficiente* (13), *nuvem plaquetária insuficiente* (112), *plasma com células* (12), *plasma lipémico* (três), *sistema aberto* (cinco), *erro separador automático* (três) e *para controlo da qualidade* (17). As unidades eliminadas representam 15% das produzidas.

Os motivos que levaram à eliminação das 113 unidades de **plasma** são os seguintes: *volume insuficiente* (74), *plasma com células* (13), *plasma lipémico* (dois) e *para controlo da qualidade* (24). Os plasmas eliminados representam 34% do total de plasmas produzidos.

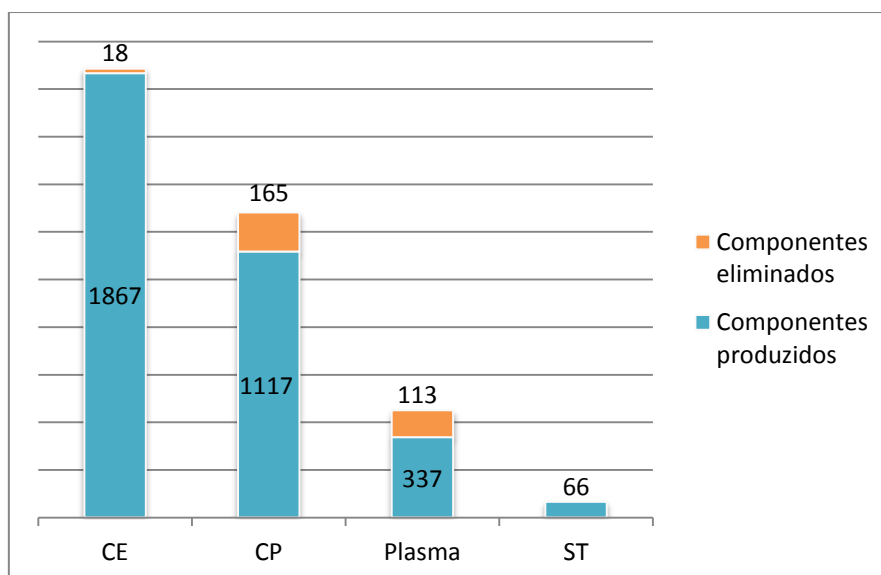


Gráfico 17. Gráfico de barras dos componentes produzidos e dos inutilizados no processamento do sangue.

Comparação com o ano 2015:

Os resultados obtidos em 2016 estão alinhados com o ano anterior.

Em 2016 foram produzidos maior quantidade de concentrado de eritrócitos, plasma e sangue total autólogo. Mais 102 CE (1765 em 2015) e eliminadas mais seis unidades (12 unidades pelos mesmos motivos em 2015). No período de análise do relatório, foram produzidos mais 15 concentrados de plaquetas (1102 em 2015) e eliminadas mais seis unidades (159 eliminadas em 2015). Em 2016 foram produzidos mais 72 plasmas em comparação com os 265 de 2015, tendo sido eliminadas mais unidades (113 em 2016 e 54 em 2015).

Os motivos de eliminação para os diferentes componentes sanguíneos não diferem de um ano para o outro.

Em relação ao sangue total autólogo foram produzidas mais 14 unidades (66 em 2016 e 52 em 2015).

Concentrado de eritrócitos (CE)

Cem por cento 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.

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

O gráfico 18 apresenta a percentagem de conformidade dos concentrados de glóbulos vermelhos avaliados verificando-se que os resultados obtidos estão conforme o recomendado para o componente em causa.

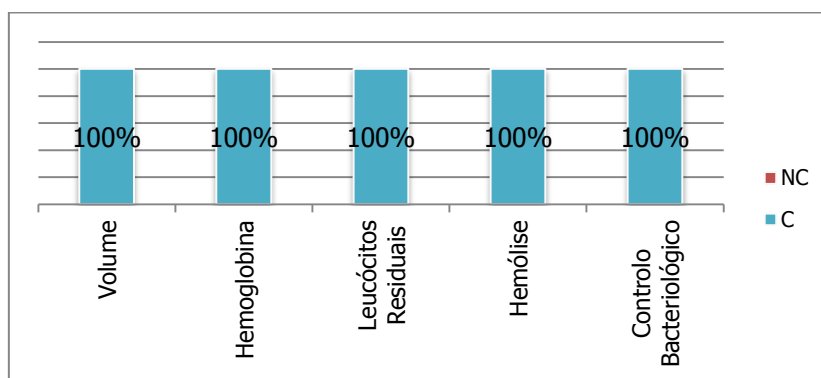


Gráfico 18. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro ao CE

(n volume = 140, n hemoglobina = 98, n leucócitos residuais = 96, n hemólise = 41, n hemocultura = 42)

O gráfico 19 mostra a percentagem de resultados conforme para todos os parâmetros relativos ao período de tempo 2013 a 2016 verificando-se que os resultados são homogéneos ao longo do tempo.

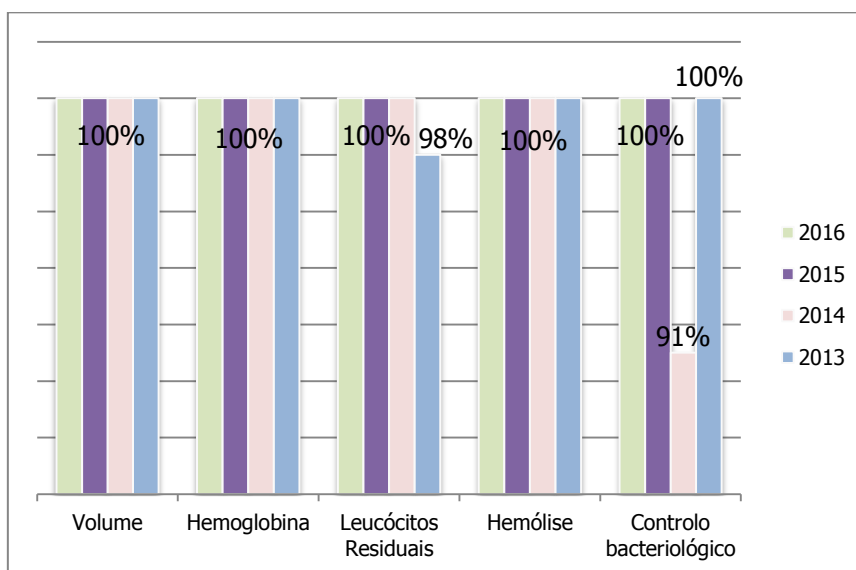


Gráfico 19. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro ao CE

(2013 - 2016)

Na tabela 1 encontram-se os valores médios no período 2013 a 2016 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 2016	282	53	0,183 x 10 ⁶	0,28	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 - 2016.

De referir que os valores referentes ao volume restringem-se às unidades sujeitas a controlo da qualidade (140) 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 = 222 ml - 339 ml | Hemoglobina = 44 g/unidade - 64 g/unidade |

Leucócitos Residuais = 0,013 x 10⁶ – 0,532 x 10⁶ | Hemólise = 0,05% - 0,63%

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

Noventa e nove por cento das unidades avaliadas com resultados conforme o recomendado.

Resultados positivos e em linha 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 gráfico 20 apresenta a percentagem de conformidade dos concentrados de plaquetas avaliados. Apenas quatro por cento das unidades avaliadas apresentam valores de plaquetas abaixo do definido e três por cento com número de leucócitos acima do recomendado. Para os restantes parâmetros, os valores apresentados cumprem o recomendado.

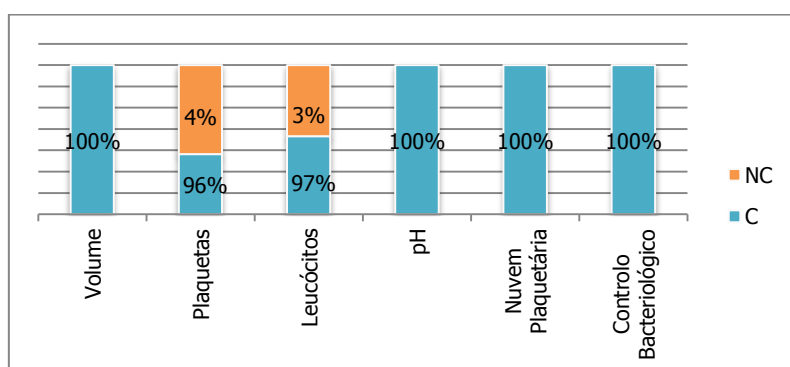


Gráfico 20. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro ao CP

(n volume = 120, n plaquetas = 120, n leucócitos = 120, n pH = 98, n nuvem plaquetária = 115, n hemocultura = 98)

Todas as unidades produzidas são avaliadas quanto ao volume e nuvem plaquetária. Mensalmente são escolhidas aleatoriamente dez unidades para avaliação dos restantes parâmetros.

O gráfico 21 mostra a percentagem de resultados conforme para todos os parâmetros podendo-se verificar que há um alinhamento dos resultados ao longo do tempo. Como é expectável, os parâmetros onde se verificam maior número de resultados não conforme são ao nível das plaquetas e dos leucócitos.

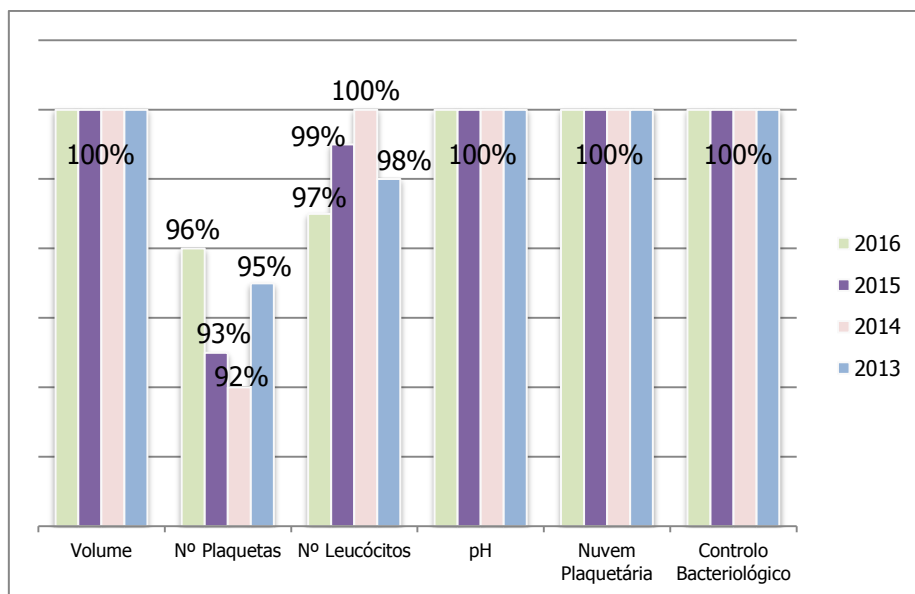


Gráfico 21. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro ao CP

(2013 - 2016)

Na tabela 2 encontra-se a média dos resultados verificando-se que os mesmos são consistentes ao longo dos anos.

Parâmetros	Volume (ml)	N.º Plaquetas (n.º plaq. x 10 ⁹)	N.º Leucócitos (n.º 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 2016	62	73 x 10 ⁹	0,016 x 10 ⁹	8	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 - 2016.

De referir que os valores referentes ao volume restringem-se às unidades sujeitas a controlo de qualidade (120) 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 = 47 ml - 79 ml | Plaquetas = 36 x 10⁹ - 203 x 10⁹ |

Leucócitos = 0,002 x 10⁹ - 0,249 x 10⁹ | pH 7 - 8

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

Cem por cento 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. Mensalmente são preparadas quatro pools de plaquetas para avaliação dos seus parâmetros da qualidade.

O gráfico 22 apresenta a percentagem de conformidade das pools de plaquetas avaliadas. Pode-se observar que os resultados obtidos para o volume, leucócitos residuais, pH, nuvem plaquetária e controlo bacteriológico estão conforme o recomendado para a pool de plaquetas. Noventa e oito por cento das unidades avaliadas estão conforme quanto ao número de plaquetas verificando-se que dois por cento apresentam valores abaixo do definido.

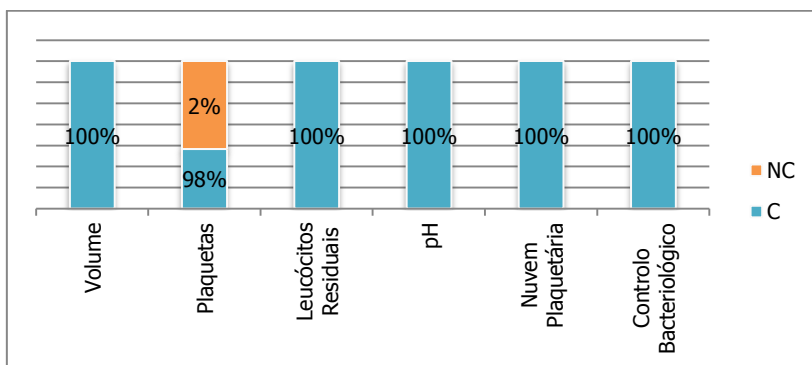


Gráfico 22. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro a pool de plaquetas.

(n = 48)

O gráfico 23 mostra a percentagem de resultados conforme para todos os parâmetros verificando-se que estão alinhados ao longo do tempo. No período em análise verificaram-se os melhores resultados ao nível das plaquetas.

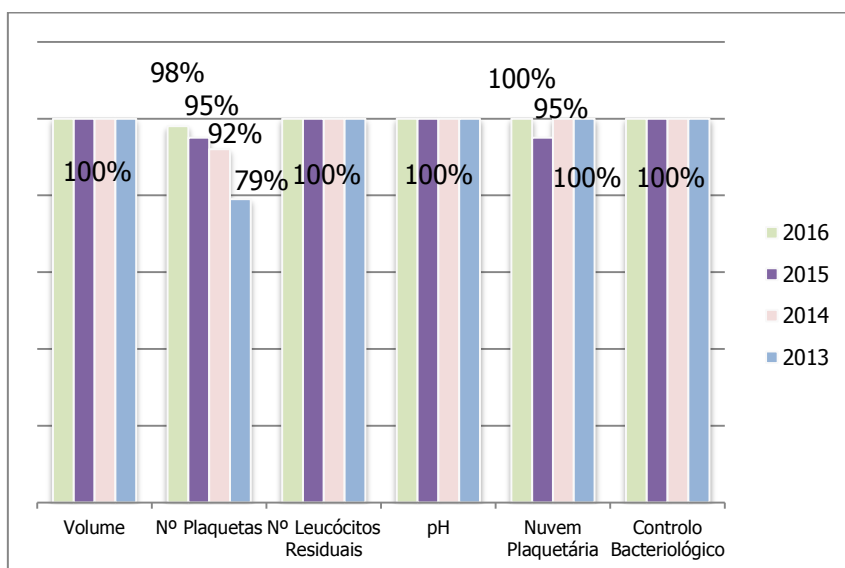


Gráfico 23. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro a pool de plaquetas.

(2013 - 2016)

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 2016	337	265 x 10 ⁹	0,061 x 10 ⁶	8	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 em 2013 - 2016.

De referir que os valores referentes ao volume restringem-se às unidades sujeitas a controlo da qualidade (48) 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 = 263 ml - 490 ml | Plaquetas = 182 x 10⁹ - 397 x 10⁹ |

Leucócitos Residuais = 0 x 10⁶ - 0,748 x 10⁶ | pH = 7 - 8

Sangue total autólogo (ST)

Cem por cento das unidades avaliadas com resultados conforme o recomendado.

Resultados positivos e consistentes 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 24 apresenta a conformidade das unidades autólogas avaliadas.

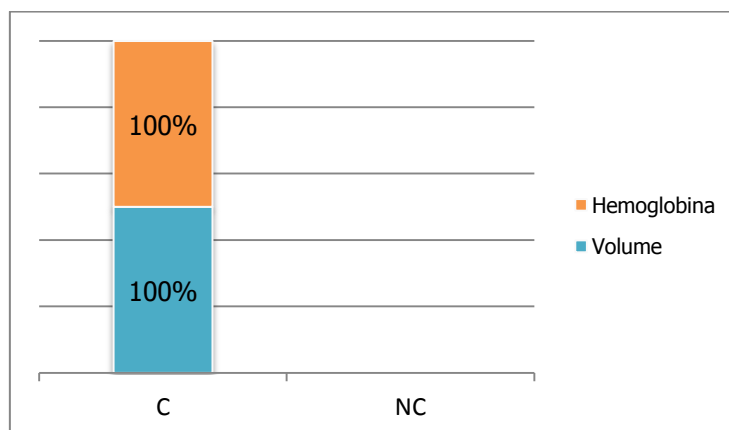


Gráfico 24. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro do ST.

(n = 14)

O gráfico 25 mostra a percentagem de resultados conforme para todos os parâmetros não se verificando diferenças no período de tempo avaliado.

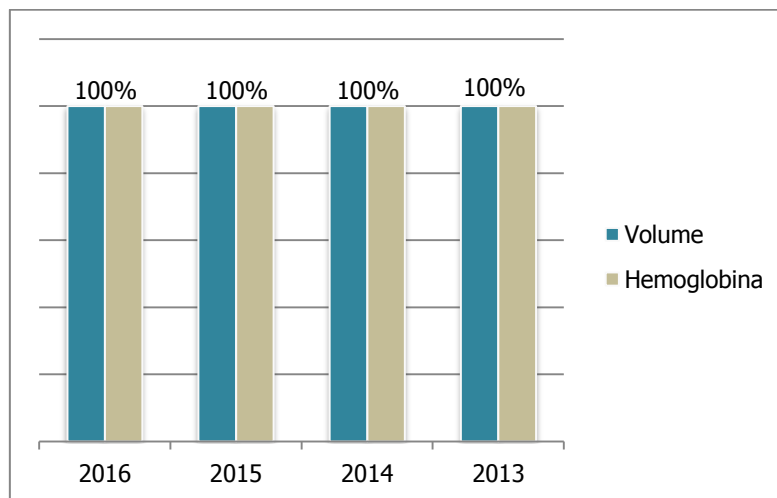


Gráfico 25. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro do ST.
(2013 – 2016)

Na tabela 4 encontra-se a média dos resultados obtidos para o sangue total autólogo no período de 2013 a 2016.

Parâmetros	Volume (ml)	Hemoglobina (g/unidade)
Valores Referência	450 ± 50	> 45
Resultados 2016	442	59
Resultados 2015	459	57
Resultados 2014	492	60
Resultados 2013	467	55

Tabela 4. Valores médios do sangue total autólogo em 2013-2016.

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

Volume = 400 ml – 500 ml | Hemoglobina = 46 g/unidade – 99 g/unidade

Plasma fresco congelado (PFC)

Setenta e sete por cento das unidades em conformidade com o estabelecido para o componente e 89% de resultados conforme.

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. Anualmente são avaliadas 24 unidades.

Os resultados referem-se aos plasmas processados em 2014. Os plasmas sujeitos a controlo da qualidade são avaliados por um período de dois anos, pelo que as unidades processadas em 2014 terminaram a sua avaliação em 2016. Os plasmas processados em 2016 são avaliados ao longo dos anos 2017 e 2018.

O gráfico 26 apresenta a conformidade dos PFC avaliados. Para três parâmetros verificam-se resultados que não estão conforme o recomendado. Vinte e um por cento das unidades avaliadas apresentam um volume inferior ao definido (180 ml), 11% apresentam valores de fator VIII inferiores ao recomendado e cinco por cento com valores de plaquetas superiores ao definido.

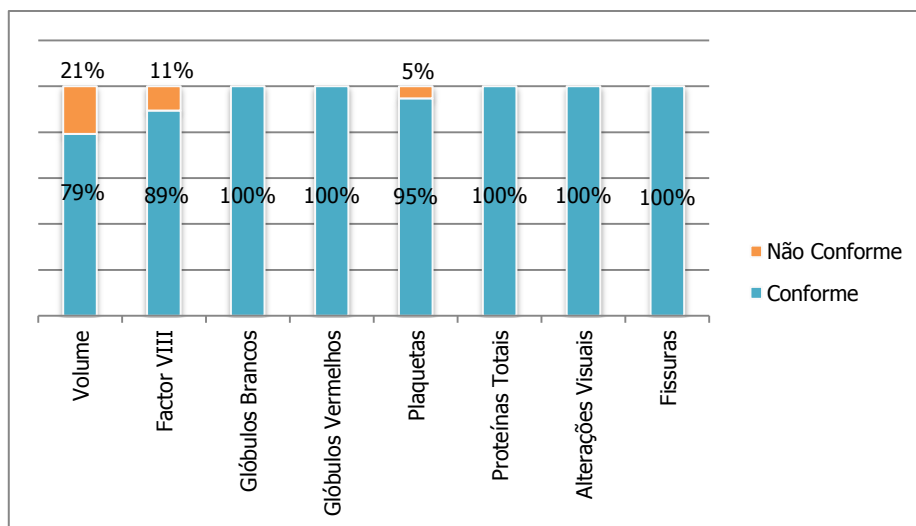


Gráfico 26. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro do PFC em 2014.

(n = 24)

No gráfico 27 pode-se observar a percentagem de resultados conforme para todos os parâmetros. Como é de esperar, as maiores diferenças verificam-se ao nível do fator VIII. Nos plasmas processados em 2014, melhores resultados ao nível do fator VIII em comparação com o ano anterior.

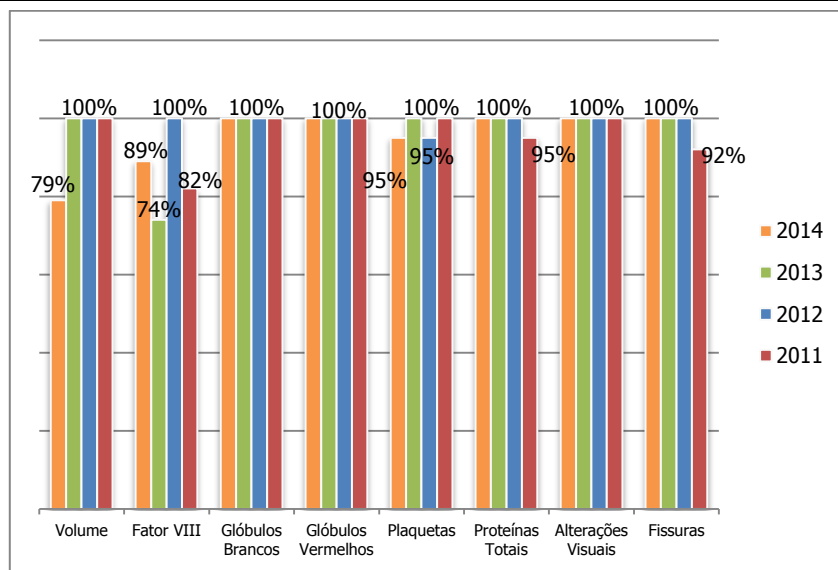


Gráfico 27. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro do PFC.
(2011 - 2014)

Na tabela 5 encontra-se a média dos resultados obtidos para o componente em causa nos últimos quatro anos. Em 2014 verificam-se os melhores resultados para o fator VIII.

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 2014	193	108	0,019	0	13	60	sem
Resultados 2013	199	71	0,005	0	3	66	sem
Resultados 2012	199	64	0,005	0,001	10,98	63	sem
Resultados 2011	236	74	0,024	0,001	12,29	64	Sem

Tabela 5. Valores médios do plasma fresco congelado em 2011 - 2014.

De referir que os valores referentes ao volume restringem-se às unidades sujeitas a controlo da qualidade (24) 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 = 140 ml - 223 ml | Fator VIII = 32% - 175% | Leucócitos = 0 – 0,060 x 10⁹

Eritrócitos = 0 | Plaquetas = 2 – 59 x 10⁹ | Proteínas Totais = 55 g/l – 73 g/l

Crioprecipitado (CRIO)

Vinte e dois por cento das unidades em conformidade com o estabelecido para o crioprecipitado e 64% de resultados conforme.

Resultados negativos 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 definido para este componente é seis, mas foram avaliadas nove unidades, devido aos resultados.

Os resultados referem-se aos crioprecipitados processados em 2014. As unidades sujeitas a controlo da qualidade são avaliadas por um período de dois anos, pelo que as unidades processadas em 2014 terminaram a sua avaliação em 2016.

O gráfico 28 apresenta a conformidade dos crioprecipitados avaliados. Estes resultados constituíram uma surpresa, tendo em conta a quantidade e a espessura do crioprecipitado. Por outro lado, nas situações de transfusão deste componente, verifica-se que cumpre a função que se pretende. Uma vez que estas amostras são enviadas para o Laboratório da Patologia Clínica que, por sua vez, as envia para o exterior, equacionou-se se a metodologia era a mais adequada para a avaliação deste componente. Procedeu-se à abertura de uma ficha de registo de ocorrência para implementação de correção, tendo-se verificado melhorias nas unidades enviadas posteriormente para controlo da qualidade. A correção implementada consistiu na congelação imediata das amostras logo após a sua chegada ao Laboratório. Caso contrário, se não for este o procedimento adotado, os resultados não correspondem ao real.

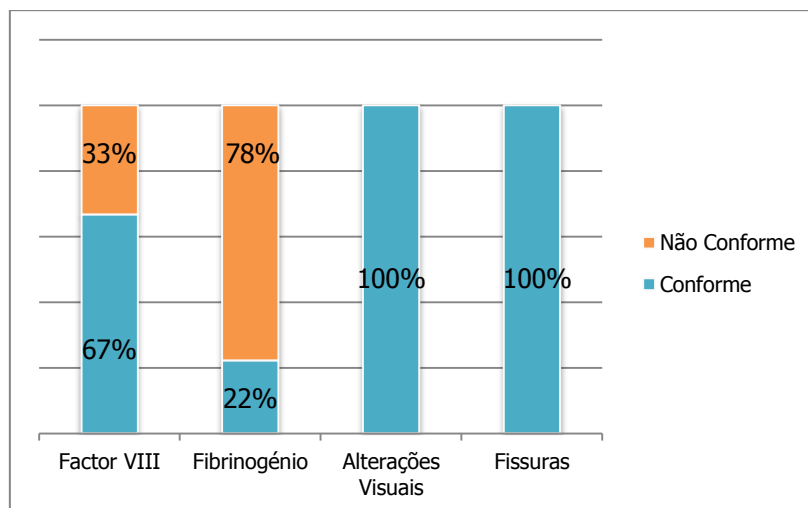


Gráfico 28. Gráfico de barras da avaliação da qualidade por parâmetro do crioprecipitado em 2014.

(n = 9)

No gráfico 29 pode observar-se a percentagem de resultados conforme para todos os parâmetros verificando-se maiores diferenças ao nível do fator VIII e do fibrinogénio ao longo do tempo. Para o fibrinogénio constata-se a menor percentagem de resultados conforme em comparação com os anos anteriores.

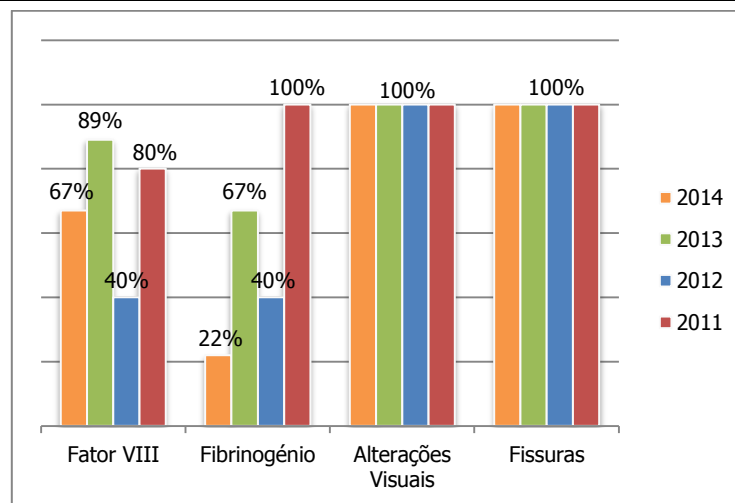


Gráfico 29. Gráfico de barras dos resultados conforme por parâmetro do crioprecipitado.

(2011 – 2014)

Na tabela 6 encontra-se a média dos resultados obtidos para o derivado do plasma no período de 2011 a 2014. Pelas razões mencionadas anteriormente, os valores médios do fator VIII e do fibrinogénio encontram-se abaixo do recomendado, sendo por isso um ano atípico ao nível deste componente.

Estas alterações não se refletiram tanto ao nível dos plasmas, na medida em que os crioprecipitados foram avaliados mais cedo, tendo-se aplicado a correção implementada para os crioprecipitados também nos plasmas.

Estes resultados mostram a importância da conservação adequada das amostras para avaliação da qualidade até as amostras serem processadas.

Parâmetros	Fator VIII (U.I./unidade)	Fibrinogénio (mg/unidade)	Alterações Visuais Fissuras
Valores Referência	≥ 70	≥ 140	sem
Resultados 2014	56	90	sem
Resultados 2013	125	148	sem
Resultados 2012	81	172	sem
Resultados 2011	98	266	Sem

Tabela 6. 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% - 119% | Fibrinogénio = 50 mg/unidade – 176 mg/unidade

Controlo da qualidade interno de imuno-hematologia

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

Resultados reportados e esperados: 100% concordantes.

Resultados muito bons e consistentes com os anos anteriores.

Permitem validar as técnicas utilizadas, bem como os equipamentos.

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 antissoros (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 no equipamento pipetador automático.

Avaliação externa da qualidade de imuno-hematologia, hematologia e serologia

Neste ponto são apresentados os resultados relativos à avaliação externa da qualidade de imuno-hematologia, hematologia e serologia.

Estes controlos têm calendarização associada.

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

Os relatórios enviados com os resultados esperados são dados a conhecer a todos os profissionais envolvidos na realização dos exercícios para que possam fazer a comparação com os resultados individuais.

Resultados reportados e esperados: 99% concordantes.

Resultados consistentes com os anos anteriores.

Validam as técnicas implementadas, bem como os equipamentos.

Imuno-hematologia: BioRad

Resultados reportados e esperados: 100% concordantes.

Realizados três dos três exercícios enviados.

Apesar do resultado final enviado ser concordante com o esperado, internamente o exercício foi distribuído pelos vários técnicos, tendo-se verificado algumas incorreções. No primeiro exercício, numa amostra registo incorreto e noutra amostra ausência de registo ao nível do subgrupo A, em ambas as amostras sem registo da PAI e numa das amostras resultado incorreto ao nível da identificação do anticorpo irregular.

No segundo exercício, registo incorreto ao nível do subgrupo A numa das amostras e sem registo do TAD em ambas as amostras.

No terceiro exercício houve o registo incorreto ao nível do subgrupo A e da identificação do anticorpo irregular.

Resultados consistentes com o ano anterior. Em 2014 e 2013 houve um resultado reportado discordante com o esperado. Em 2013, num dos exercícios, houve dois registos incorretos ao nível do subgrupo A e do antigénio Kell no fenótipo, tendo-se tratado de erro de registo (erro de leitura entre o que se leu e o que se escreveu). Em 2014 houve um resultado não conforme com registo incorreto ao nível do subgrupo A numa das amostras.

Imuno-hematologia: IPST

Resultados reportados e esperados: 100% concordantes.

Apesar do resultado final enviado ser concordante com o esperado, internamente o exercício foi distribuído pelos técnicos, tendo-se verificado que não foi registado o resultado esperado para os testes TAD, pesquisa Dfraco e antigénio Kell.

Imuno-hematologia: NEQAS

Resultados reportados e esperados: 100% concordantes.

Hematologia: NEQAS

Resultados reportados e esperados: 92% 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.

Verificou-se em apenas um exercício discrepância nos resultados dos GB, mas por erro de registo. Foi dado o valor do WOC e não o do WIC.

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 os anos anteriores. Apenas 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.

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.

Oitenta e oito por cento de cumprimento das atividades ligadas ao carro de urgência (verificação diária, após utilização e verificação mensal).

Resultados semelhantes em 2015 (99%).

Resultados muito bons.

Manutenção adequada e estabelecida no tempo.

Escala de revisão/reposição do carro de urgência

Oitenta e três por cento de execução do estabelecido na “Escala de Revisão/Reposição do Carro de Urgência” (IMP.GER.020) para o ano 2016.

Em outubro e novembro não foram efetuadas as atividades de limpeza e verificação do conteúdo do carro de urgência por motivos de recursos humanos.

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

Registo de utilização do carro de urgência

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 11 vezes pelos seguintes motivos: verificação mensal por parte do Serviço de Sangue (10) e auditoria ao carro de urgência por parte da Farmácia (uma).

2015: aberto um total de 16 vezes por outros motivos, para além dos referidos acima.

Mapa de verificação/reposição e manutenção do carro de urgência

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

Efetuada dez, de um total de 12, verificações ao carro de urgência (uma por mês). Em outubro e novembro esta atividade não foi realizada por motivos de recursos humanos.

2015: 100% de execução das verificações ao carro de urgência e sem ocorrências associadas.

Teste diário de operacionalidade do carro de urgência

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

Dos 366 testes diários, apenas quatro não foram efetuados por esquecimento dos profissionais.

2015: 98% de execução dos testes diários de operacionalidade do carro de urgência, com um total de oito testes diários não executados.

Inventários

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

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

Plasma fresco congelado com quarentena

Oitenta e três por cento do inventário efetuado.

Uma ocorrência a reportar – existência de plasmas na arca não coincidente com o sistema informático.

De um total de 12 verificações ao stock dos plasmas, foram realizadas dez. Em outubro e novembro não foram realizadas por motivos de recursos humanos.

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

Detetada uma ocorrência que se deveu a um problema informático que transferiu plasmas em stock para o compartimento da quarentena.

2015: 100% de execução. Existências de plasma na arca coincidentes com o sistema informático. Sem ocorrências associadas.

Crioprecipitado com quarentena

Oitenta e três por cento do inventário efetuado.

Existências de unidades de crioprecipitado na arca coincidentes com o sistema informático.

De um total de 12 verificações ao stock dos plasmas, foram realizadas dez. Em outubro e novembro não foram realizadas por motivos de recursos humanos.

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

2015: 100% de execução. Existências de plasma na arca coincidentes com o sistema informático. Sem ocorrências associadas.

Medicamentos

Noventa e dois por cento do inventário efetuado.

Existências físicas coincidentes com o sistema informático.

De um total de 12 verificações aos medicamentos, foram realizadas 11. Em novembro não foi realizada por motivos de recursos humanos.

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.

2015: 100% de execução. Existências coincidentes com o sistema informático. Sem ocorrências associadas.

Outros Produtos Farmacêuticos

Oitenta e três por cento do inventário efetuado.

Detetadas três ocorrências.

De um total de 12 verificações aos produtos farmacêuticos, foram realizadas dez. Em outubro e novembro não foram efetuadas por motivos de recursos humanos.

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.

Nesta verificação foram detetadas três ocorrências. Em janeiro, uma imunoglobulina que tinha terminado o prazo de validade a 31-12-2015; em setembro, um medicamento que constava da lista, mas que pertencia ao carro de urgência e que a Farmácia não tinha dado como consumido; em dezembro, o mesmo de setembro, uma vez que a Farmácia não tinha ainda regularizado a situação.

2015: 100% de execução. Existências físicas coincidentes com o sistema informático. Sem ocorrências a reportar.

Segurança e saúde no trabalho

Acidentes de trabalho

O histórico de acidentes de trabalho no Serviço de Imuno-hemoterapia é o seguinte:

Ano	N.º de acidentes
2013	0
2014	0
2015	1
2016	1

Derrames

Não existiram derrames de qualquer proveniência.

3.6 RESULTADOS DAS AUDITORIAS

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

Em 2016 foram efetuadas ao Serviço de Sangue cinco auditorias e uma inspeção, das quais resultaram em 17 não conformidades e duas oportunidades de melhoria.

Os resultados decorrentes das auditorias são positivos, traduzindo-se num maior reconhecimento para o Serviço de Sangue e para o Hospital e são o resultado de um compromisso da qualidade na atividade do Serviço.

Âmbito da Auditoria	Data	N.º Não Conformidades	N.º Oportunidades de Melhoria	Observações
Condições de armazenamento da imuno-hemoterapia	04-08-2016	7	0	Conclusões apresentadas no IMP.FAR.082.03 Auditoria ao Armazenamento nos Serviços Clínicos. Não conformidades analisadas e tratadas. Seis estão encerradas e uma em fase de acompanhamento
NP EN ISO 9001	20-09-2016	1	2	Conclusões apresentadas no IMP.QUA.004.00 Relatório de Auditoria Interna. Não conformidade e oportunidades de melhoria analisadas, tratadas e encerradas
ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001	21-09-2016 22-09-2016	0	0	Conclusões apresentadas no IMP.QUA.004.00 Relatório de Auditoria Interna
OHSAS 18001:2007, ISO 9001:2008 e ISO 14001:2012	03-11-2016	1	0	Conclusões apresentadas no Relatório de Auditoria – Certificação de Sistema de Gestão. Não conformidade analisada, tratada e encerrada
Lei nº 185/2015	18-11-2016	5	0	Conclusões apresentadas no Relatório Visita Técnica. Não conformidades analisadas, tratadas e fechadas
Resíduos hospitalares	25-11-2016	3	0	Conclusões apresentadas no Relatório Visitas Técnicas para Análise do Sistema de Gestão de Resíduos Hospitalares. Não conformidades analisadas, tratadas e em fase de acompanhamento

3.7 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS FORNECEDORES EXTERNOS

Fornecedor	Avaliação ¹	Justificações da avaliação / Observações
<p style="text-align: center;">ABBOTT Reagentes e consumíveis</p>	<p style="text-align: center;">Qualificado</p>	<p style="text-align: center;">Total de pedidos: 17 Pedidos conforme: 16 Não se conseguiu avaliar a conformidade a um dos pedidos 2013 – 2015 Nº pedidos: 29 (2015), 21 (2014), 27 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 3% (2015), 0 (2014), 7% (2013)</p>
<p style="text-align: center;">BIORAD Reagentes e consumíveis</p>	<p style="text-align: center;">Qualificado</p>	<p style="text-align: center;">Total de pedidos: 10 Pedidos conforme: 8 Pedidos não-conforme: 2 Fornecimentos com ocorrências: 20% Quantidade fornecida difere da pedida: 1 Sem satisfação da totalidade do pedido: 1 2013 – 2015 Nº pedidos: 21 (2015), 11 (2014), 12 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 10% (2015), 0 (2014), 8% (2013)</p>
<p style="text-align: center;">GRIFOLS Reagentes e consumíveis</p>	<p style="text-align: center;">Qualificado</p>	<p style="text-align: center;">Total de pedidos: 11 Pedidos conforme: 11 Fornecimentos com ocorrências: 0 2013 – 2015 Nº pedidos: 14 (2015), 10 (2014), 15 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 0 em todos os anos</p>
<p style="text-align: center;">ROCHE Reagentes e consumíveis</p>	<p style="text-align: center;">Qualificado</p>	<p style="text-align: center;">Total de pedidos: 3 Pedidos conforme: 3 Fornecimentos com ocorrências: 0 2013 – 2015 Nº pedidos: 4 (2015), 5 (2014), 4 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 0 em todos os anos</p>
<p style="text-align: center;">ENZIPHARMA Reagentes</p>	<p style="text-align: center;">Qualificado</p>	<p style="text-align: center;">Total de pedidos: 3 Pedidos conforme: 3 Fornecimentos com ocorrências: 0 2013 – 2015 Nº pedidos: 2 (2015), 2 (2014), 1 (2013)</p>

Relatório Global de Revisão pela Gestão

Fornecedor	Avaliação ¹	Justificações da avaliação / Observações
		Fornecimentos com ocorrências: 0 em todos os anos
IPST Componentes sanguíneos	Qualificado	<p>Total de pedidos: 78 Pedidos conforme: 68 Pedidos não-conforme: 10 Fornecimentos com ocorrências: 13% Sem envio da guia de remessa (1) Sem satisfação da totalidade do pedido (8) Sem satisfação do pedido (1)</p> <p>2013 – 2015 Nº pedidos: 127 (2015), 100 (2014), 120 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 12% (2015), 17% (2014), 15% (2013)</p>
IPST Avaliação externa da qualidade – Imuno-hematologia	Qualificado	<p>Total de pedidos: 1 Pedidos conforme: 1 Fornecimentos com ocorrências: 0%</p>
IPST Resultados de TAN	Qualificado	<p>Total de pedidos: 150 Pedidos conforme: 150 Fornecimentos com ocorrências: 0 2013 – 2015 Nº pedidos: 153 (2015), 141 (2014), 153 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 3% (2015), 1% (2014), 0 (2013)</p>
Biognóstica NEQAS Avaliação externa da qualidade – Hematologia e Serologia	Qualificado	<p>Total de pedidos: 29 Pedidos conforme: 29 Fornecimentos com ocorrências: 0 2013 – 2015 Nº pedidos: 27 (2015), 26 (2014), 26 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 0 (2015), 0 (2014), 1% (2013)</p>
BIORAD Avaliação externa da qualidade – Imuno-hematologia	Qualificado	<p>Total de pedidos: 4 Pedidos conforme: 4 Fornecimentos com ocorrências: 0 2013 – 2015 Nº pedidos: 4 (2015), 3 (2014), 3 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 0 em todos os anos</p>
IPO Resultados do controlo da qualidade aos componentes do sangue	Qualificado	<p>Total de pedidos: 185 Pedidos conforme: 185</p>

Fornecedor	Avaliação ¹	Justificações da avaliação / Observações
		Fornecimentos com ocorrências: 0 2013 – 2015 Nº pedidos: 141 (2015), 78 (2014), 74 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 0 em todos os anos
ITAU Alimentação para dadores e doentes	Qualificado	Total de pedidos: 24 Pedidos conforme: 19 Pedidos não-conforme: 5 Fornecimentos com ocorrências: 21% Sem satisfação da totalidade do pedido (5) 2013 – 2015 Nº pedidos: 23 (2015), 19 (2014), 16 (2013) Fornecimentos com ocorrências: 39% (2015), 16% (2014), 0 (2013)

Relativamente aos fornecedores externos, de um modo geral, houve uma diminuição no número de pedidos e fornecimentos com ocorrências consistentes com os anos anteriores.

Em relação à Abbott, Grifols, Roche e IPST (componentes sanguíneos) houve uma diminuição no número de pedidos e fornecimentos com ocorrências em linha com os anos anteriores.

Também à BioRad foram feitos menos pedidos, mas houve um aumento no fornecimento com ocorrências.

Para a Enzipharma, Biognóstica e IPO houve maior número de pedidos. Os fornecimentos com ocorrências estão em linha com os anos anteriores.

Para o IPST (resultados de TAN) o total de pedidos é semelhante em relação aos anos anteriores, mas houve uma diminuição nos fornecimentos com ocorrências.

A BioRad (avaliação externa da qualidade de imuno-hematologia) teve o mesmo número de pedidos que em anos anteriores e continua sem ocorrências ao nível do fornecimento do serviço.

No fornecimento da alimentação para dadores e doentes, o número de pedidos foi semelhante ao ano anterior, mas houve uma diminuição no fornecimento do serviço em relação a 2015.

4. ADEQUAÇÕES DE RECURSOS

Relativamente aos recursos humanos, no que diz respeito aos técnicos de análises clínicas e saúde pública, estes não são os adequados. Na escala de urgência existe grosso modo meio horário em falta que obriga a que um elemento da rotina seja desviado para a urgência nos turnos em falta. Esta situação só por si causadora de constrangimentos,

piora substancialmente em situações de ausências programadas e não programadas. O Serviço efetuou proposta de contratação de elemento para este meio horário.

O quadro médico está reduzido ao mínimo obrigando a que, em situações de ausências, o horário se prolongue substancialmente.

No que diz respeito às restantes categorias profissionais e apesar do volume de trabalho, somos da opinião que o quadro está adequado.

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

Esta metodologia será implementada em 2017, pelo que de momento não é possível efetuar qualquer tipo de consideração relativamente a esta situação.

6. OPORTUNIDADES DE MELHORIA

Tema	Recomendações
Qualidade clínica	Sistemas de Informação – Indicadores para a monitorização da qualidade da atividade clínica
Dádiva e autossuficiência	Sistemas de Informação – Ferramentas de promoção de dádiva
Circuito transfusional e rastreabilidade	Sistemas de Informação – Prescrição eletrónica
Segurança transfusional	Sistemas de Informação – Implementação de sistema de segurança

Todas as oportunidades de melhoria estão expressas em reportes específicos, plano de atividades e propostas de investimento.

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

Considera-se que o SGQ:

- se tem demonstrado eficaz;
- tem permitido um registo de informação mais normalizado, fiável e evidenciável, permitindo garantir a implementação e seguimento de melhorias ou situações menos adequadas;
- tem contribuído para a melhoria da prestação do serviço, o que se refletirá cada vez mais à medida que o SGQ for crescendo.

8. QUAISQUER NECESSIDADES DE ALTERAÇÕES

Não existe a previsão de ocorrência de alterações ao Serviço, tipologia de serviços ou volume. Apenas se prevê a adaptação aos novos referenciais ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e JCI 6.ª edição.

A aquisição de novo equipamento (separador automático de componentes do sangue) pode ter impacto na qualidade dos componentes do sangue, a avaliar no âmbito do controlo da qualidade aos componentes do sangue, e consequentemente no programa de gestão de objetivos referentes ao controlo da qualidade aos componentes do sangue.

9. IMPLICAÇÕES PARA A ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA

Esta metodologia será implementada em 2017, pelo que de momento não é possível efetuar qualquer tipo de consideração relativamente a esta situação.

10. NECESSIDADES DE RECURSOS

Existe a necessidade de completar as necessidades do serviço de urgência com um técnico a meio horário.

Os recursos materiais constam da proposta de investimento do Serviço de Sangue para 2017.

Materiais	Humanos	Outros
Arca congeladora -40°C Dataloggers para arca -80°C e frigorífico para reagentes e amostras de sangue Caixas para armazenamento da seroteca Suporte desleucocitação do sangue Fechadura para armário com medicamentos	Técnico a meio horário para o setor da Urgência do Serviço de Imuno-hemoterapia	Desenvolvimento de software para sistema de segurança transfusional

11. OUTRA CONSIDERADA RELEVANTE

Sem outras considerações a apresentar.