



**IP<sup>®</sup>  
ST**

Instituto Português  
do Sangue e da  
Transplantação, IP

**RELATÓRIO DE  
ATIVIDADES**

**2015**

**Vol. 1**



## Índice

1.	Nota introdutória .....	7
2.	Estrutura orgânica do IPST, IP .....	11
3.	Caraterização Geral do IPST, IP .....	13
4.	Estratégia e implementação .....	14
5.	Análise de desempenho do QUAR 2015.....	17
5.1.	Monitorização semestral – alteração homologação .....	17
5.2.	Análise dos parâmetros de avaliação.....	18
5.3.	Análise da consecução da estratégia.....	23
6.	Monitorização e análise dos resultados alcançados e do grau de cumprimento dos objetivos operacionais- QUAR 2015 .....	27
7.	Objetivos e indicadores das unidades orgânicas do IPST, IP .....	45
7.1.	Indicadores (KPI`s) monitorizados na área do sangue .....	46
7.2.	Indicadores (KPI`s) monitorizados na área da transplantação .....	48
7.3.	Medição e análise dos indicadores – <i>Dashboard</i> área sangue .....	50
7.4.	Medição e análise dos indicadores – <i>Dashboard</i> área da Transplantação .....	71
7.5.	Unidades Orgânicas.....	90
8.	Análise global da execução das Unidades Orgânicas 2015 .....	107
9.	Audição aos dirigentes intermédios e demais trabalhadores na autoavaliação .....	110
10.	Apreciação dos serviços utilizadores .....	120
11.	Avaliação do Sistema de Controlo Interno .....	141
12.	Resultados de Auditorias.....	149
12.1.	Inspeção pela DGS .....	149
12.2.	Auditoria Externa .....	149
12.3.	Auditorias Internas .....	150
12.4.	Estado das Ações Preventivas e Corretivas .....	151
13.	Análise e Medidas de reforço positivo de desempenho.....	153
14.	Comparação com o desempenho de serviços idênticos.....	166
15.	Tecnologias e Informação e Comunicação e Publicidade institucional (2015).....	168
16.	Balanço social 2015.....	172
17.	Análise do grau de execução dos recursos humanos (2015) .....	176
18.	Análise do grau de execução dos recursos financeiros (2015) .....	177
19.	Avaliação final (2015) .....	180

**Índice de Figuras**

Figura 1- Organograma do IPST, IP .....	12
---	----

**Índice de Tabelas**

Tabela 1- Análise Eficácia por Indicador .....	20
Tabela 2- Análise da Eficiência por Indicador .....	21
Tabela 3- Análise da Qualidade por Indicador .....	22
Tabela 4- Matriz de relacionamento Objetivos estratégicos/Objetivos operacionais (2015) ....	24
Tabela 5- Grau de contributo dos objetivos operacionais para os objetivos estratégicos (2015) .....	25
Tabela 6 - Análise Global por Unidade Orgânica 2015.....	108
Tabela 7- Avaliação de fornecedores (2015).....	138
Tabela 8- Avaliação do sistema de controlo interno do IPST, IP - 2015.....	146
Tabela 9- Distribuição dos Recursos Humanos 2014 Vs. 2015 .....	172
Tabela 10-Distribuição das remunerações Máximas e Mínimas por género (2015) .....	174
Tabela 11-Distribuição das remunerações mensais íliquidas por género (2015) .....	175
Tabela 12- Análise Produtividade (2015) .....	176
Tabela 13- Recursos Financeiros Orçamentados / Executados do IPST 2015.....	177
Tabela 14- Análise de Custo – Eficácia (2015).....	178
Tabela 15- Índices Produtividade e Custo –Eficácia IPST 2015 .....	179
Tabela 16- Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global - QUAR 2015.....	181

## Índice de Gráficos

Gráfico 1-Desvio positivo por Opp: Contribuição para cada parâmetro .....	18
Gráfico 2- Avaliação de Impacto da Concretização dos OOp por Parâmetro .....	19
Gráfico 3- Impacto da realização dos Opp de 2015 nos OEs (2014 – 2016) .....	26
Gráfico 4- Indicador 1.1.: Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias).....	27
Gráfico 5 - Indicador 2.1. Unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos.....	29
Gráfico 6 - Indicador 2.2.: Unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos .....	30
Gráfico 7- Indicador 3.1.: Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%).....	31
Gráfico 8 - Indicador 3.2.: Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%).....	32
Gráfico 9- Indicador 3.3.: Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (Reserva = n.º médio de m2 existentes) .....	33
Gráfico 10- Indicador 4.1.: N.º de novos dadores CEDACE tipados.....	34
Gráfico 11- Indicador 4.2.: N.º de dadores CEDACE ativados .....	35
Gráfico 12- Indicador 5.1. – Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias).....	36
Gráfico 13- Indicador 6.1. – Percentagem de implementação do projeto piloto do RPT .....	37
Gráfico 14- Indicador 8.1. – % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento .....	39
Gráfico 15- Indicador 8.2. – N.º de unidades de SCU criopreservadas .....	39
Gráfico 16- Indicador 9.1. N.º de sessões de colheita durante a semana relativas ao do fim-de-semana.....	40
Gráfico 17- Indicador 10.1. – Entrega de proposta otimização do ensino em modalidade de <i>e-learning</i> (meses).....	41
Gráfico 18- Indicador 10.2. –N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais .....	42
Gráfico 19 - Indicador 11.1. Percentagem de testes metrológicos efetuados .....	43
Gráfico 20- Indicador 11.2. N.º de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional .....	43
Gráfico 21 - Indicador 12.1. Percentagem de aumento da referenciação de dadores .	44
Gráfico 22- Percentagem de Resposta por Unidade Orgânica.....	112
Gráfico 23- N.º Colaboradores por Função .....	112
Gráfico 24- nível de satisfação global dos colaboradores do IPST,IP .....	113
Gráfico 25 - nível de satisfação com a gestão e sistemas de gestão do IPST .....	114
Gráfico 26 - Nível de satisfação com as condições de trabalho .....	115
Gráfico 27- Nível de satisfação com o desenvolvimento da carreira no IPST,IP .....	116
Gráfico 28- Níveis de motivação .....	117
Gráfico 29- Nível de satisfação global com o estilo de liderança.....	118
Gráfico 30- o nível de satisfação com as condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços .....	119
Gráfico 31- Situação profissional dos dadores de sangue .....	121

Gráfico 32- nível de satisfação global dos doadores e candidatos a doadores de medula óssea sobre o desempenho das equipas nas sessões de colheita (na área da inscrição, triagem, colheita e refeição).....	122
Gráfico 33- Satisfação global média dos doadores e candidatos a doadores de medula óssea nas questões relacionadas com as instalações (limpeza, conforto, privacidade e no geral) .....	123
Gráfico 34- Satisfação com horário de funcionamento das sessões de colheita .....	124
Gráfico 35 - Satisfação global média dos doadores de sangue e candidatos a doadores de medula óssea do IPST, IP .....	124
Gráfico 36- probabilidade dos doadores ou candidatos a doadores recomendarem o IPS, IP .....	125
Gráfico 37- Avaliação do cumprimento de horários.....	126
Gráfico 38- Avaliação do cumprimento Horários de Chegada e início da atividade de colheita .....	127
Gráfico 39- Índices de satisfação dos promotores com o Planeamento .....	128
Gráfico 40- Índices de satisfação dos promotores com o desempenho do IPST .....	129
Gráfico 41- Taxa de resposta ao questionário da área sangue .....	130
Gráfico 42- Satisfação global média dos clientes externos da área do sangue .....	131
Gráfico 43- Taxa de resposta ao questionário da área transplantação .....	132
Gráfico 44- Satisfação global média dos clientes externos da área da transplantação .....	133
Gráfico 45- Avaliação da satisfação dos clientes internacionais do CEDACE .....	135
Gráfico 46 - Classificação das reclamações I.....	136
Gráfico 47- Classificação das reclamações II .....	137
Gráfico 48- Auditorias Externas .....	149
Gráfico 49 - Nº Ocorrências - Auditorias Internas .....	150
Gráfico 50- Gráfico Radar IPST, IP 2015.....	167
Gráfico 51- Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Grupo Profissional 2014 Vs. 2015.....	173
Gráfico 52- Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Género.....	174
Gráfico 53- Evolução RH - Nº de efetivos a exercer funções 2008 - 2015 .....	175
Gráfico 54- Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST 2015 .....	179

**LISTA DE SIGLAS**

IPST, IP – INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO

CD – CONSELHO DIRETIVO

BT – BANCO DE TECIDOS

SCU – CÉLULAS DO CORDÃO UMBILICAL

BPCCU – BANCO PÚBLICO DE CÉLULAS DO CORDÃO UMBILICAL

CEDACE - REGISTO NACIONAL DE DADORES VOLUNTÁRIOS DE MEDULA ÓSSEA.

ASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÃO E BASE DE DADOS DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SANGUE, SERVIÇOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL E CENTROS DE SANGUE

RPT – REGISTO PORTUGUÊS DE TRANSPLANTAÇÃO

DGRH - DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E FORMAÇÃO

DPGPF- DEPARTAMENTO DE PLANEAMENTO E GESTÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA

CSTL - CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DE LISBOA

CSTC - CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DE COIMBRA

CSTP - CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DO PORTO

CNT - COORDENAÇÃO NACIONAL DA TRANSPLANTAÇÃO

CNSMT- COORDENAÇÃO NACIONAL DO SANGUE E DA MEDICINA TRANSFUSIONAL

GCPDV- GABINETE DE COMUNICAÇÃO, PROMOÇÃO DA DÁDIVA E VOLUNTARIADO

GTIC- GABINETE DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÕES

GGQ -GABINETE DE GESTÃO DA QUALIDADE

GJ - GABINETE JURÍDICO

## 1. Nota introdutória

O presente Relatório de Atividades reflete a atividade desenvolvida pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST,IP), no ano de 2015, conforme proposto nos objetivos estratégicos e operacionais constantes no QUAR 2015 aprovados pela tutela e divulgados em sede própria. Serve o presente Relatório para a demonstração qualitativa e quantitativa dos resultados anuais alcançados e concretizar a avaliação global do cumprimento dos objetivos do Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) do IPST, IP dando-se, assim, cumprimento ao previsto no Artigo 15º da Lei nº 66-B/2007, de 28 de Dezembro, em regime de articulação com o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública - SIADAP.

Desde 2014, o Conselho Diretivo (CD) do IPST,IP desenvolve os ciclos de gestão anuais baseados na monitorização dos resultados mensais através de um *dashboard*. Tal pode ser verificado pelo *reporting* mensal que decorreu em 2015 que permitiu aos responsáveis das unidades orgânicas a apresentação de relatórios sobre o grau de cumprimento dos respetivos objetivos, assim como a justificação dos desvios verificados. Em julho de 2015 foram aprovadas as alterações às metas e/ou indicadores das unidades orgânicas e, em Outubro de 2015 foi formalizada a proposta de revisão de objetivos/indicadores do QUAR 2015, devidamente fundamentada na revisão anteriormente referida.

A implementação do QUAR de 2015 implicou um aprofundamento da implementação do modelo de gestão estratégica adotado através de um conjunto específico de procedimentos de acompanhamento e revisão, visando assegurar o cumprimento dos objetivos operacionais definidos para cada ciclo de gestão anual.

O modelo de gestão estratégica inclui as seguintes dimensões (i) negociação dos objetivos operacionais por processo e por resultado nacional; (ii) auditorias às fontes de verificação do grau de execução dos objetivos; e, (iii) reuniões mensais de acompanhamento da monitorização com os diretores/responsáveis das unidades orgânicas.

Como resultado, durante o ano 2015, foram produzidos doze Relatórios de Gestão onde constavam desdobramentos dos objetivos e as análises de desvios e propostas de melhorias.

De entre a multiplicidade de tarefas necessárias para cumprir a missão que nos está atribuída, merece a nossa especial atenção o seguimento de ações resultantes da revisão pela gestão de 2015, as quais estão associadas aos objetivos de produção:

### **Dashboard - Área do Sangue**

- a) Aumentar o nº de unidades de ST colhidas (Número de unidades de sangue total colhidas);
- b) Aumentar o nº de unidades de sangue total colhidas no grupo etário inferior a 25 anos (Número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário Inferior a 25 anos);
- c) Aumentar o nº de unidades de sangue total colhidos no grupo etário dos 25 aos 34 anos (Número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário dos 25 aos 34 anos);
- d) Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (multicomponente) (Nº de componentes obtidos);
- e) Manter o nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (Número de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional);
- f) Aumentar o transporte de sangue e componentes sanguíneos a temperatura controlada nos/entre centros de sangue e transplantação (CST'S) (Implementar logística de Transporte) (meses);
- g) Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis (Início da realização das análises numa única área do CST) (meses);
- h) Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (Nº de sessões de colheita durante a semana/nº de sessões de colheita);
- i) Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada (% de dadores inscritos face à previsão);
- j) Diminuir a percentagem de suspensão triagem clinica (N.º suspensos / n.º candidatos);
- k) Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade (N.º unidades inutilizadas plaque/n.º total de unidades pool de plaquetas);
- l) Manter a avaliação global da AEQ (%) (Avaliação global da AEQ %);
- m) Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management" (n.º total de unidades de CE distribuídas/n.º total de unidades de CE entradas em inventário);
- n) Reserva média de unidades de CE existentes (n.º total de unidades de CE a nível nacional/n.º total de unidades de CE consumidas por dia (dias);
- o) Reduzir Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (Relatórios de Analises) (Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas);

- p) Aumentar N<sup>o</sup> médio de unidades colhidas por sessão de colheita (N<sup>o</sup> de unidades de ST colhidas por sessão);
- q) Desempenho das equipas de colheita (N<sup>o</sup> de unidades colhidas/total de horas de trabalho dos colaboradores despendido durante sessão de colheita (excluindo horas de viagem);
- r) Diminuir a % de unidades CE e Pools de Plaquetas inutilizados por processamento (% de unidades inutilizados por processamento);
- s) Diminuir a % de unidades CE inutilizados por processamento;
- t) Diminuir a % de Pools inutilizados por processamento;
- u) Produtividade das equipas de processamento (N<sup>o</sup> de unidades obtidas/N<sup>o</sup> hora despendidas por colaborador).

### **Dashboard - Área da Transplantação**

- a) Manter o N.<sup>o</sup> de novos dadores CEDACE tipados;
- b) Manter o N.<sup>o</sup> de colheitas efetivas a dadores CEDACE;
- c) Tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até entrada;
- d) Aumentar o n<sup>o</sup> de ativações a dadores CEDACE;
- e) Aumentar a % de doentes avaliados na fase pós-transplante;
- f) Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados -1 mês;
- g) Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano;
- h) Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até resultado final laboratorial;
- i) Aumentar o número de tecidos recebidos/processados pelo Banco de Tecidos do IPST, IP (n<sup>o</sup>);
- j) Aumentar Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas;
- k) Aumentar a taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada;
- l) Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia;
- m) Implementar técnica de deteção de anticorpos não HLA (meses);
- n) Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis - CST (meses);
- o) Manter a avaliação global da AEQ;
- p) Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Processo de Transplantação);
- q) Aumentar o n.<sup>o</sup> de unidades recebidas no BPCCU;

- r) Início da articulação com os peritos Fact-Netcord no âmbito da aceitação do BPCCU; enquanto membro provisório desta organização (meses);
- s) Aumentar n.º de unidades de sangue do cordão umbilical criopreservadas;
- t) Aumentar n.º de ações de sensibilização realizadas pelo BPCCU;
- u) Diminuir a (%) de unidades inutilizadas no BPCCU por causas inerentes ao processamento.

O seguimento destes indicadores encontra-se descrito no Plano de Atividades de 2015 onde se encontra exposto o sistema de monitorização previsto que tem foco nos seguintes eixos: (i) identificação e análise dos desvios detetados; (ii) ponderação da necessidade de efetuar ajustamento de metas, reformulação de objetivos e/ou indicadores associados; e (iii) identificação das razões exógenas ou endógenas para tal ajustamento, face à versão do QUAR inicialmente aprovado.

## 2. Estrutura orgânica do IPST, IP

O IPST, IP, de acordo com os seus Estatutos, aprovados pela Portaria n.º 165/2012 de 22 de maio), encontra-se organizado em unidades orgânicas de âmbito nacional (dois departamentos, três coordenações e cinco gabinetes) e em serviços territorialmente desconcentrados (três Centro de Sangue e da Transplantação).

O IPST, IP é dirigido por um Conselho Diretivo, constituído por um Presidente e uma Vogal.

Os Estatutos definem, tendo em conta as novas competências atribuídas, a seguinte estrutura orgânica:

Unidades orgânicas de âmbito nacional:

Serviços Centrais:

Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação;

Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira.

Coordenações Nacionais

Coordenação Técnica Nacional do Sangue e da Transplantação;

Coordenação Nacional da Transplantação;

Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional.

Gabinetes

Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado

Gabinete de Investigação, Inovação e Desenvolvimento

Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações;

Gabinete de Gestão da Qualidade;

Gabinete Jurídico.

Serviços territorialmente desconcentrados:

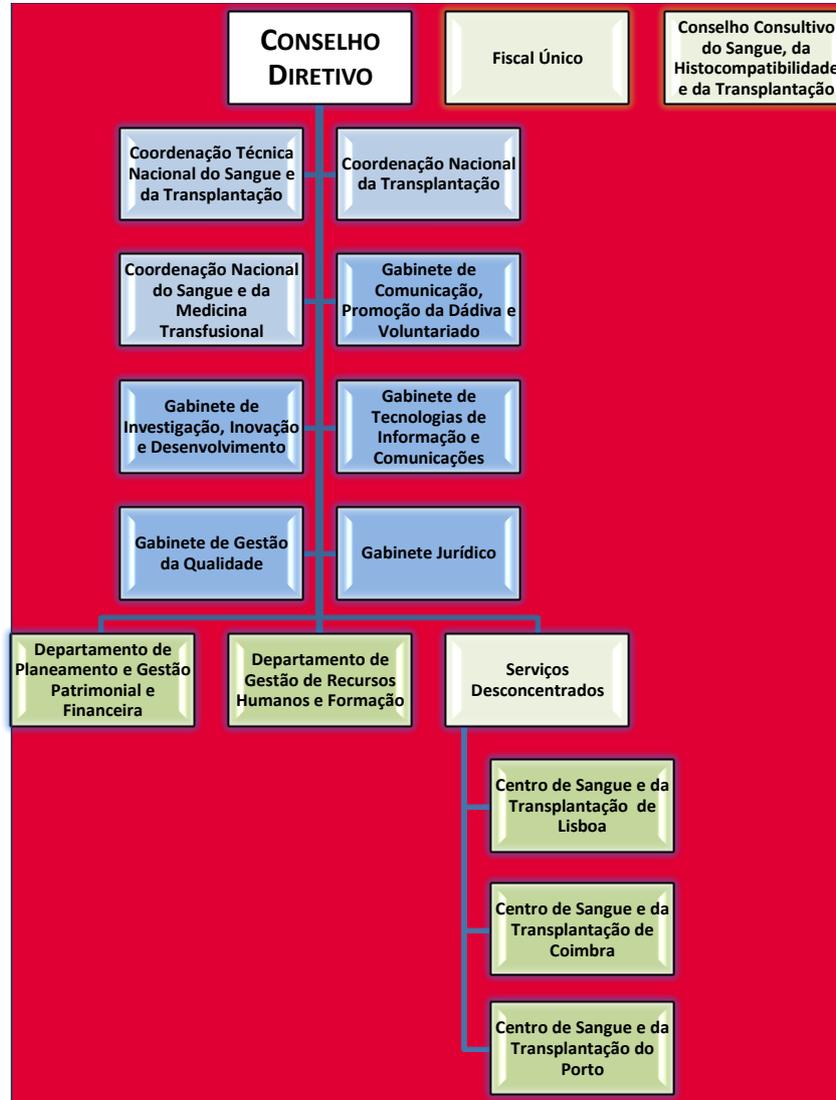
Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa;

Centro do Sangue e da Transplantação de Coimbra;

Centro do Sangue e da Transplantação do Porto.

Deste modo, a estrutura orgânica do IPST, IP é representada pelo seguinte organograma onde se verifica uma estrutura centralizada nas áreas transversais, mas tendencialmente descentralizada do ponto de vista funcional<sup>1</sup>:

Figura 1- Organograma do IPST, IP



<sup>1</sup> Um maior desenvolvimento da estrutura orgânica e funcional do IPST, IP poderá ser consultado no Plano Estratégico 2014- 2016.

### 3. Caracterização Geral do IPST, IP

O IPST, IP é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia técnica, administrativa, financeira e património próprio.

Nos termos do disposto na alínea b) do n.º 3 e nas alíneas b) e c) do n.º 4 do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 12/2012, de 27 de Fevereiro<sup>2</sup>, o Instituto Português do Sangue, I.P. foi objeto de reestruturação, passando a designar-se Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP. (IPST,IP), absorvendo as atribuições dos Centros de Histocompatibilidade do Sul, Centro e Norte (anteriormente integrados Administrações Regionais de Saúde LVT, Centro e Norte, respetivamente) e parte das atribuições da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, extintos por fusão.

A definição da orgânica e estatutária do IPST, IP ficou concluída com a publicação do Decreto-Lei n.º 39/2012 e da Portaria n.º 165/2012, de 16 de Fevereiro e 22 de Maio, respetivamente, após a qual teve início o processo de reorganização interna do instituto.

O IPST, IP é um organismo central com jurisdição sobre todo o território nacional, tendo a sua sede em Lisboa.

Considerando que o instituto resultou da fusão do antigo Instituto Português do Sangue, IP, dos antigos Centros de Histocompatibilidade, situados em Lisboa, Porto e Coimbra, e também de parte da extinta Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação<sup>3</sup>, todas as competências que estavam anteriormente atribuídas a estas entidades ficaram sob responsabilidade do IPST, IP.

Assim, são assegurados, quer a nível nacional, quer com as necessárias particularizações regionais, as atividades de colheita, processamento, armazenamento e distribuição de sangue e seus componentes, a gestão nacional do Registo Português de Dadores de Médula Óssea (CEDACE), o processamento, armazenamento e distribuição de tecidos e células do cordão umbilical de origem humana e as atividades relacionadas com a colheita de órgãos e tecidos no âmbito do sistema de saúde português, tanto no setor público, como privado, e ainda, as responsabilidades inerentes à escolha do par dador-recetor.

<sup>2</sup> Diploma que veio definir a estrutura orgânica do Ministério da Saúde.

<sup>3</sup> A componente de atividade inspetiva e de autorização da antiga ASST transitou para a DGS e para o IGAS.

## 4. Estratégia e implementação

O trabalho desenvolvido ao longo de 2015 abrangeu diversas áreas e níveis de intervenção e foi enquadrado pelo sistema de gestão por objetivos, com realce para a tomada de decisão em áreas consideradas prioritárias mediante a metodologia BSC.

Tendo como linha de partida os resultados alcançados em 2014 foram fixados para 2015 (QUAR 2015) novos objetivos que, de modo mensurável, demonstrassem a consolidação da instituição e a qualidade da gestão.

O diagnóstico estratégico efetuado permitiu ao IPST, IP, a adoção de sete estratégias para as duas áreas funcionais, sangue e transplantação, e de quatro, para as áreas de suporte.

### 4.1. Objetivos Estratégicos

#### ÁREAS CORE DO IPST, IP

**OE 1** Assegurar a autossuficiência em sangue e componentes, incluindo plasma inativado, e suficiência tendencial em derivados de plasma;

**OE 2** Criar uma maior especificidade na colheita;

**OE 3** Mudar o paradigma da colheita;

**OE 4** Reformular o modelo de relacionamento com as associações e grupos de dadores;

**OE 5** Aumentar o número de órgãos e tecidos disponíveis para transplantação;

**OE 6** Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação, com definição do número de GCCT e Unidades de Transplantação, bem como a sua articulação.

**OE 7** Implementar o Registo Português de Transplantação a nível nacional, com integração das diferentes bases de dados existentes na área da transplantação.

#### ÁREAS DE SUPORTE DO IPST, IP

**OE 8** Promover o desenvolvimento da qualificação e competências dos profissionais do IPST, IP, com vista à ampliação da competência técnica e capacidade de resposta dos seus trabalhadores (as);

**OE 9** Modernização e integração dos sistemas de informação do IPST, IP;

**OE 10** Simplificar e normalizar procedimentos com vista a uma gestão pela qualidade;

**OE 11** Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST, IP.

A formulação e análise dos objetivos estratégicos do IPST, IP constam do Plano Estratégico 2014 -2016 do IPST, IP.

#### **4.2. Objetivos Operacionais**

Os objetivos estratégicos foram, subsequentemente, decompostos em objetivos operacionais, mensuráveis através de vários tipos de indicadores, com vista à prossecução de metas ambiciosas, mas realistas e atingíveis.

#### EFICÁCIA

**OOp1:** Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE) (OE 1; OE 4) (R);

**OOp2:** Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 2; OE 4);

**OOp3:** Desenvolver o banco multitecidular (OE 5; OE6) (R);

**OOp4:** Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea (OE 5) (R).

#### EFICIÊNCIA

**OOp5:** Melhorar o desempenho financeiro do IPST, IP (OE 11) (R);

**OOp6:** Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação (OE 7; OE 9)( R);

**OOp7:** Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais (OE 8; OE 9; OE 10);

**OOp8:** Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical (OE 5);

**OOp9:** Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (OE 3) (R).

### QUALIDADE

**OOp10:** Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST, IP (OE 4; OE 10) (R);

**OOp11:** Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 10) (R);

**OOp12:** Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (OE 6) (R).

Para que fossem atingidos os objetivos acima descritos, foi dada continuidade à aplicação dos Sistemas de Avaliação (SIADAP 1,2,3). Foram, também, reformulados procedimentos, circuitos e métodos de trabalho, foi promovida a qualificação e a capacitação individual dos dirigentes e trabalhadores e intensificado o relacionamento com todos os intervenientes na cadeia da medicina transfusional - *stakeholders*.

## 5. Análise de desempenho do QUAR 2015

### 5.1. Monitorização semestral - alteração homologação

O IPST, IP remeteu por Ofício n.º 10026 de 20.10.2015 e por correio eletrónico (16.10.2015, com errata a 12.11.2015) uma proposta de revisão de objetivos/indicadores do QUAR 2015 devidamente fundamentada.

A aprovação das alterações foi homologada em 07.01.2016 pelo Senhor Diretor- Geral da Saúde e, em 10 de março de 2016, por SE, o Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde.

## 5.2. Análise dos parâmetros de avaliação

Verifica-se a superação dos objetivos e dos parâmetros de avaliação conforme exposto no Gráficos 1 e 2:

Gráfico 1-Desvio positivo por Opp: Contribuição para cada parâmetro

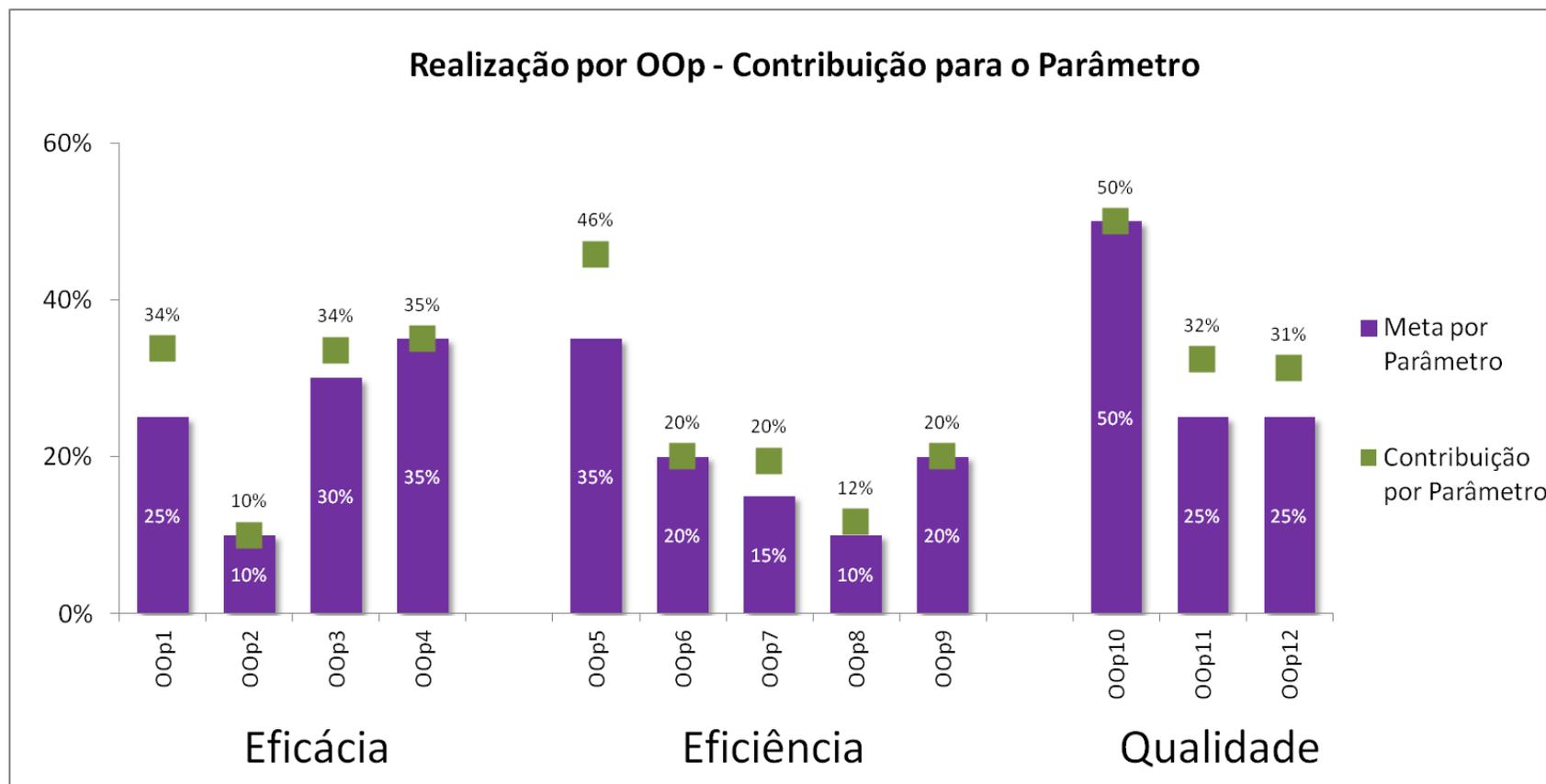


Gráfico 2- Avaliação de Impacto da Concretização dos OOp por Parâmetro



Tabela 1- Análise Eficácia por Indicador

Objectivos Operacionais	Indicadores	Peso Indicadores nos objectivos operacionais (1)	Grau de realização das metas operacionais (2)	Contribuição para os objectivos operacionais (3)	Grau de realização dos objectivos operacionais (4)
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários	Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	100%	135%	<b>135%</b>	<b>135%</b>
OOp2: Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos	50%	100%	<b>50%</b>	<b>100%</b>
	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos	50%	100%	<b>50%</b>	
OOp3: Desenvolver o banco multitecidualar	Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)	20%	135%	<b>27%</b>	<b>112%</b>
	Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	40%	100%	<b>40%</b>	
	Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (Reserva= n.º médio de m2 existentes)	40%	113%	<b>45%</b>	
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea	N.º de novos dadores CEDACE tipados	65%	100%	<b>65%</b>	<b>100%</b>
	N.º de dadores CEDACE ativados	35%	100%	<b>35%</b>	

Tabela 2- Análise da Eficiência por Indicador

Objectivos Operacionais	Indicadores	Peso Indicadores nos objectivos operacionais (1)	Grau de realização das metas operacionais (2)	Contribuição para os objectivos operacionais (3)	Grau de realização dos objectivos operacionais (4)
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST	Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	100%	131%	<b>131%</b>	<b>131%</b>
OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação ( R)	% de implementação do projeto piloto do RPT	100%	100%	<b>100%</b>	<b>100%</b>
OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais	% de respostas aos pedidos de emissão de parecer	50%	125%	<b>63%</b>	<b>130%</b>
	% de atividades de representação internacional dculgadas e atualizadas no site do IPST	50%	135%	<b>68%</b>	
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical	% de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento	50%	134%	<b>67%</b>	<b>117%</b>
	N.º de unidades de SCU criopreservadas	50%	100%	<b>50%</b>	
OOp9: Aumentar o Racio de sessões de colheita durante a semana e em período pó-laboral (R)	Nº de sessões de colheita durante a semana relativas às do fim-de-semana	100%	100%	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabela 3- Análise da Qualidade por Indicador

Objectivos Operacionais	Indicadores	Peso Indicadores nos objectivos operacionais (1)	Grau de realização das metas operacionais (2)	Contribuição para os objectivos operacionais (3)	Grau de realização dos objectivos operacionais (4)
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST (R)	Entrega de proposta optimização do ensino em modalidade de e-learning(meses)	50%	100%	<b>50%</b>	<b>100%</b>
	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais	50%	100%	<b>50%</b>	
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (R)	Percentagem de testes metrológicos efetuados	70%	135%	<b>95%</b>	<b>130%</b>
	Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	30%	117%	<b>35%</b>	
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (R)	% de aumento da referenciação de dadores	100%	125%	<b>125%</b>	<b>125%</b>

### 5.3. Análise da consecução da estratégia

De forma sucinta, pode-se traduzir a articulação e alinhamento dos diversos objetivos operacionais com os objetivos estratégicos definidos, pela matriz de relacionamento *infra*-Tabela 4.

Os Objetivos Estratégicos (OE) são objetivos plurianuais, cujas componente anuais se realizam em Objetivos Operacionais (OOp), mensuráveis através de vários tipos de indicadores a fim de prosseguir as metas definidas em sede de Plano de Atividades.

Deste modo, assegura-se o pleno alinhamento entre a missão institucional e os vários níveis de objetivos, garantindo-se que todas as áreas de atividade prioritárias para o IPST, IP são contempladas no QUAR ao nível dos OOp (sem prejuízo da prossecução de outros não evidenciados no QUAR, mas inerentes à atividade do Instituto, contemplados nas Unidades Orgânicas) e sujeitas a avaliação.

A fixação das percentagens de contribuição a partir da ponderação global dos objetivos operacionais QUAR permite visualizar o contributo de cada objetivo operacional, cumprido em 2015m para cada um dos parâmetros, bem como o impacto no cumprimento dos objetivos estratégicos plurianuais (inscritos no Plano Estratégico 2014 – 2016).

De um modo geral, verifica-se que, a realização dos objetivos operacionais (circunferências verdes) superior à planeada (círculos azuis), repercute-se num impacto positivo ao nível da concretização dos objetivos estratégicos. Deste modo verifica-se um ganho na concretização estratégica do IPST, IP (Cfr. Tabela 5 e Gráfico 3).

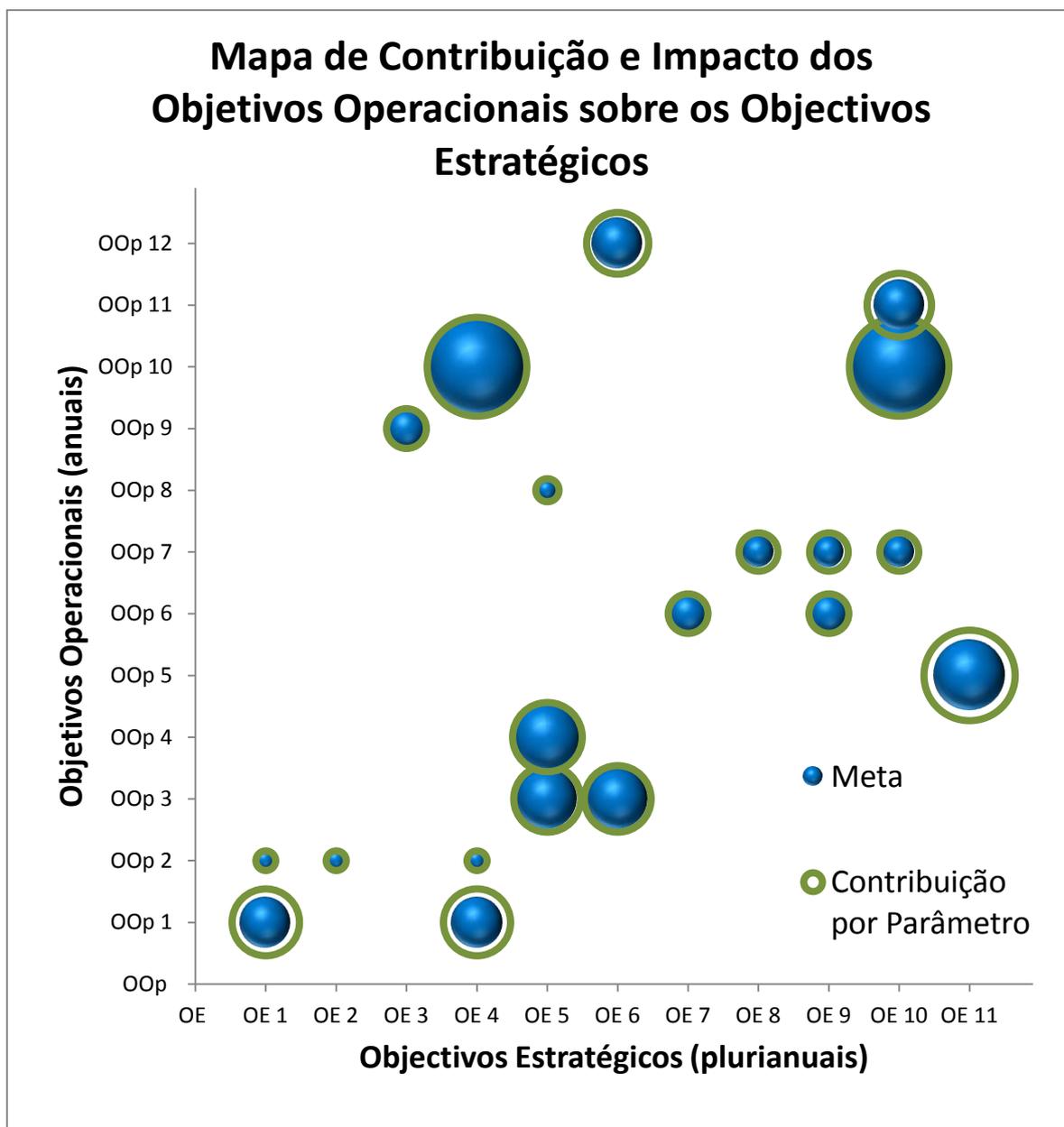
Tabela 4- Matriz de relacionamento Objetivos estratégicos/Objetivos operacionais (2015)

OBJETIVOS OPERACIONAIS 2015	OE 1	OE 2	OE 3	OE 4	OE 5	OE 6	OE 7	OE 8	OE 9	OE 10	OE 11
OOp 1	Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE)	x			x						
OOp 2	Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	x	x		x						
OOp 3	Desenvolver o banco multitecidualar					x	x				
OOp 4	Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea					x					
OOp 5	Melhorar o desempenho financeiro do IPST										x
OOp 6	Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação							x		x	
OOp 7	Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais								x	x	x
OOp 8	Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical					x					
OOp 9	Aumentar o Racio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral			x							
OOp 10	Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST				x						x
OOp 11	Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos										x
OOp 12	Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação							x			

**Tabela 5- Grau de contributo dos objetivos operacionais para os objetivos estratégicos (2015)**

Objetivos Operacionais	Meta											Grau de contributo dos OOp	Contribuição por Parâmetro											Grau de contributo dos OOp
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários	25%			25%								50%	34%			34%							68%	
OOp2: Assegurar a dádvia de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	10%	10%		10%								30%	10%	10%		10%							30%	
OOp3: Desenvolver o banco multitecdicular					30%	30%						60%					34%	34%					67%	
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea					35%							35%					35%						35%	
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST											35%	35%										46%	46%	
OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação ( R)							20%		20%			40%						20%		20%			40%	
OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais								15%	15%	15%		45%							20%	20%	20%		59%	
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical					10%							10%					12%						12%	
OOp9: Aumentar o Racio de sessões de colheita durante a semana e em período pó-laboral ( R)			20%									20%			20%								20%	
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST ( R)				50%							50%	100%				50%						50%	100%	
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneo ( R)											25%	25%										32%	32%	
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação ( R)						25%						25%					31%						31%	

Gráfico 3- Impacto da realização dos Opp de 2015 nos OEs (2014 – 2016)<sup>4</sup>



<sup>4</sup> O diâmetro é proporcional à percentagem de Meta/Realizado.

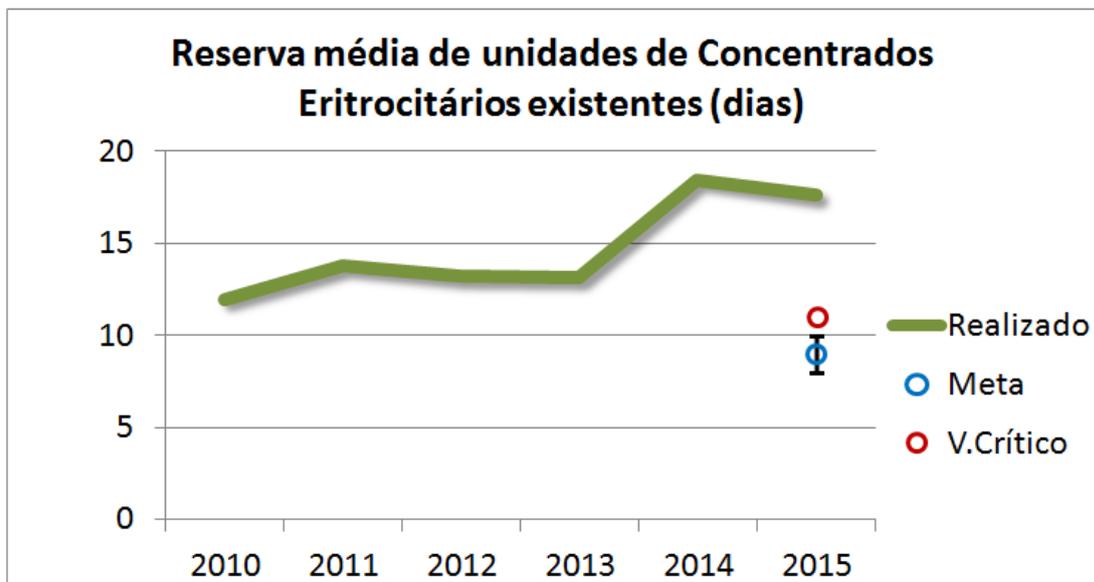
## 6. Monitorização e análise dos resultados alcançados e do grau de cumprimento dos objetivos operacionais- QUAR 2015

### **OBJETIVO DE EFICÁCIA – OOP 1: ASSEGURAR, A NÍVEL NACIONAL, A EXISTÊNCIA DE UMA RESERVA MÉDIA DE CONCENTRADOS ERITROCITÁRIOS (CE) (R)**

Atendendo aos seguintes pressupostos:

- 1) Assegurar um número de colheitas suficiente para satisfazer as necessidades diárias;
- 2) A gestão das existências de CE a nível nacional de modo a potenciar a utilização de todas as Unidades possíveis e evitar desperdícios.

Gráfico 4- Indicador 1.1.: Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)



A reserva diária é determinada pelo quociente entre o número de Unidades de CE existentes no IPST, IP e nos Hospitais e o número de Unidades consumidas diariamente. O resultado, representado em número de dias, traduz a capacidade de manutenção da atividade transfusional com base nas unidades de CE disponíveis.

Considerando apenas o IPST, IP, foi estabelecido em 9 dias a meta para o indicador Reserva = n.º médio de unidades CE existentes / n.º médio de unidades de CE consumidas (em dias de consumo), referente ao ano de 2015, tendo o IPST, IP superado e obtido como resultado 17,60 dias. Este resultado traduz-se numa taxa de realização global de 135%, ou seja, um desvio positivo de 35%.

Numa perspetiva de *Blood Supply Management*, importa adequar cada vez melhor a colheita ao consumo de sangue e componentes pelo que se tenderá a procurar metodologias que permitam aumentar a reserva de CE no IPST, no final do ano e no início do Verão, para poder responder às necessidades de consumo dos Hospitais nos primeiros meses do ano e nos meses de Agosto e Setembro, em que ciclicamente se verifica uma diminuição das colheitas face à procura/ consumo.

O valor anual que se expressa em «Reserva Média» terá, portanto, de ser adequado aos períodos de maior e menor carência de colheitas cumprindo os dois pressupostos supra mencionados. Pode ser considerada uma situação de segurança sempre que as reservas de sangue a nível nacional se encontram entre as 8.000 e 9.000 unidades de Concentrado Eritrocitário. Nestas situações, só em casos muito raros poderá haver um grupo carenciado (0 negativo ou A negativo).

A justificação para que o valor crítico seja menor que o valor histórico é de que historicamente foi definido o índice de 40 dádivas por mil habitantes por ano, está atualmente estimado que 35 dádivas por mil habitantes ano distribuídas de forma regular de acordo com as necessidades ao longo do ano e suportadas por um planeamento numa perspetiva de Blood Supply Management, são adequadas para cumprir a suficiência, isto é, satisfazer as necessidades em componentes sanguíneos lábeis (eritrocitos, plaquetas) e plasma para transfusão.

### **OBJETIVO DE EFICÁCIA – OOP 2: ASSEGURAR A DÁDIVA DE SANGUE NO GRUPO ETÁRIO DOS 18 AOS 34 ANOS**

Com a população a ficar cada vez mais envelhecida, foi objetivo do IPST, IP, assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos, alargando a faixa etária jovem. Sabemos ser essencial uma maior adesão dos jovens devido à progressiva diminuição da taxa de natalidade desde há décadas, a nível nacional.

Este objetivo é um dos maiores desafios que se coloca ao IPST, IP, tanto como forma de atenuar os efeitos dos dados demográficos da população portuguesa, caracterizados pelo envelhecimento, baixa taxa de natalidade<sup>5</sup> e emigração, cujo resultado evidente é um

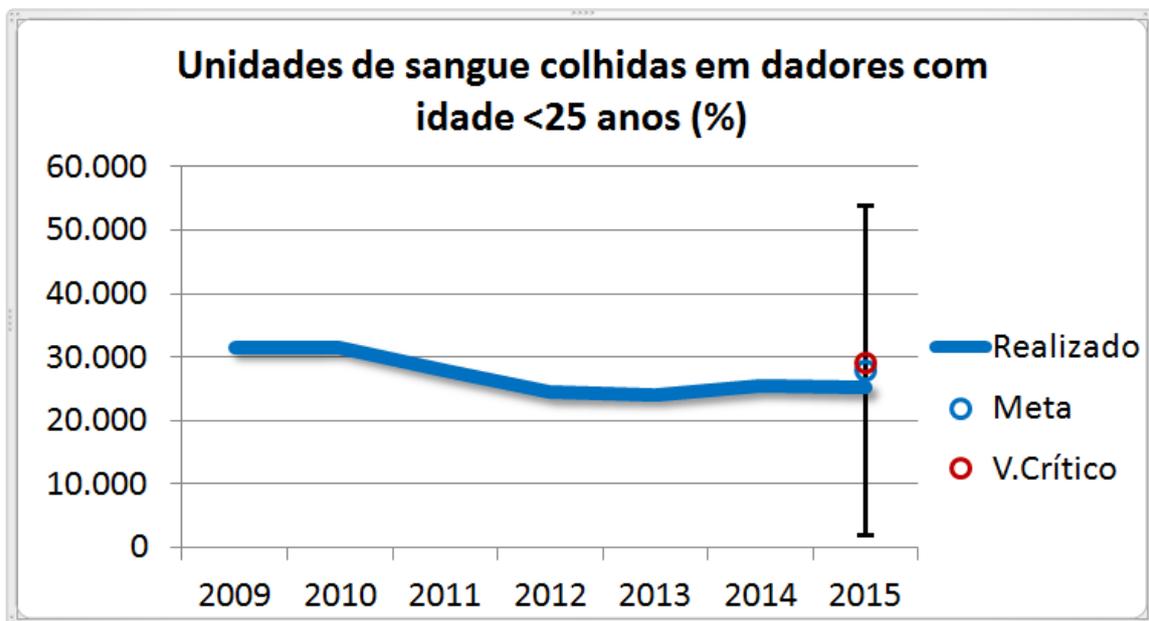
---

<sup>5</sup> A taxa bruta de natalidade atingiu, em 2012 o valor mais baixo dos últimos 60 anos (8,5%). Na década de 60 situava-se nos 24,1%.

decréscimo acentuado de jovens, com repercussão na população de dadores. Será certamente um desafio permanente que vai continuar a exigir dos serviços de promoção da dádiva um grande esforço e o desenvolvimento de estratégias de aproximação a esta faixa etária.

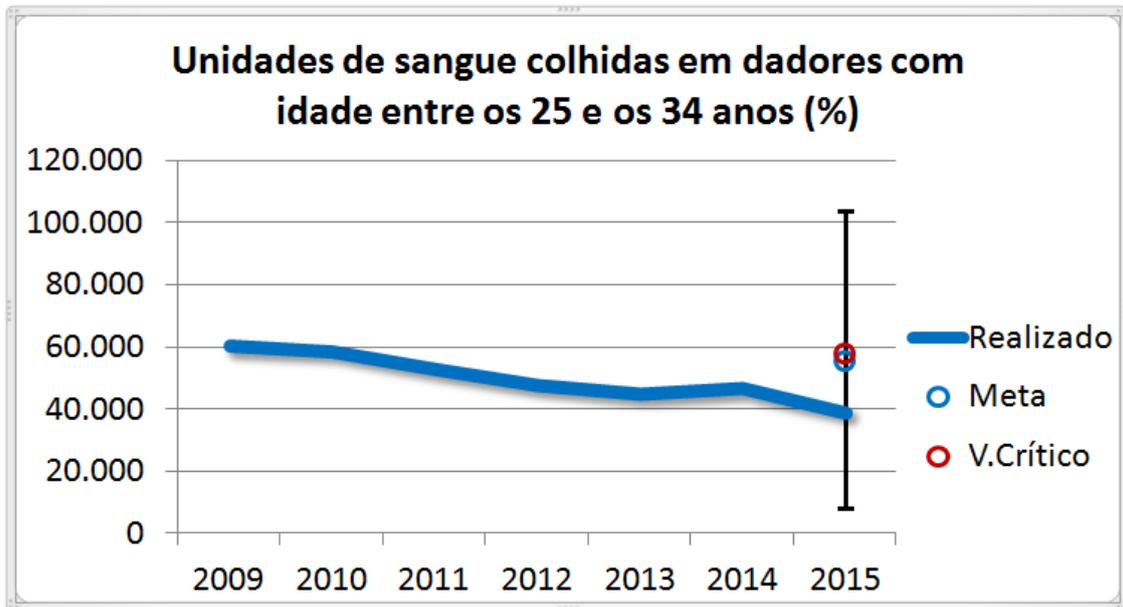
Somente garantido o envolvimento dos jovens na dádiva de sangue se poderá alcançar uma base alargada de dadores. A realização de ações que visem sensibilizar os jovens e alertá-los para a necessidade de participarem numa causa de solidariedade nacional continua a ser um grande desafio para os serviços de promoção da dádiva.

Gráfico 5 - Indicador 2.1. Unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos



Este indicador foi atingido em 2015, apresentando um total de 25143 unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos (Meta = aumento de 10% relativamente ao ano anterior e Tolerância = aumento de 2% relativamente ao ano anterior), resultado que se traduz numa taxa de realização de 100%.

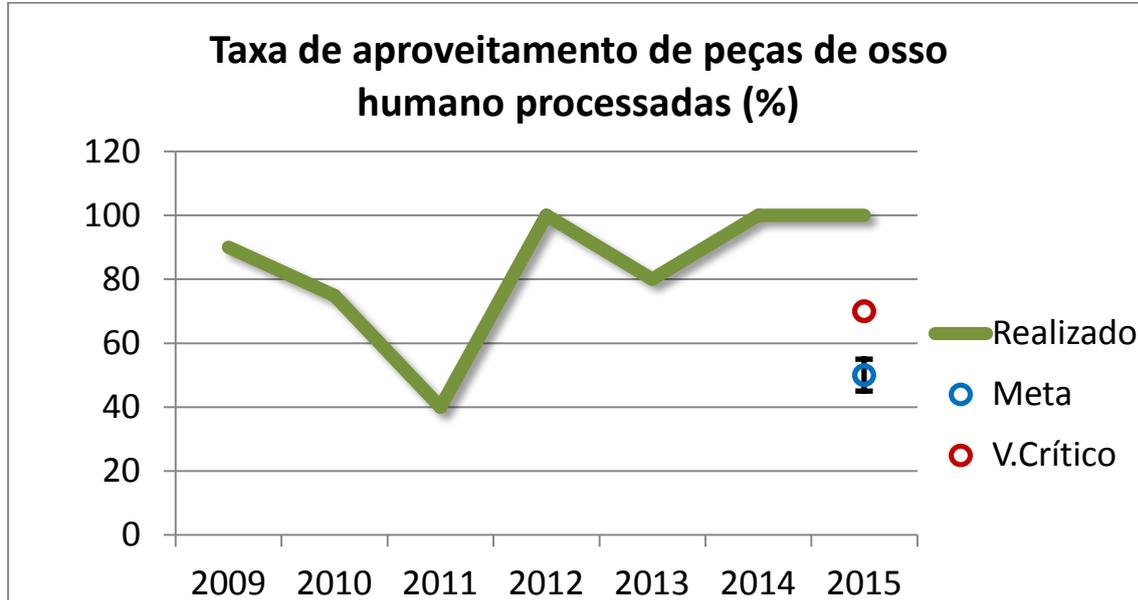
Gráfico 6 - Indicador 2.2.: Unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos



Este indicador foi atingido em 2015, apresentando um total de 38769 unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos (Meta = aumento de 20% relativamente ao ano anterior e Tolerância = aumento de 3% relativamente ao ano anterior), o que se traduz numa taxa de realização global de 100%.

**OBJETIVO DE EFICÁCIA – OOP 3: DESENVOLVER O BANCO MULTITECIDULAR**

Gráfico 7- Indicador 3.1.: Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)

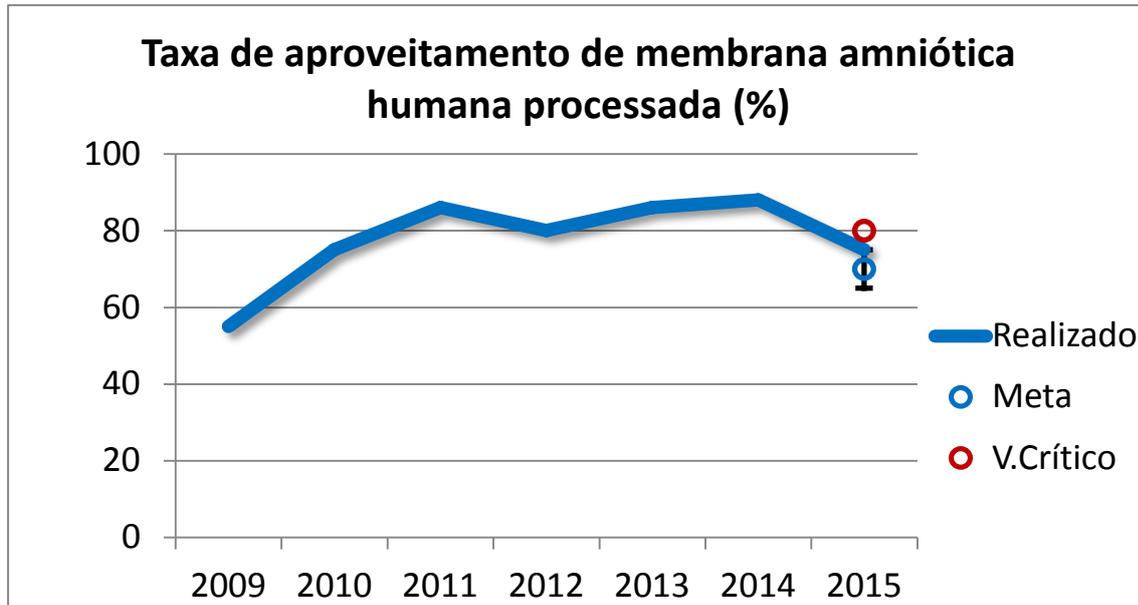


Este indicador visa monitorizar as condições em que os tecidos são processados nas nossas instalações com base nos resultados do controlo microbiológico dos tecidos, que conduz à rejeição ou ao aproveitamento dos mesmos.

Este indicador foi superado em 2015, com uma taxa de 100% de peças de osso humano processadas (Meta = 50 e Tolerância = 5), o que se traduz numa taxa de realização de 135%, ou seja, um desvio positivo de 35%.

Contudo, dado o número de tecidos músculo-esqueléticos que ainda aguardam processamento (60), seria expectável uma taxa de aproveitamento próxima da meta estabelecida.

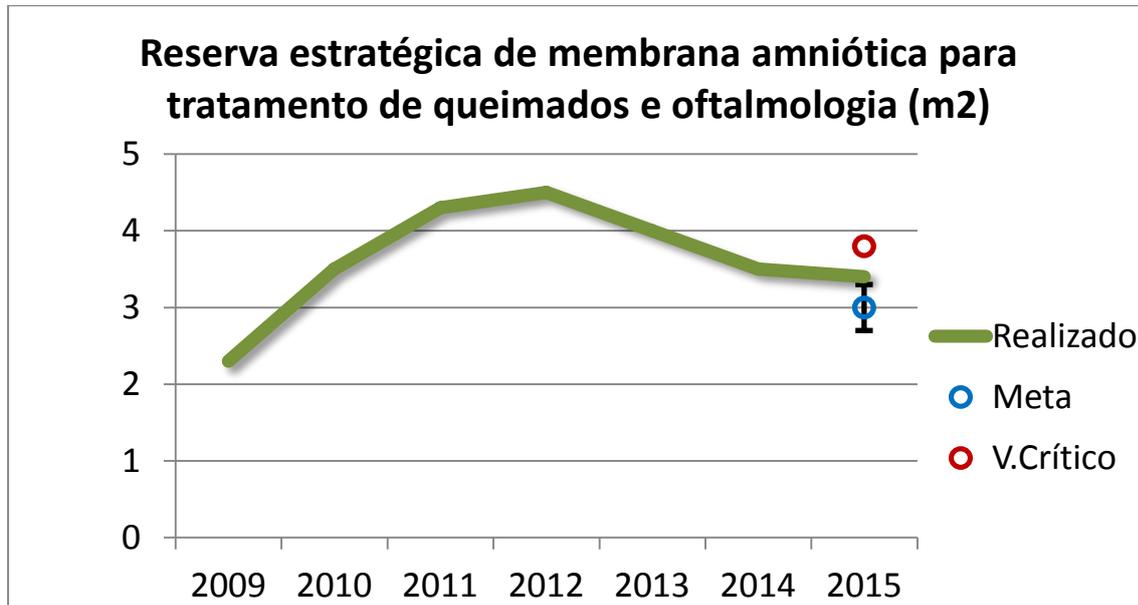
Gráfico 8 - Indicador 3.2.: Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)



Este indicador foi atingido em 2015, com 75% de taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (Meta = 70 e Tolerância = 5), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

Destaque para a continuidade do esforço empreendido pelo IPST, IP no âmbito da articulação com as Maternidades.

Gráfico 9- Indicador 3.3.: Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (Reserva = n.º médio de m2 existentes)



A diminuição reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia está relacionada com fatores externos ao organismo, nomeadamente o número de solicitações das entidades prestadores de cuidados de saúde para fornecimento de membrana amniótica para cirurgia plástica e oftalmológica, os quais não justificam a manutenção de uma reserva tão elevada, sob a pena de haver um aumento de desperdício a nível do termo do prazo de conservação dos tecidos, dos recursos humanos, equipamentos e consumíveis.

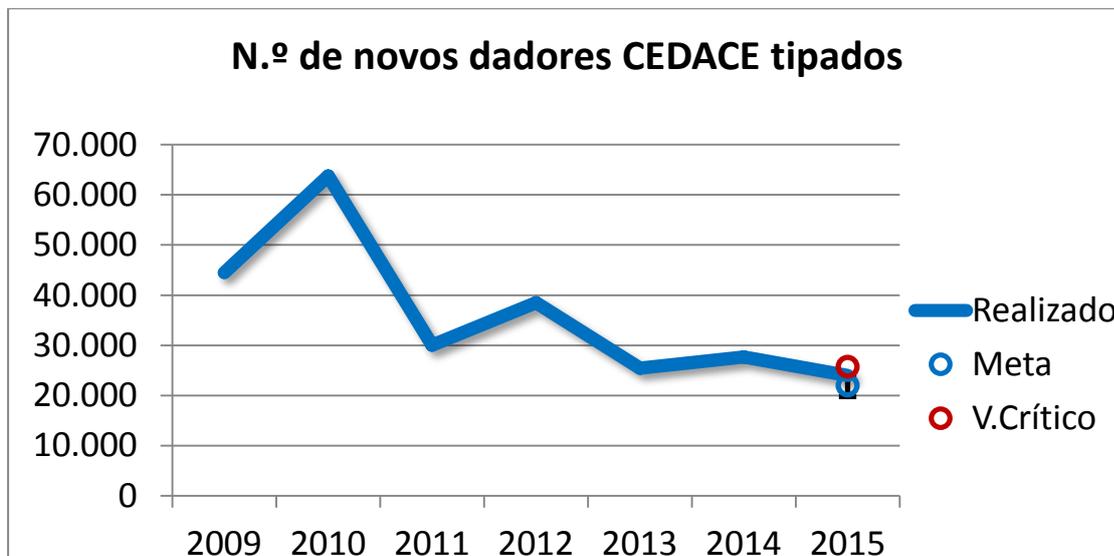
As metas propostas em 2014 e em 2015 permitem assim uma maior adequação às necessidades nacionais, garantindo uma gestão racional dos recursos do Banco Multitecidualar.

Este indicador revisto foi superado em 2015, com a manutenção de reserva amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia correspondente a 3.4 m2 (Meta =3 e Tolerância = 0,3), o que se traduz numa taxa de realização de 113%.

**OBJETIVO DE EFICÁCIA – OOP 4: ASSEGURAR A TIPAGEM E COLHEITA DE CÉLULAS ESTAMINAIS HEMATOPOIÉTICAS A DADORES NÃO APARENTADOS PARA TRANSPLANTAÇÃO DE MEDULA ÓSSEA (R)**

O Opp 4 «Assegurar a colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea» traduz a atividade do Registo de Dadores (CEDACE)<sup>6</sup>.

Gráfico 10- Indicador 4.1.: N.º de novos dadores CEDACE tipados



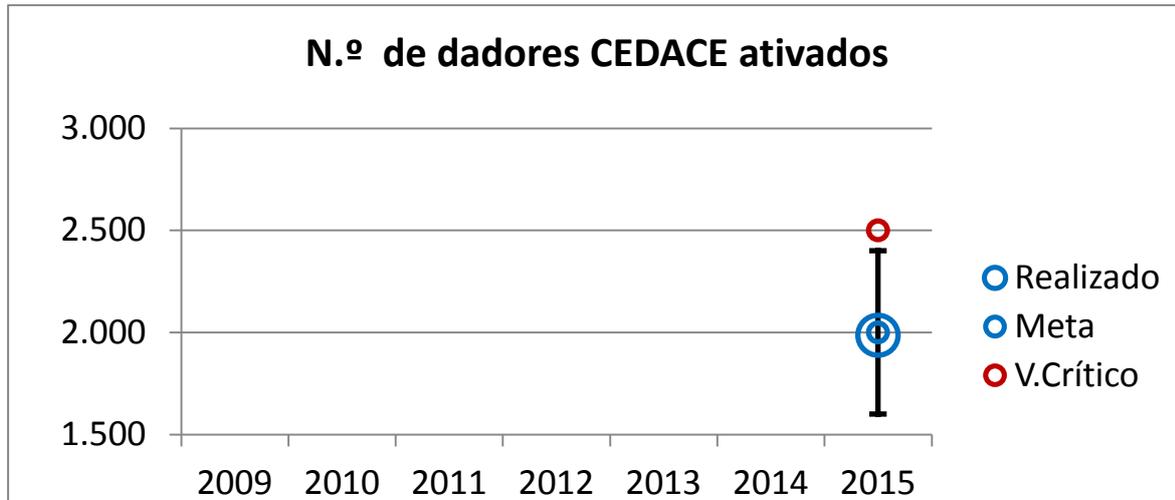
A atividade do CEDACE tem crescido de forma acentuada nos últimos 7 anos, sustentada pelo crescimento do número de dadores inscritos pelas três regiões, norte, centro e sul. Este fenómeno sustentado é, seguramente, um sinal da generosidade de todos os dadores, mas também do investimento do Ministério da Saúde e dos apoios de instituições não-governamentais.

Para este indicador foi definido inicialmente uma Meta = 22000 de novos dadores CEDACE tipados (Tolerância = 2200; Valor Crítico= 25750).

Este indicador revisto foi atingido em 2015, apresentando um total de 23998 colheitas de novos dadores CEDACE tipados.

<sup>6</sup> Seleção dos potenciais dadores compatíveis com os candidatos a transplantação de células estaminais, comunicação com as unidades de transplantação e de colheita nacionais e estrangeiras, contactos com registos estrangeiros, coordenação das colheitas de células para doentes nacionais ou estrangeiros, acompanhamento dos dadores nas colheitas, quer antes ou depois, suporte financeiro das despesas resultantes da atividade de colheita, comunicação com dadores, a fim de manter o Registo atualizado e garantir a fidelização dos dadores ao longo do período em que estão inscritos e não são chamados, controlo da faturação entre as unidades de transplantação e registos internacionais, contacto com os centros de dadores e, ainda, a manutenção da base informática nacional e o cruzamento com bases de dados de registos estrangeiros.

Gráfico 11- Indicador 4.2.: N.º de dadores CEDACE ativados<sup>7</sup>



Para este indicador foi definido inicialmente uma Meta = 2550 novos dadores CEDACE ativados (Tolerância = 100), tendo sido solicitada a alteração do valor da meta para 2000<sup>8</sup>. Este indicador avalia o nº de dadores para os quais são efetuados testes complementares para verificar identidade (e compatibilidade) HLA, com doente/s com indicação para receber (transplante) células progenitoras hematopoiéticas; Os pedidos são solicitados por registos internacionais ou unidades de transplantação de medula óssea nacionais, estando por isso a sua realização dependentes de fatores externos à Instituição. A escassez de recursos humanos gera ineficiências nos tempos de reposta com implicações negativas em termos de resultados.

Acresce referir que o cumprimento da meta inicialmente carece de autorização para a contratação de recursos humanos por parte do SEAP. Uma vez que tal não se encontra na exclusiva dependência da atuação do organismo, mas de condicionalismos externos ao IPST, não deve, salvo melhor opinião, influir na avaliação do desempenho global da instituição.

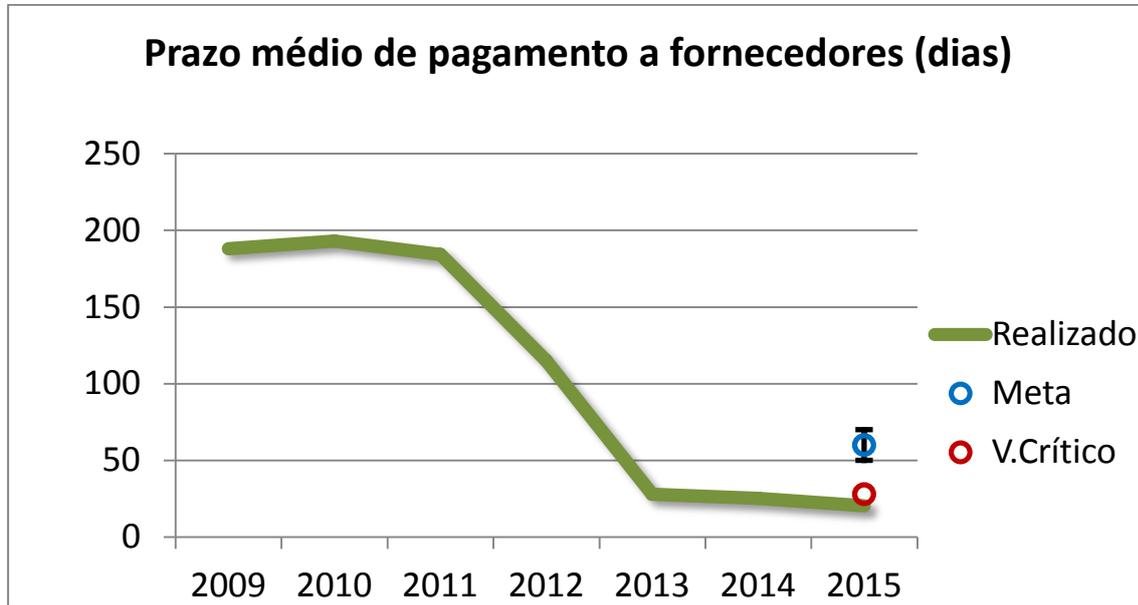
O indicador revisto foi atingido em 2015, com 1986 dadores CEDACE ativados (Meta = 2000 e Tolerância = 400).

<sup>7</sup> A partir de 2015, o indicador "N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE" foi substituído por «N.º de dadores CEDACE ativados» porque o anterior não reflete a atividade nesta área e está dependente de outras instituições.

<sup>8</sup> Proposta de alteração homologada 22/01/2016, SE Adjunto Ministro Saúde.

**OBJETIVO DE EFICIÊNCIA – OOP 5: MELHORAR O DESEMPENHO FINANCEIRO DO IPST, IP**

Gráfico 12- Indicador 5.1. – Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)



Na sequência da redução de 36,66%, de 2012, quando o IPST, IP passou para um PMP de 115 dias, em 2013, foi obtida uma redução de 60,87% do prazo médio de pagamento a fornecedores. Já em 2014, o PMP a fornecedores situava-se nos 28,37 dias.

Este indicador foi superado no ano de 2015 com o PMP a situar-se nos 20,33 (E) dias (Meta = 60; Tolerância = 10 Valor Crítico = 27,95), o que se traduz numa taxa de realização de 131%.

A superação deste indicador deve-se ao trabalho desenvolvido pela equipa do Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira do IPST, IP.

**OBJETIVO DE EFICIÊNCIA – OOP 6: DESENVOLVER A PLATAFORMA INFORMÁTICA DE SUPORTE AO REGISTO PORTUGUÊS DA TRANSPLANTAÇÃO ( R)**

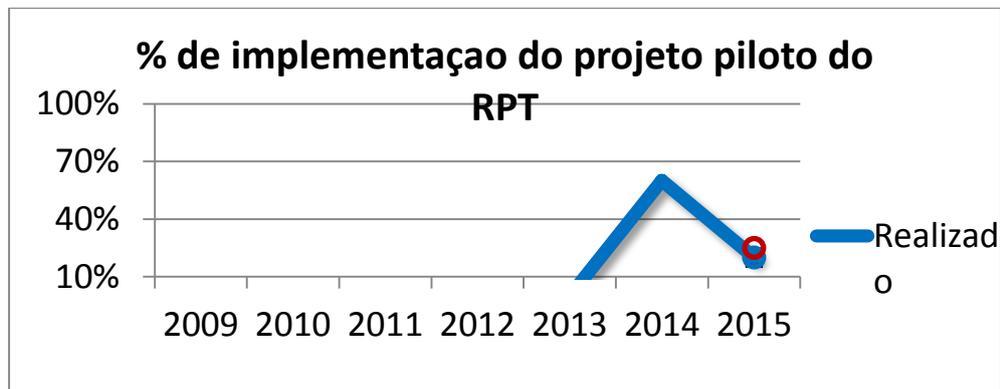
O IPST, IP é a entidade responsável por assegurar o funcionamento de um sistema de informação único e integrado no domínio da colheita e transplantação, designado por Registo Português de Transplantação (RPT). Este Registo, ligado em rede aos hospitais de colheita, aos Gabinetes Coordenadores, Unidades de Transplantação e ACSS permite desmaterializar todo o processo, com controlo das fases e comunicação à ACSS dos pagamentos afetos às Unidades de Colheita e às Unidades de Transplantação.

Para este indicador foi definido inicialmente uma Meta = 30% (Tolerância = 5), tendo sido solicitada a alteração do valor da meta para 20 (Tolerância = 4) devido à necessária inserção da componente de Dador Vivo no RPT, que requer condições de implementação e follow-up diferentes da componente de Dador Cadáver/Falecido.

Nesta sequência prevê-se um módulo de implementação adicional para o RPT, a concretizar-se em 2016.

Acresce que a aquisição de equipamentos sofreu atraso relacionado com as necessárias autorizações da AMA e contratualização da SPMS.

Gráfico 13- Indicador 6.1. – Percentagem de implementação do projeto piloto do RPT

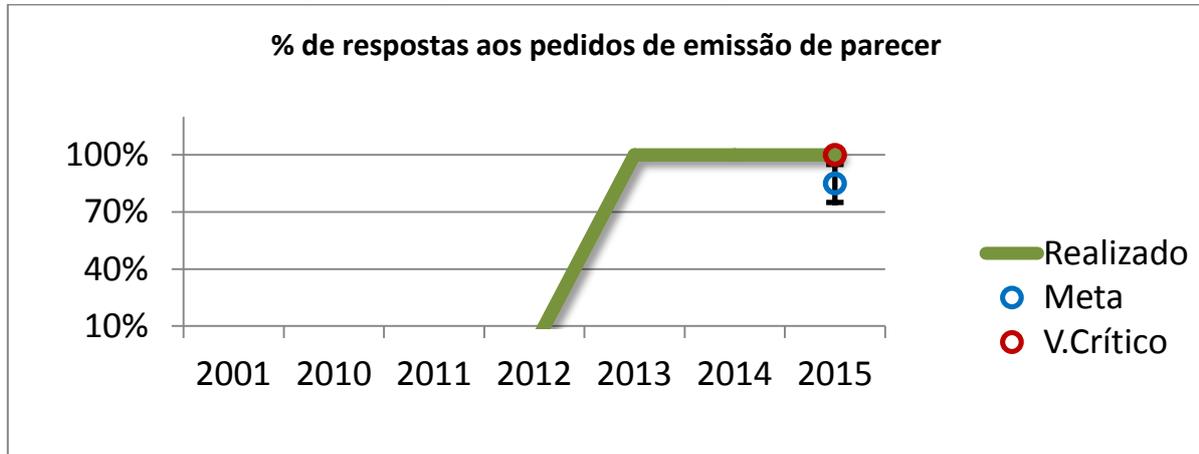


Este indicador foi atingido (Meta = 20% e Tolerância = 4%), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

A importância do RPT no âmbito da estruturação da área da transplantação, bem como o projecto financiado pelo QREN potenciaram o cumprimento deste objetivo.

**OBJETIVO DE EFICIÊNCIA - OOP 7: MELHORAR A ARTICULAÇÃO EM MATÉRIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

**Indicador 7.1. - % de respostas aos pedidos de emissão de parecer**



Este indicador foi superado em 2015, tendo sido cumpridos 100% dos prazos de resposta aquando dos pedidos de emissão de parecer (Meta = 85, Tolerância = 10 e Valor Crítico = 100), o que se traduz numa taxa de realização de 125%, correspondendo a um desvio positivo de 25%.

**Indicador 7.2. - % de atividades de representação internacional divulgadas e atualizadas no site do IPST**

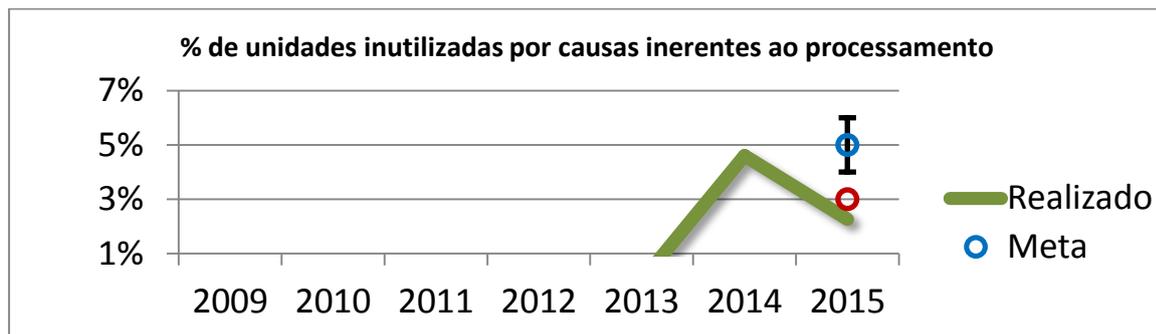


A criação de um novo procedimento de registo das atividades internacionais que envolve a gestão de recursos humanos, o CD e a gestão do portal institucional em 2014 permitiu a superação deste indicador no ano de 2015, tendo-se atingido 100% da divulgação e atualização permanente das atividades de representação internacional (Meta = 80, Tolerância = 5 e Valor Crítico = 90), o que se traduz numa taxa de realização de 135%, correspondendo a um desvio positivo de 35%.

**OBJETIVO DE EFICIÊNCIA - OOP 8: OTIMIZAÇÃO, RACIONALIZAÇÃO DE RECURSOS E DIMINUIÇÃO DE CUSTOS NO BANCO PÚBLICO DE CÉLULAS DO CORDÃO UMBILICAL**

O resultado obtido destes dois indicadores deve-se à aquisição e desenvolvimento de competências e formação dos intervenientes internos e externos ao Banco Público de Células do Cordão Umbilical.

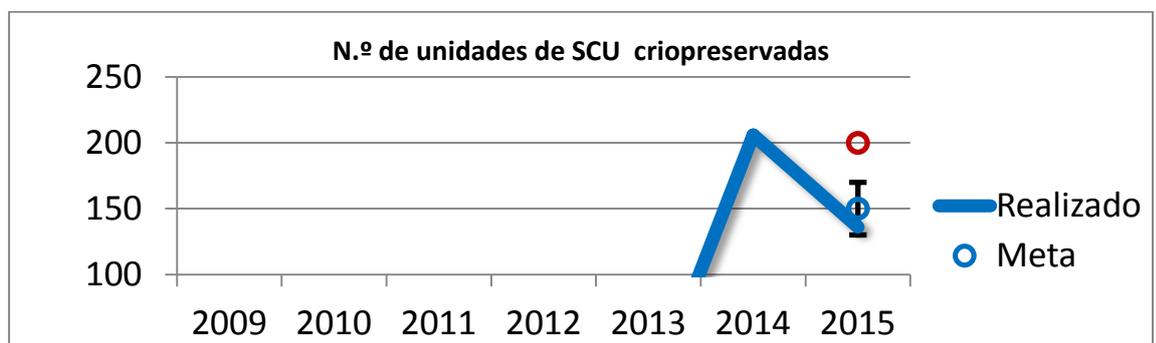
Gráfico 14- Indicador 8.1. – % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento



Este indicador foi superado no ano de 2015, tendo sido obtida uma taxa de de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento substancialmente menor ao fixado como meta: 2,26% (Meta = 5 e Tolerância = 1), o que se traduz numa taxa de realização de 134%, ou seja, um desvio positivo de 34%.

A execução deste indicador reflete o trabalho de gestão e sensibilização desenvolvido junto das unidades de colheita. Verificamos que até à data a média mensal está nas 120 unidades de SCU recebidas.

Gráfico 15- Indicador 8.2. – N.º de unidades de SCU criopreservadas

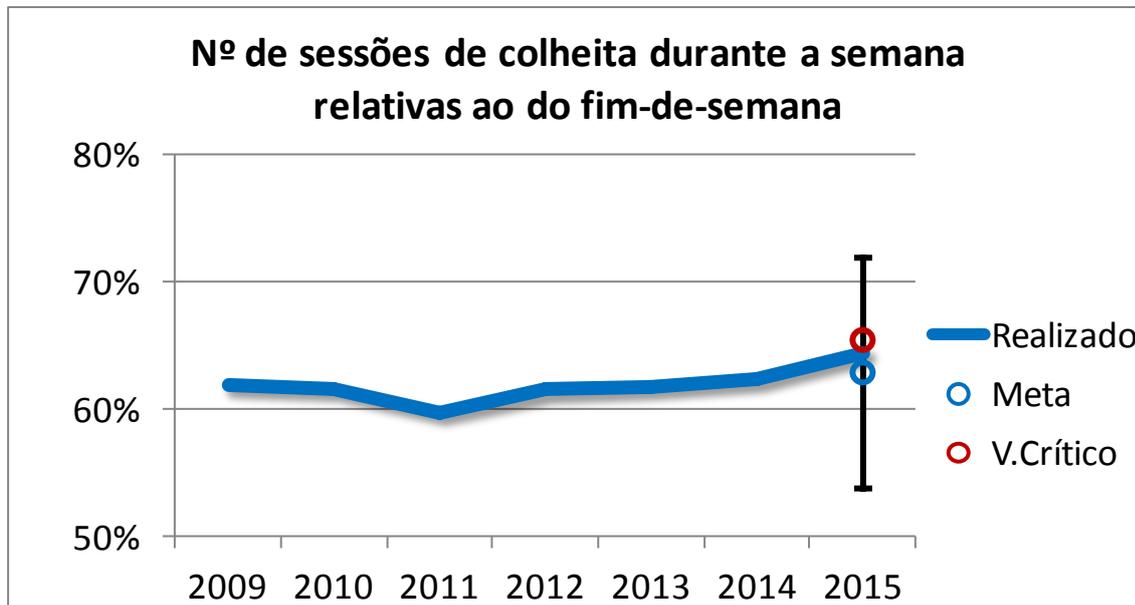


Este indicador foi atingido no ano de 2015, tendo sido criopreservadas 136 unidades de SCU (Meta = 150 e Tolerância = 20), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

**OBJETIVO DE EFICIÊNCIA – OOP 9: AUMENTAR O RACIO DE SESSÕES DE COLHEITA DURANTE A SEMANA E EM PERÍODO PÓ-LABORAL (R)**

O indicador “Nº de sessões de colheita durante a semana relativas ao do fim-de-semana” promove a tendência para fixar a dádiva de sangue em locais fixos e em horários facilitadores da mesma em articulação com o *call center*, evitando assim a concentração do esforço de colheita em fins-de-semana.

Gráfico 16- Indicador 9.1. Nº de sessões de colheita durante a semana relativas ao do fim-de-semana



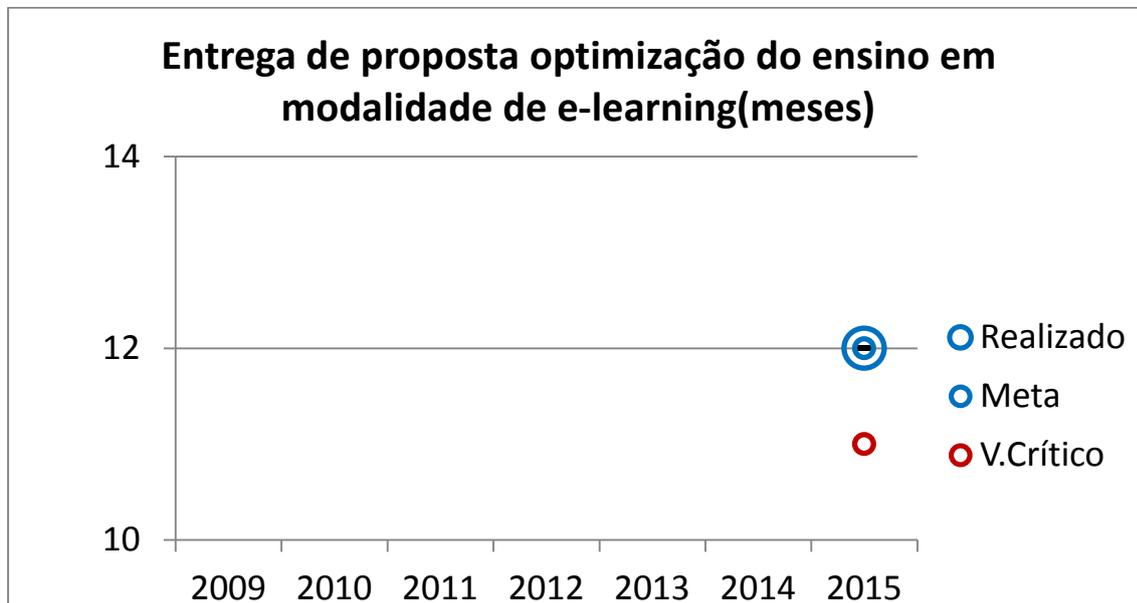
Este indicador foi atingido no ano de 2015, tendo sido realizadas 64,5% do número de sessões de colheita de sangue durante a semana (Meta = 63 e Tolerância = 9), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

*A métrica associada ao indicador foi substituída por % de sessões de colheita realizadas em dias úteis (nº de sessões de colheita realizadas nos dias úteis/nº de sessões de colheita totais) \* 100%.*

**OBJETIVO DE QUALIDADE – OOP 10: PROMOVER E DESENVOLVER A QUALIFICAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DO IPST, IP (R)**

O indicador 10.1. «Entrega de proposta otimização do ensino em modalidade de *e-learning* » assenta na formação inicial e contínua dos profissionais do IPST, IP baseada num modelo de formação anual que permite aos seus profissionais a participação em ações formativas para acompanhamento dos avanços científicos na área da medicina transfusional e transplantação e na melhoria contínua da organização e gestão dos serviços.

Gráfico 17- Indicador 10.1. – Entrega de proposta otimização do ensino em modalidade de *e-learning*(meses)

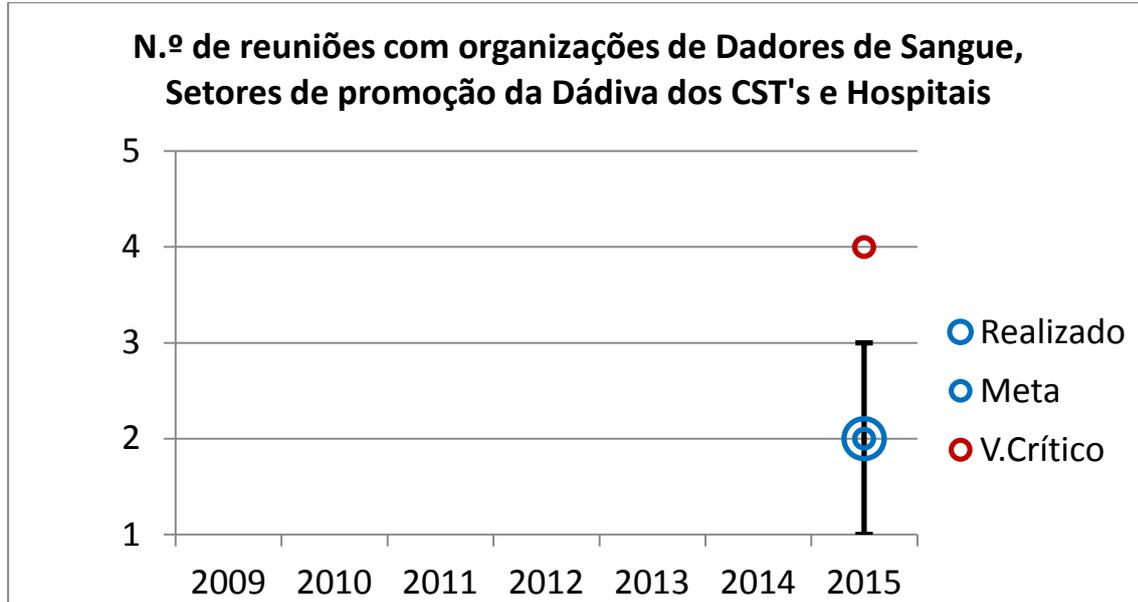


Para este indicador foi definido inicialmente uma Meta = 9 (Tolerância = 1), tendo sido solicitada a alteração do valor da meta para 12<sup>9</sup> porque o cumprimento da meta inicialmente definida ficou comprometida porque o fornecedor da plataforma de *e-learning* limitou a utilização das licenças adquiridas ao número de 200 pelo que a proposta de otimização terá de ser formulada em função do tipo de utilizador (formação interna e externa) estando dependente da negociação para alteração da configuração das licenças e perfis de utilizador.

Este indicador foi atingido no ano de 2015, com a entrega da proposta ao CD no tempo fixado em sede de revisão semestral do QUAR 2015 (Meta = 12 e Tolerância = 0), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

<sup>9</sup> Proposta de alteração homologada 10/03/2016, SE Adjunto Ministro Saúde

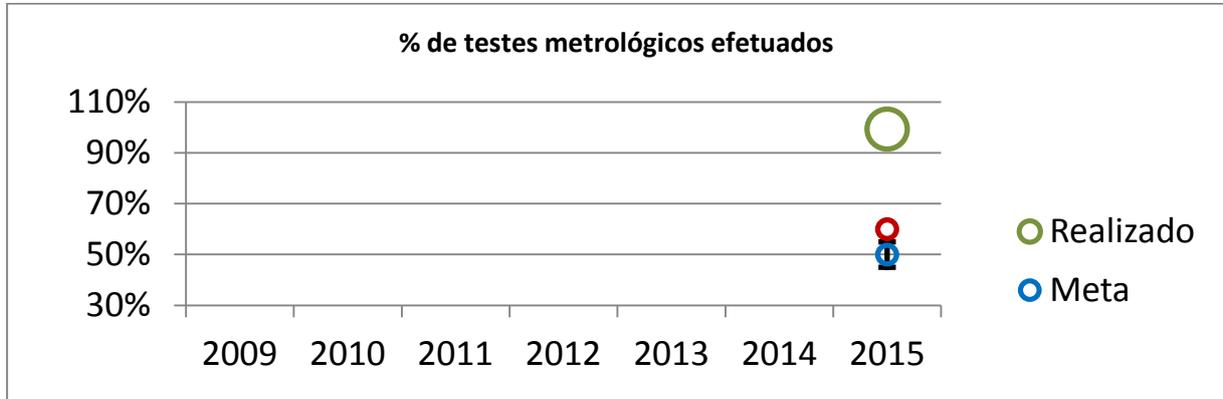
Gráfico 18- Indicador 10.2. –N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais



Este indicador foi atingido no ano de 2015, tendo sido realizadas as 2 reuniões previstas (Meta = 2 e Tolerância = 1), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

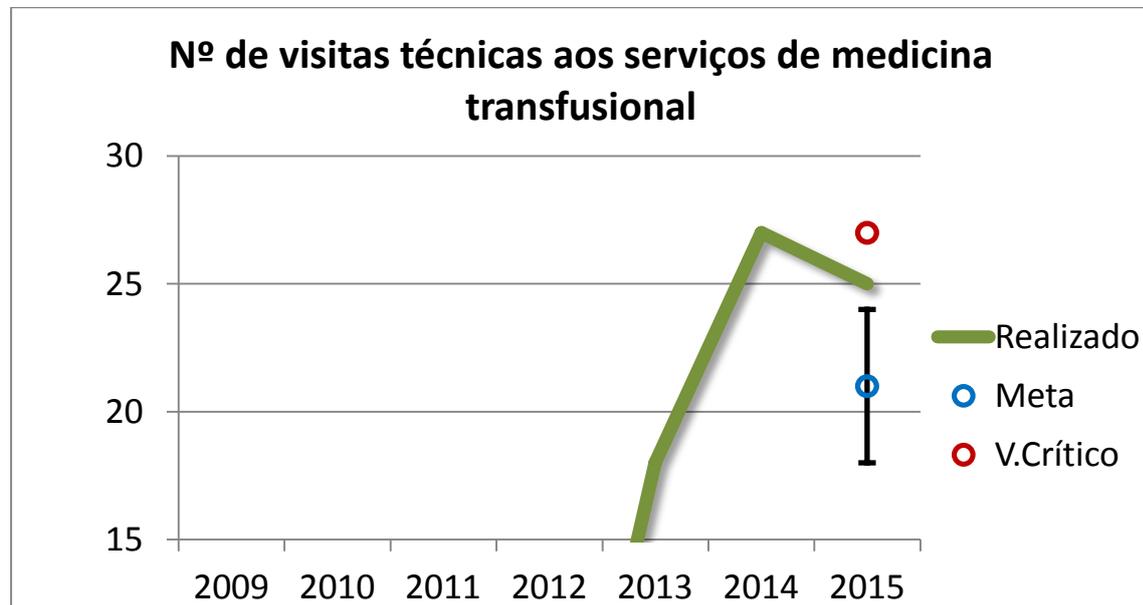
**OBJETIVO DE QUALIDADE – OOP 11: PROMOVER A QUALIDADE E GARANTIR A SEGURANÇA DO DOENTE NO DOMÍNIO DO SANGUE HUMANO E COMPONENTES SANGUÍNEOS**

Gráfico 19 - Indicador 11.1. Percentagem de testes metrológicos efetuados



Este indicador foi superado no ano de 2015, tendo sido realizada uma taxa de 99% de testes metrológicos (Meta = 50 e Tolerância = 5), o que se traduz numa taxa de realização de 135%, com desvio positivo de 35%.

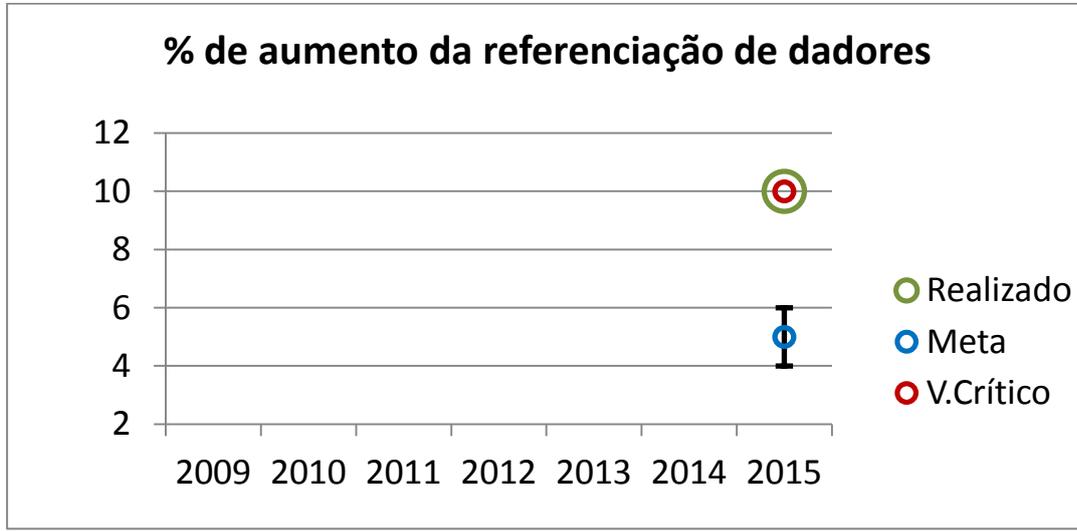
Gráfico 20- Indicador 11.2. Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional



Este indicador foi atingido no ano de 2015, tendo sido realizadas 25 visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional nacionais (Meta = 21 e Tolerância = 3), o que se traduz numa taxa de realização de 117%, com um desvio positivo de 17%.

**OBJETIVO DE QUALIDADE – OOP 12: REORGANIZAR A REDE DE COORDENAÇÃO DE COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO (R)**

Gráfico 21 - Indicador 12.1. Percentagem de aumento da referenciação de dadores



Este indicador foi superado no ano de 2015, tendo sido realizada uma taxa de aumento da referenciação de dadores de 10% (Meta = 5 e Tolerância = 1), o que se traduz numa taxa de realização de 125%, com desvio positivo de 25%.

## 7. Objetivos e indicadores das unidades orgânicas do IPST, IP

O presente capítulo reflete os resultados operacionais do IPST entre janeiro e dezembro de 2015, os quais devem decorrer nos termos fixados para os indicadores dos objetivos estratégicos e operacionais constantes no QUAR 2015, aprovado pela tutela e divulgado no Site da Instituição. O plano de atividades e os objetivos das unidades orgânicas aprovados pelo Conselho Diretivo para 2015 tiveram acolhimento e a participação ativa das diversas equipas afetas aos serviços e o seu acompanhamento foi essencial para o nível de desempenho em todas as áreas de atividade.

Uma das saídas da análise é a classificação dos indicadores de acordo com o seu valor versus o objetivo (“Não atingiu”, “Atingiu” e “Superou”). Atendendo à classificação dos indicadores, assim como à análise dos resultados ao longo do tempo, os responsáveis pela gestão das atividades traduzidas por estas medições, deverão, tomar ação(ões) de melhoria, se necessário. Por exemplo, atividade ou conjunto de atividades representadas por indicador que evidencie que um resultado não está a ser atingido, deverão ser sujeitas ações de melhoria que garantam que o resultado é atingido (podendo ou não implicar a revisão do planeamento).

Foi concretizada uma análise nacional para 2015 que constitui o somatório dos KPI’s das unidades homogêneas do IPST, IP que são os três Centros de Sangue e Transplantação. Somente com esta monitorização e avaliação teremos o resultado global nacional da atividade do IPST, IP. Esta agregação é essencial para a gestão integrada da execução anual. Tal não obsta, a apresentação dos resultados parciais por Centro (Lisboa, Coimbra e Porto).

Paralelamente, desenvolvemos uma análise por resultados parciais das unidades orgânicas (Departamentos, Gabinetes e Coordenações), que promove o alinhamento organizacional.

## 7.1. Indicadores (KPI's) monitorizados na área do sangue<sup>10</sup>

1. Aumentar o nº de unidades de ST colhidas (Número de unidades de sangue total colhidas);
2. Aumentar o nº de unidades de sangue total colhidas no grupo etário inferior a 25 anos (Número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário inferior a 25 anos);
3. Aumentar o nº de unidades de sangue total colhidos no grupo etário dos 25 aos 34 anos (Número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário dos 25 aos 34 anos);
4. Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (multicomponente) (Nº de componentes obtidos);
5. Manter o nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (Número de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional);
6. Aumentar o transporte de sangue e componentes sanguíneos a temperatura controlada nos/entre centros de sangue e transplantação (CST'S) (Implementar logística de Transporte) (meses)
7. Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis (Início da realização das análises numa única área do CST) (meses)
8. Aumentar o rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (Nº de sessões de colheita durante a semana/nº de sessões de colheita);
9. Aumento de doadores inscritos face à previsão de doadores por brigada (% de doadores inscritos face à previsão);
10. Diminuir a percentagem de suspensão triagem clínica (N.º suspensos / n.º candidatos)
11. Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade (N.º unidades inutilizadas plaqueta/n.º total de unidades pool de plaquetas)
12. Manter a avaliação global da AEQ (%) (Avaliação global da AEQ %);
13. Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management" (n.º total de unidades de CE distribuídas/n.º total de unidades de CE entradas em inventário)
14. Reserva média de unidades de CE existentes (n.º total de unidades de CE a nível nacional/n.º total de unidades de CE consumidas por dia (dias))

---

<sup>10</sup> Em 2015, foram monitorizados pelo ciclo de gestão anual mais 14 indicadores – área do sangue, relativamente a 2014.

15. Reduzir tempo médio de resposta a solicitações de clientes (Relatórios de Análises)  
(Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas))
  - a. Laboratório de Imunohematologia
  - b. Laboratório de Agentes Transmissíveis
  - c. Laboratório de Imunoleucoplaquetária
16. Aumentar N<sup>o</sup> médio de unidades colhidas por sessão de colheita (N<sup>o</sup> de unidades de ST colhidas por sessão)
17. Desempenho das equipas de colheita (N<sup>o</sup> de unidades colhidas/total de horas de trabalho dos colaboradores despendido durante sessão de colheita (excluindo horas de viagem))
18. Diminuir a % de unidades CE e Pools de Plaquetas inutilizados por processamento (% de unidades inutilizados por processamento)
19. Diminuir a % de unidades CE inutilizados por processamento
20. Diminuir a % de Pools inutilizados por processamento
21. Produtividade das equipas de processamento (N<sup>o</sup> de unidades obtidas/N<sup>o</sup> hora despendidas por colaborador)

**Conclusões:** O resultado da generalidade dos indicadores sustenta que foram atingidos ou superados os objetivos de acordo com o planeamento.

Contudo dois dos indicadores apresentam resultados que não sustentam o alcance do seu objetivo, tendo sido descontinuados em julho de 2015 na revisão de objetivos:

- Aumentar o transporte de sangue e componentes sanguíneos a temperatura controlada nos/entre centros de sangue e transplantação (CST'S) (Implementar logística de Transporte) (meses);
- Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis (Início da realização das análises numa única área do CST) (meses).

**Ações:** Para as atividades *supra* mencionadas foi identificada a causa da limitação não sendo possível controlar a causa pelo IPST pelo que o objetivo foi revisto, concluindo-se pela sua descontinuidade.

N.º de Objetivos	Superados	Atingidos	Não atingidos	Descontinuados
	8	11	0	2

## 7.2. Indicadores (KPI`s) monitorizados na área da transplantação<sup>11</sup>

1. Manter o N.º de novos dadores CEDACE tipados
2. Manter o N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE
3. Aumentar o nº de ativações a dadores CEDACE
4. Aumentar a % de doentes avaliados na fase pós-transplante
5. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados -1 mês
6. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano
7. Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até resultado final laboratorial
8. Aumentar o número de tecidos recebidos/processados pelo Banco de Tecidos do IPST (nº)
9. Aumentar taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas
10. Aumentar a taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada
11. Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia
12. Implementar técnica de deteção de anticorpos não HLA (meses)
13. Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis - CST (meses)
14. Manter a avaliação global da AEQ
15. Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Processo de Transplantação)
16. Aumentar o n.º de unidades recebidas no BPCCU
17. Início da articulação com os peritos Fact-Netcord no âmbito da aceitação do BPCCU enquanto membro provisório desta organização (meses)
18. Aumentar n.º de unidades de sangue do cordão umbilical criopreservadas
19. Aumentar n.º de ações de sensibilização realizadas pelo BPCCU

---

<sup>11</sup> Em 2015, foram monitorizados pelo ciclo de gestão anual mais 12 indicadores – área da transplantação, relativamente a 2014.

20. Diminuir a (%) de unidades inutilizadas no BPCCU por causas inerentes ao processamento

**Conclusões:** O resultado da generalidade dos indicadores sustenta que foram atingidos ou superados os objetivos de acordo com o planeamento.

Contudo três dos indicadores apresentam resultados que não sustentam o alcance do seu objetivo, tendo sido descontinuados em julho de 2015 na revisão de objetivos:

- Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis - CST (meses);
- Aumentar a % de doadores de CEPH avaliados -1 mês;
- Aumentar a % de doadores de CEPH avaliados - 1 ano.

**Ações:** Para as atividades *supra* mencionadas foi identificada a causa da limitação não sendo possível controlar a causa pelo IPST pelo que o objetivo foi revisto, concluindo-se pela sua descontinuidade

	Superados	Atingidos	Não atingidos	Sem dados
N.º de Objetivos:	12	5	0	3

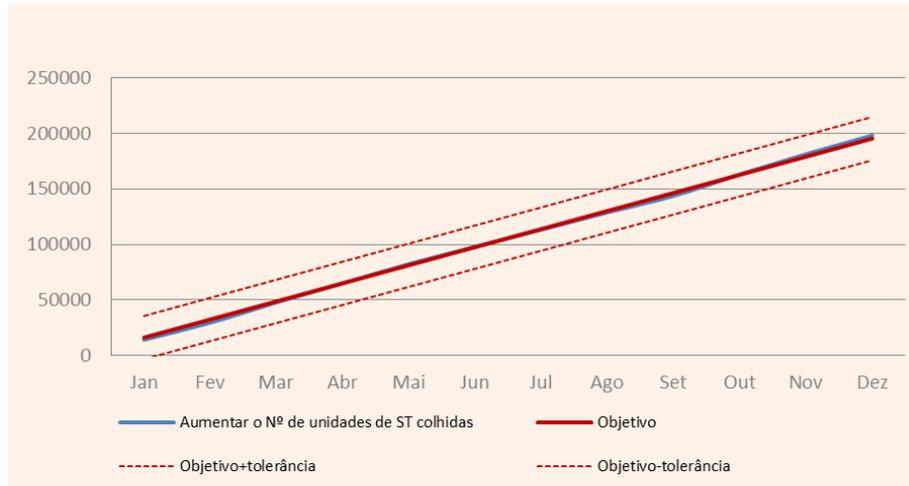
## 7.3. Medição e análise dos indicadores – *Dashboard* área sangue

### 7.3.1. Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas (Q)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	195500	19500	214700	100%	198270
% Taxa de Execução		Gráfico de Monitorização					



Atingiu



**Análise:** A colheita de sangue total mantém a tendência dos anos anteriores, não se comportando como uma progressão aritmética. No entanto, os resultados estão dentro do intervalo da meta + tolerância desde janeiro a dezembro, mostrando que o objetivo foi atingido de acordo com a execução do plano sendo superior à meta nacional estabelecida de 195500 unidades colhidas. No CSTC, os resultados da monitorização do indicador da colheita de unidades de sangue total mostram que a execução se situa dentro do intervalo de tolerância, com uma taxa de realização de 100%. Em relação ao período homólogo, registou-se uma diminuição nas unidades de sangue total colhidas. No CSTL, por carência de recursos humanos, houve necessidade de desmarcar/adiar sessões móveis de colheita contantes no planeamento anual, assim como algumas solicitações às que não foi possível dar resposta positiva. Em relação ao período homólogo, registou-se uma diminuição nas unidades de sangue total colhidas. No CSTP, o objetivo foi atingido de acordo com o planeado.

**Ações:** Reformulada a meta no CSTC e CSTL em julho de 2015. Foi feito um ajuste ao planeamento de sessões de colheita e manteve-se o esforço de reforço das equipas de colheita.

**Resultado das Ações:** Dada a meta nacional de 195.500 unidades de sangue total, contando com o valor de tolerância de  $\pm 19.500$ , e dado o valor cumulativo no ano de 198.270, foi atingida a meta dentro do intervalo de tolerância.

### 7.3.2. Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário inferior a 25 anos (Q)

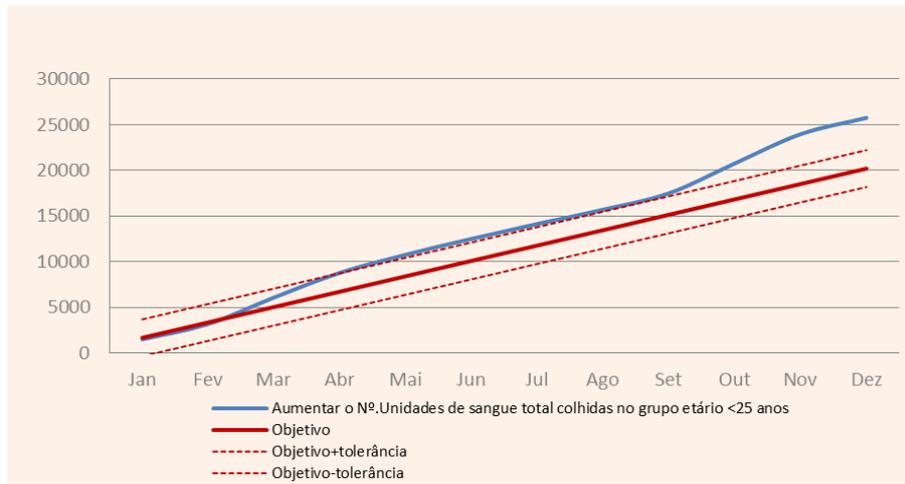
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	20200	2020	25801	125%	25754

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** Os resultados da monitorização deste indicador demonstram que o mesmo foi superado em todos os CST no período de janeiro a dezembro, apresentando um valor superior à meta + tolerância. Sendo a execução de 25754 unidades colhidas nesta faixa etária com uma taxa de realização de 135% a partir do mês de março, mantida até final do ano de 2015.

No CSTC os resultados da monitorização mostram uma taxa de realização de 135%, com valores desde outubro acima da linha de tolerância superior do objetivo.

No CSTL o objetivo foi superado.

No CSTP o objetivo foi superado

**Ações:** Mantiveram-se as ações de promoção com vista a captação de dadores desta faixa etária com especial enfoque no ensino superior e escolas secundárias.

**Resultado das Ações:**

Registou-se uma superação do objetivo face ao valor da meta estabelecido de 20.200 com uma tolerância de  $\pm 2.020$ . Obtiveram-se 25.754 unidades de sangue total colhidas no grupo etário inferior a 25 anos.

Em relação ao ano de 2014, registou-se um ligeiro aumento de 280 unidades de sangue total colhidas no grupo etário inferior a 25 anos.

### 7.3.3. Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário dos 25 aos 34 anos (Q)

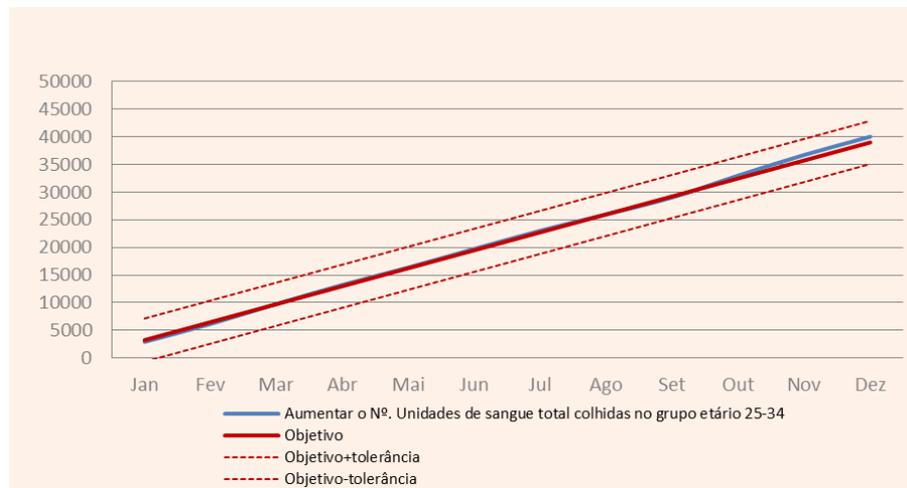
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	39000	3900	45976	100%	40047

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu



**Análise:** A monitorização deste indicador mostra que este foi atingido, ficando no intervalo entre a meta e a meta + tolerância com 40.047 unidades colhidas no período janeiro a dezembro. A progressão da colheita de sangue total em dadores na faixa etária com mais de 25 anos e menos de 34 anos é aceitável. No entanto, face aos constrangimentos que foram sendo identificados, com especial relevo para os sócio-económicos e emigração, este objetivo teve um decréscimo de colheita em relação ao período homólogo de 13,7%, num total de menos 6.377 unidades colhidas.

No CSTC, os resultados da monitorização do indicador evidenciam uma taxa de realização de 100% com linha tendencial de aproximação ao objetivo.

No CSTL, o objetivo atingido durante este intervalo. Mantem-se a análise e proposta de ações formuladas: *"Este é o grupo etário mais atingido pela crise, com um elevado desemprego, situações de trabalho precário com limitações colocadas pela entidade patronal às ausências". "Importa ainda referir que é este o grupo etário mais afetado pela emigração"*

No CSTP o objetivo foi atingido.

**Ações:** Foram intensificadas as atividades de promoção e colheita, dentro das limitações impostas pela carência em Recursos Humanos no IPST. Reformulada a meta no CSTC e CSTL em julho de 2015, foi feito ajuste ao planeamento de sessões de colheita.

**Resultado das Ações:** Face à meta anual estabelecida de 39.000 unidades de sangue total colhidas, com o valor de tolerância de  $\pm 3.900$  e o valor cumulativo atingido de 40.047, os valores mantiveram-se dentro do intervalo de tolerância.

### 7.3.4. Aumentar o número de componentes obtidos por procedimentos de aférese (multicomponente)

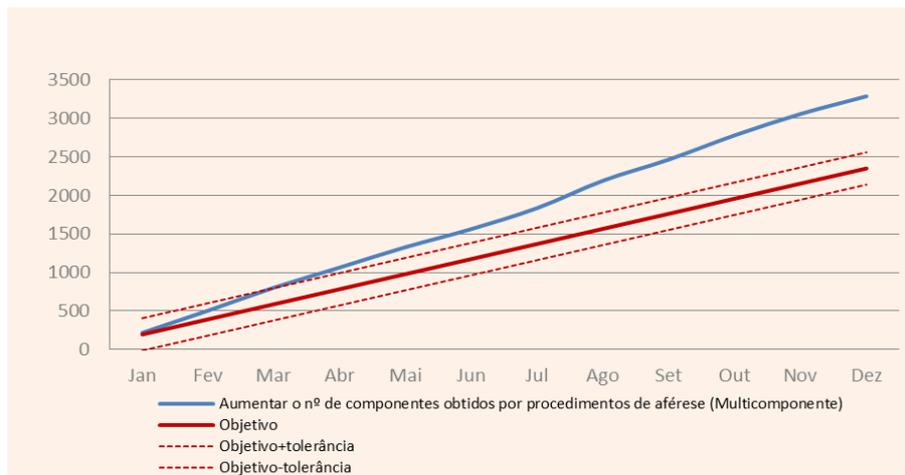
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	2350	210	2775	135%	3287

% Taxa de Execução



Superou

Gráfico de Monitorização



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador superaram a meta proposta de janeiro a dezembro, com uma taxa de realização de 135% e com valores mensais acima da linha da meta + tolerância, com 3287 componentes obtidos.

No CSTC, os resultados da monitorização do indicador superaram a meta proposta com valores mensais acima da linha de tolerância superior.

No CSTL, o objetivo foi superado.

No CSTP o objetivo superado de acordo com o planeado.

**Ações:** Foram delineadas ações registadas no relatório “medição e análise dos indicadores de gestão de janeiro a dezembro de 2015” desde formação, à sensibilização dos profissionais a exercerem funções na aférese para a rentabilização dos procedimentos de aférese para multicompetentes. Foi dado início a colheita de plasma por aférese.

Manter as medidas que têm sido desenvolvidas.

**Resultado das Ações:** Registou-se superação do objetivo com um valor cumulativo de 3287 componentes obtidos por procedimentos de aférese face à meta anual estabelecida de 2.350 componentes, com o fator de tolerância de  $\pm 210$ .

### 7.3.5. Manter o Número de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (Q)

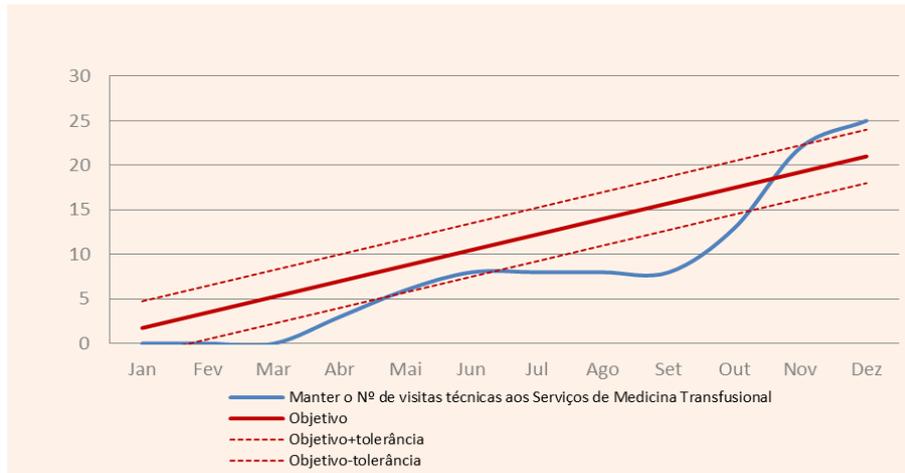
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Realização	Qualidade	-	21	3	25	125%	25

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** As visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional ocorrem de acordo com o planeamento nos segundo e quarto trimestres do ano. O número de visitas ultrapassou a meta proposta, sendo a mesma superada com 25 visitas no total do IPST.

O CSTC efetuou nove visitas técnicas, com elaboração dos respetivos relatórios, tendo superado a meta proposta.

No CSTL o objetivo superado de acordo com o planeado.

No CSTP o objetivo foi atingido e as visitas foram realizadas de acordo com o planeamento.

**Ações:** Será expectável, com a publicação do DL 185/2015, que os Conselhos de Administração da Unidades Hospitalares onde foram detetadas situações de não conformidades, se vinculem à obrigatoriedade de implementação de ações corretivas.

**Resultado das Ações:** Os resultados da monitorização do indicador mostram que o mesmo foi superado, com uma taxa de realização de 125%, valor similar ao realizado ao ano de 2014.

### 7.3.6. Aumentar o transporte de sangue e componentes sanguíneos a temperatura controlada nos/entre centros de sangue e transplantação (CST'S)

---

<i>Análise:</i>	<b>O indicador “Aumentar o transporte de sangue e componentes sanguíneos a temperatura controlada nos/entre centros de sangue e transplantação” apresenta resultados que não sustentam o alcance do seu objetivo, por constrangimentos de várias ordens, exógenos ao IPST, IP.</b>
<i>Ações:</i>	Para as atividades deste objetivo não sustentado ao longo de 2015 foi identificada a causa da limitação; contudo, não foi possível controlar a causa pelo IPST pelo que o objetivo foi revisto, concluindo-se pela sua descontinuidade.
<i>Resultado das Ações:</i>	Objetivo descontinuado em julho de 2015 na revisão de objetivos.

---

### 7.3.7. Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis

---

<i>Análise:</i>	<b>O indicador “Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis” apresenta resultados que não sustentam o alcance do seu objetivo, por constrangimentos de várias ordens, exógenos ao IPST, IP.</b>
<i>Ações:</i>	Para as atividades deste objetivo não sustentado ao longo de 2015 foi identificada a causa da limitação; Contudo não foi possível controlar a causa pelo IPST, IP, pelo que o objetivo foi revisto, concluindo-se pela sua descontinuidade.
<i>Resultado das Ações:</i>	Objetivo descontinuado em julho de 2015 na revisão de objetivos.

---

### 7.3.8. Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (Q)

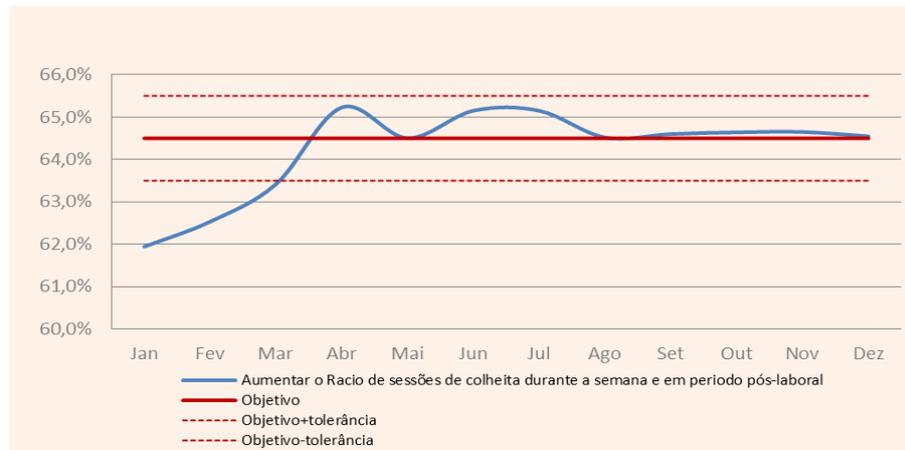
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	65%	1%	66%	100%	64,5%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu



**Análise:** A avaliação dos resultados indica que foi atingida a meta proposta, com uma taxa de realização de 100% e manteve-se o esforço de tendência no aumento das sessões de colheita durante a semana, em detrimento do período de fim-de-semana.

A carência em recursos humanos teve como consequência a não-aceitação de solicitação para colheitas e o adiamento de outras, com especial impacto neste período da semana. Procurou-se minimizar o impacto em relação às sessões de Grupos e Associações de Dadores que constavam do planeamento anual.

**Ações:** Foram desenvolvidos esforços com o objetivo de agrupar sessões de colheita aos sábados e domingos.

**Resultado das Ações:** Em relação às sessões de colheita de semana, houve um aumento de 2,1% no período de janeiro a dezembro de 2015. Existe uma distribuição mais homogénea das sessões de colheita entre a semana e o fim-de-semana, com benefícios a nível da produção e na rentabilização de recursos humanos.

Face à meta anual estabelecida de 65% (tolerância  $\pm 1\%$ ), e o valor cumulativo de 64,4% em 2015, (62,4% em 2014) os valores mantiveram-se dentro do intervalo de tolerância.

### 7.3.9. Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada

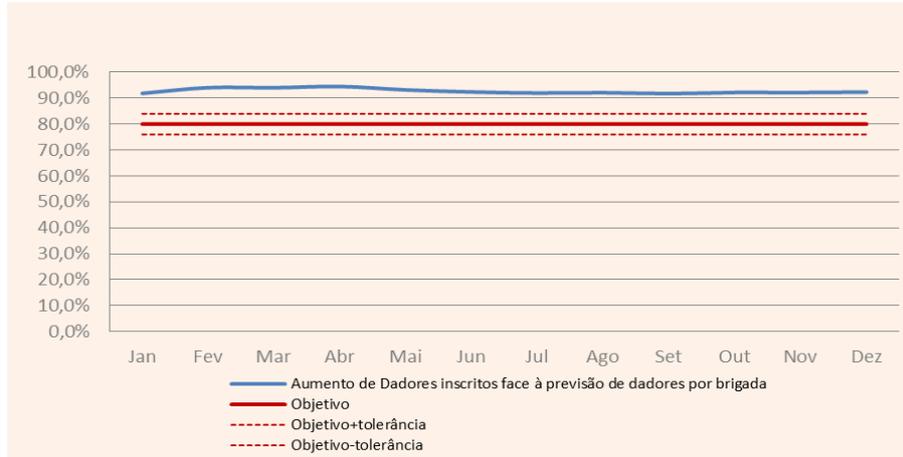
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	80%	4%	85%	90%	92,3%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** O resultado médio da monitorização é mais elevado do que o valor crítico. O resultado menos positivo foi durante os meses de maio e junho (88%), ainda assim mantendo-se superior à meta. O resultado demonstra que o planeamento das atividades de previsão tem uma taxa elevada de sucesso, com uma taxa baixa de variação da previsão, mantendo uma média anual de 92,3% do programado. Considerando a incerteza da previsão, o resultado atual sugere uma tendência positiva o que permitiu superar o objetivo. No CSTC, os resultados da monitorização do indicador revelam uma taxa de realização de 135% com valores mensais a superar o objetivo. No CSTL, o objetivo foi superado. As medidas tomadas evidenciaram ser eficazes. No CSTP o objetivo superado face ao planeado.

**Ações:** Manter supervisão face às previsões, sobretudo nas sessões de colheita com maior incidência de previsão CEDACE, e continuar a ajustar as previsões das sessões de colheita mensalmente, face aos períodos homólogos para rentabilização das mesmas.

**Resultado das Ações:** Taxa de comparência (Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada) no ano de 2015, a diferença entre previstos e inscritos, foi de 7,7%;

Ano	Previstos	Inscritos
2015	268.902	247.850

Dado o valor crítico estabelecido de 85%, o objetivo foi superado, dado o valor cumulativo de 92,3% no ano de 2015.

### 7.3.10. Diminuir a percentagem de suspensão na triagem clinica

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	21,5%	0,5%	20%	100%	21,4%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



**Atingiu**



**Análise:** Os resultados apresentados demonstram o comportamento da percentagem de suspensão na triagem dos candidatos a dadores de sangue, sendo que a taxa média de suspensão nacional foi de 21,4%. O objetivo foi atingido no segundo semestre do ano, com uma taxa de realização de 100% de acordo com a meta revista no mês de julho de 2015.

No CSTC, os resultados da monitorização evidenciam uma taxa de realização de 100%, com aproximação gradual à linha de tolerância inferior do objetivo desde agosto de 2015.

CSTL: Objetivo não atingido, tendo sido identificada e divulgada a grande variabilidade nas taxas de suspensão entre os diversos profissionais.

CSTP: Objetivo foi atingido.

**Ações:** A análise dos principais motivos de suspensão temporária e definitiva, no período de janeiro a dezembro, permitiu monitorizar os principais códigos de suspensão temporária:

Hemoglobina incompatível para a dádiva; Síndrome gripal; Medicação em curso; Endoscopia <4 meses;

Foi efetuada formação/sensibilização junto dos Operadores de Triagem para a classificação no item adequado ou, na sua ausência, proposta de criação de código apropriado de modo a permitir uma análise mais assertiva dos motivos de suspensão e equação de ações a ponderar. De forma a avaliar a eficácia das ações tomadas neste ponto, está a ser realizada uma avaliação aleatória para identificar desvios.

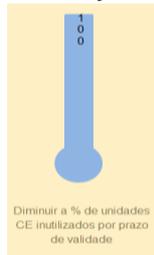
Emitida a deliberação nº 005/CD/2015- Criação da comissão nacional para gestão da suspensão de dadores por Hb abaixo dos valores limites definidos.

**Resultado das Ações:** Objetivo atingido a nível nacional. A taxa cumulativa de suspensão nacional no ano de 2015 ficou situada nos 21,4%, dentro dos valores de tolerância, dada a meta de 21,5% ± 0,5%.

### 7.3.11. Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade

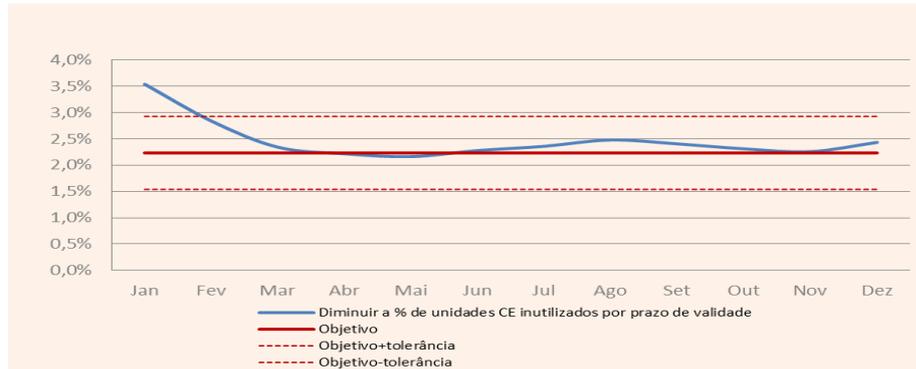
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	2,23%	0,7%	1,53%	100%	2,4%

% Taxa de Execução



**Atingiu**

Gráfico de Monitorização



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador indicam que foi atingida a meta proposta no computo nacional, com uma taxa de realização de 100% de janeiro a dezembro de 2015 e uma taxa média de inutilização de concentrados de eritrócitos por prazo de validade de 2,4% no ano de 2015. Apesar da taxa de realização de 100%, foram verificadas as inutilizações por grupos sanguíneos: do total de concentrados eritrocitários inutilizados por prazo de validade, correspondendo a grupos AB Rh (D) positivos (54,6%), B Rh (D) positivos (41,1%), e AB Rh (D) negativo (3,5%). Inexistência da possibilidade de adiar alguns dadores que têm um destes grupos.

No CSTC, os resultados da monitorização do indicador atingiram a meta proposta com uma taxa de realização de 100%.

No CSTL, o objetivo foi superado. Fazer face à previsível diminuição de colheitas após o Natal e no mês de janeiro, e facilitar o escoamento do inventário dos outros centros que nos fornecem concentrados de eritrócitos com prazo de validade mais curto, faz com que a taxa nos meses de janeiro seja sempre mais elevada do que o restante do ano.

No CSTP, o objetivo não foi atingido. As inutilizações refletem a atividade do IPST que transfere unidades entre centros, de acordo com os grupos necessários, ficando os que não são solicitados pelos hospitais em inventário para inutilização.

**Ações:** Proposto no relatório de agosto de 2015 "Avaliação Nacional de stocks /inutilizações e ações em relação à convocação de dadores dos grupos AB e B " Rh (D) positivos.

Está a ser efetuada a revisão dos protocolos com as instituições com definição do prazo para devolução de componentes sanguíneos, tendo ainda sido criado um impresso para avaliação dos requisitos da qualidade, antes da sua integração no stock.

Mantida uma gestão adequada do inventário de concentrados eritrocitários, adaptando as entradas às saídas.

**Resultado das Ações** A taxa cumulativa de inutilização de CE por prazo de validade no ano de 2015, foi de 2,4% situando-se dentro dos valores de tolerância, dada a meta de 2,23% ± 0,7%.

### 7.3.12. Diminuir a % de inutilização de Pool de Plaquetas por prazo de validade

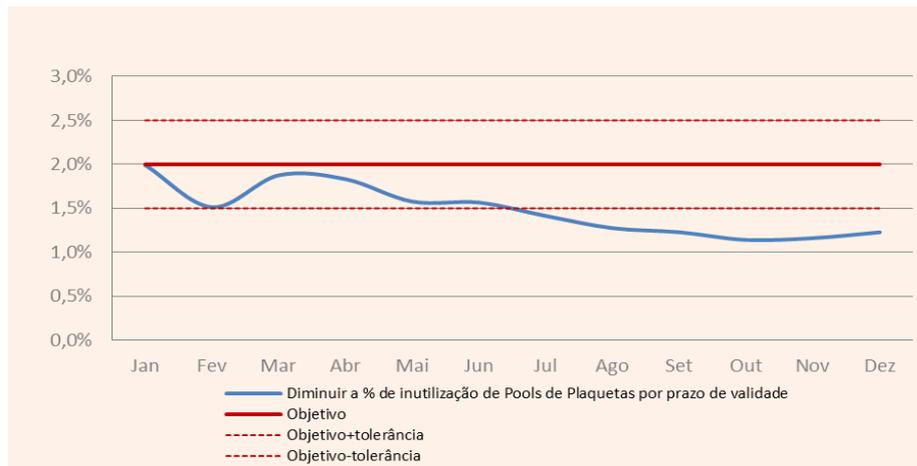
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	2%	0,5%	1%	119%	1,2%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



**Superou**



**Análise:** A monitorização do indicador demonstra que o objetivo foi superado. A gestão dos *pool* de plaquetas coloca aos gestores de processo um desafio importante no sentido de ajustar a produção às necessidades por parte dos hospitais. No ano 2015, o IPST teve uma taxa média de inutilização de 1,2% de *pool* de plaquetas por fim do prazo de validade.

No CSTC, os resultados da monitorização do indicador revelam uma taxa de realização de 135%, com valores mensais, durante o ano de 2015, abaixo da linha de tolerância inferior do objetivo.

No CSTL, o objetivo foi superado. No entanto, no mês de dezembro, a taxa de caducidade de plaquetas foi superior à média do CSTL dado ter-se procurado ter um inventário maior para dar resposta a possíveis pedidos dos hospitais nacionais.

No CSTP, o objetivo não foi atingido. A gestão das *pools* no CSTP apresenta dificuldades acrescidas.

**Ações:** Foi feito reforço da sensibilização para a distribuição atempada das *pool* de plaquetas, entrando em diálogo com as instituições.

Foi analisado o histórico deste indicador. Se nos locais onde é feita a preparação de *pools* é possível gerir “*on demand*”, no caso do CSTP tal não é possível, sendo feita a antecipação dos pedidos que decorre atendendo a uma variabilidade de múltiplos fatores. Assim, após a solicitação de um inventário de segurança no CSTP, em conjunto com o histórico deste indicador, foi efetuada a reformulação da meta do objetivo para o CSTP em julho.

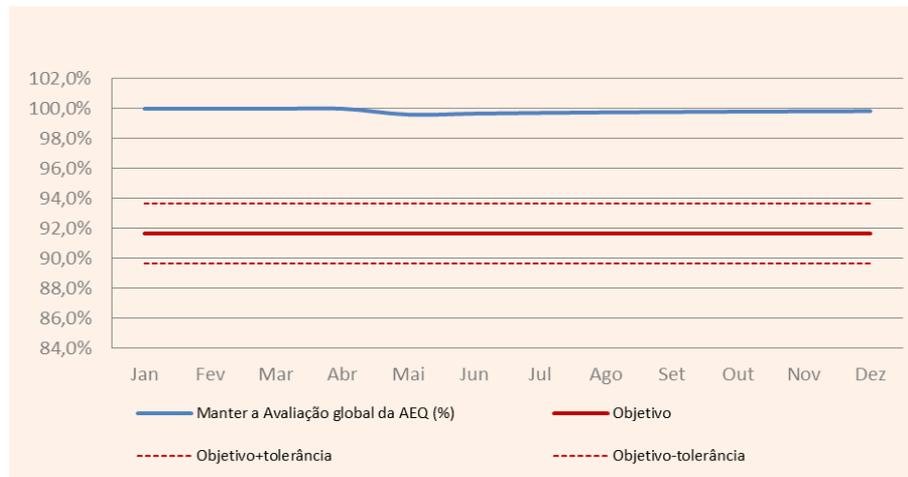
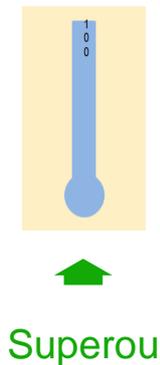
**Resultado das Ações:** Registou-se a superação do objetivo, com uma taxa cumulativa no ano de 2015 de 1,2 %, face ao valor crítico de 1,5%.

### 7.3. 13. Manter a Avaliação global da AEQ (%) (para os Laboratórios de LIH de rotina, LIH de referência e LAT)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	92%	2%	95,7%	135%	99,8%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador, manter a avaliação global da percentagem na avaliação externa da qualidade em que o IPST participa para os vários laboratórios da área do sangue (Laboratório de Imunohematologia de rotina; Laboratório de Imunohematologia de referência, Laboratório de agentes transmissíveis) dos 3 CST, mostram uma taxa de realização de 135%, com valores mensais médios de 99,8%, acima da linha de tolerância superior do objetivo.  
 No CSTC, a monitorização evidencia a superação do objetivo.  
 No CSTL, a monitorização evidencia a superação do objetivo.  
 No CSTP, a monitorização evidencia a superação do objetivo.

**Ações:** Manteve-se a participação, de acordo com os programas de avaliação externa da qualidade em que cada laboratório participa.

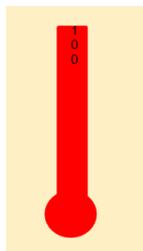
**Resultado das Ações:** Registou-se superação do objetivo, com valor cumulativo no ano de 2015 de 99,8%, face ao valor crítico de 95,7%.

### 7.3.14. Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	96%	2%	99%	100%	97,7%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu



**Análise:** A monitorização do objetivo demonstra que este foi atingido no período de janeiro a dezembro de 2015.

Para fazer face à previsível diminuição de colheitas após o Natal e no mês de janeiro, no final do ano há um reforço dos *stocks*. Esta necessidade implica que no mês de janeiro haja um aumento do escoamento do inventário de concentrados de eritrócitos com menor prazo de validade, sendo a taxa sempre mais elevada nos meses de janeiro de cada ano.

No CSTC, os resultados da monitorização do indicador indicam uma taxa de realização de 100%, objetivo atingido.

No CSTL, os resultados da monitorização do indicador indicam que o objetivo foi superado.

No CSTP, os resultados da monitorização do indicador indicam que o objetivo foi atingido.

**Ações:** Em 2015 procurou-se, nos limites do possível, manter a mesma estratégia de procurar ter um inventário tendo em conta as existências a nível nacional, para fazer face à previsível diminuição do n.º de colheitas e contribuir para a minimização da caducidade nos Centros de Porto e Coimbra.

**Resultado das Ações:** Harmonização mensal das sessões de colheita em 2015 com efeitos positivos na área produtiva e rentabilização de recursos humanos. A taxa cumulativa no ano de 2015 foi de 97,7%, situando-se dentro dos valores de tolerância dada a meta de 96% ± 2%.

### 7.3.15. Reserva média de unidades de CE existentes (Dias) - (Q)

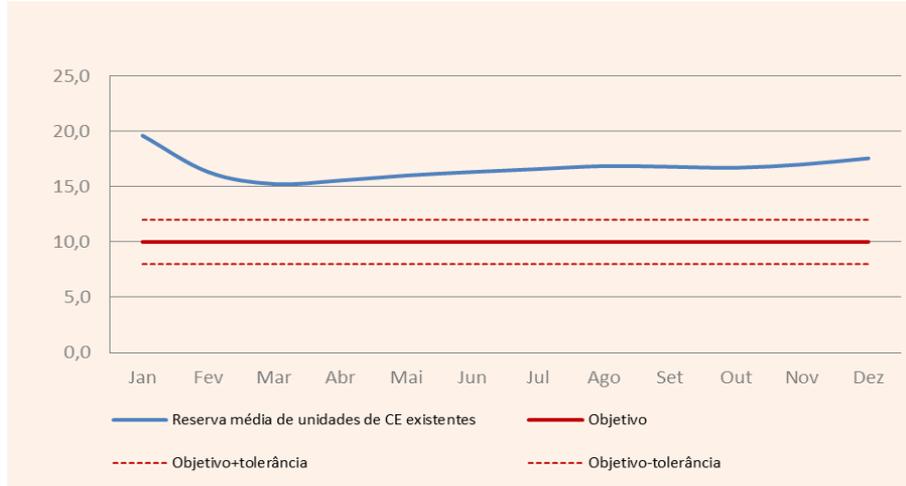
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	9	2	13	135%	17,6

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador no período de janeiro a dezembro de 2015 evidenciam uma reserva média de unidades de concentrados eritrócitos existentes para 17,6 dias de consumo, ou seja, com uma média sempre superior à meta estabelecida de 9 dias, com uma taxa de realização de 135%.

**Ações:** Procura de metodologia que permita aumentar a reserva média por grupo sanguíneo que dê resposta aos picos em baixa, quando estes surgem em linha tendencial.

**Resultado das Ações:** Registou-se superação, dado o valor total até final de 2015 ser de 17,6 dias.

### 7.3.16. Reduzir Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (Relatórios de Análises - Horas)

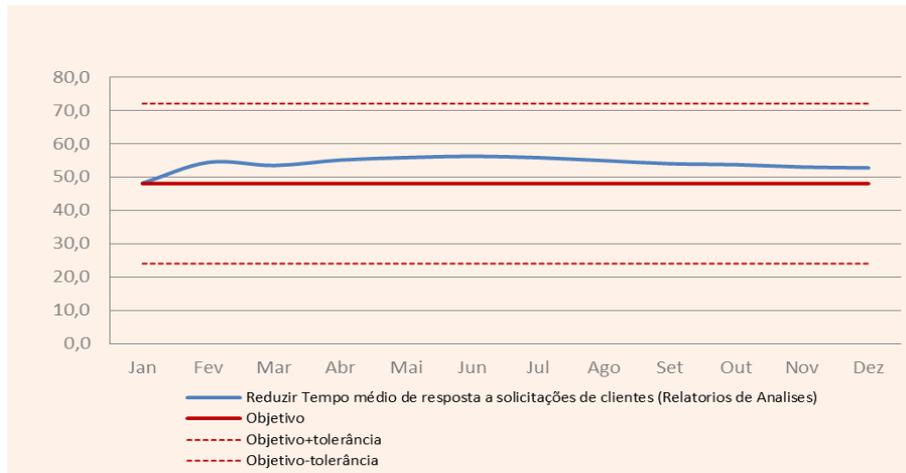
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	48	24	24	100%	52,7

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Attingiu



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador atingiram a meta proposta com uma média de 52,7 horas de tempo de resposta às solicitações de clientes dos laboratórios de rotina e de referência (Laboratório de Imunohematologia de rotina; Laboratório de Imunohematologia de referência, Laboratório de agentes transmissíveis e Laboratório de Leucoplaquetária) do IPST. No CSTC, os resultados da monitorização do indicador atingiram a meta proposta com uma taxa de realização de 100%. No CSTL, o objetivo foi superado. O Laboratório de Imunohematologia teve um tempo médio de resposta de 7,5 horas e o Laboratório de Agentes Transmissíveis de 8 horas. Ambos os Laboratórios têm uma meta de 24h. O Laboratório de Imunohematologia de Referência teve um tempo médio de resposta de 105h (Meta: 240h).

**Ações:** Manter metodologias e métricas

**Resultado das Ações:** A taxa cumulativa no ano de 2015, foi de 52,7 horas situando-se dentro dos valores de tolerância, dada a meta de 48± 24.

### 7.3.17. Aumentar Nº médio de unidades colhidas por sessão de colheita

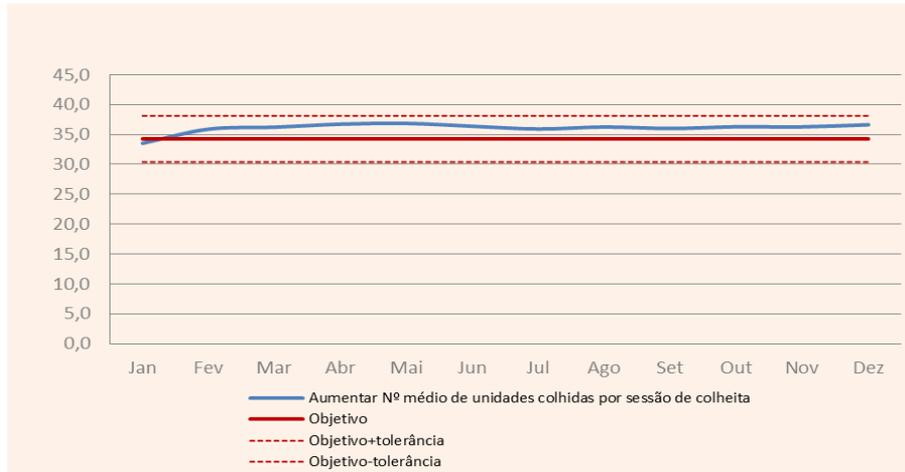
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	34,3	3,9	38,3	100%	36,6

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador mostram que o objetivo foi atingido no período de janeiro a dezembro de 2015 com uma média de 36,6 unidade de sangue total colhidas por sessão de colheita.

No CSTC, os resultados da monitorização do indicador mostram uma taxa de realização de 100%, com valores mensais quase que sobreponíveis à linha do objetivo.

No CSTL, o objetivo foi atingido de acordo com a meta inicial.

No CSTP, o objetivo superado de acordo com o planeamento inicial.

**Ações:** Análise das sessões de colheita com linha tendencial de débitos a diminuir, investimento em ações que rentabilizem a maximização de débitos e recursos. Esta análise foi feita, periodicamente, ao longo de cada mês, de modo a investir em ações preventivas com avaliação da sua eficácia.

Análise das sessões de colheita em que se verifica maior incidência de previsão de registo de potenciais Dadores de Medula Óssea (CEDACE) face ao forte componente emocional, e implementado o recurso a listagens de pré-inscrição no sentido de rentabilização de recursos.

Continuou-se a manter e a reforçar junto dos Grupos e Associações de Dadores, a sensibilização para a aglutinação de sessões móveis de colheita. Para a manutenção deste indicador foi feito um pedido à tutela de reforço das equipas existentes e abertura de concursos para reforço das equipas.

**Resultado das Ações:** A taxa cumulativa no ano de 2015, foi de 36,6 unidades colhidas por sessão de colheita, situando-se dentro dos valores de tolerância dada a meta de 34,3 ± 3,9%.

A diminuição da taxa de suspensão terá também um efeito positivo neste indicador.

### 7.3.18. Desempenho das equipas de colheita

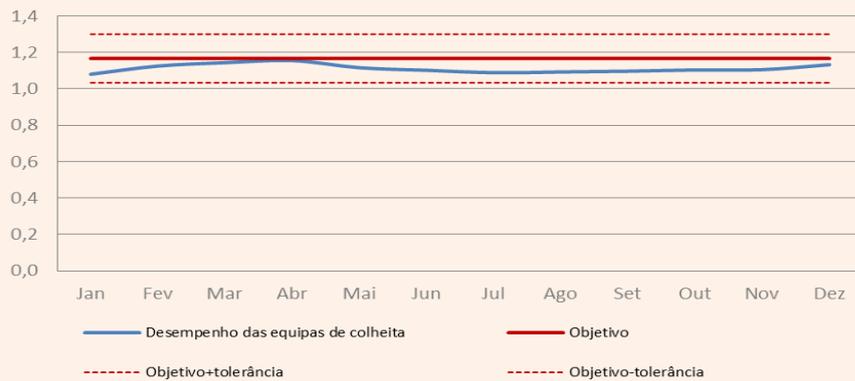
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	1,2	0,1	1,4	118%	1,1

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador, revelam uma taxa de realização de 118%, com valor de 1,1 unidade por colaborador por hora de trabalho, próximo da meta nacional do objetivo (dados do CSTC).

A obtenção dos dados a partir do ASIS é pouco específica dificultando a sua contabilização. Em sessões de colheita são colhidas amostras para candidatos a doadores de medula óssea; contudo estes não são registados em sistema informático não permitindo, de forma fácil, a sua contabilização para fins de cálculo de produtividade.

**Ações:** Manutenção da supervisão das previsões. Continuou-se a ajustar as mesmas face aos períodos homólogos com rentabilização das sessões de colheita.

Foram analisadas as seguintes sessões de colheita: com linha tendencial de dadas a diminuir e foi investido em ações que rentabilizem a maximização de dadas e recursos. Análise periódica ao longo de cada mês de modo a investir em ações preventivas com avaliação da sua eficácia.

Foi realizado um trabalho em conjunto com as tecnologias de informação no sentido de produzir dados automaticamente a partir do ASIS para avaliar a possibilidade de contabilizar as horas de trabalho por colaborador, grupo profissional, no conjunto por sessão de colheita, num determinado período de tempo.

**Resultado das**

**Ações:** Objetivo atingido, dado o valor cumulativo no ano de 2015 de 1,1 para o CSTC, face ao valor crítico de 1,2.

### 7.3.19. Diminuir a % de unidades CE inutilizados por processamento

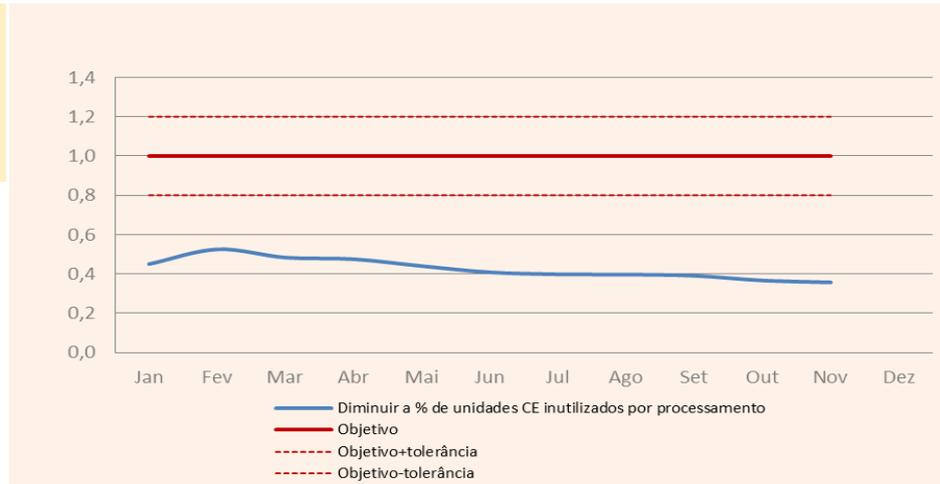
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	1	0,2	0,8	135%	0,4

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador revelam uma taxa de realização de 135% com valores mensais de inutilização de concentrados de eritrócitos na fase de processamento foi de 0,4%, abaixo da linha de tolerância inferior. Demonstram a superação do objetivo quer no CSTC quer no CSTL onde se efetua o processamento das unidades de sangue total.

**Ações:** Manter metodologias

**Resultado das Ações:** Registou-se superação, dado o valor cumulativo anual de 0,4%, face ao valor crítico de 0,8.

### 7.3.20. Diminuir a % de *Pool* inutilizados por processamento

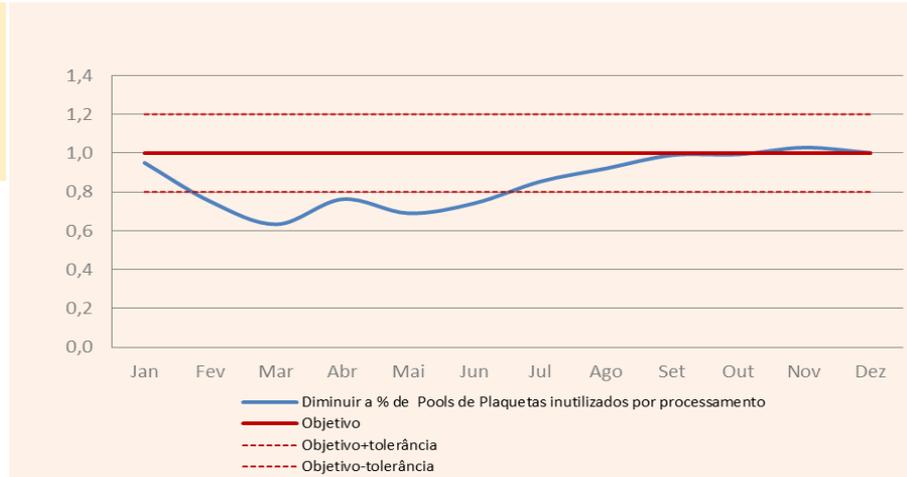
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	1	0,2	0,8	100%	1,0

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador revelam uma taxa de realização de 100% com valores mensais de inutilização de pool de plaquetas. Na fase de processamento foi de 1,0%, em linha com a meta no período de janeiro a dezembro de 2015. O objetivo foi atingido quer no CSTC e no CSTL onde se efetua o processamento das unidades de sangue total e se realizam *pools* de plaquetas.

No CSTL, a percentagem de inutilização é superior à de CSTC porque neste processo, as *pools* de plaquetas são alvo de dois procedimentos geradores de inutilização: a realização das *pool* de plaquetas comum ao CSTC e a inativação das *pools* de plaquetas realizado só no CSTL.

**Ações:** No CSTC foram constatados valores crescentes de inutilização de maio a setembro de 2015 tendo sido aberta a ocorrência nº 271/2015 a 21-09-2015. No decorrer desta «Não conformidade», desencadearam-se um conjunto de ações de melhoria referente ao equipamento TACSI, que foram implementadas levando a uma inversão da linha de tendência.

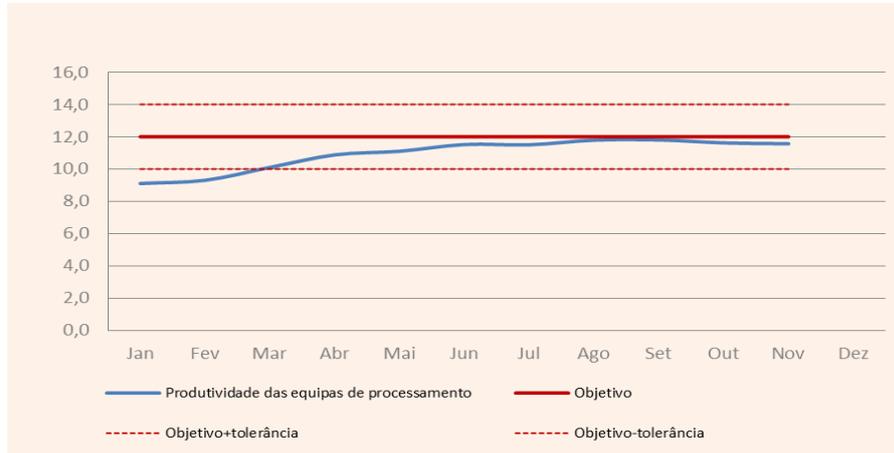
**Resultados das Ações:** A taxa cumulativa no ano de 2015 foi de 1,0% situando-se dentro dos valores de tolerância dada a meta de  $1 \pm 0,2$ .

### 7.3.21. Produtividade das equipas de processamento

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	12	2	15	100%	11,8



Atingiu



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador no CSTC mostram que o objetivo foi atingido com uma taxa de realização de 100%. A produtividade média no período de janeiro a dezembro de 2015 foi de 11,8 unidades processadas por colaborador e por hora de trabalho

**Ações:** Equacionado para o próximo ano uma nova metodologia a usar na aferição deste indicador nomeadamente fonte de dados, modo de cálculo (turno inteiro/nº de horas gastas pelo colaborador na obtenção de componentes, não contabilização por turno dos descansos obrigatórios por lei, sendo que cada turno não é inteiramente dedicado à obtenção de componentes havendo outras atividades inerentes ao laboratório de produção de componentes).

A avaliar, o modo correto de aferição real do indicador, nomeadamente face à definição de processamento (decreto-lei 185/2015 de 2 de Setembro).

Todavia a reavaliação da metodologia a usar poderá dar valores mais elevados para o indicador “Número de unidades obtidas/número horas despendidas por colaborador”.

No CSTL, de modo a otimizar a produtividade do processamento que inclui congelação de todos os plasmas, inativação de plaquetas e gestão das câmaras de frio a equipa conjunta LPC/ADC, e sempre que outros TACSP de outros sectores estão disponíveis colaboram neste sector, o que torna pouco exequível neste momento a colheita de dados de horas de trabalho (RH) com as ferramentas disponíveis para monitorização deste indicador.

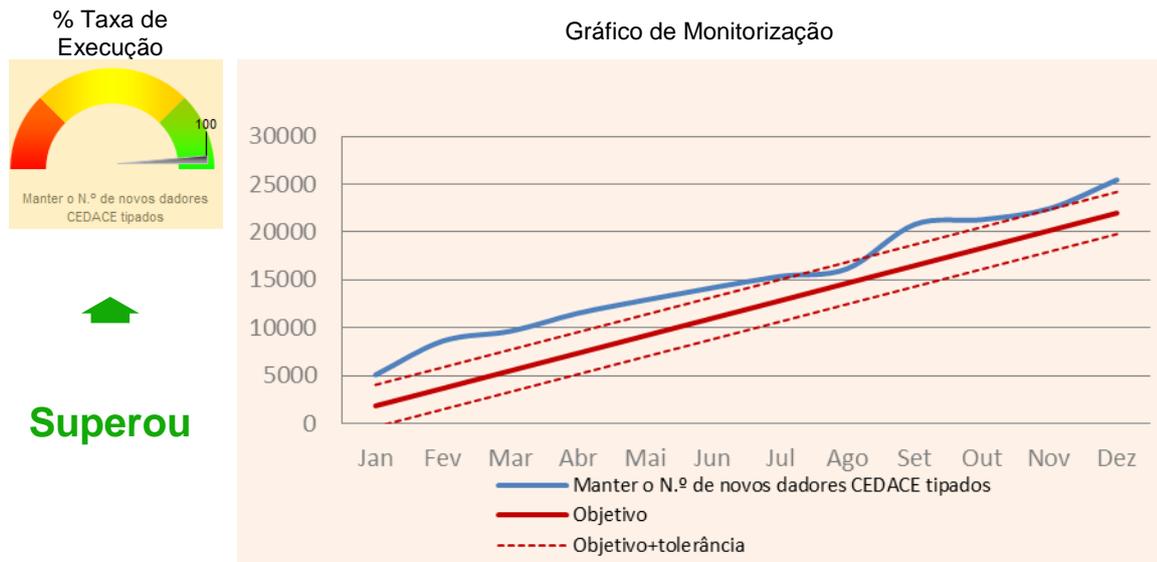
**Resultados** A taxa cumulativa no CSTC no ano de 2015, foi de 11,8 situando-se dentro dos valores de tolerância dada a meta de  $12 \pm 2$ , pelo que o objetivo foi atingido

	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia	Mapa670 c.pco	Aumentar o Nº de unidades de ST colhidas	<b>57248</b>	55500	5500	60500	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficácia	Mapa800 2b.pco	Aumentar o Nº. Unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	<b>7940</b>	6200	620	8084	<b>123%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficácia	Mapa800 2b.pco	Aumentar o Nº. Unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	<b>11800</b>	11000	1100	12000	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficácia	Mapa670 c.pco	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	<b>575</b>	500	50	600	<b>119%</b>	<b>Superou</b>
	Realização	Qualidade	Relatórios	Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	<b>9</b>	8	1	9	<b>125%</b>	<b>Superou</b>
Indicadores percentuais	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral	<b>70%</b>	70,5%	1%	71,5%	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa105 3.pco	Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada (exceto HSM, HSJ, HDE)	<b>89%</b>	80%	4%	85%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa105 3.pco	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clinica	<b>24%</b>	23%	0,5%	22,5%	<b>97%</b>	<b>Não atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa670 c.pco	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	<b>0%</b>	0,7%	0,08%	0,6%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa670 c.pco	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	<b>1%</b>	2%	0,5%	1%	<b>134%</b>	<b>Superou</b>
	Realização	Qualidade	Relatórios	Manter a Avaliação global da AEQ (%)	<b>100%</b>	90%	2%	95%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa670 c.pco	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	<b>101%</b>	96%	2%	99%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
Indicadores médias	Resultado	Eficiência	ASIS	Reserva média de unidades de CE existentes	<b>17,6</b>	10,0	2,0	13,0	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	ASIS	Reduzir Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (Relatórios de Análises)	<b>41,0</b>	48,0	24,0	24,0	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa105 3.pco	Aumentar Nº médio de unidades colhidas por sessão de colheita (exceto HSM, HSJ, HDE)	<b>26,8</b>	26,0	4,0	30,0	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa670 c.pco	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por processamento	<b>0,5</b>	1,0	0,2	0,8	<b>167,4%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa670 c.pco	Diminuir a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por processamento	<b>1,1</b>	1,0	0,2	0,7	<b>100,0%</b>	<b>Atingiu</b>

## 7.4. Medição e análise dos indicadores - *Dashboard* área da Transplantação

### 7.4.1. Manter o N.º de novos dadores CEDACE tipados (Q)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	Lusot	22000	2200	25750	123%	25468



**Análise:** A monitorização do indicador mostra que o objetivo foi superado no período de janeiro a dezembro com 25468 novos dadores tipados. A taxa de realização deste indicador está dentro do expectável com uma taxa de realização de 123%

No CSTC, o objetivo foi atingido com o envio de 7100 novos dadores tipados, acima da meta proposta.

No CSTL, a taxa de realização deste indicador está dentro do expectável com uma taxa de realização de 100%. A não realização de novas tipagens CEDACE, em abril e maio, foi uma opção do laboratório devido às alterações de recursos humanos, verificadas nos últimos meses. Atendendo a este facto, o laboratório de genética molecular necessitou de fazer uma reestruturação estando a dar formação a todos os profissionais de modo a ficarem com competências alargadas e aptos a executarem diferentes tecnologias.

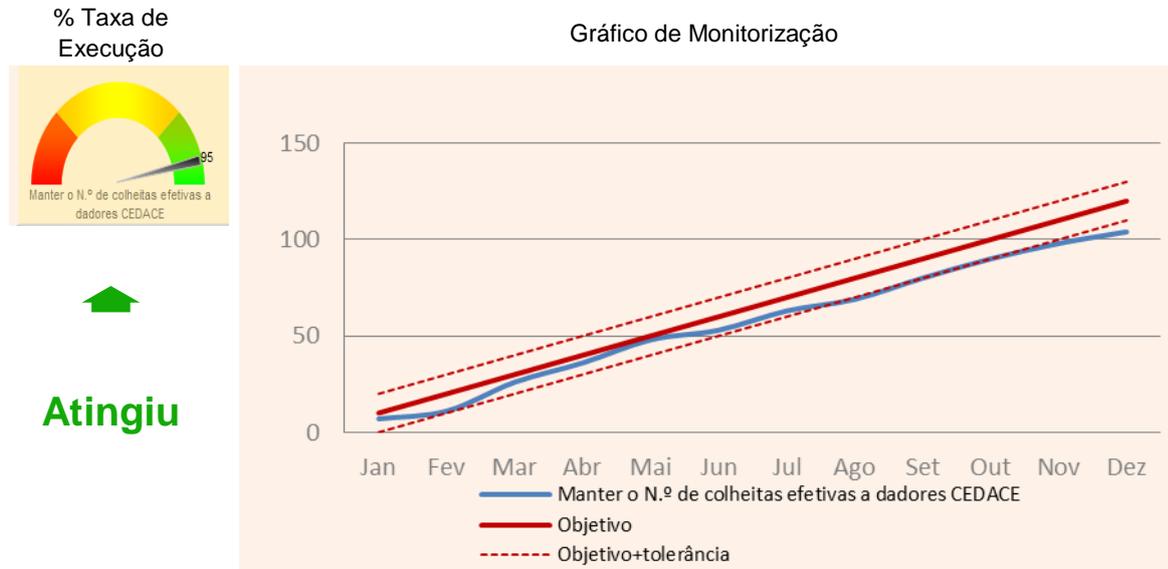
No CSTP verifica-se a nível laboratorial que as tipagens estão a decorrer de acordo com a meta estabelecida, no entanto, o valor apresentado reflete os enviados que incluem os já tipados, cujos inquéritos passaram a estar validados.

**Ações:** Afetação e formação de profissionais ao registo de dadores e à preparação dos envios ao CEDACE. Redistribuição de tarefas e envolvimento de outros profissionais.

**Resultado das Ações:** Com a afetação de profissionais foi possível efetuar a organização dos inquéritos a envia-los para registo no CEDACE.

### 7.4.2. Manter o nº de colheitas efetivas a dadores CEDACE

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	120	10	130	95%	104



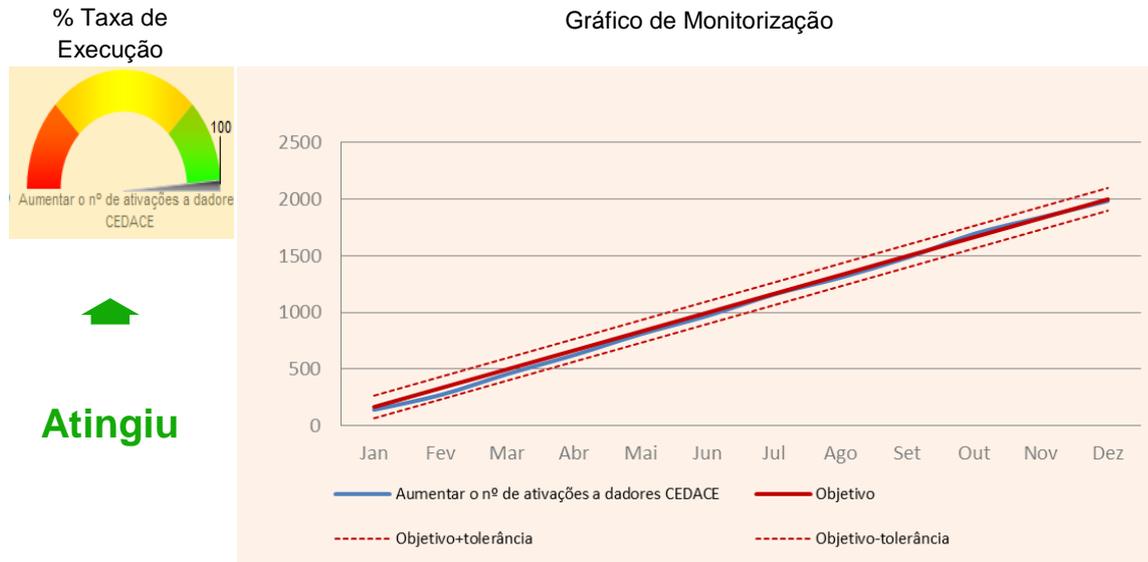
**Análise:** A monitorização do indicador mostra 104 dadores de medula óssea enviados às unidades de colheita para efetuarem o procedimento de recolha das respetivas células. Foi dado suporte a todas as situações (100%) que evoluíram para colheita de CPH. A taxa de realização deste indicador está dentro do expectável com uma taxa de realização de 95%. Este indicador prende-se com fatores externos à própria Instituição e corresponde ao nº de transplantes de CPH efetuados nas unidades de colheita.

**Ações:** Manter metodologias.

**Resultado das Ações:** A taxa de realização no ano de 2015 foi de 95% situando-se muito próximo dos valores de tolerância sobreponível com o valor inferior de tolerância.

### 7.4.3. Aumentar o nº de ativações a dadores CEDACE (Q)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	2000	100	2100	100%	1986



**Análise:** A monitorização do indicador mostra que o objetivo foi atingido. Este indicador avalia o n.º de potenciais dadores em que são efetuados testes complementares para verificar identidade HLA entre os doentes com indicação para receber CPH e dadores; estes pedidos são solicitados por registos internacionais ou unidades de transplantação de medula óssea nacionais estando, por isso, a sua realização dependente de fatores externos à Instituição; sendo um indicador de progressão aritmética pode não seguir uma progressão linear. Os recursos afetos ao CEDACE diminuíram drasticamente em 50% no mês de julho de 2015 (4 elementos passaram a 2)

**Ações:** Estão a decorrer concursos para entrada de 3 novos profissionais. Foi efetuado ajuste de métricas em julho 2015.

**Resultado das Ações:** A taxa cumulativa no ano de 2015 foi de 1986 ativações de potenciais dadores de células de medula óssea situando-se dentro dos valores de tolerância sobreponível com a meta de 2000 ativações.

#### 7.4.4. Aumentar a % de doentes avaliados na fase pós-transplante

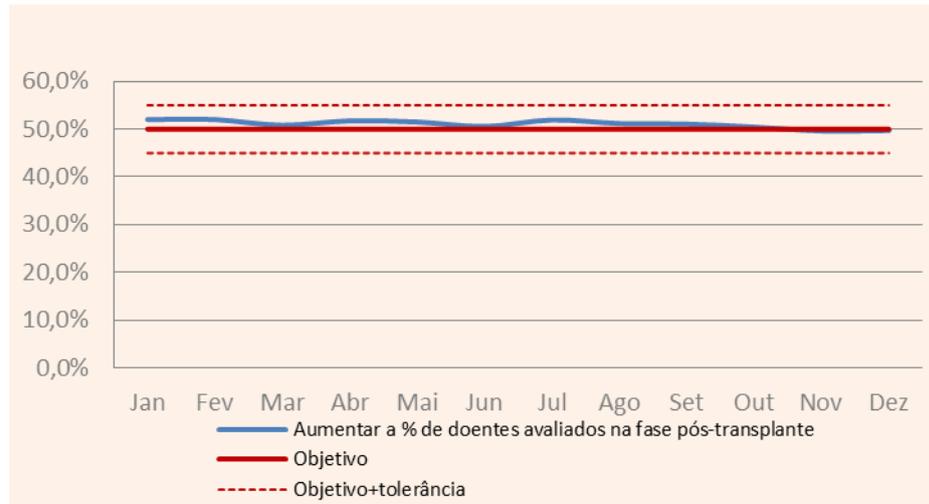
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	Lusot	50%	5%	65%	100%	50%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



**Atingiu**



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador revelam uma taxa de realização de 100% com valores mensais médios de avaliação de doentes na fase pós-transplante (órgão) de 50% em linha com a meta no período de janeiro a dezembro de 2015. O objetivo foi atingido quer no CSTC e no CSTL. Este indicador avalia a percentagem de doentes na fase pós-transplante aos quais foram efetuados testes complementares. Estes pedidos são solicitados pelas unidades de transplantação nacionais estando por isso a sua realização dependente de fatores externos ao IPST.

**Ações:** Manter e desenvolver a comunicação com as unidades de transplantação de órgãos e tecidos para consolidar o indicador.

**Resultado das Ações:** A taxa cumulativa no ano de 2015 de doentes transplantados avaliados na fase pós-transplante situa-se dentro dos valores de tolerância sobreponível com a meta de 50% de avaliações.

#### 7.4.5. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados -1 mês

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	85%	5%	95%	0%	-

**Análise:** O indicador “Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 mês” apresenta resultados que não sustentam o alcance do seu objetivo, por constrangimentos de vária ordem, exógenos ao IPST, IP.

**Ações:** Para as atividades deste objetivo não sustentado ao longo de 2015, foi identificada a causa da limitação sendo que não foi possível controlar a causa pelo IPST. O objetivo foi revisto concluindo-se pela sua descontinuidade.

**Resultado das Ações:** Objetivo descontinuado em julho de 2015 na revisão de objetivos.

#### 7.4.6. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	6,5	1,1	8,2	0%	-

**Análise:** O indicador “Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano” apresenta resultados que não sustentam o alcance do seu objetivo, por constrangimentos de vária ordem, exógenas ao IPST, IP.

**Ações:** Para as atividades deste objetivo não sustentado ao longo de 2015, foi identificada a causa da limitação sendo que não foi possível controlar a causa pelo IPST. O objetivo foi revisto concluindo-se pela sua descontinuidade.

**Resultado das Ações:** Objetivo descontinuado em julho de 2015 na revisão de objetivos.

### 7.4.7. Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até resultado final laboratorial (Dias)

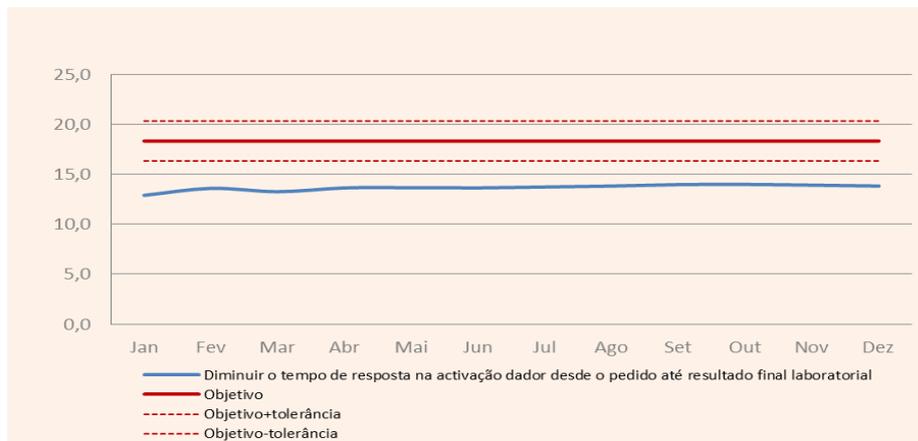
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	Lusot	18,3	2,0	16,3	135%	13,8

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador mostram a superação da meta proposta com 13,8 dias de tempo de resposta na ativação do dador desde a entrada do pedido de elegibilidade do candidato a dador no CEDACE, por parte das unidades de colheita nacionais ou internacionais, até a emissão do relatório de análises emitido pelo IPST, IP.

Embora o objetivo tenha sido superado no período de janeiro a dezembro de 2015, esta superação poderá não ser uma constante pois tem um fator totalmente imprevisível que diz respeito à disponibilidade em tempo do dador para a colheita de amostra de sangue para a efetuar os testes complementares.

O objetivo foi superado nos 3 CST.

**Ações:** Manter-se o desempenho e metodologias.

**Resultado das Ações:** A média cumulativa no ano de 2015 do tempo de resposta na ativação do potencial dador de medula óssea foi de 13,8, situa-se abaixo dos valores de tolerância. O resultado conseguido foi superado e conseguiu reduzir-se o período de tempo necessário para disponibilidade de relatório de resultados.

### 7.4.8. Aumentar o número de tecidos recebidos/processados pelo BT do IPST (nº)

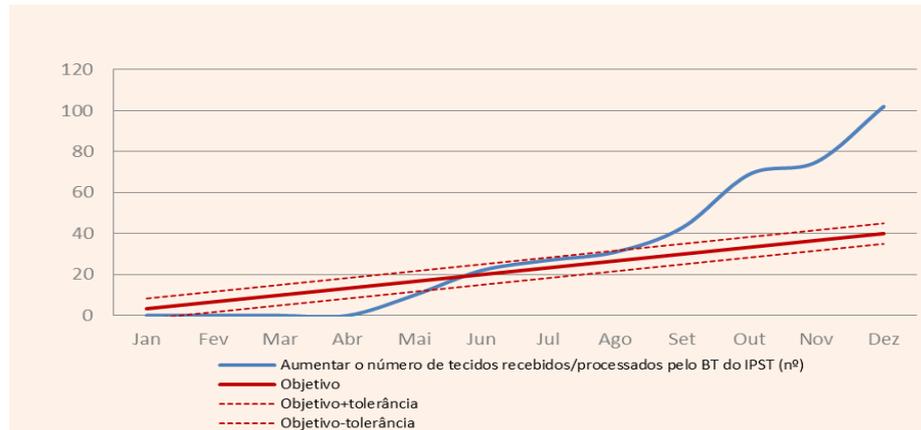
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	40	5	45	135%	102

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



**Superou**



**Análise:** A monitorização do indicador apresenta resultados que demonstram a superação da meta proposta com 135% de taxa de realização. Embora o objetivo tenha sido superado no período de janeiro a dezembro de 2015, esta superação poderá não ser uma constante pois tem fatores totalmente imprevisíveis no que diz respeito à disponibilidade de órgãos e tecidos para colheita. Este indicador está dependente de fatores externos ao IPST.

Os dados mensais fornecidos dizem respeito ao número de tecidos recebidos e aceites potencialmente para processamento, com base no cumprimento, por parte dos GCCT, dos critérios clínicos de seleção dos dadores de tecidos definidos pelo Banco de Tecidos do IPST:

Nº total de tecidos recebidos	118
Nº total de tecidos recusados para processamento devido a critérios clínicos de exclusão	3
Nº total de tecidos recebidos e aceites potencialmente para processamento	115
Nº total de tecidos recusados (na fase inicial do processamento) por prática de colheita incorreta	14
Nº total de tecidos recusados (durante o processamento) devido a critérios de exclusão morfológicos ou funcionais	9
Nº total de tecidos recebidos e efetivamente processados	32
Nº total de tecidos músculo-esqueléticos recebidos e aceites potencialmente para processamento mas armazenados a -80ª a aguardar processamento	60

**Ações:** Curso de formação de colheita de tecidos promovida junto dos gabinetes de colheita de Lisboa.

**Resultado das Ações:** O incremento verificado no número de tecidos colhidos para processamento surge como resultado do reforço de formação promovida junto dos gabinetes de colheita.

### 7.4.9. Aumentar taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (Q)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	50%	5%	70%	135%	100%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



**Análise:** Este indicador visa monitorizar as condições em que os tecidos são processados nas nossas instalações com base nos resultados do controlo microbiológico dos tecidos, que conduz à rejeição ou ao aproveitamento dos mesmos. No período compreendido entre janeiro e dezembro de 2015, os resultados estão acima do objetivo pelo que foi superado. Contudo, dado o número de tecidos músculo-esqueléticos que ainda aguardam processamento (60), seria expectável uma taxa de aproveitamento próxima da meta estabelecida.

**Ações:** Manter metodologias e metas

**Resultado das Ações:** A taxa de realização foi de 135% ao longo do ano de 2015 com valores acima da meta + tolerância, pelo que o resultado conseguido supera os valores esperados.

### 7.4.10. Aumentar a taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (Q)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	70%	5%	80%	100%	75%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** O resultado da monitorização deste indicador demonstra que o mesmo foi superado com uma taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana pós-processamento de 75%.

Este indicador visa monitorizar as condições em que os tecidos são processados nas nossas instalações com base nos resultados do controlo microbiológico dos tecidos (membrana amniótica humana), que conduz à rejeição ou ao aproveitamento dos mesmos. No período compreendido entre janeiro e dezembro de 2015, os resultados estão acima do objetivo planeado.

**Ações:** Manter métricas e metodologias

**Resultado das Ações:** A taxa de realização foi de 100% ao longo do ano de 2015 com valores

**Ações:** acima da meta + tolerância, pelo que o resultado conseguido supera os valores esperados.

### 7.4.11. Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (Q)

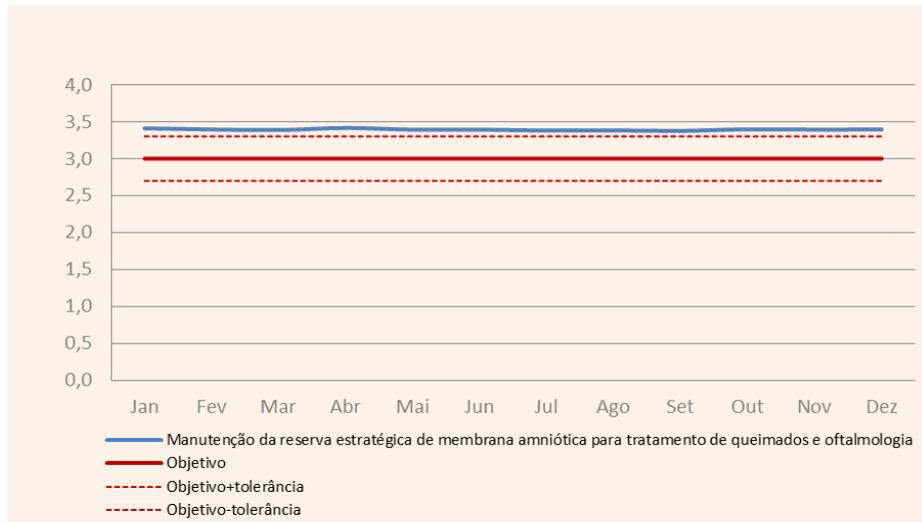
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	3,0	0,3	3,8	112%	3,4

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** Indicador encontra-se no intervalo superior de meta + tolerância mantendo superação ao longo do período de janeiro a dezembro de 2015. Anualmente são distribuída, a nível nacional, cerca de 2 m<sup>2</sup> de membrana amniótica, sobretudo para aplicação em oftalmologia. Não há necessidade de aumentar a reserva, tendo sido atingido uma estabilização no que respeita à reserva nacional e ao nº de unidades de membrana amniótica fornecidas às unidades de aplicação.

**Ações:** De acordo com o número de solicitações para fornecimento de membrana amniótica para cirurgia plástica e oftalmológica, as quais não justificam a manutenção de uma reserva estratégica elevada, foram ajustados os pedidos de colheita às unidades de colheita de membrana amniótica humana que fornecem o Banco de Tecidos do IPST, IP.

**Resultado das Ações:** A taxa de realização foi de 112% ao longo do ano de 2015 com valores acima da meta + tolerância, pelo que o resultado conseguido supera os valores esperados.

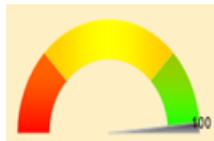
Alteração do indicador em 2016 para 2,5 m<sup>2</sup>, de acordo com o número de solicitações para fornecimento de membrana amniótica para cirurgia plástica e oftalmológica (adaptação necessidades nacionais).

### 7.4.12. Implementar técnica de deteção de anticorpos não HLA (meses) CST Lisboa

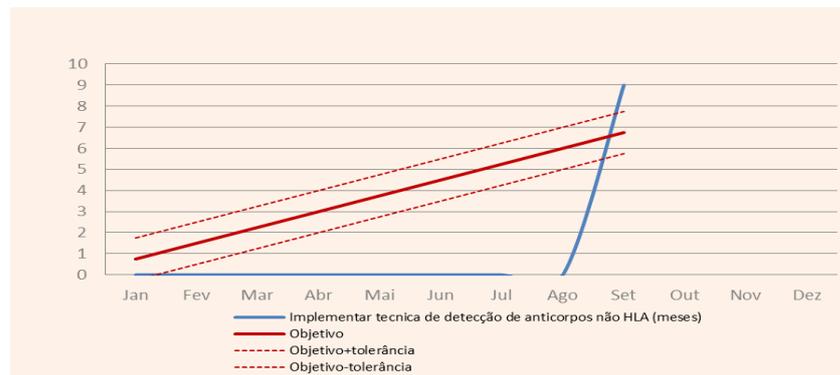
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	9	1	7	100%	9

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu



**Análise:** Implementação em setembro de 2015, com sucesso.

**Ações:** Manter metodologia de trabalho

**Resultado das Ações:** Objetivo atingido em setembro de 2015.

### 7.4.13. Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis - CST (meses)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	6,5	1,1	8,2	0%	0

**Análise:** O indicador “Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis” apresenta resultados que não sustentam o alcance do seu objetivo por constrangimentos de vária ordem, exógenas ao IPST, IP.

**Ações:** Para as atividades deste objetivo não sustentado ao longo de 2015, foi identificada a causa da limitação, não sendo possível controlar a causa pelo IPST, pelo que o objetivo foi revisto, concluindo-se pela sua descontinuidade.

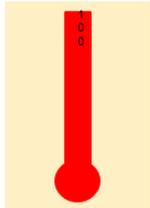
**Resultado das Ações:** Objetivo descontinuado em julho de 2015 na revisão de objetivos.

#### 7.4.14. Manter a avaliação global da AEQ

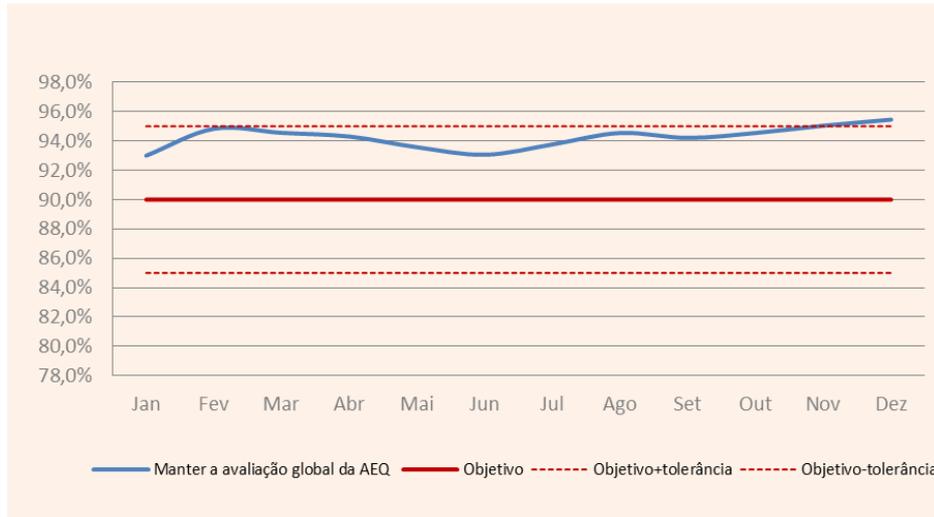
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	90%	5%	97%	135%	95%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador, manter a avaliação global da percentagem na avaliação externa da qualidade em que o IPST participa para os vários laboratórios da área da transplantação (Laboratório de Citometria de Fluxo; Laboratório de Genética Molecular, Laboratório de Microbiologia, Laboratório de Serologia HLA) dos 3 CST, mostram uma taxa de realização de 135%, com valores mensais médios de 95%, acima da linha de tolerância superior do objetivo.  
No CSTC, a monitorização evidencia a superação do objetivo.  
No CSTL, a monitorização evidencia a superação do objetivo.  
No CSTP, a monitorização evidencia a superação do objetivo.

**Ações:** Manteve-se a participação de acordo com os programas de avaliação externa da qualidade que cada laboratório participa.

**Resultado das Ações:** Registou-se superação do objetivo com valor cumulativo no ano de 2015 de 95%.

### 7.4.15. Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Processo de Transplantação)

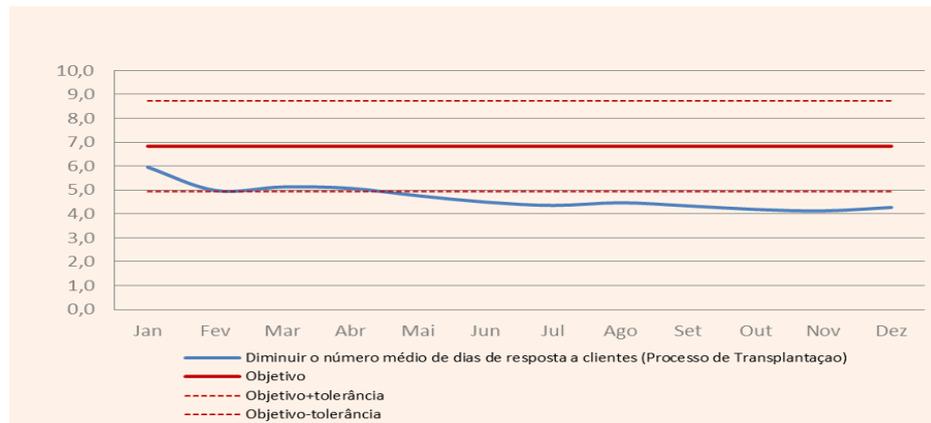
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	6,8	1,9	4,9	135%	4,0

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** Os resultados da monitorização do indicador superaram a meta proposta com 4 dias de tempo médio de resposta às solicitações de clientes dos laboratórios da área da transplantação (Laboratório de Citometria de Fluxo; Laboratório de Genética Molecular, Laboratório de Microbiologia, Laboratório de Serologia HLA) do IPST, IP.  
 No CSTC, o objetivo foi atingido.  
 No CSTL, a análise dos indicadores revela que os indicadores da área laboratorial do CSTL-T em matéria de tempo de resposta a clientes foi superada.  
 No CSTP o objetivo foi superado.

**Ações:** Manteve-se metodologia.

**Resultado das Ações:** Registou-se a superação do objetivo com taxa de realização no período de janeiro a dezembro de 2015 de 135%.

### 7.4.16. Aumentar o n.º de unidades recebidas no BPCCU (Q)

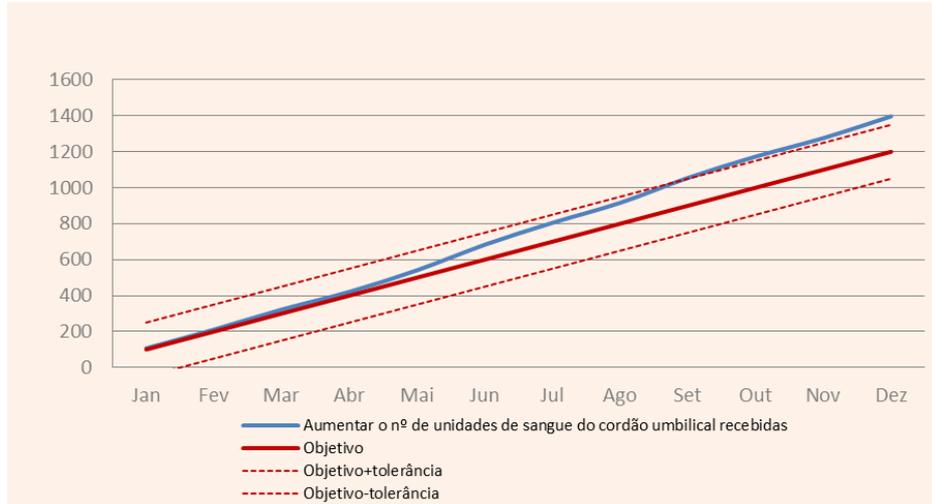
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	1200	150	1400	125%	1397

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** O objetivo foi superado. Os números da monitorização refletem o trabalho de gestão e sensibilização efetuado junto das unidades de colheita. Verificamos que, até à data, a média mensal está nas 120 unidades recebidas. Este indicador mantém-se dependente de fatores exógenos ao IPST, IP.

**Ações:** Mantida metodologia de comunicação com as unidades de colheita. Foi efetuado ajuste das métricas em julho de 2015.

**Resultado das Ações:** Registou-se superação do objetivo com taxa de realização no período de janeiro a dezembro de 2015 de 125%.

#### 7.4.17. Início da articulação com os peritos Fact-Netcord no âmbito da aceitação do BPCCU enquanto membro provisório desta organização (meses)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	ASIS	6	2	4	135%	1
<i>Análise:</i> O objetivo foi superado em janeiro de 2015.							
<i>Ações:</i> Dado início ao processo de acreditação do BPCCU junto da Fact-Netcoord em janeiro de 2015. Mantida articulação com a <i>Fact-Netcoord</i> .							
<i>Resultado das Ações:</i> Registou-se superação do objetivo com taxa de realização em 2015 de 135%.							

### 7.4.18. Aumentar n.º de unidades de sangue do cordão umbilical criopreservadas (Q)

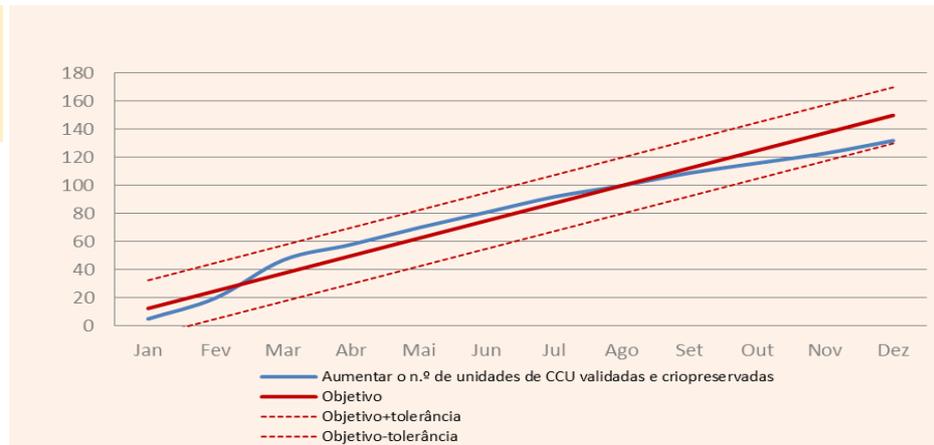
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	150	20	200	100%	132

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu



**Análise:** De acordo com os resultados da monitorização, o objetivo foi atingido. Este indicador visa monitorizar o número de unidades de células do cordão umbilical que foram criopreservadas de acordo com os requisitos do BPCCU. No período compreendido entre janeiro e dezembro de 2015 os resultados estão dentro do intervalo de tolerância. A taxa de aproveitamento e criopreservação está de acordo com o planeamento e o número de unidades recebidas. Os valores atingidos refletem os SCU com criopreservação validada.

**Ações:** Manter metodologias

**Resultado das Ações:** O objetivo foi atingido com taxa de realização de 100%.

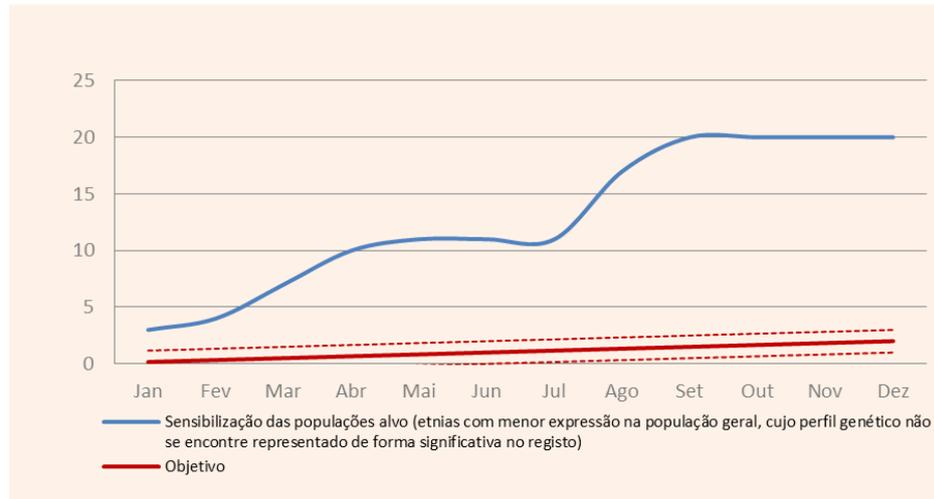
### 7.4.19. Aumentar n.º de ações de sensibilização realizadas pelo BPCCU

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	2	1	3	135%	20

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** A monitorização do objetivo evidencia a sua superação. Houve necessidade de sensibilizar e esclarecer a população alvo nas unidades de colheita.

**Ações:** Manter metodologia de comunicação com as unidades de colheita.

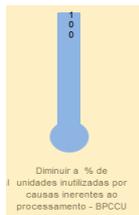
**Resultado das Ações:** Registou-se a superação do objetivo com taxa de realização em 2015 de 135%.

## 7.4.20. Diminuir a (%) de unidades inutilizadas no BPCCU por causas inerentes ao processamento (Q)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2015
Resultado	Eficácia	-	5%	1%	4%	135%	2,26%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



**Análise:** Indicador encontra-se no intervalo inferior à meta - tolerância mantendo superação ao longo do período de janeiro a dezembro de 2015. Este indicador visa avaliar as condições em que são processadas as SCU nas nossas instalações com base nos resultados do controlo microbiológico que conduz à rejeição ou ao aproveitamento dos mesmos. No período compreendido entre janeiro e dezembro de 2015, os resultados estão acima do objetivo planeado e apresenta uma taxa de inutilização de unidades de sangue do Cordão Umbilical com média de 2,26% por causas inerentes ao processamento.

**Ações:** Manter metodologias

**Resultado das Ações:** Registou-se superação do objetivo dado o valor cumulativo anual ser de 2,26%, com uma taxa de realização de 135%.

IPST		Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP		Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade 2015				 	
Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia	Manter o N.º de novos dadores CEDACE tipados	25468	22000	2200	25750	123%	Superou
	Resultado	Eficiência	Implementar tecnica de detecção de anticorpos não HLA (meses)	9	9	1	7	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	Aumentar o número de tecidos recebidos/processados pelo BT do IPST (nº)	102	40	5	45	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	Aumentar o nº de ativações a dadores CEDACE	1986	2000	100	2100	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	Aumentar o nº de unidades de sangue do cordão umbilical recebidas	1397	1200	150	1400	125%	Superou
	Resultado	Eficácia	Iniciar o processo para obtenção a Certificação da Fact-Netcord	1	6	2	4	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	Aumentar o n.º de unidades de CCU validadas e criopreservadas	132	150	20	200	100%	Atingiu
	Resultado	Qualidade	Sensibilização das populações alvo (etnias com menor expressão na população geral, cujo perfil genético não se encontre representado de forma significativa no registo)	20	2	1	3	135%	Superou
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência	Aumentar a % de doentes avaliados na fase pós-transplante	50%	50%	5%	65%	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	Aumentar Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas	100%	50%	5%	70%	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	Aumentar a taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada	75%	70%	5%	80%	100%	Atingiu
	Resultado	Qualidade	Manter a avaliação global da AEQ	95%	90%	5%	97%	119%	Superou
	Resultado	Eficiência	Diminuir a % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento - BPCCU	2,3%	5%	1%	4%	135%	Superou
Indicadores médias	Resultado	Eficiência	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Processo de Transplantação)	4,0	6,8	1,9	4,9	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia	3,4	3,0	0,3	3,8	112%	Superou
	Resultado	Eficiência	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde o pedido até resultado final laboratorial	13,8	18,3	2,0	16,3	135%	Superou

## 7.5. Unidades Orgânicas

### 7.5.1. Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira



Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP



**GOVERNO DE PORTUGAL**  
MINISTÉRIO DA SAÚDE





Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade 2015

	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação
Indicadores absolutos	Impacto	Eficácia		Implementar a passagem de todos os produtos do IPST, IP a stocáveis (meses)	<b>2</b>	6	1	4	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficácia		Implementar nos laboratórios o registo na aplicação glintt dos consumos de existências (meses)	<b>1</b>	11	1	9	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
Indicadores percentuais										
	Resultado	Eficiencia		Manter o prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	<b>20,3</b>	60,0	10,0	25,0	128,3%	<b>Superou</b>
Indicadores médias	Resultado	Eficiencia		Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos de compra simplificados	<b>6,0</b>	3,0	1,0	2,0	66,7%	<b>Não atingiu</b>

## 7.5.2. Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação (DGHF)

 		Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade 2015				 			
Tipo	Subtipo	Objetivo	Indicador	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação
Realização	Qualidade	Disponibilizar informações sobre temas de interesse coletivo na área dos Recursos Humanos e Formação	N.º de Informações disponibilizadas	3	4	1	7	100%	Atingiu
Realização	Qualidade	Optimização do ensino em modalidade de e-learning	Entrega de proposta (meses)	12	12	0	10	100%	Atingiu
Realização	Qualidade	Implementar um plano de aproximação às associações/ grupos	Proposta de plano de formação (meses)	0	11	1	9	0%	Não atingiu
Realização	Eficiencia	Proceder ao desenvolvimento dos processos necessários para o preenchimento dos postos de trabalho vagos e não ocupados do mapa de pessoal	% de postos de trabalho vagos e não ocupados para os quais existiu desenvolvimento de processos ( INA, Procedimento Administrativo ou Concursal )	74%	60%	10%	75%	123%	Superou
		Manter a divulgação e atualização permanente das atividades de representação internacional no site do IPST (%)	N.º de atividades divulgadas/N.º de atividades realizadas*100	100%	80%	5%	90%	135%	Superou
Impacto	Eficiencia	Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos (dias úteis)	Prazo médio de respostas aos pedidos (dias úteis)	3,7	11,0	1,0	9,0	135%	Superou

**Análise:** Não foi equacionada nenhuma proposta para a formação das associações/grupos. Esta situação estava enquadrada e interligada com o recrutamento de promotores da dádiva que não foi desenvolvido. Existiram algumas ações por parte do Gabinete de Comunicação e Promoção da Dádiva junto das associações.

**Ações:** Transferir objetivo não superado para 2017, em conjunto com o Gabinete de Comunicação e Promoção da Dádiva junto das associações.

### 7.5.3. Coordenação Nacional da Transplantação (CNT)



Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade 2015

	Tipo	Subtipo	Objetivo	Indicador	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação
Indicadores absolutos	Realização	Eficácia	Elaboração pela CNT de relatórios associados às atividades com órgãos	N.º Relatórios	12	4	1	6	135%	Superou
	Realização	Eficácia	Realizar auditorias ao processo de doação e colheita nos hospitais da Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação	N.º de auditorias realizadas	5	6	1	8	100%	Atingiu
	Realização	Eficácia	Elaboração pela CNT de relatórios associados às atividades com Tecidos e Células de origem humana	N.º Relatórios	2	3	1	4	100%	Atingiu
	Realização	Qualidade	Desenvolvimento Sistema Nacional de Biovigilância	N.ª de acção de formação para os notificadores do Sistema Português de Biovigilância	1	1	0	2	100%	Atingiu
	Realização	Eficácia	Campanha de sensibilização para a potencialidade da doação- profissionais de saúde (meses)	Apresentação de plano da campanha (meses)	1	6	1	4	135%	Superou
Indicadores percentuais	Realização	Eficiência	Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (OE 6)	% de aumento da referenciação de dadores	10%	5%	1%	10%	125%	Superou
	Realização	Eficiência	Implementação do projeto piloto do RPT	% de implementação do projeto piloto do RPT	20%	20%	5%	25%	100%	Atingiu

**Análise:**

Elaboração pela CNT de relatórios associados às atividades com Tecidos e Células de origem humana: os relatórios de atividade anual nunca podem ficar concluídos antes do final de cada ano, adicionalmente, foram reportados ao Conselho Diretivo os dados referentes à atividade de transplantação de progenitores hematopoiéticos de 2015.

**Ações:**

Desenvolvimento Sistema Nacional de Biovigilância (SNB): Foi proposto que a formação para os notificadores do SNB fosse incluída na candidatura da SINASE; adicionalmente, em Maio de 2015 foi publicado no site do IPST o Manual do SNB com o objetivo de instruir os notificadores de como proceder ao preenchimento do formulário do SNB, tendo ainda este manual sido disseminado por mail para todos os possíveis notificadores (coordenadores hospitalares de doação, gabinetes coordenadores de colheita e transplantação, unidades de transplantação/aplicação, bancos de tecidos).

### 7.5.4 . Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional

   												
Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade 2015												
	Tipo	Subtipo	Objetivo	Indicador	2013	2014	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação
Indicadores absolutos	Impacto	Eficácia	Disponibilizar o relatório anual do Sistema Português de Hemovigilância referente ao ano anterior	Divulgação do relatório anual referente ao ano de 2014 (meses)	6	6	7	8	1	7	125%	Superou
	Resultado	Eficácia	Divulgar os resultados do Sistema de notificação e informação relevante para a implementação de medidas preventivas e correctivas	Realização de acção de formação/simposio para os notificadores do Sistema Português de Hemovigilância (meses)	6	6	7	10	1	9	135%	Superou
	Realização	Qualidade	Manter o N° de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (IPST)	N° de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	25	27	26	21	3	24	135%	Superou
Indicadores percentuais	Resultado	Eficácia	Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos	% de cumprimento dos prazos de resposta	100%	100%	100%	85%	10%	95%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	Aumentar a Validação das Notificações de incidentes e reações adversas em serviços de sangue e serviços de medicina transfusional	% notificações validadas	100%	100%	100%	90%	2%	95%	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	Notificação de marcadores de doenças transmissíveis em dadores de sangue através do website (% de instituições notificadoras)	n.º de instituições que notificam / n.º de instituições registadas	88%	100%	100%	80%	3%	87%	135%	Superou

### 7.5.5. Gabinete de Comunicação Promoção Dádiva e Voluntariado

   										
Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade 2015										
	Tipo	Subtipo	Objetivo	Indicador	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia	Melhorar a comunicação e articulação entre os vários setores de promoção da dádiva do IPST, no âmbito da informação/atividade relacionada com o cartão nacional de dador de sangue, galardões, apoios financeiros concedidos pelo IPST e outra que venha a ser considerada relevante.	N.º de reuniões de trabalho a realizar entre os Serviços Centrais e os CST's	2	2	1	3	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	Implementar um plano de aproximação às associações/ grupos	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais	3	2	1	3	125%	Superou
	Resultado	Qualidade	Preparar, publicitar, organizar e acompanhar o processo de atribuição de apoios financeiros por parte do IPST às entidades privadas sem fins lucrativos	Cumprimento dos prazos Igalmente previstos (meses)	1	4	1	3	135%	Superou
Indicador I	Resultado	Eficiência	Manter o prazo médio de resposta aos pedidos de informação externos que chegam ao serviço por via eletrónica e por correio	Prazo de resposta (dias úteis)	1,1	3	1	2	135%	Superou

## 7.5.6. Gabinete de Gestão da Qualidade (GGQ)

						Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade 2015								
						2013	2014	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação	
Indicac	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	Indicador									
Indicac	Resultado	Qualidade		Atualizar abordagem ISO 9001:2008 para ISO 9001:2015	N.º capítulos implementados na abordagem por processos			0	3	1	5	0%	Não atingiu	
	Resultado	Qualidade		Manter a % da realização de auditorias internas a toda a abordagem por processos	N.º de auditorias internas realizadas/n.º de auditorias internas planeadas*100			100%	100%	0%	100%	125%	Superou	
Indicadores percentuais	Resultado	Qualidade		Aumentar % testes metrologicos efectuados	% de testes metrologicos efectuados (n.º total de ensaios e calibrações efectuados internamente/n.º total de ensaios e calibrações efectuados*100)			99%	50%	5%	60%	135%	Superou	
	Resultado	Qualidade		Assegurar a elaboração do relatório de gestão mensal	N.º de relatórios elaborados/n.º de relatórios previstos*100			83%	80%	10%	90%	100%	Atingiu	
	Resultado	Eficácia		Aumentar % de ações corretivas fechadas	n.º de ações corretivas fechadas/total ações corretivas*100		58%	65%	60%	10%	70%	100%	Atingiu	
Indicadores	Resultado	Qualidade		Aumentar % de ações preventivas fechadas	n.º de ações preventivas fechadas/total ações preventivas*100		50%	60%	60%	10%	70%	100%	Atingiu	
	Resultado	Qualidade		Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos (dias úteis)	N.º de dias de resposta aos pedidos extraordinários (extra plano) de análise metrológica internos			5,1	20	5	15	135%	Superou	

**Análise:** De acordo com o plano de atividades do GGQ era expectável ao longo do ano 2015 dar início à implementação da revisão da norma NP EN ISO 9001:2015. Como a norma só foi publicada durante o mês de setembro de 2015, deu-se início ao processo de formação dos gestores da qualidade, sem que tenha sido possível operacionalizar as metas estabelecidas inicialmente.

## 7.5.7. Gabinete de Tecnologias Informação e Comunicação (GTIC)

IPST		GOVERNO DE PORTUGAL		Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade 2015				apcer		Inet	
Tipo	Subtipo	Objetivo	Indicador	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação		
Indicadores absolutos	Realização	Eficácia	Consumar o alargamento e consolidação da rede do IPST nos edifícios da área de transplantação de Lisboa e Porto.	Início da utilização da rede do IPST (meses)	3	11	1	9	135%	Superou	
	Resultado	Eficácia	Instalar uma rede estruturada no CTSP do Porto - área da transplantação.	Início da utilização da rede estruturada no CSTP-T (meses)		5	1	4	#VALOR!		
	Realização	Eficácia	Completar a reestruturação dos domínios ipst.pt, darsangue.pt e dador.pt.	Início do controlo dos domínios pelo GTIC (meses)	10	10	1	9	100%	Atingiu	
	Realização	Eficácia	Finalizar a Instalação do ASIS gráfico nos CST.	Início da utilização do ASIS gráfico nos CST (meses)	10	10	1	9	100%	Atingiu	
	Realização	Eficácia	Remodelar para ambiente gráfico o sistema de informação de faturação IPST - área do sangue.	Início da utilização do do ambiente gráfico (meses)	10	10	1	9	100%	Atingiu	
	Realização	Eficácia	Renovar a solução de virtualização (Vmware) do IPST - QREN.	Início da utilização da virtualização (Vmware) (meses)	11	11	2	8	100%	Atingiu	
	Realização	Eficácia	Promover o desenvolvimento, instalação e arranque do site internet do IPST (www.ipst.pt).	Início da utilização do site da internet (meses)	3	4	1	3	125%	Superou	
	Realização	Eficácia	Promover o desenvolvimento, instalação e arranque do sistema de informação de risco geográfico.	Início da utilização do site da intranet (meses)	3	4	1	3	125%	Superou	
Resultado	Qualidade	Reestruturar a estrutura de servidores de e-mail do IPST.	Início da utilização do site da intranet (meses)	12	12	1	10	100%	Atingiu		
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência	Acompanhar a renovação, desenvolvimento, testes, instalação, arranques piloto e finalização das aplicações da área da transplantação.	nº aplicações finalizadas/n.º de aplicações planeadas para intervenção *100	95%	90%	10%	100%	100%	Atingiu	
	Resultado	Eficácia	Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas ao sangue (%)	nº atualizações realizadas/nº atualizações planeadas*100	95%	95%	5%	100%	100%	Atingiu	
	Resultado	Eficácia	Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas à transplantação (%)	nº atualizações realizadas/nº atualizações planeadas*101	95%	95%	5%	100%	100%	Atingiu	
Indicador	Resultado	Eficiência	Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos.	Prazo médio de respostas aos pedidos (dias úteis)	10,0	10	5	4	100,0%	Atingiu	

**Análise:** Indicador «Instalar uma rede estruturada no CST Porto descontinuado para 2016.

### 7.5.8. Gabinete Jurídico

Objetivo	Indicador	2013	2014	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação
Aumentar o n.º de respostas interna a pedidos de parecer jurídico (%)	N.º de pedidos de parecer com resposta interna / N.º total de pedidos de parecer jurídico*100			<b>75%</b>	30%	10%	50%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos (dias úteis)	Prazo médio de resposta aos pedidos (dias úteis)			<b>17,6</b>	18	2	15	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>

## 7.5.9. Centro Sangue e da Transplantação Coimbra – Sangue

   										
Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade 2015										
	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar o N° de unidades de ST colhidas	<b>58547</b>	60000	6000	66100	<b>100%</b>	Atingiu
	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar o N°. Unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	<b>7789</b>	6000	600	6700	<b>135%</b>	Superou
	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar o N°. Unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	<b>11802</b>	12000	1200	13200	<b>100%</b>	Atingiu
	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	<b>440</b>	350	10	375	<b>135%</b>	Superou
	Realização	Qualidade	Relatórios	Manter o N° de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	<b>9</b>	6	1	7	<b>135%</b>	Superou
Indicadores percentuais	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar o Racio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral	<b>55%</b>	55%	1%	57%	<b>100%</b>	Atingiu
	Resultado	Eficiência	ASIS	Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada	<b>96%</b>	80%	4%	85%	<b>135%</b>	Superou
	Resultado	Eficiência	ASIS	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clinica	<b>22,1%</b>	23%	0,5%	21,0%	<b>100%</b>	Atingiu
	Resultado	Eficiência	ASIS	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	<b>2,6%</b>	3%	1%	2%	<b>100%</b>	Atingiu
	Resultado	Eficiência	ASIS	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	<b>0,2%</b>	2%	0,5%	1%	<b>135%</b>	Superou
	Realização	Qualidade	Relatórios dos T. Proficiência	Manter a Avaliação global da AEQ (%)	<b>100%</b>	90%	2%	95%	<b>135%</b>	Superou
	Resultado	Eficiência	ASIS	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	<b>98%</b>	96%	2%	99%	<b>100%</b>	Atingiu
Indicadores médias	Resultado	Eficiência	ASIS	Reserva média de unidades de CE existentes	<b>17,6</b>	10,0	2,0	13,0	<b>135%</b>	Superou
	Resultado	Eficiência		Reduzir Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (Relatorios de Analises)	<b>64,5</b>	48,0	24,0	24,0	<b>100%</b>	Atingiu
	Resultado	Eficiência	ASIS	Aumentar N° médio de unidades colhidas por sessão de colheita	<b>38,0</b>	36,8	3,6	40,5	<b>100%</b>	Atingiu
	Resultado	Eficiência		Produtividade das equipas de processamento	<b>11,8</b>	12,0	2,0	15,0	<b>100%</b>	Atingiu
	Resultado	Eficiência	ASIS	Desempenho das equipas de colheita	<b>1,1</b>	1,0	0,1	1,2	<b>118%</b>	Superou
	Resultado	Eficiência	ASIS	Diminuir a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por processamento	<b>0,9</b>	1,0	0,2	0,7	<b>100%</b>	Atingiu
	Resultado	Eficiência	ASIS	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por processamento	<b>0,3</b>	1,0	0,2	0,7	<b>135%</b>	Superou

### 7.5.10. Centro Sangue e da Transplantação Coimbra – Transplantação

    										
Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade 2015										
	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	taxa de realização	Classificação
Indicadores mé	Resultado	Eficácia		Manter o N.º de novos dadores CEDACE tipados	<b>7100</b>	7000	700	7750	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência		Aumentar a % de doentes avaliados na fase pós-transplante	<b>57%</b>	50%	5%	65%	<b>112%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Qualidade		Manter a avaliação global da AEQ	<b>91%</b>	90%	5%	97%	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência		Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Processo de Transplantação)	<b>5,2</b>	6,5	2,0	4,5	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência		Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde o pedido até resultado final laboratorial	<b>11,4</b>	13,0	2,0	11,0	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>

## 7.5.11. Centro Sangue e da Transplantação Lisboa – Transplantação

				Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade 2015				 	
Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia	Manter o N.º de novos dadores CEDACE tipados	<b>10041</b>	10000	1000	12000	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	Implementar tecnica de detecção de anticorpos não HLA (meses)	<b>9</b>	9	1	7	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	Aumentar o número de tecidos recebidos/processados pelo BT do IPST (nº)	<b>115</b>	40	5	45	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	Aumentar o nº de ativações a dadores CEDACE	<b>1986</b>	2000	100	2100	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência	Aumentar a % de doentes avaliados na fase pós-transplante	<b>42%</b>	50%	5%	65%	<b>94%</b>	<b>Não atingiu</b>
	Resultado	Eficácia	Aumentar Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas	<b>100%</b>	50%	5%	70%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficácia	Aumentar a taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada	<b>75%</b>	70%	5%	80%	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Qualidade	Manter a avaliação global da AEQ	<b>100%</b>	90%	5%	97%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
Indicadores médias	Resultado	Eficiência	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Processo de Transplantação)	<b>3,0</b>	6,5	2,0	4,5	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia	<b>3,4</b>	3,0	0,3	3,8	<b>112%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde o pedido até resultado final laboratorial	<b>16,6</b>	21,0	2,0	19,0	<b>135%</b>	<b>Superou</b>

Tal como exposto na análise de execução nacional, o indicador não atingido pelo CST Lisboa na área da transplantação é objecto de análise parcial nos seguintes termos:

**Análise:** Indicador «Aumentar a % de doentes avaliados na fase pós-transplante» não atingido por insuficiência de RH; Prevê-se situação regularizada em 2016. Indicador descontinuado para 2016: «Aumentar o n.º de doentes avaliados na fase pós – transplante». **Ações:** Este indicador avalia a percentagem de doentes avaliados na fase pós-transplante aos quais foram efetuados testes complementares. Estes pedidos são solicitados pelas unidades de transplantação nacionais da área de influência do CSTC, tem sido feito um trabalho de reforço da divulgação dos serviços e benefícios destes testes junto destas, estando por isso a sua realização dependente de fatores externos ao IPST.

## 7.5.12. Centro Sangue e da Transplantação Lisboa – Sangue

  Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade 2015  										
Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação	
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia	Mapa670 c.pco	Aumentar o Nº de unidades de ST colhidas	<b>57248</b>	55500	5500	60500	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficácia	Mapa800 2b.pco	Aumentar o Nº. Unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	<b>7940</b>	6200	620	8084	<b>123%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficácia	Mapa800 2b.pco	Aumentar o Nº. Unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	<b>11800</b>	11000	1100	12000	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficácia	Mapa670 c.pco	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	<b>575</b>	500	50	600	<b>119%</b>	<b>Superou</b>
	Realização	Qualidade	Relatórios	Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	<b>9</b>	8	1	9	<b>125%</b>	<b>Superou</b>
Indicadores percentuais	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral	<b>70%</b>	70,5%	1%	71,5%	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa105 3.pco	Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada (exceto HSM, HSJ, HDE)	<b>89%</b>	80%	4%	85%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa105 3.pco	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clinica	<b>24%</b>	23%	0,5%	22,5%	<b>97%</b>	<b>Não atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa670 c.pco	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	<b>0%</b>	0,7%	0,08%	0,6%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa670 c.pco	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	<b>1%</b>	2%	0,5%	1%	<b>134%</b>	<b>Superou</b>
	Realização	Qualidade	Relatórios	Manter a Avaliação global da AEQ (%)	<b>100%</b>	90%	2%	95%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
Indicadores médias	Resultado	Eficiência	Mapa670 c.pco	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	<b>101%</b>	96%	2%	99%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	ASIS	Reserva média de unidades de CE existentes	<b>17,6</b>	10,0	2,0	13,0	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	ASIS	Reduzir Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (Relatórios de Analises)	<b>41,0</b>	48,0	24,0	24,0	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa105 3.pco	Aumentar Nº médio de unidades colhidas por sessão de colheita (exceto HSM, HSJ, HDE)	<b>26,8</b>	26,0	4,0	30,0	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	Mapa670 c.pco	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por processamento	<b>0,5</b>	1,0	0,2	0,8	<b>167,4%</b>	<b>Superou</b>
Resultado	Eficiência	Mapa670 c.pco	Diminuir a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por processamento	<b>1,1</b>	1,0	0,2	0,7	<b>100,0%</b>	<b>Atingiu</b>	

Tal como exposto na análise de execução nacional, o indicador não atingido na área do sangue pelo CST Lisboa é objeto de análise parcial nos seguintes termos:

**Análise:** O Indicador «Diminuir a percentagem de suspensão triagem clinica» não foi atingido porque ocorreu a implementação de critérios mais estritos na triagem de doadores.

Foram descontinuados 2 Indicadores para 2016: «Desempenho das equipas de colheita» e «Produtividade das equipas de processamento» para que a sua mensuração seja feita através de uma nova parametrização das aplicações informáticas.

**Ações:** Avaliação mais detalhada das causas de suspensão, a realizar pelo Gestor do processo de Colheitas.

### 7.5.13. Centro Sangue e da Transplantação Porto – Transplantação

 				Monitorização dos indicadores do sistema de  					
Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia	Manter o N.º de novos dadores CEDACE Enviados	<b>8327</b>	5000	500	6000	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficácia	Manter o N.º de novos dadores CEDACE Tipado	<b>5964</b>	5000	500	6000	<b>124%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	Aumentar o n.º de unidades de sangue do cordão umbilical recebidas	<b>1397</b>	1200	150	1400	<b>125%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficácia	Iniciar o processo para obtenção a Certificação da Fact-Netcord	<b>1</b>	6	2	4	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	Aumentar o n.º de unidades de CCU validadas e criopreservadas	<b>136</b>	150	20	200	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Qualidade	Sensibilização das populações alvo (etnias com menor expressão na população geral, cujo perfil genético não se encontre representado de forma significativa no registo)	<b>23</b>	2	1	3	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
Indicadores percentuais	Resultado	Qualidade	Manter a avaliação global da AEQ	<b>98%</b>	90%	5%	97%	<b>127%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência		Diminuir a % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento - BPCCU	<b>3,6%</b>	5%	1%	4%	<b>135%</b>
Indicadores méd	Resultado	Eficiência	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Processo de Transplantação)	<b>5,3</b>	7,5	1,7	5,5	<b>128%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde o pedido até resultado final laboratorial	<b>13,5</b>	21,0	2,0	19,0	<b>135%</b>	<b>Superou</b>

## 7.5.14. Centro Sangue e da Transplantação Porto – Sangue



	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2015	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar o Nº de unidades de ST colhidas	<b>82475</b>	80000	8000	88100	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar o Nº. Unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	<b>10025</b>	8000	800	11017	<b>117%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar o Nº. Unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	<b>16445</b>	16000	1600	20776	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Realização	Qualidade	Relatórios	Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	<b>7</b>	7	1	9	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	<b>2272</b>	1500	150	1800	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	<b>1410</b>	1300	100	1500	<b>114%</b>	<b>Superou</b>
Indicadores percentuais	Resultado	Eficácia	ASIS	Aumentar a percentagem de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral	<b>69%</b>	68%	1%	69%	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	ASIS	Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada	<b>92%</b>	80%	4%	85%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	ASIS	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clinica	<b>18%</b>	19%	0,5%	17%	<b>115%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	ASIS	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	<b>4%</b>	3%	1%	2%	<b>90%</b>	<b>Não atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	ASIS	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	<b>2,81%</b>	2%	0,5%	1%	<b>89%</b>	<b>Não atingiu</b>
	Realização	Qualidade	ASIS	Manter a Avaliação global da AEQ (%)	<b>100%</b>	95%	2%	97%	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
Indicadores médios	Resultado	Eficiência	ASIS	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	<b>94%</b>	96%	2%	99%	<b>100%</b>	<b>Atingiu</b>
	Resultado	Eficiência	ASIS	Reserva média de unidades de CE existentes	<b>17,6</b>	10,0	2,0	13,0	<b>135%</b>	<b>Superou</b>
	Resultado	Eficiência	ASIS	Aumentar Nº médio de unidades colhidas por sessão de colheita	<b>45,1</b>	40,0	4,0	44,5	<b>129%</b>	<b>Superou</b>

Tal como exposto na análise de execução nacional, os indicadores não atingidos na área do sangue pelo CST Porto são objecto de análise parcial nos seguintes termos:

**Análise:** Indicador «Diminuir a % de unidades de CE's inutilizadas» -O CSTPorto envia componentes sanguíneos para os outros CST de acordo com as necessidades de cada Centro. No entanto, as inutilizações são dos grupos AB+, B+ e AB-, que não são pedidos na mesma proporcionalidade dos restantes, uma vez que estes grupos têm uma procura menor em todos os CSTs. As inutilizações refletem a atividade do IPST de serem transferidos unidades entre Centros, de acordo com os grupos necessários.

Indicador «Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade»: No CSTPorto, a gestão das pool de plaquetas apresenta dificuldades acrescidas.

## 8. Análise global da execução das Unidades Orgânicas 2015

Objetivo Operacional	Indicadores	Peso dos indicadores nos objectivos operacionais	Grau de realização das metas	Contribuição para os objectivos operacionais	Grau de realização dos objectivos operacionais
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários	Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	100%	<b>135%</b>	135%	<b>135%</b>
OOp2: Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos	50%	<b>100%</b>	50%	<b>100%</b>
	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos	50%	<b>100%</b>	50%	
OOp3: Desenvolver o banco multitecidualar	Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)	20%	<b>135%</b>	27%	<b>112%</b>
	Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	40%	<b>100%</b>	40%	
	Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (Reserva= n.º médio de m2 existentes)	40%	<b>113%</b>	45%	
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea	N.º de novos dadores CEDACE tipados	65%	<b>100%</b>	65%	<b>100%</b>
	N.º de dadores CEDACE ativados	35%	<b>100%</b>	35%	
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST	Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	100%	<b>131%</b>	131%	<b>131%</b>
OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação ( R)	% de implementação do projeto piloto do RPT	100%	<b>100%</b>	100%	<b>100%</b>
OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais	% de respostas aos pedidos de emissão de parecer	50%	<b>125%</b>	63%	<b>130%</b>
	% de atividades de representação internacional divulgadas e atualizadas no site do IPST	50%	<b>135%</b>	68%	
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical	% de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento	50%	<b>134%</b>	67%	<b>117%</b>
	N.º de unidades de SCU criopreservadas	50%	<b>100%</b>	50%	
OOp9: Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pó-laboral ( R)	Nº de sessões de colheita durante a semana relativas às do fim-de-semana	100%	<b>100%</b>	100%	<b>100%</b>
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST ( R)	Entrega de proposta optimização do ensino em modalidade de e-learning(meses)	50%	<b>100%</b>	50%	<b>100%</b>
	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais	50%	<b>100%</b>	50%	
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos ( R)	Percentagem de testes metrológicos efetuados	70%	<b>135%</b>	95%	<b>130%</b>
	Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	30%	<b>117%</b>	35%	
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação ( R)	% de aumento da referenciação de dadores	100%	<b>125%</b>	125%	<b>125%</b>

Tabela 6 - Análise Global por Unidade Orgânica 2015

Unidade Orgânica	N.º Objetivos	Superou	Atingiu	Não Atingiu
Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação (DGRH)	6	3	2	1
Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira (DPGPF)	4	3	0	1
Centro de Sangue e da Transplantação De Lisboa (CSTL)	28	16	10	2
Centro de Sangue e da Transplantação De Coimbra (CCTC)	24	10	14	0
Centro de Sangue e da Transplantação Do Porto (CSTP)	25	15	8	2
Coordenação Nacional Da Transplantação (CN-Transplantação)	7	3	4	0
Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional (CN-Sangue e Medicina Transfusional)	6	6	0	0
Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado (GCPDV)	4	3	1	0
Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações (GTIC)	12	3	9	1
Gabinete de Gestão da Qualidade (GGQ)	7	3	3	1
Gabinete Jurídico (GJ)	2	1	1	0
<b>Total Global</b>	<b>125</b>	<b>65</b>	<b>52</b>	<b>8</b>

Da análise dos principais indicadores das unidades orgânicas conclui-se que:

- i. 125 objetivos operacionais concorrem para a execução dos objetivos estratégicos do QUAR 2014;
- ii. Dos 125 indicadores, 65 foram superados, 52 atingidos e 8 não foram atingidos.
- iii. Elencamos no capítulo anterior as principais causas de incumprimento e ações de ações de melhoria.

## 9. Audição aos dirigentes intermédios e demais trabalhadores na autoavaliação

A avaliação das instituições por parte dos elementos que a constituem, é fundamental para a compreensão sua saúde organizacional. Neste propósito foi aplicado um questionário “online” para avaliação de um conjunto de temáticas relativas ao modo como o trabalhador percebe a organização de modo a aferir o grau de satisfação e de motivação dos trabalhadores do IPST, IP. durante o ano 2015<sup>12</sup>.

Os principais objetivos centraram-se em:

1 – Aferir o nível de satisfação dos trabalhadores do IPST,IP com:

- a) A organização
- b) A gestão e sistemas de gestão
- c) As condições de trabalho
- d) O desenvolvimento da carreira
- e) O estilo de liderança do gestor de topo
- f) O estilo de liderança do gestor de nível intermédio
- g) As condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços

2 - Aferir os níveis de motivação dos trabalhadores do IPST para:

- a) Aprender novos métodos de trabalho
- b) Desenvolver trabalho em equipa
- c) Participar em ações de formação
- d) Participar em projetos de mudança na organização
- e) Sugerir melhorias

3 - Efetuar a auto avaliação do serviço com a audição de dirigentes intermédios e dos demais trabalhadores, de acordo com o determinado na alínea f) do n.º 2 do artigo 15.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro.

A metodologia assentou na seleção e adaptação do questionário seguindo o exemplo da CAF “Common\_Assessment\_Framework” (Estrutura Comum de Avaliação), modelo europeu comum de gestão da qualidade para o setor Público, aplicado no IPST desde 2014.

O questionário foi enviado, através de correio eletrónico, a todos os trabalhadores do IPST,IP, no qual dava acesso ao questionário de resposta “online” confidencial e anónima.

---

<sup>12</sup> Avaliação da Satisfação dos Trabalhadores do IPST,IP

O questionário esteve disponível para preenchimento nos meses de fevereiro e março de 2016. O tratamento do questionário foi efetuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o anonimato foi respeitado.

O conteúdo do questionário está organizado em 7 grandes áreas/grupos, num total de 50 questões para determinar:

1. A satisfação global dos trabalhadores com a organização
2. A satisfação com a gestão e sistemas de gestão
3. A satisfação com as condições de trabalho
4. A satisfação com o desenvolvimento da carreira
5. Os níveis de motivação
6. A satisfação com o estilo de liderança do gestor de topo e gestor de nível intermédio
7. A satisfação com as condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços.

As questões foram pontuadas pelos trabalhadores numa escala de 1 a 5 em que um correspondia a “muito insatisfeito”; 2 a “insatisfeito”; 3 a “pouco satisfeito”, 4 a “satisfeito” e 5 a “muito satisfeito”, tanto ao nível de satisfação como ao nível da motivação.

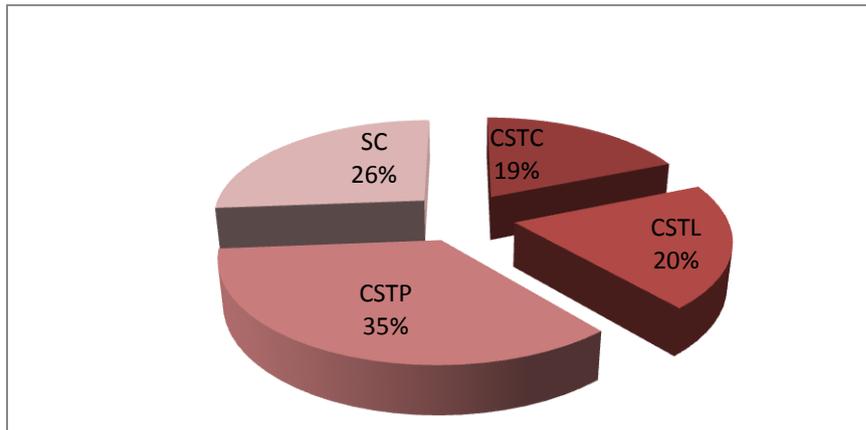
Os resultados apurados para os quais responderam 80 trabalhadores do IPST, IP, que corresponde a uma taxa de resposta de 17,3% (24,0% em 2014) de um total de trabalhadores 463 trabalhadores do mapa do IPST em janeiro de 2016. Os resultados globais dos questionários, designadamente as médias aritméticas e frequências relativas das pontuações atribuídas pelos trabalhadores são apresentadas a seguir, seguindo a organização do questionário e utilizando as seguintes fórmulas para interpretação de dados:

$$\text{Satisfação Global Média} = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} (\text{Muito Satisfeito}_i + \text{Satisfeito}_i)}{n}$$

$$\text{Insatisfação Global Média} = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} (\text{Muito Insatisfeito}_i + \text{insatisfeito}_i)}{n}$$

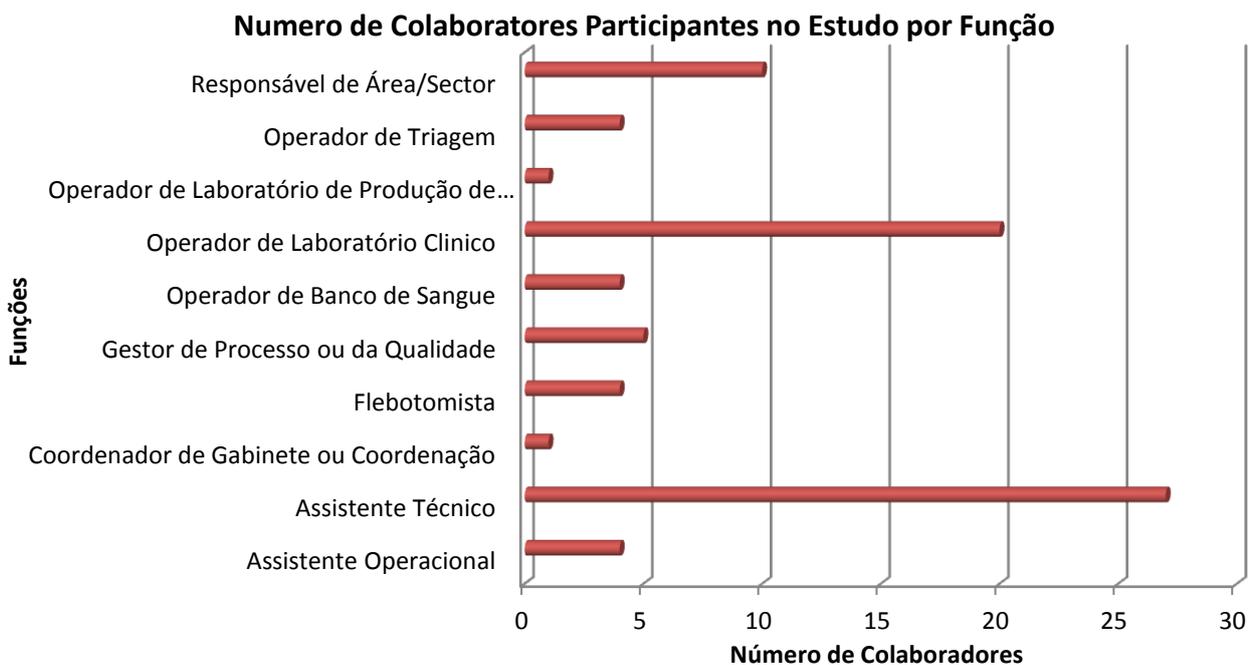
Do total de respostas observamos no gráfico seguinte, a distribuição das percentagens de resposta por unidade orgânica, da qual nos deparamos com uma maior representatividade por parte do CSTP e menor representatividade do CSTC.

Gráfico 22- Percentagem de Resposta por Unidade Orgânica



No que diz respeito à **representatividade por função**, esta pode ser observada no gráfico abaixo. Dos trabalhadores que participaram no estudo responderam ao questionário 5,0% de Assistentes Operacionais, 33,8% de Assistentes Técnicos, 1,3%, de Coordenadores de Gabinete ou Coordenação, 5,0% de Flebotomistas 6,3% de Gestores de Processo ou da Qualidade, 5,0% de Operadores de Banco de Sangue, 25,0% de Operadores de Laboratório Clínico, 1,3% de Operadores de Laboratório de Produção de Componentes, 5,0% de Operadores de Triagem e Responsável de Área/Sector com 12,5%. Da análise verificamos que, de forma geral, a representatividade está assegurada como se pode verificar no mapa de pessoal (com exceção do grupo funcional dos assistentes operacionais).

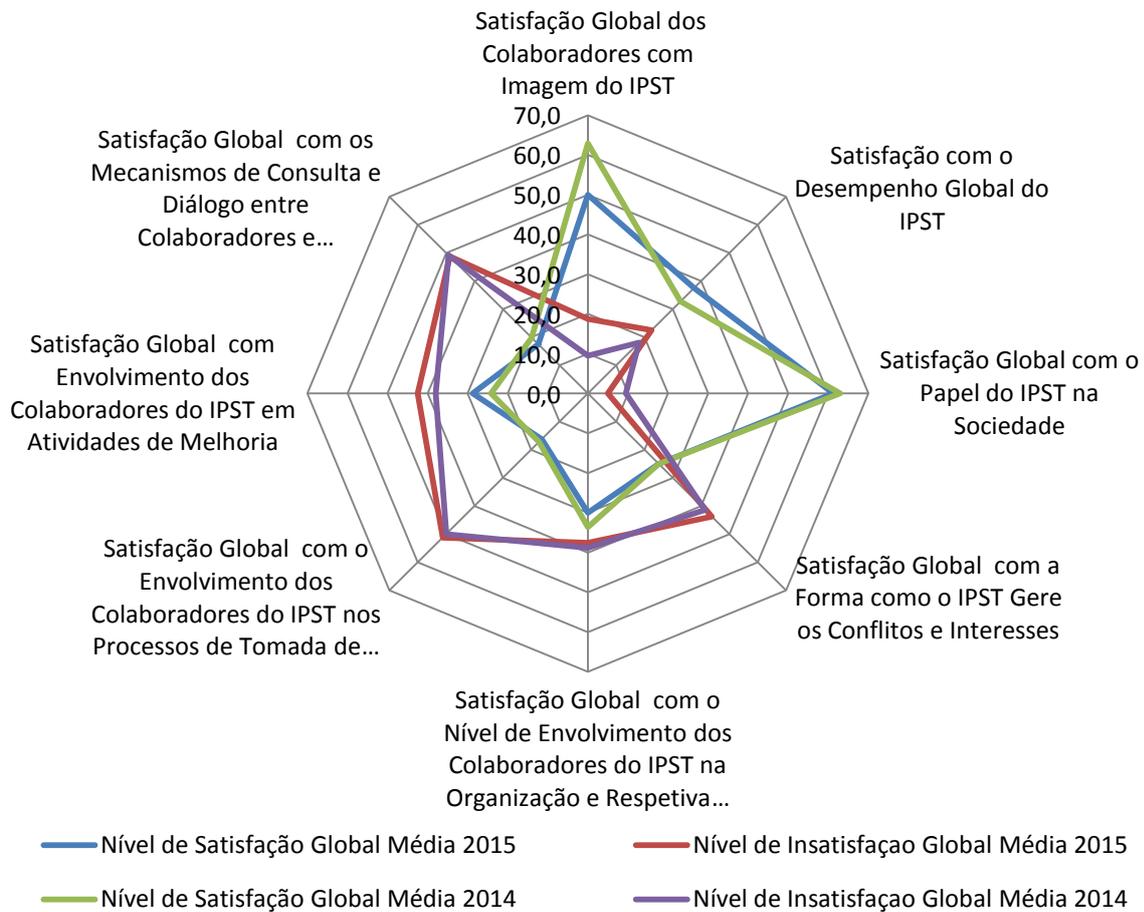
Gráfico 23- N.º Colaboradores por Função



Quando analisamos as respostas aos questionários respondidos pelos trabalhadores do IPST, IP verificamos que o nível de **satisfação global dos colaboradores** do IPST,IP varia de parâmetro para parâmetro mantendo a avaliação em 2015 sobreponível em todos os parâmetros relativamente a 2014, como se verifica no gráfico seguinte:

Gráfico 24- nível de satisfação global dos colaboradores do IPST,IP

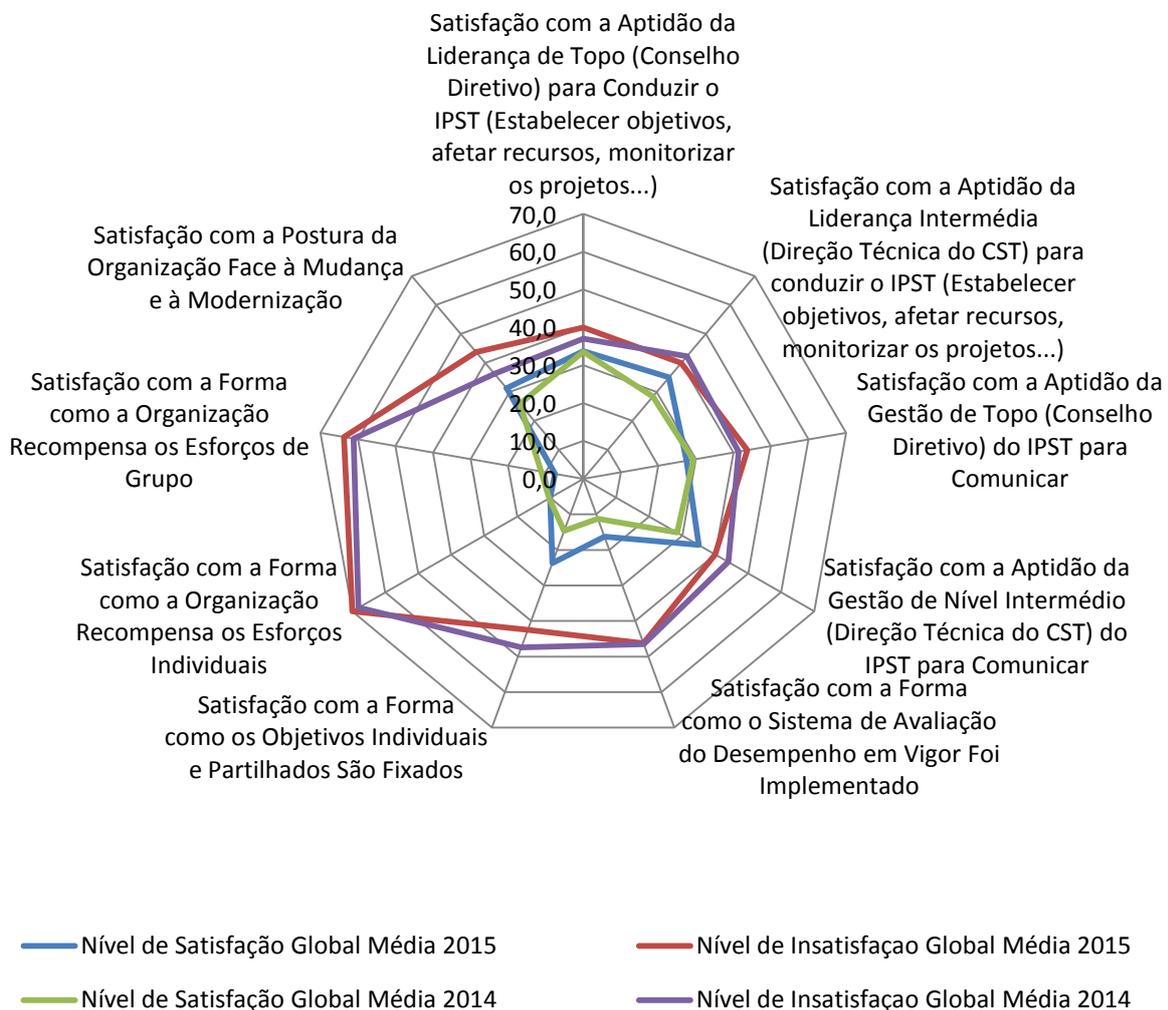
### Nível de Satisfação Global dos Colaboradores do IPST



Podemos fazer a mesma leitura ao analisamos as respostas aos questionários respondidos pelos trabalhadores do IPST, IP, verificamos que o nível de **satisfação com a gestão e sistemas de gestão** do IPST,IP varia de parâmetro para parâmetro mantendo a avaliação em 2015 sobreponível em todos os parâmetros relativamente ao ano de 2014, como se verifica no gráfico seguinte:

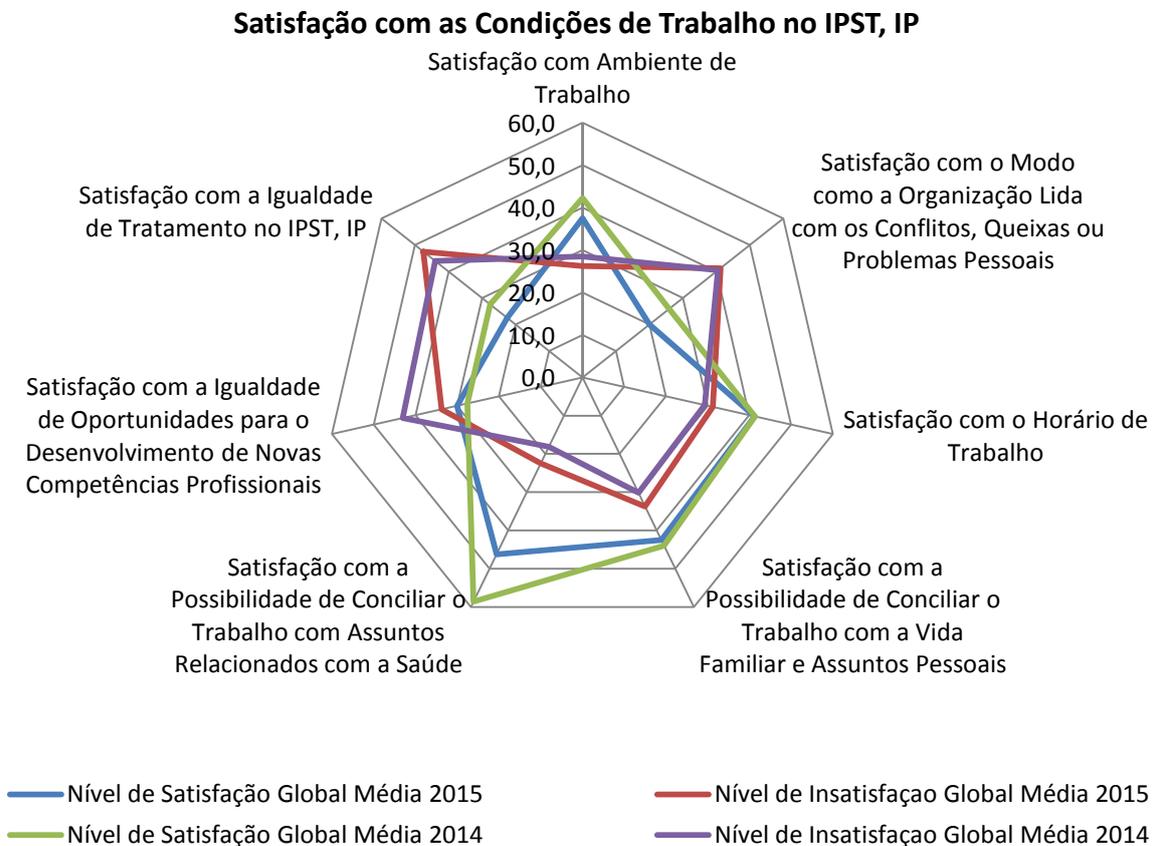
Gráfico 25 - nível de satisfação com a gestão e sistemas de gestão do IPST

### Satisfação com a Gestão e Sistema de Gestão



Quando analisamos as respostas no grupo de questões sobre as **condições de trabalho**, verificamos uma maior satisfação global média em relação ao grupo anterior. No entanto, deve ser considerada e tido em conta as questões relativas à satisfação com o modo como a organização lida com os conflitos, queixas ou problemas pessoais, com a satisfação com a igualdade de oportunidades para o desenvolvimento de novas competências profissionais e com a satisfação com a igualdade de tratamento no IPST,IP, valores sobreponíveis ao ano anterior de 2014, como podemos constatar no gráfico seguinte:

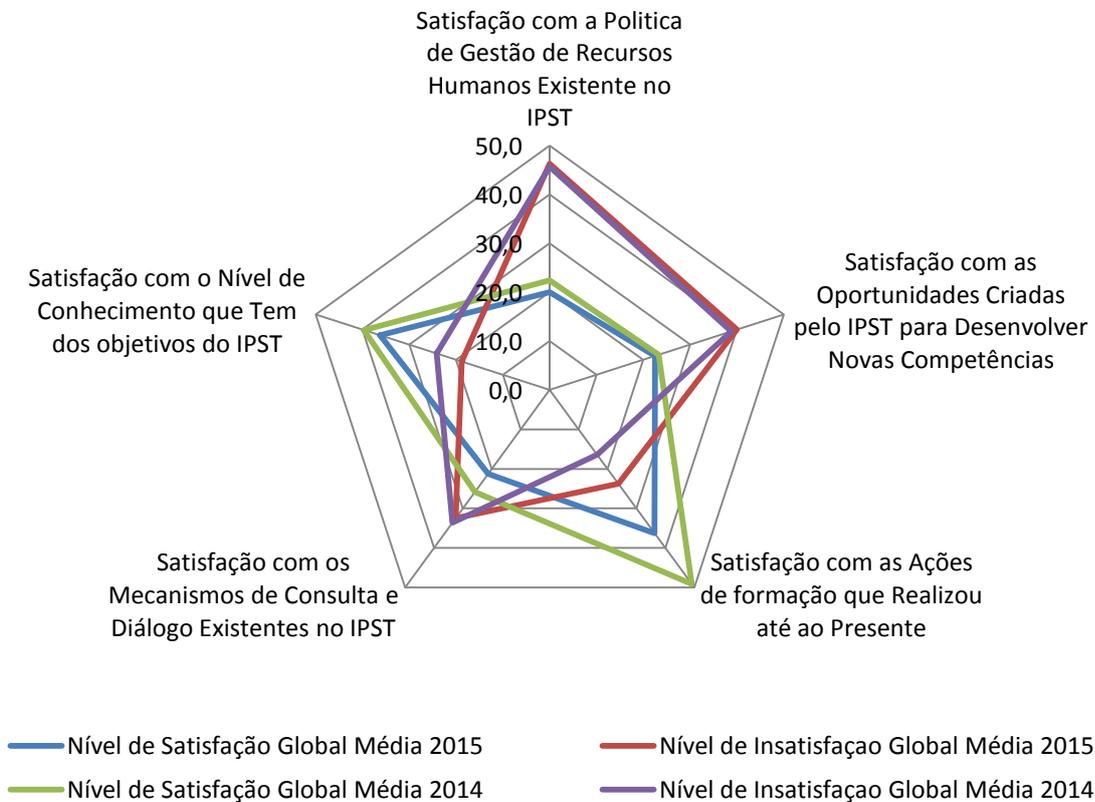
Gráfico 26 - Nível de satisfação com as condições de trabalho



No gráfico seguinte podemos analisar o nível de satisfação com o **desenvolvimento da carreira** no IPST,IP e verificamos um nível aceitável de satisfação referente às ações de formação frequentadas e o conhecimento dos objetivos do IPST,IP, valores ligeiramente inferiores aos registados no ano anterior de 2014. No entanto, deve ser tido em consideração um nível de insatisfação quanto às oportunidades criadas para desenvolver a carreira, com os mecanismos de consulta e dialogo no IPST e com a política de gestão de recursos humanos existente no IPST, valores mantidos em relação a 2014 como se pode ver no gráfico seguinte:

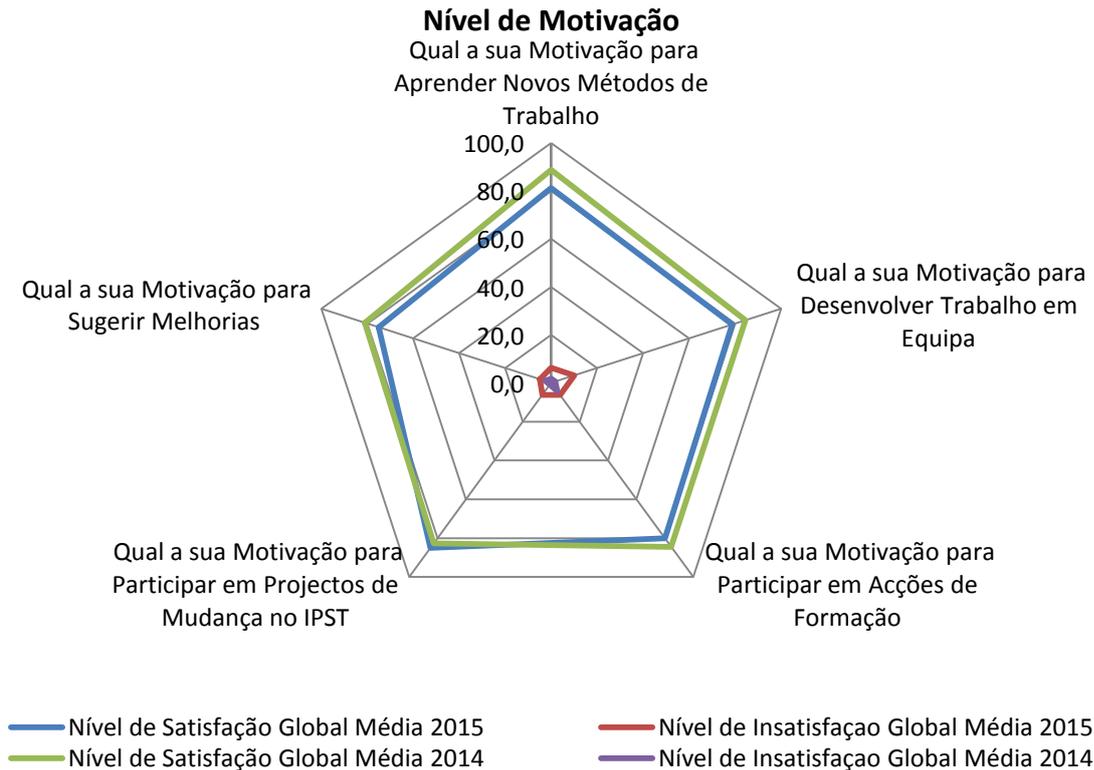
Gráfico 27- Nível de satisfação com o desenvolvimento da carreira no IPST,IP

### Nível de Satisfação com o Desenvolvimento da Carreira no IPST,IP



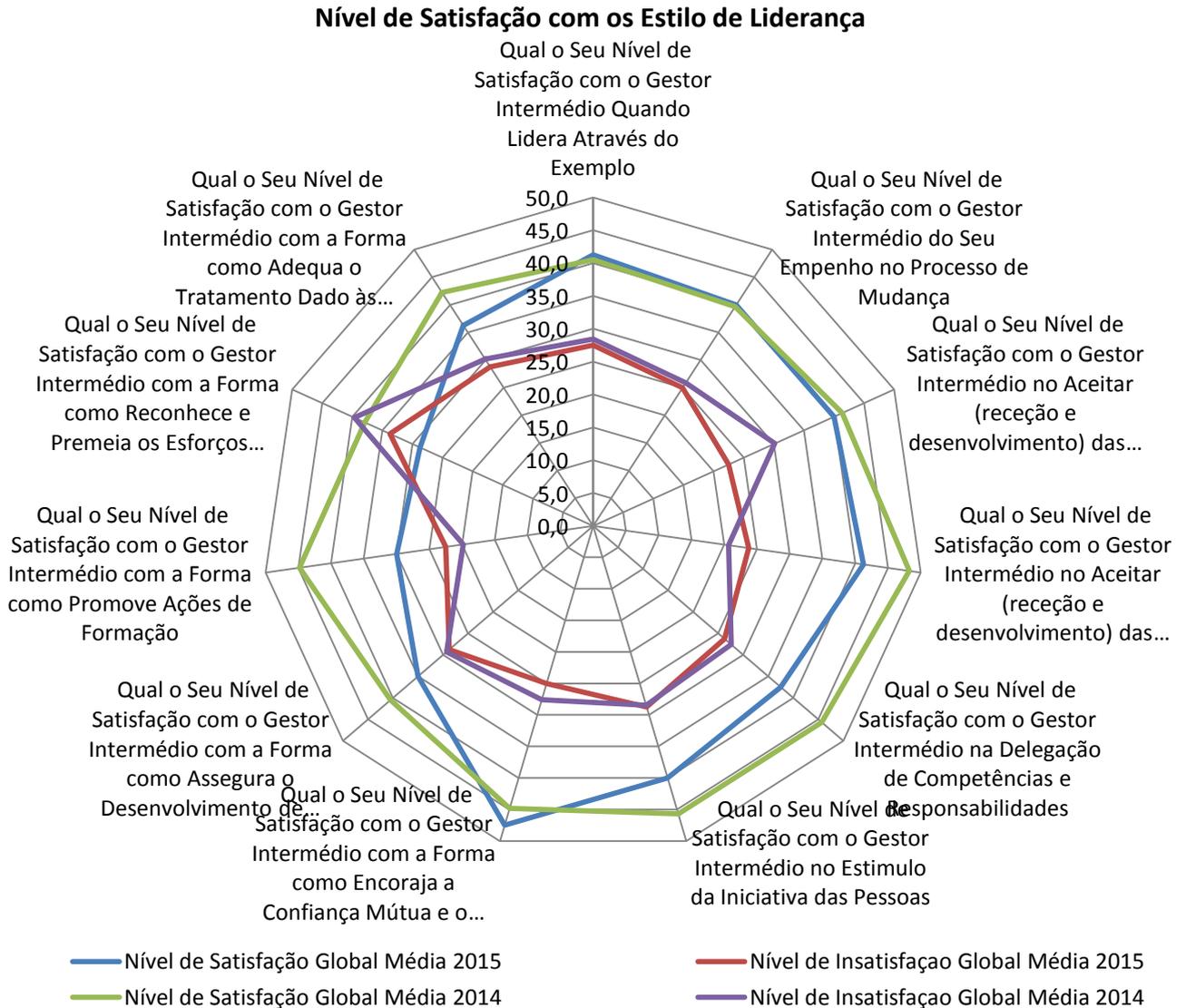
Quando analisamos os **níveis de motivação**, podemos constatar um elevado nível de motivação em 2015, superior a 80% com um nível de desmotivação reduzida em todos os parâmetros em análise, sobreponível aos resultados obtidos no ano de 2014, como se pode verificar no gráfico seguinte:

Gráfico 28- Níveis de motivação



No gráfico seguinte podemos constatar o nível de **satisfação global com o estilo de liderança** que apresenta uma variação parâmetro a parâmetro com algum nível de flutuação ao nível da satisfação global média, com uma manutenção de valores sobreponíveis aos de 2014 relativamente ao nível de insatisfação global média.

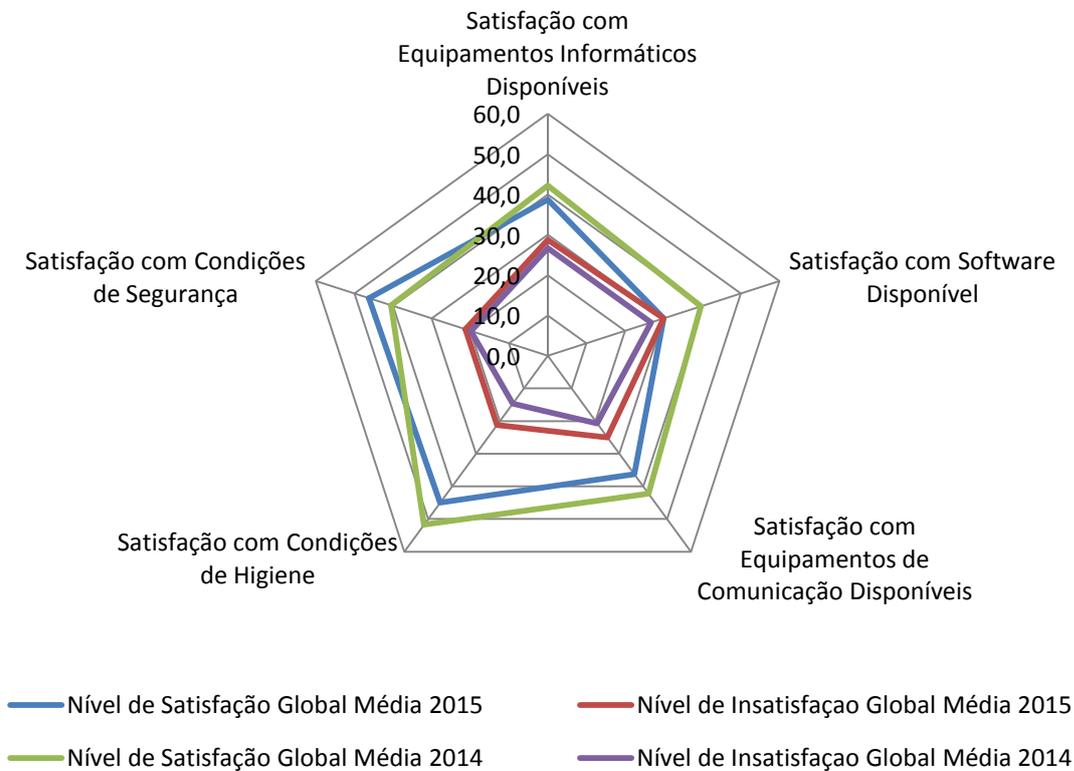
Gráfico 29- Nível de satisfação global com o estilo de liderança



Por último, ao analisarmos o nível de satisfação com as **condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços**, podemos ver no gráfico seguinte um nível de satisfação global média idêntica à obtida no ano anterior, com discreta melhoria no parâmetros das condições de segurança e uma diminuição ligeira da satisfação em relação ao parâmetro de software disponível, condições de higiene e os equipamentos de comunicação disponíveis, como se pode verificar nos seguintes parâmetros:

Gráfico 30- o nível de satisfação com as condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços

### Nível de Satisfação com as condições de Higiene, Segurança, Equipamentos e Serviços



## 10. Apreciação dos serviços utilizadores

### 10.1. Retorno da informação do cliente

No ano de 2015, foi mantida a metodologia única no IPST,IP (em todas as unidades orgânicas) de avaliação da satisfação para:

- Dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea;
- Promotores das sessões de colheita;
- Clientes externos nacionais;
- Clientes externos internacionais CEDACE.

Na área do sangue foram avaliados clientes nacionais de componentes sanguíneos e clientes relatórios de resultados de análises.

Na área da transplantação foram avaliados clientes: doentes/famílias, centros de hemodialise, serviços/unidade de aplicação de tecidos, unidades de CEPH e gabinetes de coordenação.

Foram também alvo da análise as reclamações ocorridas nas diversas Unidades Orgânicas do IPST, IP.

### 10.2. Satisfação de Dadores de Sangue e dos Candidatos a Dadores de Medula Óssea

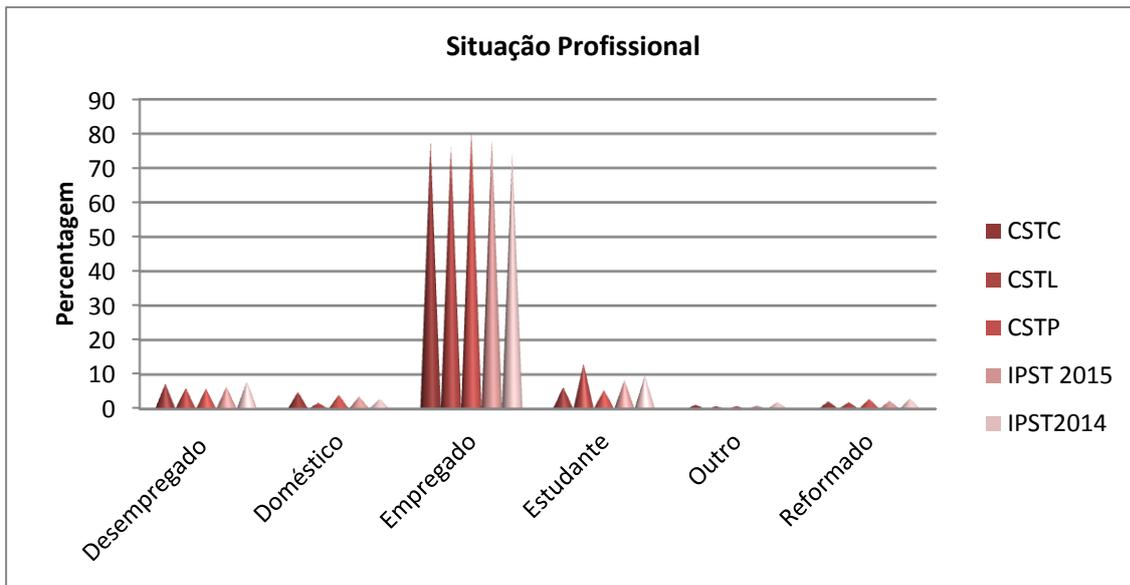
A avaliação da satisfação de dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea no ano 2015 foi efetuada em 2 períodos: a primeira avaliação efetuada na primeira quinzena de julho e a segunda avaliação efetuada na segunda quinzena de novembro. A amostragem foi efetuada em todas as sessões de colheita durante este período sendo o questionário entregue um a cada cinco dadores inscritos até obter  $\pm$  250 questionários por CST em cada período (corresponde aproximadamente a 10% do total de dadores que efetivam a dádiva).

O número total de dadores estudados foi de 1503 dadores com uma distribuição equitativa pelos 3 CST (CSTC 505, CSTL 510, CSTP 488). A média de idades dos inquiridos foi de 38,82 anos (40,31 anos em 2014). A média de idades em que os dadores deram sangue pela primeira vez foi aos 31,06 anos (27,78 em 2014). O tempo médio desde que iniciou a dádiva de sangue até ao momento que cada dador apresenta é de 8,72 anos (8,22 em

2014), sendo 49,8% do sexo feminino e 50,2% do sexo masculino com uma média de 8,59 dádavas de sangue por dador.

Em relação à escolaridade dos inquiridos, 7,6% (8,8% em 2014) tem o ensino primário, 18,6% (21,1% em 2014) o 9.º ano de escolaridade, 29,9% (27,9% em 2014) o 12.º ano de escolaridade, 13,4% (13,1% em 2014) têm um curso profissional, 25,9% (25,0% em 2014) tem licenciatura ou bacharelato e 4,7% (4% em 2014) têm outras habilitações.

Gráfico 31- Situação profissional dos dadores de sangue



No que diz respeito a situação profissional, 8,0% estão desempregados, 9,7% são estudantes, 2,9% domésticos, 74,3% estão empregados, 3,0% reformados e 2,0% outros.

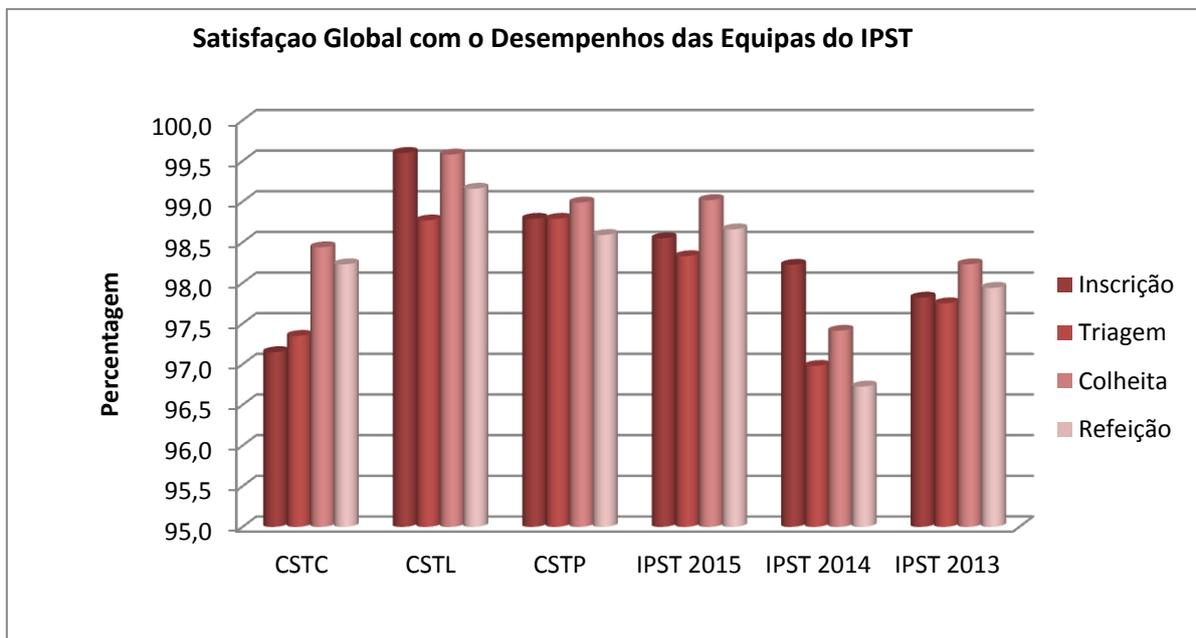
Os índices de satisfação são globalmente elevados. A observação da média censurada a 5% permite concluí-lo afastando casos que se desviaram da média e que terão de ser avaliados nas tabelas de frequências de apreciação dos serviços do Instituto Português do Sangue e da Transplantação IP. A diferença entre esta e a média não censurada permite avaliar oportunidades de melhorias nos nossos serviços.

A satisfação global média dos dadores de sangue foi calculada através do modelo de cálculo:

$$Satisfação\ Global\ Média = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} (Muito\ Satisfeito_i + Satisfeito_i)}{n}$$

Podemos constatar no gráfico seguinte que o nível de satisfação global dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea sobre o desempenho das equipas nas sessões de colheita (na área da inscrição, triagem, colheita e refeição) é elevado sendo superior a 97%, varia entre os 97,15% e os 99,58% (entre 94,9% e os 99,4% em 2014) em todas as áreas da sessão de colheita, mantendo-se estável em relação ao ano anterior (2014), com 95% de satisfação global média.

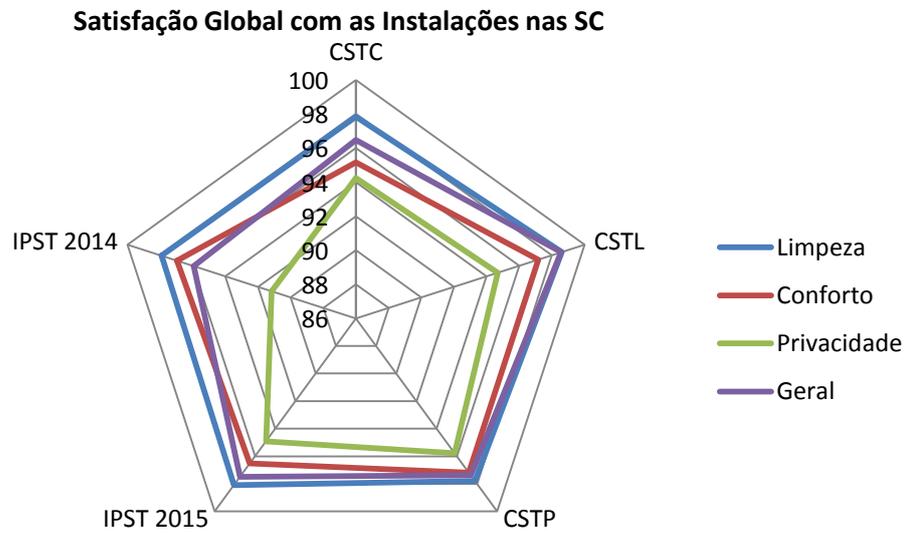
**Gráfico 32- nível de satisfação global dos dadores e candidatos a dadores de medula óssea sobre o desempenho das equipas nas sessões de colheita (na área da inscrição, triagem, colheita e refeição)**



Ao mesmo tempo, constatamos que temos aproximadamente 0,5 por cento de dadores e candidatos a dadores de medula óssea insatisfeitos ou muito insatisfeitos sendo isto transversal a todas estas áreas da sessão de colheita do IPST e em todos os CST.

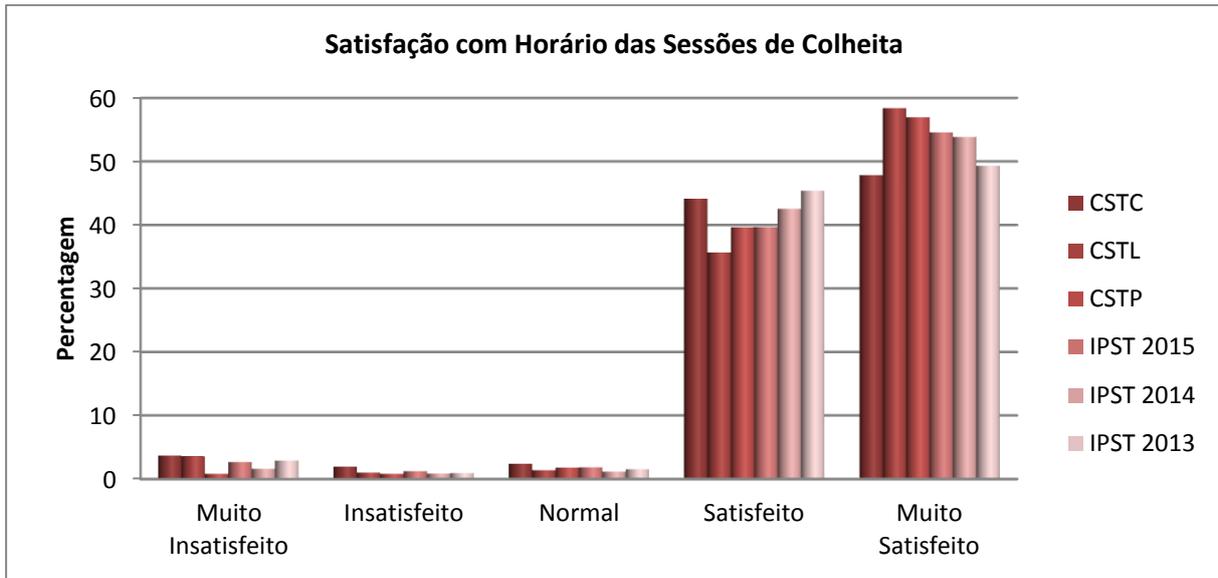
Na avaliação das instalações dos locais de colheita, os índices são globalmente satisfatórios como se observa no gráfico seguinte.

**Gráfico 33- Satisfação global média dos dadores e candidatos a dadores de medula óssea nas questões relacionadas com as instalações (limpeza, conforto, privacidade e no geral)**



Os dados do gráfico anterior mostram-nos um aumento na satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea em todas as questões relacionadas com as instalações (limpeza, conforto, privacidade e no geral) em relação ao ano anterior (2014). Este facto poderá estar relacionado com a avaliação prévia realizada pelos centros dos locais de colheita em sessão de colheita móvel e ao reforço de formação/informação efetuado junto dos promotores locais da sessão de colheita. Este procedimento deverá ser mantido e reforçado com definição de padrões de funcionamento de forma a melhorar este índice.

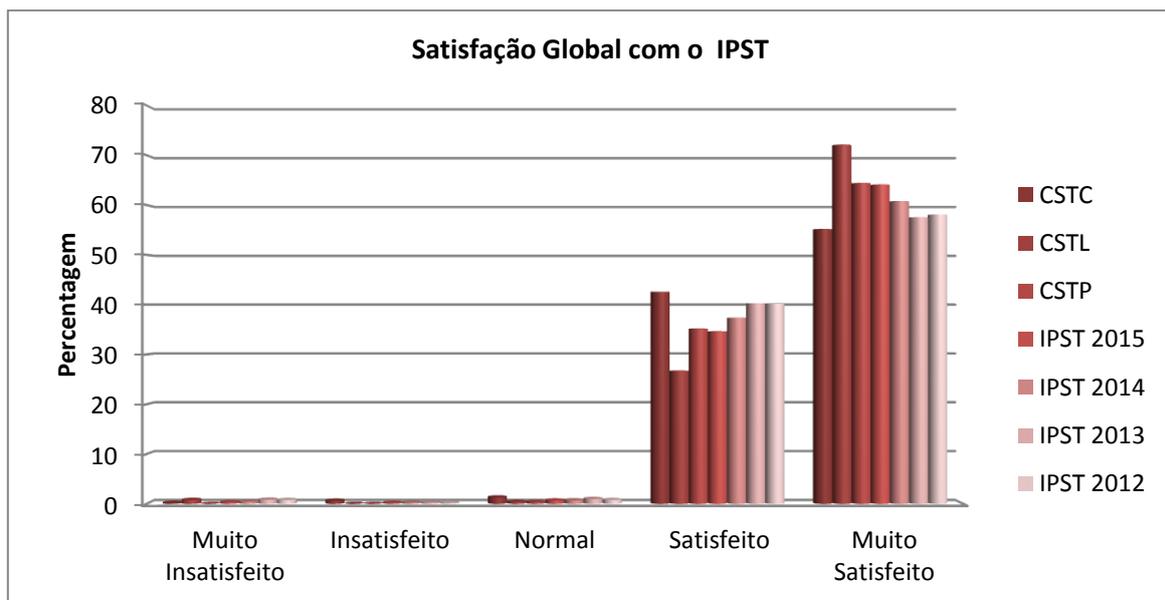
Gráfico 34- Satisfação com horário de funcionamento das sessões de colheita



Em relação ao horário de funcionamento das sessões de colheita, quando analisamos ao gráfico anterior, podemos constatar que a satisfação global média dos doadores de sangue e candidatos a doadores de medula óssea é superior 94,4%, sem diferenças significativas entre os CST, mantendo um valor ligeiramente inferior ao do ano anterior (2014) 96%.

Como se pode verificar no gráfico seguinte, a análise dos dados de satisfação global média dos doadores de sangue e candidatos a doadores de medula óssea do IPST é superior a 98%.

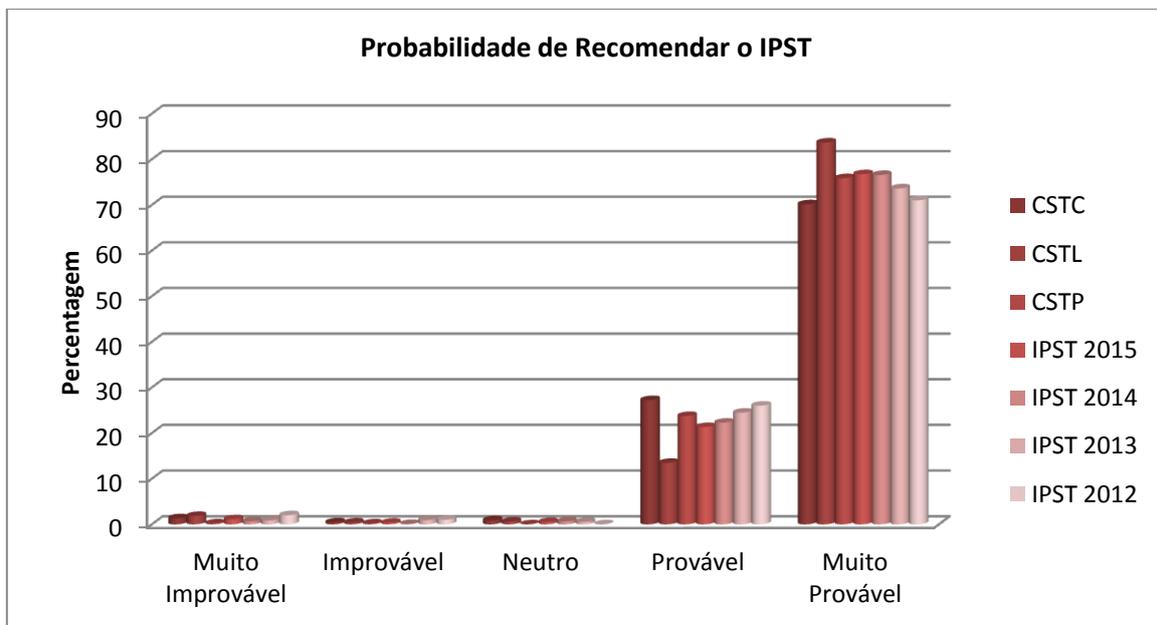
Gráfico 35 - Satisfação global média dos doadores de sangue e candidatos a doadores de medula óssea do IPST, IP



Se comparamos os três Centros de Sangue e Transplantação entre si, podemos constatar que não existem diferenças significativas entre os valores obtidos em cada um deles, assim como em relação a satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea nos anos anteriores de 98,2% em 2014, 97,8% em 2013 e de 98,3 em 2012.

Ao analisarmos o gráfico seguinte, com as respostas dos inquiridos sobre a probabilidade dos dadores ou candidatos a dadores recomendarem o IPST a outras pessoas enquanto Centro de Colheita, verificamos que é provável que 98,8% dos dadores recomendem o IPST para efetuar a dádiva dos quais 76,72% (76,6% em 2014) afirmam ser muito provável efetuar essa recomendação. Valores (98,85%) de 2015, sobreponíveis em relação ao ano 2014 com 98,2%.

Gráfico 36- probabilidade dos dadores ou candidatos a dadores recomendarem o IPS, IP



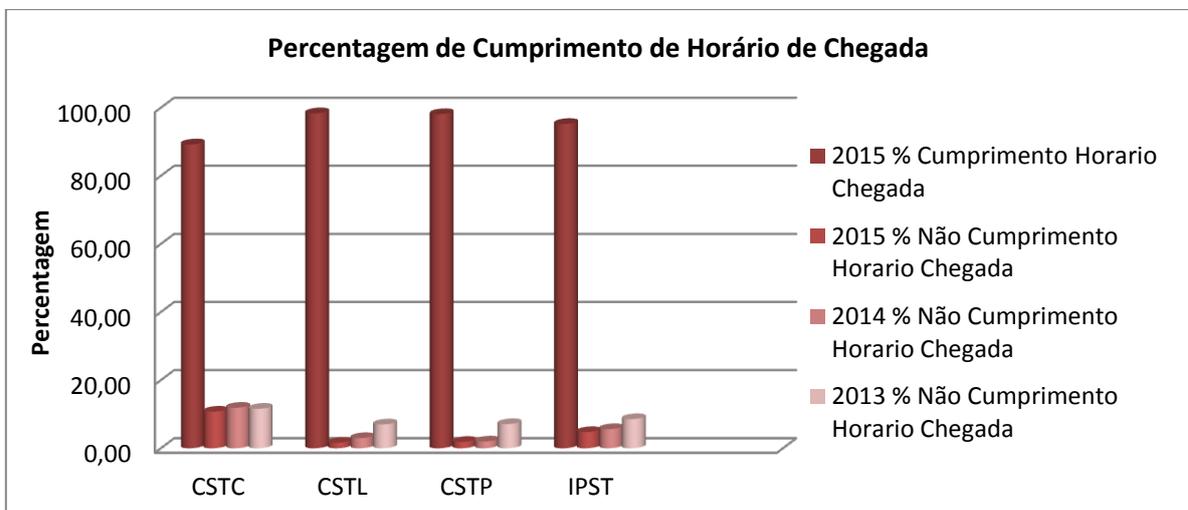
### 10.3. Avaliação Da Satisfação Dos Promotores Da Sessão De Colheita

No ano de 2015 manteve-se a metodologia que teve início em 2013, única nos três Centros de Sangue e Transplantação para avaliar a satisfação dos promotores de sessões móveis de colheita de sangue. Esta metodologia é comum à área do sangue e transplantação uma vez que as sessões de colheita de sangue total e amostra de sangue para registo de candidatos a dadores de medula óssea são conjuntas e realizadas pela área do sangue.

A metodologia definida para aferir a apreciação dos promotores de sessão de colheita assentou na entrega de um questionário (avaliação por questionário: IMP.82.11.1) em todas as sessões de colheita ao longo do ano. De referir o carácter facultativo deste preenchimento sendo que o mesmo foi facultado impresso em suporte de papel ou mesmo enviado via correio eletrónico quando adequado/solicitado.

Foram analisados 1302 questionários respondidos havendo uma taxa de resposta de 23,1% de um total de 5638 sessões móveis de colheita de sangue e registo de candidatos a dador de medula óssea.

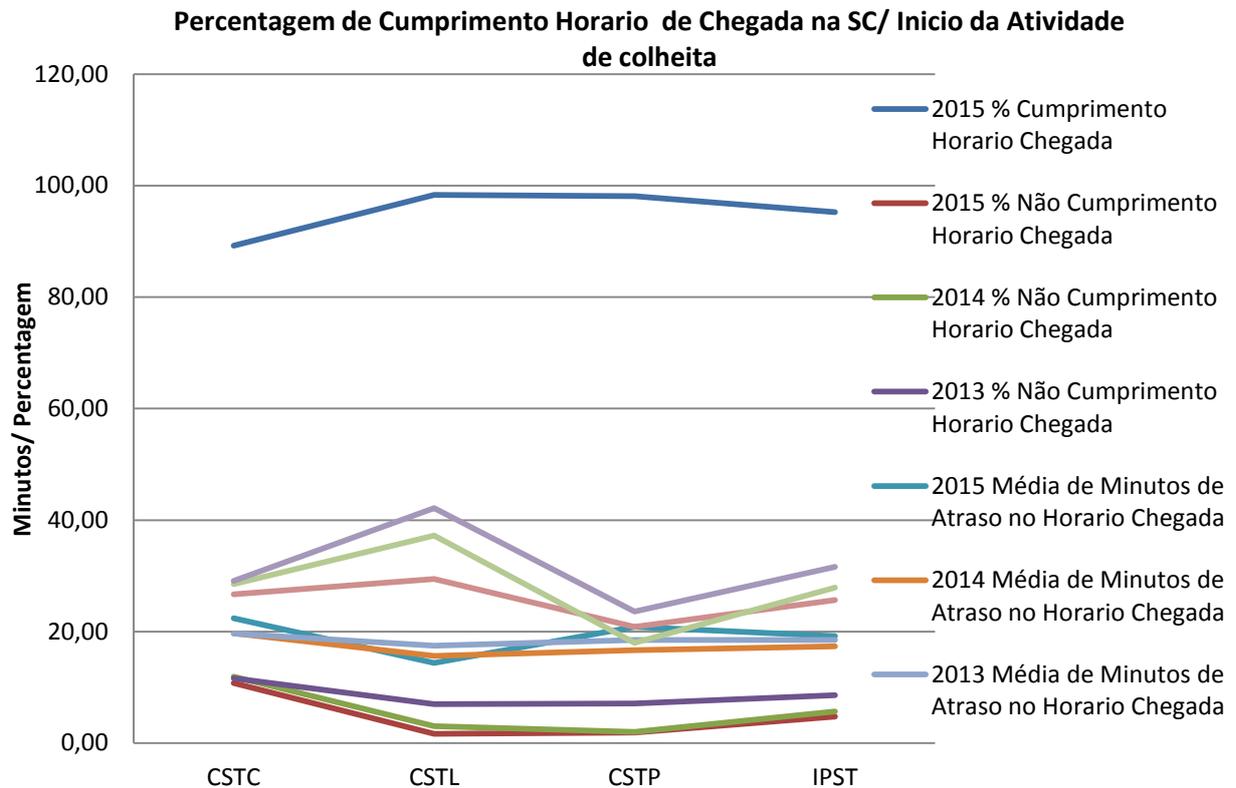
Gráfico 37- Avaliação do cumprimento de horários



Na avaliação das respostas aos questionários efetuados pelos promotores de sessão de colheita, como se observa no gráfico anterior, quanto ao cumprimento de horários, o IPST apresenta uma média de 95,2% em que cumpre os horários previstos de chegada aos locais das sessões móveis de colheita de sangue. Verificamos que 95,2% das equipas chegaram aos locais da sessão de colheita antes ou à hora prevista (CSTP= 95,2%, CSTL= 98,4% e CSTC= 95%) sendo que cerca de 4,8% chegaram depois da hora prevista de chegada (5,6% em 2014 e 8,6% em 2013).

Ao analisarmos os períodos de tempo de chegada dos 5,6% que chegaram ao local depois da hora prevista para a SC, verificamos que as equipas chegaram em média cerca de 19,2 minutos depois da hora, (17,3 minutos em 2014 e 18,5 minutos em 2013) visível no gráfico seguinte. Verificamos uma tendência de diminuição na percentagem de sessões de colheita em que o IPST chegou atrasado ao longo dos últimos anos, com discreto aumento do tempo medio de atraso em minutos.

Gráfico 38- Avaliação do cumprimento Horários de Chegada e início da atividade de colheita



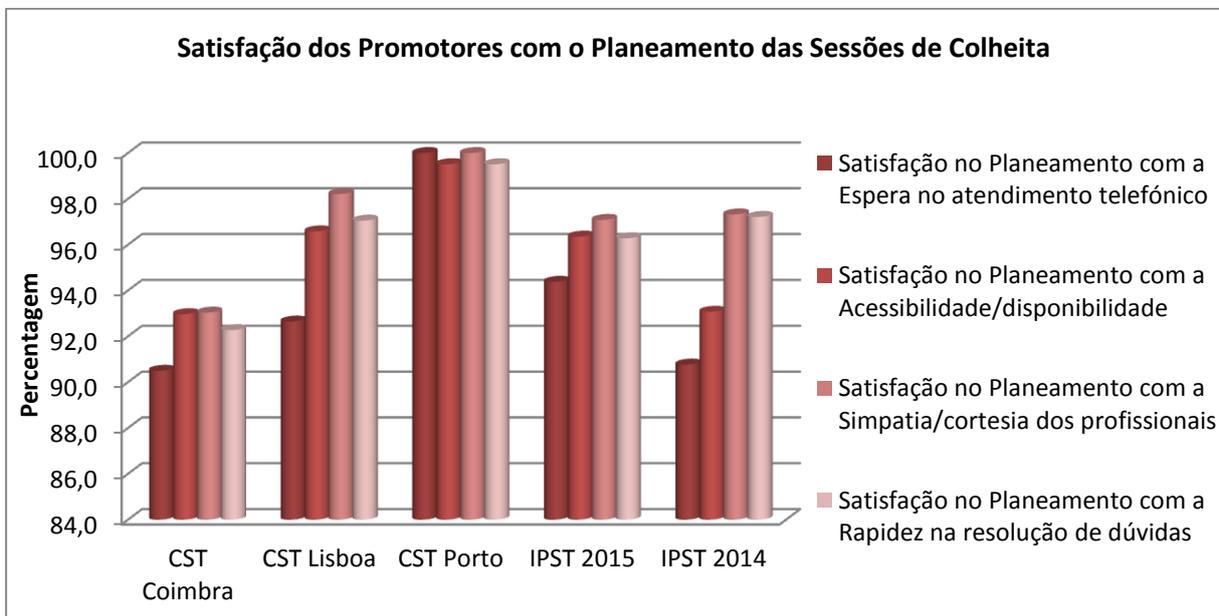
Quando analisamos o tempo decorrido desde a hora de chegada da equipa ao local de realização da SC até ao início da primeira colheita, as equipas precisam de cerca de 20 a 30 minutos para preparar todo o equipamento necessário à realização da sessão de colheita, verificamos um decréscimo e uma aproximação significativa entre o CSTL com 29,4 minutos (37,2 minutos em 2014 e 42,1 minutos em 2013), com o CSTC com 26,7 minutos (28,5 minutos em 2014 e 29,1 minutos em 2013) e com o CSTEP com 20,8 minutos (18,0 minutos em 2014 e 23,6 minutos em 2013). Embora todos os CST tenham diminuído o intervalo de tempo médio entre a chegada da equipa ao local de colheita e a 1.<sup>a</sup> colheita, é pertinente que este indicador seja analisado individualmente uma vez que existe uma multiplicidade de fatores inerentes à especificidade de cada CST.

Quanto ao **nível de satisfação** apurada em relação ao **planeamento das sessões móveis de colheita**, os índices de satisfação dos promotores são globalmente elevados. A observação da média permite concluir-lo: >90% estão satisfeitos ou muito satisfeitos em todos os parâmetros em avaliação para os CST, o IPST apresenta uma satisfação global superior a 95% (mantido em relação a 2014 e 2013) como se pode verificar no gráfico seguinte. Os casos que se afastaram da média devem ser avaliados individualmente por cada CST e reportado a

tomada de ações ao IPST. A análise destes casos permite avaliar oportunidades de melhoria nos nossos serviços.

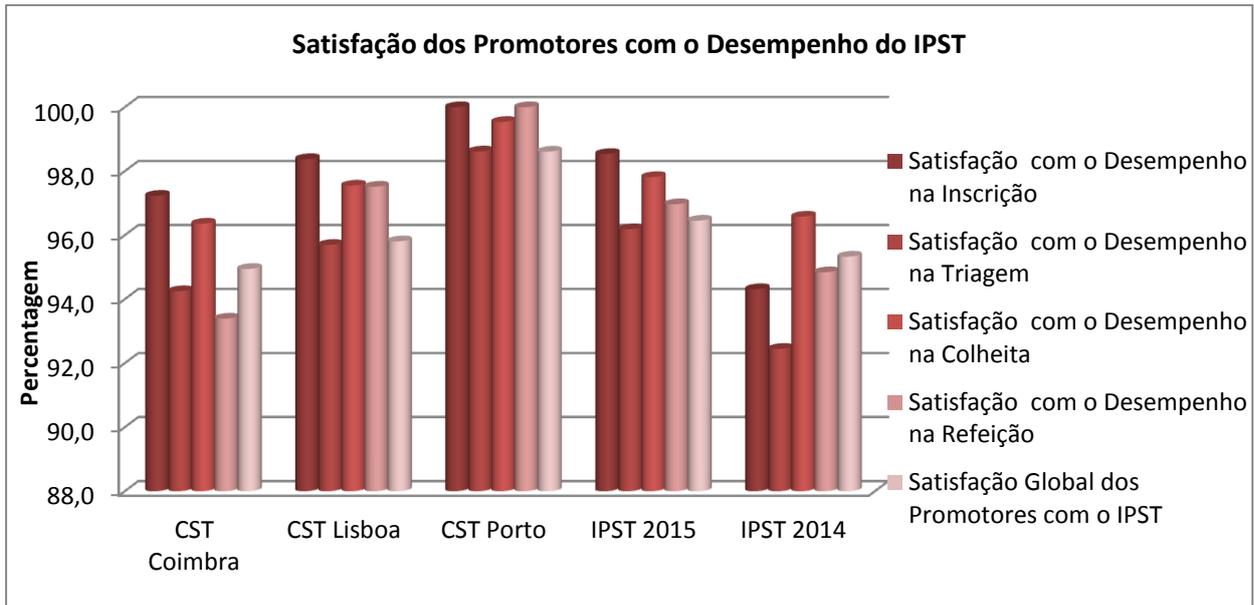
A análise individual de cada índice em avaliação mostra-nos que o índice que foi menos conseguido embora elevado para os 3 centros reporta-se ao atendimento telefónico superior a 90,5% em todos os CST (90,8% em 2014) como se pode verificar no gráfico seguinte. Assistimos a uma melhoria na satisfação global média em relação com a acessibilidade e disponibilidades dos profissionais na área do planeamento das SC com 96,4% (93,1% em 2014). Constatamos uma manutenção da satisfação em relação com a Simpatia/Cortesia com 97,1% (97,3 em 2014) e com a rapidez na resolução de dúvidas com 96,2% (97,2% em 2014).

Gráfico 39- Índices de satisfação dos promotores com o Planeamento



Da análise da avaliação da satisfação com o desempenho dos profissionais do IPST verificamos uma satisfação globalmente elevada, se comparamos os três Centros de Sangue e Transplantação entre si em relação ao nível de satisfação quanto ao desempenho dos profissionais nas sessões de colheita, os índices de satisfação são globalmente elevados, superior a 95% em todos os itens em avaliação (90% em 2014).

Gráfico 40- Índices de satisfação dos promotores com o desempenho do IPST



Na avaliação global do desempenho podemos constatar uma melhoria global em relação ao ano anterior, verificamos também que não existem diferenças significativas entre os valores obtidos em cada um dos CST com uma avaliação em todos os itens superior 93,4% (92,4% em 2014), como se pode verificar no gráfico anterior.

Quando analisamos o desempenho de cada um dos itens verificamos uma melhoria significativa: a satisfação com o desempenho na inscrição apresenta-se com 98,5% (94,3% em 2014), a avaliação satisfação com a triagem foi de 96,2% (92,4% em 2014), a satisfação com o desempenho na área da colheita foi de 97,8% (96,6% em 2014) e na refeição de 97,0% (94,8% em 2014), como se pode ver no gráfico anterior. De acordo com os comentários/sugestões dadas podemos concluir que este desempenho foi afetado principalmente pelos tempos de espera e pela qualidade da alimentação.

## 10.4.Satisfação Clientes externos (Não Dadores)

Em 2015 foi mantida a metodologia única nos três CST de avaliação da satisfação de clientes externos iniciada em 2012, com introdução em 2014 do questionário “online”. Esta metodologia é comum à área do sangue e transplantação. O questionário foi enviado em final do mês de dezembro 2015, via correio eletrónico para todos os clientes externos do IPST.

### 10.4.1.Satisfação Clientes externos (Não Dadores) na Área do Sangue

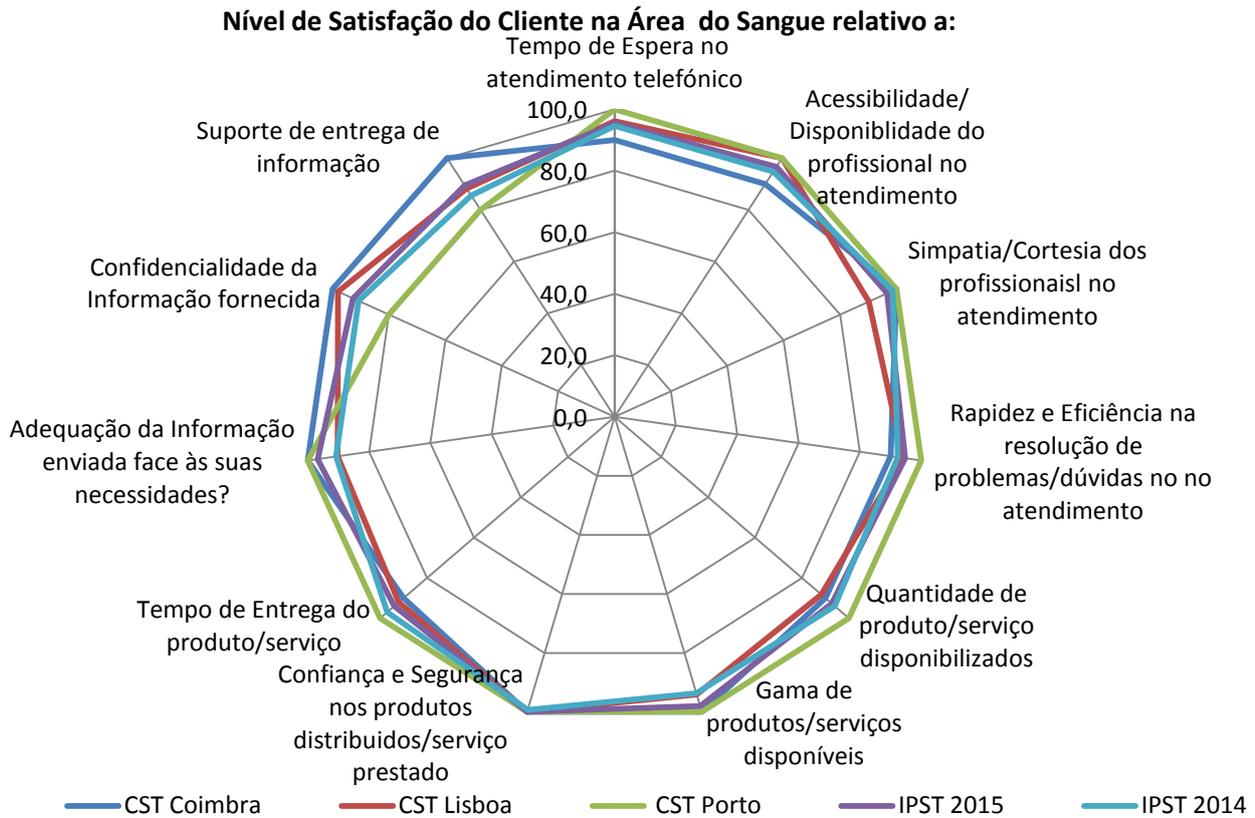
Mantida a metodologia única nos três CST de avaliação da satisfação de clientes externos de componentes sanguíneos; componentes sanguíneos e relatórios de resultados de análises e relatórios de resultados de análises. Em 2015 procedeu-se ao envio do questionário “online” a 139 clientes com uma taxa de resposta ao questionário de 47,3% (54,5% em 2014).

Gráfico 41- Taxa de resposta ao questionário da área sangue



Quando avaliamos a satisfação global média dos clientes externos como se verifica no gráfico seguinte, verificamos que esta é globalmente elevada com 95,2% (94% em 2014) como se pode verificar no gráfico seguinte, em todos os parâmetros em avaliação.

Gráfico 42- Satisfação global média dos clientes externos da área do sangue



Podemos verificar que a satisfação de clientes relativo ao:

- Tempo de espera no atendimento telefónico foi de 95,4% (94,6% em 2014);
- À acessibilidade/disponibilidade do profissional no atendimento é de 96,7% (94,8% em 2014);
- Simpatia/cortesia dos profissionais no atendimento é de 96,7% (98,6% em 2014);
- Na rapidez e eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento foi de 94,7% (92,4% em 2014);
- Na quantidade de produto/serviço disponibilizados foi de 92,7% (93,9% em 2014);
- Na gama de produtos/serviços disponíveis foi de 98,0% (93,7% em 2014);
- Na confiança e segurança nos produtos distribuídos/serviço prestado foi de 100% (99,3% em 2014);
- No tempo de entrega do produto/serviço foi de 94,1% (97,1% em 2014)
- Na adequação da informação enviada face às suas necessidades foi de 96,7% (90,8% em 2014);
- Na confidencialidade da informação fornecida foi de 92,7% (90,8% em 2014);
- No suporte de entrega de informação foi de 89,4% (85,6% em 2014).

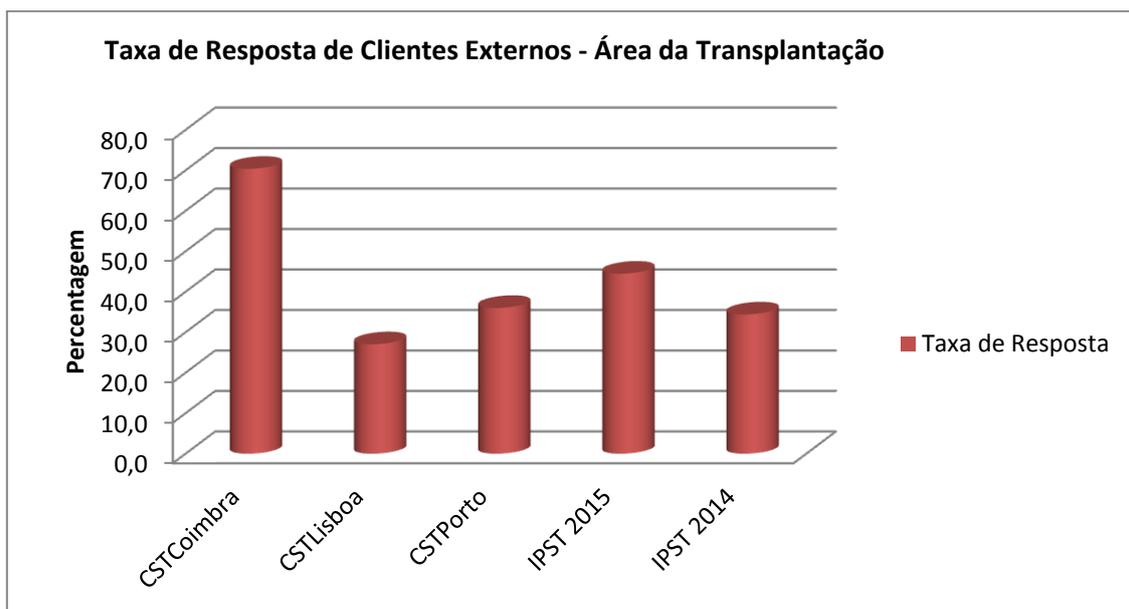
Os itens menos valorizados pelo cliente prendem-se com o suporte de informação disponibilizada, com a confidencialidade da informação fornecida e com a quantidade de produto/serviço disponibilizados.

O Gabinete de Gestão da Qualidade registou 15 reclamações por parte de clientes externos na área do sangue, da análise verificamos que 9 são por suspeita de hemólise, 3 por suspeita de erro na fenotipagem, 1 por discrepância de grupo, 1 por excesso da tara especificada, 1 por unidades de CE congeladas, efetuada análise de causas, efetuada correção e implementadas medidas corretivas, pelo que o objetivo foi atingido para este parâmetro.

### 10.4.2. Satisfação Clientes Externos (Não Dadores) na Área da Transplantação

Durante 2015 foi mantida a metodologia única nos três CST de avaliação da satisfação iniciada em 2012, no ano de 2014 procedeu-se à introdução do questionário “online” para clientes externos na área da transplantação, de relatórios de resultados analíticos, de centros de hemodialise, de clínicos, de serviço/unidade de aplicação de tecidos, de unidades de CEPH e gabinetes de coordenação de colheita. Foram enviados questionários a 114 clientes com uma taxa de resposta ao questionário de 44,5% (34,4% em 2014).

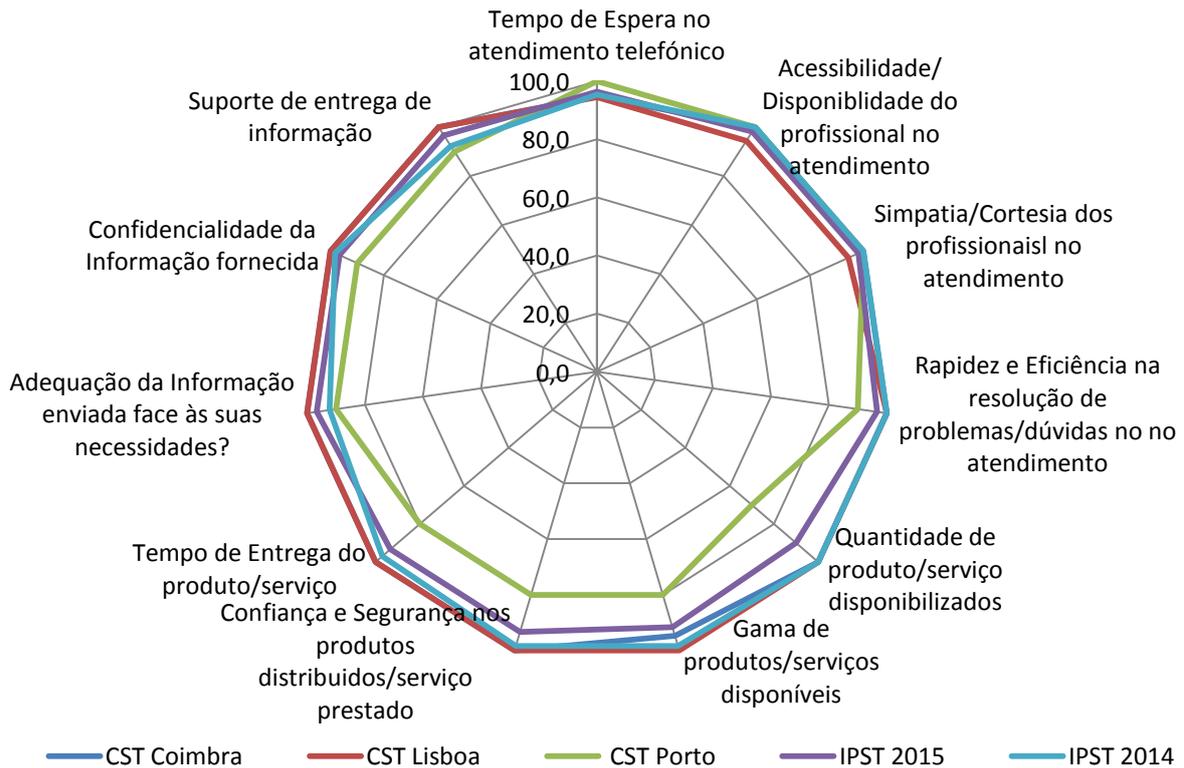
Gráfico 43- Taxa de resposta ao questionário da área transplantação



Quando avaliamos a satisfação global média dos clientes externos, podemos verificar no gráfico seguinte que esta é globalmente elevada é de 97,4%, em todos os parâmetros em avaliação.

Gráfico 44- Satisfação global média dos clientes externos da área da transplantação

Nível de Satisfação do Cliente na Área da Transplantação relativo a:



Podemos verificar que a satisfação de clientes relativo ao:

- Tempo de espera no atendimento telefónico foi de 96,4% (95% em 2014);
- À acessibilidade/disponibilidade do profissional no atendimento é de 98,1% (100% em 2014);
- Simpatia/cortesia dos profissionais no atendimento é de 98,1% (100% em 2014);
- Na rapidez e eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento foi de 96,7% (100% em 2014);
- Na quantidade de produto/serviço disponibilizados foi de 90,0% (100% em 2014);
- Na gama de produtos/serviços disponíveis foi de 91,6% (98% em 2014);

- Na confiança e segurança nos produtos distribuídos/serviço prestado foi de 93,3% (98% em 2014);
- No tempo de entrega do produto/serviço foi de 93,3% (97% em 2014);
- Na adequação da informação enviada face às suas necessidades foi de 96,7% (92% em 2014);
- Na confidencialidade da informação fornecida foi de 96,7% (98% em 2014);
- No suporte de entrega de informação foi de 96,7% (92% em 2014).

Dos itens menos valorizados pelo cliente prendem-se especialmente com a tempo de entrega do produto/serviço e com a quantidade de produto/serviço disponibilizados.

O Gabinete de Gestão da Qualidade não registou qualquer reclamação por parte de clientes externos na área da transplantação pelo que o objetivo foi atingido para este parâmetro.

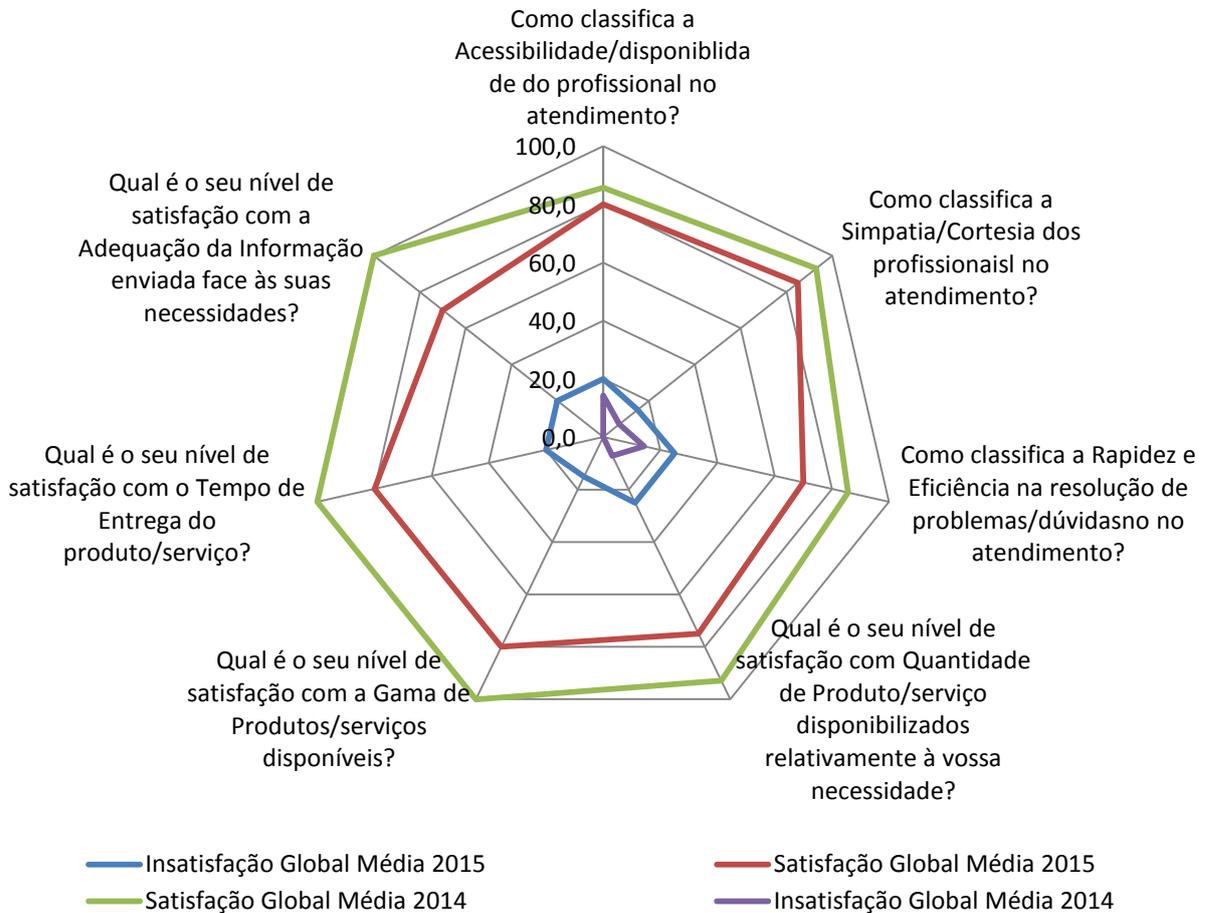
### **10.4.3. Satisfação Clientes Internacionais do CEDACE**

No ano de 2015 foi mantida a metodologia de avaliação da satisfação dos clientes internacionais do CEDACE iniciada em 2014. A metodologia implementada consistiu na aplicação do questionário de satisfação de clientes externos do IPST, em formato “online”, em língua inglesa, com as adaptações necessárias. O questionário foi enviado em final do mês de janeiro 2015, via correio eletrónico para todos os clientes internacionais que estabeleceram contacto com o CEDACE (50) dos quais responderam 20, perfazendo uma taxa de resposta ao questionário de 40% (28% em 2014).

Quando avaliamos a satisfação global média dos clientes internacionais podemos verificar que esta é globalmente elevada com 80% em todos os parâmetros em avaliação. No entanto, em 2015, observamos uma diminuição significativa em relação ao ano anterior. Em 2014 foi obtida uma avaliação da satisfação global média de 92,9% como se pode verificar no gráfico seguinte. Da análise de causas concluímos que a redução de recursos humanos nesta área de 50% (4 passou a 2 colaboradores) ao longo de 2015 afetou o desempenho deste processo, como se pode confirmar na avaliação dos indicadores de atividade, que sofreu um ajuste de métricas em julho de 2015, tendo em conta esta situação.

Gráfico 45- Avaliação da satisfação dos clientes internacionais do CEDACE

Nível de satisfação dos Clientes Internacionais do CEDACE



Podemos verificar que a satisfação de clientes internacionais relativo à:

- Acessibilidade/disponibilidade do profissional no atendimento, é de 80,0% (85,7% em 2014).
- Simpatia/cortesia dos profissionais no atendimento é de 85,0% (92,9% em 2014).
- Rapidez e eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento é de 70,0% (85,7% em 2014).
- Quantidade de produto/serviço disponibilizados relativamente à necessidade do cliente é de 75,0% (92,9% em 2014).
- Gama de produtos/serviços disponíveis é de 80% (100% em 2014).
- Ao tempo de entrega do produto/serviço é de 80% (100% em 2014).
- Adequação da informação enviada face às suas necessidades é de 70% (100% em 2014).

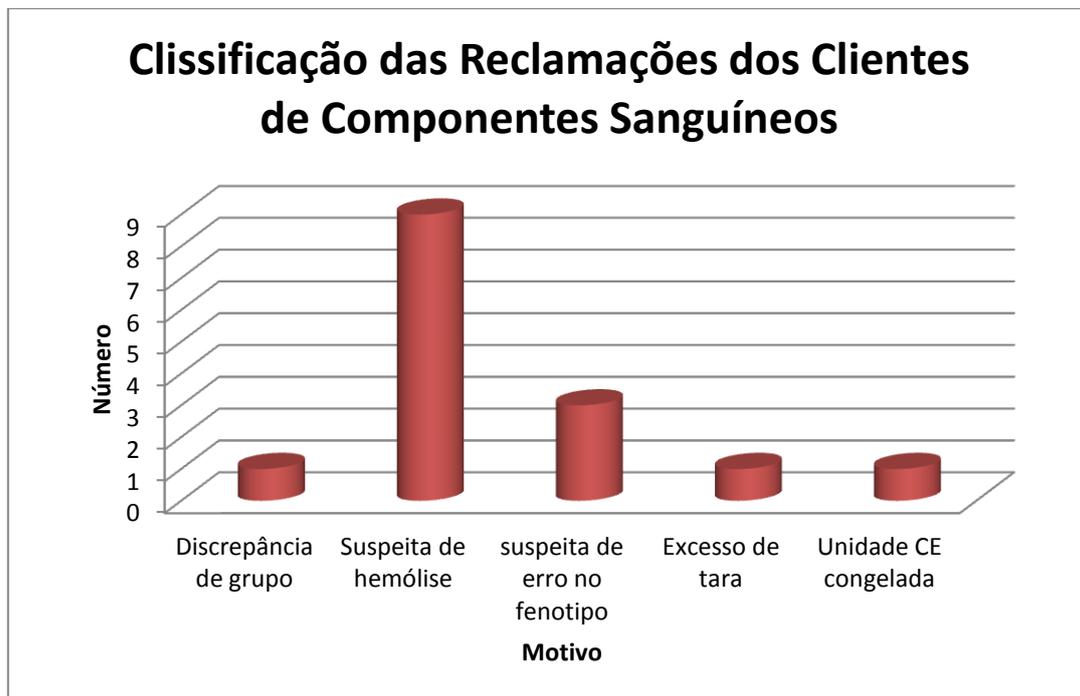
Os pontos menos valorizados pelo cliente prendem-se especialmente com a rapidez e eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento e com a adequação da informação enviada face às suas necessidades.

O Gabinete de Gestão da Qualidade não registou qualquer reclamação por parte de clientes internacionais pelo que o objetivo foi atingido para este parâmetro.

### 10.5. Reclamações

O Gabinete de Gestão da Qualidade registou 48 reclamações (35 em 2014 e 45 em 2013) 15 reclamações por parte dos clientes externos (clientes de componentes sanguíneos) 33 reclamações por parte de doadores de sangue (mais 28,6% de reclamações que no ano 2014), no gráfico seguinte podemos observar a classificação das reclamações por parte dos clientes de componentes sanguíneos.

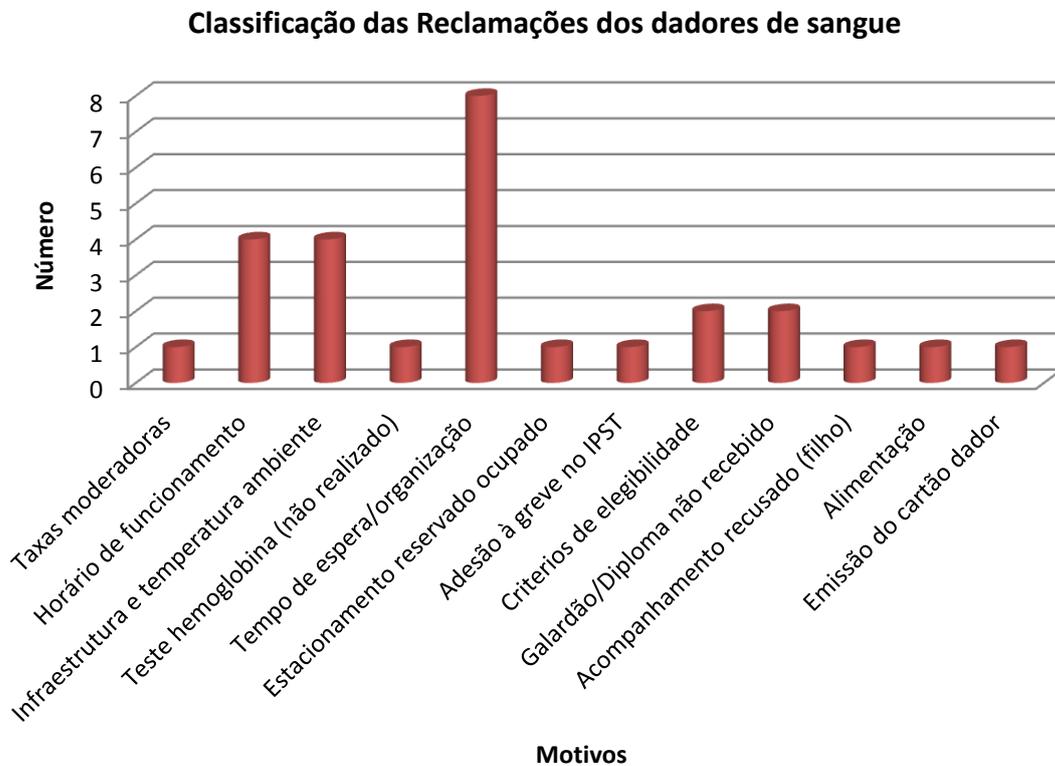
Gráfico 46 - Classificação das reclamações I



Da análise das reclamações dos clientes de componentes sanguíneos, verificamos que existem várias causas que geram maior número de reclamações, com maior representatividade surge o número de devoluções em 2015 por suspeita de hemólise. Todas

as reclamações tiveram análise de causas, correção e ações corretivas e resposta aos dadores, pelo que o objetivo foi atingido.

Gráfico 47- Classificação das reclamações II



Da análise das reclamações verificamos existirem várias motivações que geram um maior número de reclamações por parte dos dadores de sangue, com maior representatividade temos o tempo de espera/organização, o local da sessão de colheita às instalações (Infraestrutura e temperatura ambiente) e o horário de funcionamento. Todas as reclamações tiveram análise de causas, correção e ações corretivas e resposta aos dadores, pelo que o objetivo foi atingido.

## 10.6. Avaliação / Qualificação de Fornecedores de Produtos e/ou Serviços para os Processos de Realização

Em 2015 foi mantida metodologia de avaliação de fornecedores, segundo os requisitos da norma NP:EN:ISO 9001:2008, a qualificação de fornecedores é efetuada através da aplicação de gestão das compras “Glantt”, todos os fornecedores de produtos e serviços obtiveram qualificação de acordo com o objetivo de 2015.

Tabela 7- Avaliação de fornecedores (2015)

<i>Nome Fornecedor</i>	<i>Qualificação</i>	<i>Nome fornecedor</i>	<i>Qualificação</i>
2045-EMPRESA DE SEGURANCA	100	BURÓTICA-Sociedade de Estudos	100
2ES Engenharia Electromecânica	100	CAMARA MUNICIPAL COIMBRA	100
3H Comunicação & Marketing, Ld	100	Cannon Hygiene Portugal	100
ABBOTT Laboratórios, Lda.	100	CANON PORTUGAL, S.A.	100
ACMJ-Associação Cultura e Música	100	CASA BASTAO	100
ADVANCED PRODUCTS PORTUGAL, Ld	100	CASA DO MARQUÊS-HOTELARIA, S.A	100
AEMITEQ-Associação para a Inov	100	Casa Joãozinho	100
AGA-Álcool e Géneros Alimentar	100	CERTAME VIRTUAL, UNIPESSOAL, L	100
AIR LIQUIDE MEDICINAL, SA	100	Certifiltra	100
ALBINO DIAS ANDRADE,LDA	100	CERTILAB-Serv. Assist. Téc. a	100
ALFAGENE-Novas Tecn. das Cienc	100	Charuben-Consultadoria Informá	75
ALTRONIX-SIST. ELECTRON. LDA	75	CIFIAL-C.IND.FERRAGENS,SA	100
Ambimed - Gestão Ambiental, Ld	100	CISION PORTUGAL, S.A.	100
AMERICAN APPRAISAL	100	CITOMED-Equip. e Reagentes Lab	100
Anastácio Saldanha	100	CLIMÁBITUS-Manutenção e Climat	100
ANTICIMEX-Soc. Desinfecção e D	100	Clinifar	100
ANTONIO TRINDADE-Engenheiro El	100	COFIPLAN-Gestão, Coordenação e	100
ANTÓNIO TRINDADE-Serviços de E	100	COMANSEGUR-Segurança Privada,	100
APCER-Associação Portuguesa de	100	COMERCIAL RAFER, S.L. (SUCURSA	100
APH, Artigos de Provisionament	100	CONCESSUS, S.A.	100
ARS Plus-António Revez da Silv	100	CONDEIXAGAS, LDA.	100
ARTUR JORGE LAGINHA PARAISO	100	COPIDATA, S.A.	100
B. BRAUN Medical, La	100	CPCIS-COMP.PORT.COMP.INF.SIST	100
BARRAQUEIRO TRANSPORTES, S.A.	75	Cristiana Alexandra Ferreira M	100
BASEDOIS INFORMATICA E TELEC	100	CYBERGAL-Gestão, Informática e	75
BD - Becton Dickinson, S.A.	100	D&D-Desentupimentos e Desinf.,	100
BECKMAN COULTER	100	DATA LABEL PORTUGAL, Lda.	100
BELTRÃO COELHO-Sistemas de Esc	100	DESENTOP AMBIENTE, Lda.	75
BIGANCESTORS-Serviços Farmacêu	100	DESMIWATER	100
BIOEXPRESS-Atividades Postais	100	DGCI	100
Biognóstica	100	DIAGNOSTICA LONGWOOD, SL - Suc	100
Biomérieux Portugal Ida	100	DIAMANTINO RUI DA SILVA CABANA	100
BIOPORTUGAL-Quimico, Farmaceut	100	Diamed Portugal	100
Bio-Rad Laboratories Lda	100	DOMÓTICA SGTA, Lda.	100
BMVIV, Lda	100	DOUBLET PORTUGAL, Lda.	100
		<b>Nome Fornecedor</b>	<b>Qualificação</b>
		ECV	100
		EDNI-Empresa Distribuidora Mat	100

EDP Comercial	100	INEM	100
Electro Alegre	100	INFARMED	100
Electrolumen-Com. e Inst. de A	75	INFOCONTROL-Electrónica e Auto	100
ELECTRO-REFRIGERAÇÃO VALENTIM,	100	INFORMÁTICA EL CORTE INGLÊS, S	100
ELNOR-Equipamentos Técnicos e	100	INTERFACE-equipamento e Técnico	100
EMBALCER, Lda.	100	INTERLIMPE-Facility Services,	100
EMILIO DE AZEVEDO CAMPOS, S.A.	100	ISETE - Inovação, soluções eco	100
ENKROTT-Gestão e Tratamento de	100	ISQ - Instituto de Soldadura e	100
ENTRADA PRINCIPAL-Construções,	100	ITISE	100
ENZIFARMA-Diagnóstica e Farmac	100	J.Tiçã - Instalações Tec. Esp	100
ESCALATUR - Viagens e Turismo	100	JET COOLER (FONTE VIVA), S.A.	75
ESTORES AR-LINDO	100	JOÃO CIPRIANO & ASSOCIADOS, SR	100
EUREST (PORTUGAL)-Sociedade Eu	100	JOÃO MANUEL ROLO DE OLIVEIRA	100
EUROCASMEDICA, S.A.	100	Johnson & Johnson, Lda	100
EUROTUX Informática, SA	100	JORGE MENDES,LDA	100
EXTINTEL-Segurança Contra Incê	100	Jorge Soares Etiquetas	100
EZEQUIEL PANÃO JORGE, Lda.	100	JOVEFIJAR-Sociedade de Jardina	100
F3M-Information Systems, S.A.	100	JUSTPLAN-Engenharia e Serviços	100
FACTOR PLUS-Produtos Médicos e	100	KAISER + KRAFT	100
FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS	100	KAMEDICAL, Lda.	100
FARCOL- Proteção industrial, L	100	KONE Portugal-Elevadores, Lda	100
FARDIFOGO-VEST.EQUIP.PROTEC.	75	Konica Minolta	75
FCT-Fundação para a Ciência e	100	LABESFAL, Laboratórios Almiro,	100
Filipa Alexandra Martins Rodri	100	LABLAD- Tito & Fidalgos, Lda.	100
Fisher Scientific	75	Labocontrole	100
FRESENIUS KABI PHARMA PORT.LDA	100	LABOSISTEMA	100
FRILABO II, LDA.	100	LACTOGAL-PROD.ALIMENTARES	100
Futurlab Material de Laboratór	100	LCPOWER - LUÍS CARNEIRO, SOLUÇ	100
GALP POWER, S.A.	100	LEASE PLAN PORTUGAL-Comércio e	100
GALP-Petroleos de Portugal, S.	100	LEICA MICROSISTEMAS-Instrument	100
GARAL-Gabinete Técnico Comerci	100	Life Technologies Europe BV Suc	100
Gasin II - Gases Industriais,	100	LINDE SOGÁS, Lda.	100
Glintt HS Portugal	100	LUIS CARVALHO NEVES & ASSOCIAD	100
GLOBAL 2 - Segurança Total, Ld	100	LUSOCER-Sociedade de Represent	100
GLOBLEC-Com. Mat. Electricos,	100	LUSOPALEX, LDA	100
GRIFOLS PORTUGAL-Produtos Farm	100	Lyreco Portugal, SA	100
GRUPO TAPER-Equip. de Precisão	100	Manuel Rui Azinhais Nabeiro (D	75
GUNNEBO PORTUGAL, S.A.	100	MARKA LDA	100
HANNA INSTRUMENTS - INSTRUMENT	100	MEDICALCONSULT, Sociedade Unip	100
HEMOVISION, Lda	100	MENARINI Diagnósticos, Lda.	100
Hikma Farmacêutica (Portugal),	100	MEO-SERVIÇOS DE COMUNICAÇÕES E	100
HORIBA ABX SAS - PORTUGAL	100	METEORO-Sociedade Técnica Meta	100
I.L.C. Serviços, Lda.	75	Miele	100
I.L.C.-Inst. de Laboratório e	100	MOLLITIA-Com. Prod. Médicos Fa	100
IBERENT-Rent a Car	100	Montisantos, Lda	100
IBERLAB & IMUNOREAGE-Soluções	100	MUNDISAN-PAPEIS PROD.HIGIENE	100
IBERLIM-Sociedade Técnica de L	100	N VENDING LDA	100
IBEROBUS-Transp. Passag. Autoc	100	Neo Frank-Equipamentos e Servi	100
IDONIC, Lda.	100	NESTLE PORTUGAL, S.A.	100
IMMUCOR Portugal-Diagnósticos	100	NESTLÉ WATERS DIRECT PORTUGAL,	75
<b>Nome do fornecedor</b>	<b>Qualificação</b>	NORCONCESSUS-Equip. de Laborat	100
Imprensa Nacional Casa da Moeda	100		

<b>Nome Fornecedor</b>	<b>Qualificação</b>		
NORMAX-Fab. Vidros Científicos	100	SARAGOÇA DA MATTA & SILVEIRO D	100
OLMAR-Artigos de Papelaria, Ld	100	SARSTEDT, Lda.	100
Olympus Portugal - Opto-Digita	100	SAUTER IBÉRICA, SA (Sucursal e	75
ONITELECOM-Infocomunicações, S	100	SCHNEIDER ELECTRIC PORTUGAL-Ap	100
OTIS Elevadores, Lda.	100	Seabra Serviço Unipessoal, Lda <sup>a</sup>	100
OVERPHARMA-Produtos Médicos e	100	SERRALUZ-Instalações Eléctrica	100
Oxvital	100	SERVISAN-PROD.HIGIENE SARL	100
Paul Hartmann, Lda	100	SIEMENS HEALTHCARE DIAGNOSTICS	100
PAULO S.CONDE,LDA	100	Sigma	100
PINTO & CRUZ-Elevadores e Inst	100	SINASE-REC.HUM.EST.E DES.EMPR.	75
PINTO & CRUZ-Instalações e Man	100	SINTIMEX-SOC.INT.IMP.E EXP.,	100
PINTO & CRUZ-Motores e Equipam	100	SKYROS II - CONGRESSOS, Lda	100
POLIMONTA, Lda.	100	<b>Nome Fornecedor</b>	<b>Qualificação</b>
PORNOVA-Portas e Automatismos,	75	SLATEGREY-Instrumentos de Cont	100
PRAXAIR PORTUGAL-Gases, S.A.	100	SOC. PORTUENSE DE DROGAS, S.A.	100
Prestibel	100	STANLEY SECURITY PORTUGAL, Uni	100
PROCLINICA-Equip. e Produtos C	100	STAPLES OFFICE CENTRE	100
PROHS-Equip. Hospitalar e Serv	100	STEMCELL TECHNOLOGIES	100
PROSEGUR-Companhia de Seguranç	100	STERYL-SER, Lda.	100
PT ACS-Associação de Cuidados	100	STET-Sociedade Técnica de Equi	100
PVL - Produtos para Laboratóri	100	STRONG - SEGURANÇA, SA	100
QUADRICARD, Lda.	75	SUCH-Serviço de Utilização Com	100
Quidgest	100	SUPPLYLAB, LDA	100
QUILABAN-Química Laboratorial	100	TANAGRA-Empreiteiros, Lda.	100
Reagente 5 - Química e Electró	100	TERMOPOR-Indústrias Térmicas d	100
REDINSPAL-Consultadoria e Insp	100	TOYOTA CAETANO PORTUGAL, S.A.	100
REINALDO FERNANDES HIGINO, Uni	100	Tradelabor	100
RELVASOL-Construção e Manutenç	100	Triambiente	100
RENAULT RETAIL GROUP PORTUGAL,	100	UCLA - Immunogenetics Center	100
Rentokil	100	URBANOS SOLUÇÕES, S.A.	100
REXEL-Distribuição Material EI	100	VACUETTE PORTUGAL, S.A.	100
Rico Jardim, Lda	100	VELINDRE NHS TRUST GENERAL-VEL	100
RICOH PORTUGAL, Unipessoal, Ld	100	VEOLIA PORTUGAL, S.A.	100
ROCHE SISTEMAS DIAGNOSTICO,LDA	100	Vidrolab2	100
RODOVIARIA DA BEIRA LITORAL,SA	100	Vigilarme-Sistemas de Seguranç	100
RUPAUTO, Automóveis de Aluguer	100	VODAFONE PORTUGAL-Comunicações	100
SAFEBOX - GESTÃO CUSTODIA ARQU	100	VWR International-Material de	100
SAFETY ÁGUEDA-Materiais de Inc	100	WERFEN PORTUGAL, Lda.	100
Samsic Facility Services, SA	100	WMDA-World Marrow Donor Associ	100
Sanofi - Produtos Farmaceutic	100	ZM Way, Lda	100

## 11. Avaliação do Sistema de Controlo Interno

O IPST, IP tem implementada uma abordagem por processos de acordo com a ISO 9001:2008 desde 7 de janeiro de 2013, a qual está certificada pela Associação Portuguesa de Certificação (APCER). O sistema de gestão da qualidade corrente reuniu os sistemas em vigor antes da fusão do Instituto Português do Sangue, Centros de Histocompatibilidade e Serviço de Imunohemoterapia do Laboratório Regional de Saúde Pública Dra. Laura Ayres. Existem contactos regulares entre a direção e os dirigentes das unidades orgânicas, quer a nível central, quer regional:

- Nos Serviços Centrais (SC) são realizadas reuniões periódicas ou extraordinárias de acompanhamento e supervisão utilizando “*dashboard*” sendo registadas em relatório;
- Nos Centros de Sangue e Transplantação CST são realizadas com todos os dirigentes, reuniões mensais de monitorização dos objetivos planeados sendo suportadas e controladas pelo Gabinete de Gestão da Qualidade, visando sustentar a adequada gestão das atividades para que os objetivos aprovados pelo Conselho Diretivo possam ser atingidos tal como planeados.

### 11.1. Planeamento, monitorização e melhoria

Em todos os instrumentos de gestão, O IPST definiu missão, visão e valores para regerem o serviço (Planos Estratégicos e Planos de Atividades), assim como assumiu uma política de formação do pessoal para garantir a adequação do mesmo às funções e complexidade das tarefas, materializada no Plano de Formação anual.

Foram definidos e estabelecidos os contactos regulares entre a direção e os dirigentes das unidades orgânicas, cujas decisões são lavradas em ata devidamente datada.

A “estrutura organizacional” estabelecida obedece às regras definidas legalmente, e que constam do Manual de Qualidade.

São enviados relatórios anuais SIADAP 2 e 3 para a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde onde constam os dados relativos ao universo de trabalhadores passíveis de avaliação (com exceção dos trabalhadores integrados na carreira especial médica e de enfermagem cujo processo de implementação transitou para o ano em curso).

As “atividades e procedimentos de controlo administrativo implementados no serviço” contemplam manuais de procedimentos internos, estando todos os procedimentos documentados organizados por processos ou metodologias de suporte. A competência para

autorização da despesa está definida e formalizada pela delegação de competências do Conselho Diretivo e delegação de competências do Diretor do DPGPF. Anualmente é elaborado um plano de compras e aprovado pelo Conselho Diretivo.

As responsabilidades funcionais pelas diferentes tarefas, conferências e controlos estão definidas e formalizadas em registos. Uma mesma função poderá reunir várias carreiras, tal como acontece com a função “Operador de Laboratório Clínico”. Os fluxos dos processos, centros de responsabilidade por cada etapa e padrões de qualidade mínimos estão definidos no documento MQ.1.1.9 “Manual da Qualidade”, estando os circuitos dos documentos definidos de forma a evitar redundâncias no MS.42.1.6 “Controlo Documental e de Registos”. O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, aprovado em Outubro de 2014 (PO 51.2.1.), sendo executado e monitorizado.

O Conselho Diretivo definiu um conjunto de ações de melhoria a implementar:

- a) Manter o número de auditores internos no âmbito da ISO 9001 durante 2016;
- b) Implementar uma auditoria piloto ao controlo interno da administração pública;
- c) O planeamento das atividades anuais resultar do desdobramento de resultados e a monitorização, da agregação de resultados. Tal pode ser verificado em relatórios mensais de revisão pela gestão. O Conselho Diretivo acedeu aos desempenhos das Unidades Orgânicas com base no preenchimento dos formulários de desempenho, disponibilizados para o efeito;
- d) Dar continuidade ao sistema de monitorização através de “dashboards” e relatórios mensais;
- e) A melhoria, nomeadamente, através da integração das TIC e da implementação de um Sistema de Apoio à Decisão para facilitar a adaptação das decisões em função dos desvios verificados;
- f) Programa de benchmarking;
- g) Utilização de um ciclo de gestão anual e plurianual que relacione planeamento e operações.

## **11.2. Avaliação do Sistema de Controlo Interno (SCI)**

O sistema de controlo interno (SCI) foi avaliado com base nas respostas no registo “Avaliação dos Serviços - Linhas de Orientação Gerais”. O “ambiente de trabalho” tem definidas as especificações técnicas do sistema de controlo interno sendo efetuada internamente uma verificação efetiva sobre a legalidade, regularidade e boa gestão.

As equipas de controlo e auditoras integram profissionais com habilitação necessária para o exercício da função, nomeadamente formação em auditorias, treino como observadores de auditorias, sendo todos os candidatos a auditores avaliados. Em 2015 o IPST tinha sete auditores ativos no âmbito da ISO 9001, um auditor no âmbito da ISO/IEC 17025 e ISO 15189 e um auditor de controlo interno da administração pública.

### **11.2.1. Controlo através das auditorias internas**

A verificação da conformidade do SGQ é verificada internamente através da realização de auditorias independentes, onde as equipas auditores não são constituídas por auditores do Centro a auditar. O programa de auditorias internas abrangeu toda a abordagem por processos e metodologias de suporte, resultando um relatório com não conformidades e oportunidade de melhoria, se relatadas, e com a verificação da eficácia das ações corretivas e ações preventivas anteriores às auditorias. Foram programadas cinco auditorias internas para 2015, tendo sido cumprido o programa.

### **11.2.2. Controlo através das auditorias externas**

O IPST foi objeto de ações de auditoria pela APCER relativamente para a renovação do ciclo trianual da abordagem por processos. No presente o âmbito da certificação do sistema de gestão da qualidade está “implementado na promoção da dádiva nas Áreas Funcionais do Sangue e da Transplantação”; estando na “Área Funcional do Sangue: a) Colheita, processamento, armazenamento, distribuição e disponibilização de componentes sanguíneos humanos; b) Testes laboratoriais de imunohematologia de rotina e urgência; testes laboratoriais de rastreio serológico e genómico para agentes infecciosos, testes laboratoriais de imunologia plaquetária; c) Controlo de qualidade de componentes sanguíneos”. Na “Área Funcional da Transplantação: a) Testes laboratoriais de imunogenética/genética, testes laboratoriais de imunobiologia, testes laboratoriais de citometria de fluxo, testes laboratoriais de rastreio de agentes transmissíveis, testes laboratoriais de suporte à transplantação de órgãos, tecidos e células, medicina regenerativa e a outras áreas da patologia; b) Processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos de origem humana; c) Processamento, preservação, armazenamento e distribuição de células de sangue do cordão de origem humana; d) Gestão do CEDACE.”

O relatório da última auditoria realizada de 12 a 14 de maio pela APCER, referenciada internamente como 4/2015, sumariza-a: “O Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST), tem implementado um sistema de gestão da qualidade (SGQ) que cumpre, na generalidade os requisitos da norma de referência. De realçar o compromisso do Conselho Diretivo (CD) nomeadamente providenciando atempadamente os meios humanos e materiais necessários à manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) e à sua melhoria contínua, na participação na revisão do sistema e nesta auditoria. Durante o ciclo de certificação o IPST efetuou a fusão dos Centros e estendeu a abordagem por processos às áreas da transplantação dos CST de Coimbra e do Porto, incluindo o serviço de sangue do Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve Dra. Laura Ayres na área do sangue do CST de Lisboa encontrando-se o SGQ em fase de consolidação.

#### PONTOS FORTES DO SISTEMA:

- Competência técnica demonstrada por todos os colaboradores auditados
- Equipamentos disponíveis
- Competência na área da metrologia o que lhe permite realizar a calibração/ensaio de muitos dos equipamentos existentes nos CST
- Empenho do Gabinete da Qualidade e Gestores da Qualidade dos Centros na sensibilização dos requisitos do sistema
- A existência de serotecas - ex.: Laboratório de Doenças Transmissíveis (CSTLisboa) com amostras de soros e plasmas, conservadas em arcas a -80 °C e identificadas por marcador específico - ex.: HIV positivo, INNOLIA positivo, bem como outras situações.

#### CONCLUSÕES DA AUDITORIA:

A Equipa Auditora considera que estão reunidas as condições para a renovação da certificação do SGQ em avaliação, desde que sejam desenvolvidas as ações necessárias para assegurar a resolução das constatações identificadas. (...).”

As constatações do relatório da APCER de foram analisadas e registadas na base de dados de auditorias e inspeções.

### 11.2.3. Controlo das reclamações

Entre 16 de fevereiro de 2012 e 31 de dezembro de 2015 registaram-se 389 reclamações, estando 337 finalizadas, representando uma taxa de finalização de 87%.

De forma genérica o tratamento de reclamações é sistematicamente efetuado, visando a melhoria da satisfação dos clientes do IPST, principalmente dadores.

#### **11.2.4. Controlo da avaliação da satisfação dos clientes**

É consistente a forma como se realiza a avaliação da satisfação dos clientes, principalmente dadores de sangue e medula, doentes em lista para transplante e familiares/dadores, clientes institucionais e promotores das sessões de colheita.

#### **11.2.5. Controlo da utilização da marca de certificação**

Não foi detetada qualquer situação abusiva quanto à utilização das marcas da certificação.

#### **11.2.6. Controlo da formação**

O Conselho Diretivo reconhece grande importância à formação dos profissionais, implementado uma política de formação para assegurar que as matrizes de competência se mantêm adequada às atividades presentes assim como os desafios que surgem no âmbito destas atividades. O planeamento da formação é revisto e autorizado anualmente pelo Conselho Diretivo no Plano de Formação do IPST, IP.

#### **11.2.7. Acompanhamento do seu próprio desempenho**

O acompanhamento acontece fundamentalmente através das reuniões periódicas com as direções dos CST, como já foi referido, sendo registado o balanço anual neste Relatório de Atividades. Este Capítulo sumariza o tratamento dos dados na perspetiva do sistema de controlo interno. Informação complementar a este Capítulo encontra-se neste Relatório de Atividades. A Tabela 8 apresenta a avaliação ao sistema de controlo interno de acordo com o Anexo A “Avaliação dos serviços - Linhas de orientações gerais”, Documento Técnico n.º 1/2010 da Direção Geral da Saúde.

Tabela 8- Avaliação do sistema de controlo interno do IPST, IP - 2015

Questões	Aplicado			Fundamentação/Evidência
	S	N	NA	
<b>1 – Ambiente de controlo</b>				
1.1 Estão claramente definidas as especificações técnicas do sistema de controlo interno?	X			Abrange toda a atividade financeira, visando a eficácia e eficiência, cobrindo as suas diversas etapas ou fases, estende-se aos diversos atos e operações em que se desdobra, na dependência hierárquica do Estado. As especificações técnicas estão documentadas no Plano de Atividades, Relatório de Atividades e Relatório de Gestão.
1.2 É efetuada internamente uma verificação efetiva sobre a legalidade, regularidade e boa gestão?	X			Durante a prática corrente, caso algum dos profissionais verifique a não conformidade em qualquer atividade onde estes requisitos sejam aplicáveis, deverá relatar a ocorrência para tomada de ação. Durante as auditorias à abordagem por processos, estes requisitos são verificados, por amostragem. Durante 2016 realizar-se-ão auditorias administrativas e financeiras à gestão patrimonial e financeira.
1.3 Os elementos da equipa de controlo e auditoria possuem a habilitação necessária para o exercício da função?	X			As equipas de controlo e auditoras integram profissionais com habilitação necessária para o exercício da função, nomeadamente formação em auditorias, treino como observadores de auditorias e avaliação. O IPST tem sete auditores ativos no âmbito da ISO 9001, um auditor no âmbito da ISO/IEC 17025 e ISO 15189 e um auditor de controlo interno da administração pública.
1.4 Estão claramente definidos valores éticos e de integridade que regem o serviço (ex. códigos de ética e de conduta, carta do utente, princípios de bom governo)?	X			As atividades e gestão compreendem os valores éticos e de integridade, muitos dos quais regulamentados pela legislação portuguesa, tal como a legislação da contratação pública e a Lei n.º 67/98 para proteção de dados pessoais.
1.5 Existe uma política de formação do pessoal que garanta a adequação do mesmo às funções e complexidade das tarefas?	X			Os Centros de Sangue e da Transplantação e as unidades orgânicas participam ativamente no processo de elaboração do plano anual de formação através do levantamento das necessidades de formação dos diversos profissionais.
1.6 Estão claramente definidos e estabelecidos contactos regulares entre a direção e os dirigentes das unidades orgânicas?	X			Reuniões periódicas, nomeadamente semanais com os Responsáveis da DPRHF e DPGPF, agendamento de reuniões de trabalho sempre que justificado, envolvimento dos Diretores Técnicos e demais Dirigentes e Responsáveis no processo de tomada de decisão.
1.7 O serviço foi objeto de ações de auditoria e controlo externo?	X			Uma auditoria externa de terceira parte para renovação da certificação de acordo com a NP EN ISO 9001:2008 pela APCER, tendo sido renovada até 28 de maio de 2018, sendo reconhecida pela The International Certification Network (IQNet).
<b>2 – Estrutura organizacional</b>				
2.1 A estrutura organizacional estabelecida obedece às	X			Conforme <a href="#">Portaria nº165/2012</a> , de 22 de maio, que aprova os Estatutos do Instituto Português do Sangue

regras definidas legalmente?				e da Transplantação, I. P., e revoga a <a href="#">Portaria n.º 811/2007</a> , de 27 de julho. Conforme <a href="#">Decreto-Lei nº 39/2012</a> , de 16 de fevereiro que aprova a orgânica do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.
2.2 Qual a percentagem de colaboradores do serviço avaliados de acordo com o SIADAP 2 e 3?	X			Universo de trabalhadores passíveis de avaliação (com exceção dos trabalhadores integrados na carreira especial médica e de enfermagem cujo processo de implementação transitou para o ano em curso). São enviados reportes anuais para a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.
2.3 Qual a percentagem de colaboradores do serviço que frequentaram pelo menos uma ação de formação?	X			Cerca de 52,3% dos colaboradores frequentaram pelo menos uma ação de formação (internas e externas). Tendo tido um peso significativo as formações internas, principalmente no âmbito dos procedimentos da qualidade e de boas práticas laboratoriais.
<b>3 – Atividades e procedimentos de controlo administrativo implementados no serviço</b>				
3.1 Existem manuais de procedimentos internos?	X			Todos os procedimentos documentados estão organizados por processos ou metodologias de suporte, sendo controlados e disponibilizados em suporte eletrónico.
3.2 A competência para autorização da despesa está claramente definida e formalizada?	X			Delegação de competências do Conselho Diretivo e Delegação de competências do Diretor do DPGPF.
3.3 É elaborado anualmente um plano de compras?	X			Anualmente, o Plano de Compras é elaborado e revisto e aprovado pelo Conselho Diretivo.
3.4 Está implementado um sistema de rotação de funções entre trabalhadores?	X			Existe rotação de funções nas carreiras TACSP, Assistentes Técnicos e Assistentes Operacionais dos Centros de Sangue e Transplantação.
3.5 As responsabilidades funcionais pelas diferentes tarefas, conferências e controlos estão claramente definidas e formalizadas?	X			Designação e identificação dos responsáveis pelas diferentes tarefas/conferências e controlos.
3.6 Há descrição dos fluxos dos processos, centros de responsabilidade por cada etapa e dos padrões de qualidade mínimos?	X			Descrição no Manual da Qualidade - MQ.1.1.9 (com errata de 6 de maio de 2015)
3.7 Os circuitos dos documentos estão claramente definidos de forma a evitar redundâncias?	X			Descrição da metodologia de suporte: Controlo Documental e de Registos - MS.42.1.6
3.8 Existe um plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas?	X			Existe um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas aprovado pelo CD, em vigor desde 2 de outubro de 2014
3.9 O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas é executado e monitorizado?	X			Sim, mediante elaboração de relatório, sendo o último relatório de 16 janeiro 2015
<b>4 – Fiabilidade dos sistemas de informação</b>				
4.1 Existem aplicações	X			Na área da contabilidade e tesouraria existe o software

informáticas de suporte ao processamento de dados, nomeadamente, nas áreas de contabilidade, gestão documental e tesouraria?				Sistema de Informações Descentralizado de Contabilidade (SIDC), na área da faturação existe a aplicação Primavera para a área da transplantação e a aplicação Fact para a área do sangue e no aprovisionamento a aplicação Gestão de Materiais da Glintt. O controlo de documentos que não sejam registos é realizado em base de dados Sword Achiever para software IBM Lotus Notes.
4.2 As diferentes aplicações estão integradas permitindo o cruzamento de informação?	X			Sim, com exceção com a aplicação da Glintt.
4.3 Encontra-se instituído um mecanismo que garanta a fiabilidade, oportunidade e utilidade dos outputs dos sistemas?	X			Análise e conferência da informação gerada pelas aplicações da Área do Sangue e da Área da Transplantação. Está em desenvolvimento a reestruturação dos “outputs”.
4.4 A informação extraída dos sistemas de informação é utilizada nos processos de decisão?	X			O Conselho Diretivo utiliza informação dos sistemas informático na análise para suporte à tomada de decisões.
4.5 Estão instituídos requisitos de segurança para o acesso de terceiros a informação ou ativos do serviço?	X			As aplicações estão definidas de modo a só permitir entrada dos utilizadores identificados no sistema mediante nome do utilizador e palavra-chave,
4.6 A informação dos computadores de rede está devidamente salvaguardada (existência de backups)?	X			Existem arquivos das bases de dados assim como dos sistemas operativos.
4.7 A segurança na troca de informações e software está garantida?	X			Para as informações a segurança é garantida pelo IPSEC e a utilização do software está condicionada a credenciais de acesso.

## 12. Resultados de Auditorias

### 12.1. Inspeção pela DGS

**Indicador:** Manutenção da autorização.

**Objetivo 2015:** Manutenção das autorizações para os três Centros de Sangue e da transplantação de acordo com o Decreto-Lei n.º 267/2007, alterado pelo Decreto-Lei n.º 100/2011, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 185/2015 e Lei n.º 12/2009.

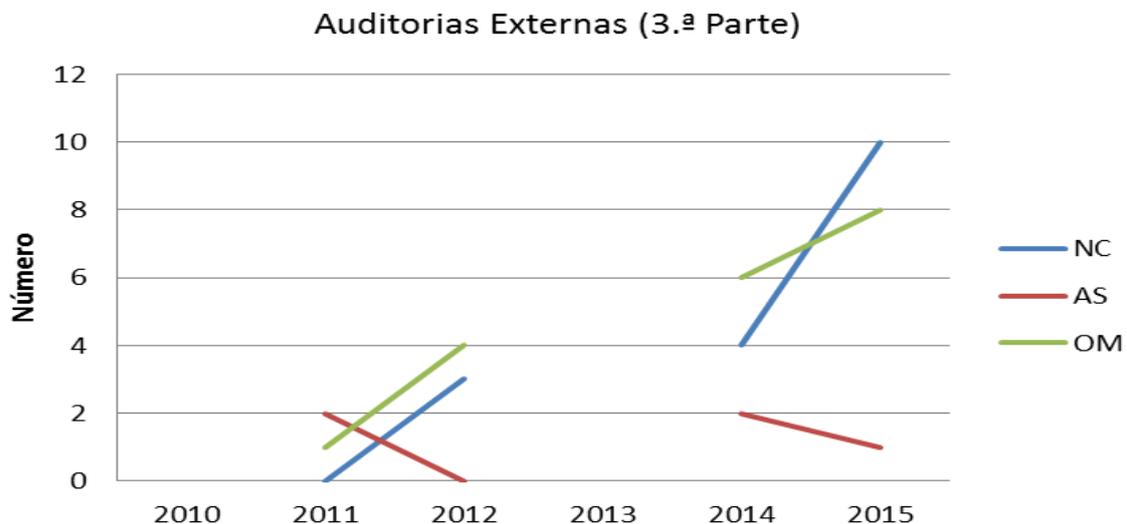
**Discussão:** Objetivo atingido (nota: houve inspeções pela DGS em dezembro de 2015) com renovação da autorização de funcionamento.

### 12.2. Auditoria Externa

**Indicador:** Plano de auditorias.

**Objetivo 2015:** Cumprimento do plano de auditorias e acompanhamento e extensão da abordagem de processos de acordo com a NP ISO 9001:2008/Cor 1:2009 pela APCER.

Gráfico 48- Auditorias Externas<sup>13</sup>

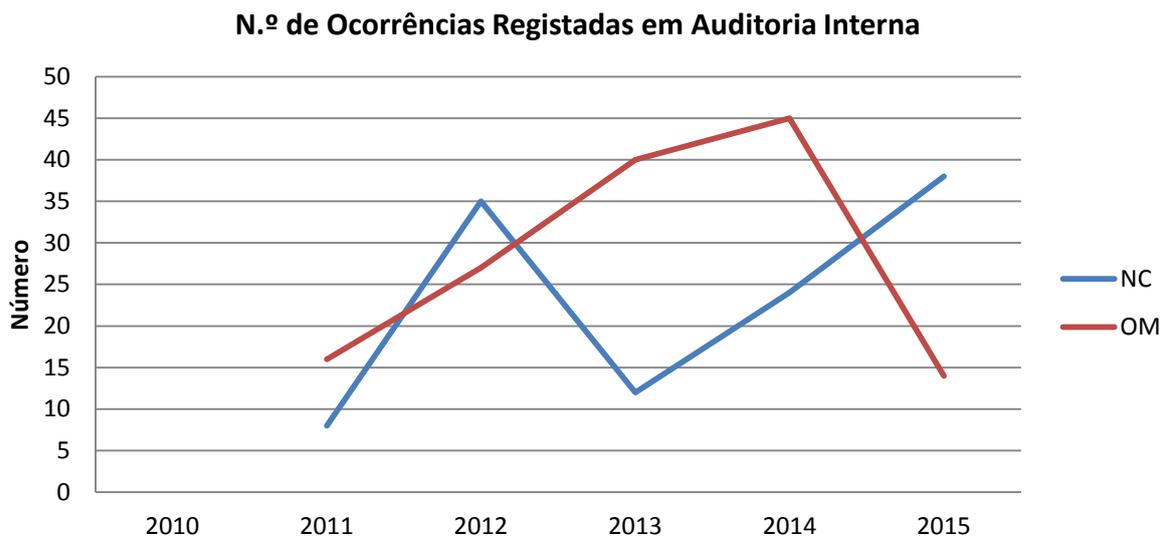


<sup>13</sup> NC – Não Conformidade; OM Oportunidade de melhoria; AS – Área Sensível

**Discussão:** Plano foi cumprido em 2015, (nota: em 2014 ocorreram duas auditorias de acompanhamento e extensão, em 2013 não ocorreu auditoria dado ter havido mudança significativas na localização de ensaios laboratoriais o que condicionaria a auditoria), o número de não conformidades e oportunidades de melhoria aumentou. Todas as ocorrências relatadas foram alvo de análise de causas, correção e ações corretivas/preventivas com resposta ao auditor, pelo que o objetivo foi atingido.

### 12.3. Auditorias Internas

Gráfico 49 - Nº Ocorrências - Auditorias Internas



**Indicador:** Plano de auditorias.

**Objetivo 2015:** Cumprimento do programa de auditorias

**Discussão:** Toda a abordagem por processos foi auditada. Nem sempre foi fácil a substituição de auditores por ausência forçada por motivo de doença, o que levou a alteração de datas. Correntemente estão dois futuros auditores no âmbito da ISO 9001 em formação. O número de não conformidades aumentou e o número oportunidades de melhoria diminuiu com o mesmo n.º de auditorias internas em relação ao ano anterior. Todas as ocorrências relatadas foram alvo de análise de causas, correção e/ou ações

corretivas/preventivas com seguimento da eficácia das ações empreendidas, pelo que o objetivo foi atingido.

## 12.4. Estado das Ações Preventivas e Corretivas

### Distribuição por grupo de causas

Distribuição por grupo de causas	N.º	%
Análise de dádivas x Defeito do produto - Outras	1	0,3%
Análise de dádivas x Falha de equipamento - Outras	3	0,9%
Análise de dádivas x Falha de equipamento - Teste de bacteriemia positivo, tendo o componente sido distribuído pelo serviço de sangue e administrado a um paciente	1	0,3%
Análise de dádivas x Outro - Outras	8	2,4%
Análise de dádivas x Outro - Teste de bacteriemia positivo, tendo o componente sido distribuído pelo serviço de sangue e administrado a um paciente	4	1,2%
Armazenamento x falha de equipamento - Outras	2	0,6%
Colheita de sangue total x Erro humano - Outras	9	2,7%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Condições de transporte inadequadas	1	0,3%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Outras	1	0,3%
Colheita de sangue total x Outro - Outras	11	3,4%
Distribuição x Defeito do produto - Outras	12	3,7%
Distribuição x Defeito do produto - Teste de bacteriemia positivo, tendo o componente sido distribuído pelo serviço de sangue e administrado a um paciente	2	0,6%
Distribuição x Erro humano - Outras	1	0,3%
Distribuição x Falha de equipamento - Distribuição de componente sanguíneo sujeito a procedimento de chamada, após informação pós-dádiva	1	0,3%
Humana - Comportamento assente em regras - Coordenação	2	0,6%
Humana - Comportamento assente em regras - Lapso	8	2,4%
Humana - Comportamento assente em regras - Monitorização	4	1,2%
Humana - Comportamento assente em regras - Verificação	6	1,8%
Humana - Comportamento assente na competência - Desempenho	5	1,5%
Humana - Comportamento assente no conhecimento	4	1,2%
Humana - Externa	14	4,3%
Materiais x Erro humano - Outras	1	0,3%
Materiais x Falha de equipamento - Outras	1	0,3%
Organizacional - Cultura	4	1,2%
Organizacional - Externa	23	7,0%
Organizacional - Prioridades de gestão	28	8,5%
Organizacional - Protocolos	19	5,8%

Organizacional - Transferência de conhecimento	5	1,5%
Outra causa	35	10,7%
Outros x Defeito do produto -Outras	17	5,2%
Outros x Defeito do produto -Teste de bacteriemia positivo, tendo o componente sido distribuído pelo serviço de sangue e administrado a um paciente	3	0,9%
Processamento x Erro Humano - Outras	3	0,9%
Processamento x Falha de equipamento - Outras	11	3,4%
Processamento x Falha de equipamento - Procedimento Operação Padronizado desenhado de forma inadequada	4	1,2%
Processamento x Falha de equipamento - Sangue e processamento de componentes sanguíneos - Falha do equipamento originando produto fora da especificação	3	0,9%
Processamento x Outro - Outras	6	0,3%
Processamento x Outro - Procedimento Operação Padronizado desenhado de forma inadequada	56	0,9%
Processamento x Outro - Utilização de Procedimento Operação Padronizado (SOP) errado (por exemplo, erro na escolha do SOP; SOP obsoleto)	1	0,3%
Técnica - Conceção - Falhas devido a conceção pobre do equipamento, software, etiquetas ou impressos	2	2,4%
Técnica - Externa - Falhas técnicas fora do controlo e responsabilidade da organização sob investigação	3	1,2%
Técnica - Fabrico - Projeto que foi construído em áreas inacessíveis ou não foi construído adequadamente	1	0,6%
Técnica - Materiais - Defeitos em materiais que não sejam por falha de conceção ou fabrico	2	2,7%

#### Distribuição por estado das ocorrências

Distribuição por estado das ocorrências	Não conformidades	Oportunidades de melhoria
Não finalizado	34,6%	39,9%
Finalizado	65,4%	60,1%

**Objetivo para 2015:** 65% +/- 10% de não conformidades finalizadas e 65% +/- 10% de oportunidades de melhoria finalizadas.

**Discussão:** O objetivo foi atingido para o número de não conformidades finalizadas e de oportunidades de melhoria finalizadas. Apesar do fecho das ações já ser verificado nas auditorias internas, procurar-se-á sensibilizar os responsáveis para melhorar o tempo de reposta à finalização das ocorrências assim como rever o método para unificação de ocorrências sistemáticas.

### 13. Análise e Medidas de reforço positivo de desempenho

A implementação do QUAR 2015 e das atividades previstas no Plano de Atividades de 2015 permitiu o aprofundamento da política de gestão institucional. O desenvolvimento do planeado se reduziu a um mero cumprimento legal, permitindo identificar e analisar os aspetos organizacionais e de gestão a merecer maior atenção e investimento em termos de ações de melhoria.

O IPST, IP define “medidas de reforço positivo do desempenho” como “conjunto de ações que permita a melhoria da eficácia”, assente na sustentabilidade da organização, contemplando o estímulo dos “stakeholders”.

O IPST desenvolveu um conjunto de medidas para um reforço positivo do desempenho, sustentada na análise SWOT e designadas no Plano de Ações de Melhoria.

	<b>Ajuda Forças</b>	<b>Atrapalha Fraquezas</b>
<b>Ambiente interno</b>	Autossuficiência em componentes sanguíneos Banco de Tecidos Certificações e acreditação Satisfação dos dadores e clientes Inovação Formação Desmaterialização (SI ASIS, RPT, LUSOT e BCCU, APPS e webSIG)	Infraestruturas Transportes Tecnologias da informação e comunicação Harmonização de procedimentos Recursos humanos Comunicação Logística da organização dos Armazéns Programa de Auditorias aos Hospitais-Transplantação
<b>Ambiente externo</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
	Integração em programas internacionais Interoperabilidade dos SI (ASIS e RPT) Sustentabilidade nacional em plasma inativado e seus derivados Outras certificações e acreditações SIMPLEX 2016 Benchmarking Transposição de Diretivas Europeias Programa Nacional Literacia em Saúde	Organização da Rede de Serviços de Sangue e da Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação Fatores sociais e económicos

**Forças:**

a) Autossuficiência em componentes sanguíneos

- Existência de estruturas de dados com os registos atualizados, sendo esta estrutura transversal a todas as operações do IPST, IP na área do sangue, desde a colheita, ao registo laboratorial, histórico e dados pessoais do dador;
- Autossuficiência em componentes sanguíneos conseguida nos últimos anos.

**b) Banco de Tecidos**

- Único Banco de Tecidos português autorizado para processamento, armazenamento e distribuição nacional e internacional;
- Aplicações Informáticas para o BT, órgãos e dadores que cobrem todo o território nacional on-line.

**c) Certificações e acreditação**

- O sistema de gestão da qualidade está certificado pela APCER de acordo com a NP EN ISO 9001:2008 estando os laboratórios de imunogenética acreditados pela EFI.

**d) Satisfação dos dadores e clientes**

- Profundo conhecimento por parte dos profissionais do IPST, IP dos aspetos clínicos, laboratoriais, operacionais e, principalmente populacionais, relacionados com a dádiva;
- Sistema gestor de colheitas automatizado e com envio de SMS a dadores através de uma interface criada para telemóveis (App Dador);
- Formas de marketing relacional através do “contact center” da PT e redes sociais;
- Instalações e equipamentos modernos em Coimbra, Porto e Lisboa;
- Qualidade dos serviços laboratoriais na área da histocompatibilidade e genética;
- Registo Português de Dadores de Medula Óssea que se constitui como o segundo maior a nível europeu.

**e) Inovação**

- Capacidade de inovação (p/ex.: redução patogénica de componentes plaquetários e plasma).

**f) Formação**

- Pessoal qualificado e experiente;
- Formação disponibilizada a profissionais das áreas do sangue e da transplantação do IPST e para o exterior.

As forças *minor* incluem:

- Potenciação de sinergias pela unificação das áreas do sangue e da transplantação nos Centros.

**Ações de melhoria propostas para manter as forças:**

Ver ações no Plano de Atividades de 2016.

**Oportunidades:**

## a) Integração em programas internacionais

- Acreditação do BPCCU pela Fact-Netcord;
- Integração no programa Europeu de Doação e Transplantação;
- Relações internacionais diversificadas e consolidadas.

## b) Sustentabilidade nacional em plasma inativado e seus derivados

## c) Outras certificações e acreditações

- Certificação do Banco Público de Células do Cordão Umbilical (BPCCU) em conformidade com as normas de segurança e qualidade nacionais e internacionais;
- Acreditação dos métodos laboratoriais pela NP EN ISO 15189;
- Acreditação de métodos de calibração e ensaio pelo NP EN ISO/IEC 17025.

As oportunidades *minor* incluem:

- Modificar o paradigma da colheita a nível nacional melhorando o controlo do IPST, IP sobre a mesma, tendendo a um melhor ajustamento ao longo do ano na resposta aos pedidos de componentes sanguíneos por parte das entidades com atividade transfusional;
- Desenvolvimento de uma aplicação WebSIG para a promoção da dádiva. Ao exibir os dados da dádiva de sangue nacional, é possível identificar tendências e relações de doadores e potenciais doadores numa perspetiva espacial. O planeamento da promoção da dádiva será feito com base nesta aplicação permitindo uma gestão de recursos eficaz e eficiente (sessões móveis de colheitas sangue);
- Legislação sustentável, designadamente, o Registo Nacional de Não Doadores e consentimento presumido para a doação;
- Posição favorável da comunidade científica;
- Ligação em rede dos Gabinetes de Coordenação e Colheita de órgãos, Centros de Sangue e Transplantação e Unidades de Transplantação.

**Ações de melhoria propostas para manter as oportunidades:**

Ver ações nos Planos Estratégicos de 2014 - 2016 e de 2015 - 2024

**Fraquezas:**

## a) Infraestruturas:

- Distribuição regional dos edifícios onde se encontram sediados os CST feita de forma não programada, encontrando-se os dois maiores edifícios a uma distância de 100 quilómetros e localizados no norte do país;
- Equipamento para as sessões de colheitas móveis desatualizado, insuficiente e não adaptado à evolução tecnológica.

## b) Transporte:

- Meios de transportes limitados, quer entre Centros, quer das sessões de colheita para os Centros, limitando, por exemplo, o transporte de sangue e amostras de sangue segundo as boas práticas, bem como de profissionais de e para as sessões de colheita.

## c) Tecnologias de informação e comunicação:

- Sistemas de informação não adequados de acordo com a evolução tecnológica, face às necessidades de resultados, integrados em redes internacionais;
- Obsolescência de servidores e existência de contratos de manutenção em regime de “outsourcing”. Inexistência de um sistema de apoio à decisão, com limitação da análise atempada e adequada dos dados disponíveis por falta de consolidação e organização destes e da definição de uma árvore de decisão e planeamento sustentadas;
- Inexistência de ambiente gráfico das bases de dados para a gestão do sangue (ASIS).

## d) Harmonização de procedimentos:

- As atividades, principalmente técnicas, ocorrem de forma distinta entre os três Centros, o que é um obstáculo à uniformização dos requisitos, tal como os dos produtos.

#### e) Recursos humanos

- Estrutura de recursos humanos/ mapa de pessoal e cumprimento dos requisitos da Lei Orgânica/ Estatutos IPST da CNT;
- Ausência de Recursos Humanos credenciados para o desenvolvimento sustentado de programa de formação externa na área da transplantação;
- Dificuldade de reintegração dos RH em novos planos de trabalho como consequência do plano de reestruturação do IPST.

#### f) Comunicação

As vias de comunicação são deficitárias, o que compromete o diálogo intra-organizacional aumentando o risco de desperdício e falhas.

As fraquezas *minor* incluem:

- Limitações regionais dos CSTs na integração na “estrutura IPST”;
- Processos administrativos e burocráticos complexos e morosos dificultando a contratação ou aquisição de produtos, bens e serviços, criando discontinuidades perigosas e de recuperação onerosa;
- Organização dos Armazéns do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP;
- Défice de comunicação e desenvolvimento de imagem;
- Desadaptação do tecido organizacional face às necessidades atuais;
- Aplicação informática do BPCCU;
- Dificuldade de assegurar reservas estratégicas de sangue, nomeadamente quanto a CE 0Rh-, por redução do número de dádvas por brigada (tendência previsível);
- Baixo nível de Literacia em Saúde dos dadores e profissionais de saúde.

#### **Ações de melhoria propostas para transformar as fraquezas em forças:**

- Assegurar a autossuficiência em sangue e componentes, incluindo plasma inativado, e suficiência tendencial em derivados de plasma;
- Mudar o paradigma da colheita;
- Desenvolvimento mantido das TIC de forma a poder assegurar as novas funcionalidades; Uma das medidas previstas para 2016 será a desmaterialização da colheita de sangue nacional através do estabelecimento de plataformas de comunicação entre os programas em causa – BNDC e SIBAS – que permita uma

Página 157 de 182

atualização diária e automática da informação sobre as dádivas sangue realizadas por cada Dador.

- Entrada em exploração da versão gráfica do sistema de controlo da dádiva e processamento de sangue – ASIS. Com esta nova versão, obter-se-ão os seguintes benefícios:
  - Consolidação nacional dos dados do sangue;
  - Número nacional de dador único;
  - Total desmaterialização dos reports;
  - Adoção de critérios uniformes em todo o país, como por exemplo, os critérios de suspensão do dador, adoção de um glossário para toda a cadeia de valor e maior eficácia no trabalho, devido ao carácter intuitivo da interface.
- Aquisição de 15 Unidades Móveis (5 por CST) para a realização da triagem e colheita de sangue a dadores, bem como de 9 viaturas ligeiras para transporte misto de passageiro/ carga leve (3 por CST): O parque de viaturas está envelhecido transmitindo uma imagem que não se coaduna com a nobreza da atividade da colheita de sangue e com os requisitos de segurança para os profissionais. Condiciona a contratação de viaturas de transporte de passageiros, sem identificação própria e com depreciação dos materiais transportados. A situação atual (3 “Unidade“ ou ”Posto Móvel” por CST) não assegura a possibilidade de ter instalações próprias para a colheita de sangue, condicionando dependência das associações de dadores/ outros stakeholders. Considera-se como crítico para a mudança de paradigma da colheita com (mais) independência das Associações de Dadores.
- Com a reestruturação e a passagem à nova estrutura, o IPST, IP, em 2013, alterou o procedimento que era utilizado em que os produtos eram consumidos na mesma altura em que eram registadas as entradas. Este processo teve início em 2013, com a passagem de todos os produtos a stockáveis, com a criação de armazéns avançados, com a identificação de responsáveis por esses armazéns e com o registo dos consumos efetuado apenas quando os produtos são consumidos, levando cerca de três anos a estar a funcionar em pleno. Prevê-se grande redução de desperdício, maior economia e melhores indicadores de gestão.
- Implementação da centralização da promoção da dádiva com núcleos descentralizados;
- Implementação do SI Banco Público de Células do Cordão Umbilical (BPCCU). Para além da elaboração dos *kits* que contém todos os elementos necessários à colheita e

que têm prazo de qualidade, critério de qualidade que têm de estar assegurado, e que são registados em sistema todo o mapa da sua distribuição por hospitais e maternidades permitindo a gestão adequada dos *stocks* dos *kits*.

O processo de colheita obedece também a um conjunto de normas e regras uma vez mais de acordo com recomendações internacionais e transporta-as para a Lei portuguesa que também ficam registadas no sistema agora desenvolvido. Após a entrada dos kits na área laboratorial do IPST, são realizados um conjunto de procedimentos, nomeadamente a medição da volumetria da colheita, as análises necessárias à garantia da qualidade da colheita, tais como virologia, microbiologia, entre outras, terminando o processo na criopreservação das células.

A caracterização genética destas células fica também registada em sistema e associada a amostra. Todo este processo tem como objetivo a oferta ou a disponibilização para efeitos de matching em potenciais recetores cuja patologia impõe um transplante de células.

Este sistema destina-se a toda a população proporcionando uma maior probabilidade de cura para aqueles que foram afetados por doenças graves do tipo: leucemia ou aplasia medular.

Este processo consiste, para além da elaboração dos kits que contém todos os elementos necessários à colheita e que têm prazo de qualidade, critério de qualidade que têm de estar assegurado, e que são registados em sistema todo o mapa da sua distribuição por hospitais e maternidades permitindo a gestão adequada dos *stocks* dos kits.

O processo de colheita obedece também a um conjunto de normas e regras uma vez mais de acordo com recomendações internacionais e transporta-as para a Lei portuguesa que também ficam registadas no sistema agora desenvolvido. Após a entrada dos kits na área laboratorial do IPST, são realizados um conjunto de procedimentos, nomeadamente a medição da volumetria da colheita, as análises necessárias à garantia da qualidade da colheita, tais como virologia, microbiologia, entre outras, terminando o processo na criopreservação das células.

A caracterização genética destas células fica também registada em sistema e associada a amostra. Todo este processo tem como objetivo a oferta ou a disponibilização para efeitos de *matching* em potenciais recetores cuja a patologia impões um transplante de células.

Este sistema destina-se a toda a população proporcionando uma maior probabilidade de cura para aqueles que foram afetados por doenças graves do tipo: leucemia ou aplasia medular.

A junção do sistema agora desenvolvido com o sistema CEDACE representa um enorme incremento das possibilidades terapêuticas disponíveis em Portugal beneficiando de forma sensível a população em geral e em particular dando uma ferramenta única e indispensável aos profissionais destas áreas.

- Implementar e desenvolver o Registo Português de Transplantação a nível nacional, com integração das diferentes bases de dados existentes na área da transplantação; O RPT permite o registo de toda a atividade do processo de doação, desde a identificação do possível dador até ao transplante e *follow-up*. Permite criar uma rede de informação nacional única, incluindo a coordenação hospitalar de doação, os gabinetes de coordenação de colheita e transplantação, as unidades de transplantação e os centros de sangue e da transplantação do IPST, IP, uma vez que está interligado com o LUSOT, permitindo a transferência de informação necessária para a execução dos algoritmos de alocação e seleção de pares dador-recetor.
- Desenvolvimento de um Sistema de Apoio á decisão com desenvolvimento de um sistema de Business “*intelligence*”;
- Desmaterialização do processo de Colheita de Sangue no IPST IP que consiste em deixar de utilizar papel nas sessões de colheita com exceção do Consentimento informado e esclarecido dos dadores (que tem de ser devidamente assinado) e das guias de transporte de material e produtos<sup>14</sup>.
- *Benchmarking* internacional nas áreas de sangue, tecidos e células. O IPST, IP participa no *benchmarking* da *European Blood Alliance* desde 2014 -organização de referência no âmbito de sangue e independente que compara o desempenho entre dezenas de serviços congéneres ao IPST, IP. Melhorias de desempenho, medir e comparar os indicadores-chave de desempenho/“key performance indicators” (KPIs), estímulo à implementação das melhores práticas internacionais, gerar oportunidades de desenvolvimento implementar projetos Lean, de melhoria de desempenho e de investigação operacional.

---

<sup>14</sup> Desaparecem os seguintes suportes em papel: Ficha individual dador criada e utilizada em cada uma das dádivas; -Listagem de dadores inscritos da sessão de colheita transcrita manualmente com nome nº e conclusão por cada dador; - Registo das colheiras (passando a leitura ótica com leitor de código de barras, deixa de ser introduzido códigos manualmente e, e registos de lotes); Ficha individual dador criada e utilizada em cada uma das dádivas;

- Consolidação nacional do LUSOT - Sistema que contém três áreas – órgãos, tecidos e células - permitiu total uniformidade de trabalho nos três centros, maior eficácia durante as urgências e total desmaterialização de processos;
- Readaptação do glossário nacional e da sua relação com as TIC;
- Contratualização de Recursos Humanos de forma não precária: Desenvolvimento de cerca de 13 procedimentos concursais para o recrutamento de 40 profissionais (estando incluídos 6 técnicos superiores para a área da transplantação e 23 enfermeiros para a área do sangue). Em nove destes processos podem concorrer profissionais sem vínculo à administração pública reforçando áreas como a do Registo Português de Dadores de Medula Óssea e da Coordenação Nacional de Transplantação;
- Manter a diferenciação destes nas suas áreas de especialidade;
- Suportar o desenvolvimento informático de forma a garantir a satisfação dos seus clientes internos e externos;
- Identificação e implementação de indicadores transversais a nível nacional, com a contribuição dos 3 CST's;
- Organização de grupos de trabalho para seguimento e *report* da evolução das medidas;
- Reorganização da Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação;
- *Benchmarking* Doação e Transplantação: permitirá através da análise da atividade de doação e transplantação nos hospitais públicos portugueses identificar os possíveis dadores de órgãos e tecidos através da análise da mortalidade de todos os doentes internados nos hospitais do SNS, em Portugal Continental;
- Desenvolvimento de Bolsa de Formadores credenciados a nível europeu;
- Estratégia de gestão da mudança através de ciclos de avaliação integrando os profissionais;
- Fomentar a comunicação interna e o alinhamento institucional;
- Propostas de alteração legislativa – Transposição da Diretiva Comunitário N.º 565/2015, de 8 de abril. Requisitos técnicos de codificação de tecidos e células de origem humana para transplantação - *Single European Code*;
- Dar cumprimento a um dos pontos de decisão do relatório do Grupo de Trabalho “Comportamentos de risco com impacto na segurança do sangue e na gestão de dadores” emitido em Julho de 2015 através do Projeto Literacia em Saúde O objetivo deste estudo é a caracterização do nível de literacia funcional em saúde sexual e eletrónica nos dadores de sangue, bem como nos profissionais de saúde do IPST IP.

Desse modo poderemos vir subsequentemente a criar conteúdos de formação e informação mais dirigidos às questões identificadas nas respostas a esses questionários sendo indiretamente exetável um aumento da confiança e da segurança do sangue doado no nosso país, fazendo com que novos doadores efetuem dádivas assim como contribuindo para a segurança e qualidade do sangue colhido, de elevado impacte para um adequado provimento e fornecimento dos componentes sanguíneos aos hospitais. Outra componente neste âmbito diz respeito à anemia na população portuguesa (estudo EMPIRE) e à adequada gestão desta situação na população doadora. Neste contexto encontram-se em desenvolvimento as revisões procedimentais internas com vista a um acompanhamento destes doadores em articulação com a Associação dos Médicos de Medicina Geral e Familiar e dos SPMS.

**Ameaças:****a) Organização da Rede de Serviços de Sangue e da Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação**

- Assimetria da colheita de sangue hospitalar no país;
- Limitações da estrutura da rede de colheita e transplantação;
- Instabilidade da rede hospitalar e de urgência, bem como alteração das equipas médicas, com maior dificuldade na atuação dos coordenadores de colheita e decréscimo na referência de doadores de órgãos

**b) Fatores sociais e económicos**

- Comunicação mediática aleatória;
- Envelhecimento da população com diminuição da capacidade de dádiva;
- Emigração de numerosos jovens em idade de potencial dádiva de sangue;
- Instabilidade económica do sector empresarial com limitação da acessibilidade à dádiva de sangue;
- Situação social desincentivadora de gestos solidários;
- Papel social da doação, colheita e transplantação, colocando o transplante como opção terapêutica privilegiada;
- Condicionamento económico do país com reflexos na doação e na transplantação;
- Impacto público negativo das questões relacionadas com qualidade e segurança do BPCCU.

As ameaças *minor* incluem:

- Dificuldade no alinhamento com a missão, valores e imagem do IPST, IP na vertente da dádiva;
- Funcionamento sem aferição de condições de qualidade de acordo com as Diretivas Europeias.

**Ações de melhoria propostas para transformar as ameaças em oportunidades:**

- Continuação da reorganização da estrutura nacional dos Serviços de Sangue (SS) em estreita articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) e a Autoridade Competente para o Sangue (DGS);
- Mudança do paradigma de comunicação;
- Reforço da divulgação da dádiva, dirigida à população mais jovem;
- Ações de recrutamento e fidelização de dadores;
- Mudança de paradigma da dádiva;
- Manter a comunicação institucional de forma positiva com reforço do papel para o bem comum da manutenção das reservas nacionais;
- Reformular o modelo de relacionamento com as associações e grupos de dadores;
- Potencializar as APPs do IPST: O sistema RPT, baseado em tecnologias Web, desmaterializa o processo de transplante, do dador ao tratamento pós-transplante, nas vertentes logística, análises, cirurgias, consultas (pré- e pós-transplante) e pagamentos. A APP é dividida em duas áreas, uma para o doente, e outra restrita aos profissionais de saúde envolvidos no processo da transplantação. Permitirá um mecanismo único na relação médico – doente, com agendamento de consultas, visualização da medicação ou marcação de meios complementares de diagnóstico. A APP para o RPT vem completar o sistema, mesmo sem PC, facilitando a comunicação entre os profissionais envolvidos no processo. Permite ainda gerar alarmes para os profissionais envolvidos no processo por cada fase do mesmo;
- Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação: Interligação do RPT às bases de dados ou aos sistemas de análises clínicas de todos os Coordenadores Nacionais de Transplantação. Esta ligação permite a importação direta dos dados analíticos importantes para o processo da transplantação e ainda a sua integração nos processos dos doentes transplantados.
- Reforço das ações de sensibilização dos profissionais de saúde e da população em geral;

- Avaliação do potencial real de cada hospital com unidades de colheita com maior garantia de reconhecimento de todos os potenciais dadores;
- Reforço das ações de auditoria as GCCT e hospitais com colheita: A doação de órgãos é um processo complexo, que compreende diferentes etapas e requer uma avaliação contínua, de forma a permitir a deteção dos obstáculos que estão na origem da perda de dadores e a identificação de áreas que requerem novos esforços e soluções, a desenvolver com a colaboração das instituições e de todos os profissionais de saúde. Além disso, dependendo das características do Hospital, nomeadamente, serviços disponíveis, população abrangida, etc., é expectável que alguns hospitais tenham taxas de doação mais elevadas do que outros; por exemplo, hospitais com serviço de neurocirurgia ou centros de trauma, terão taxas de doação mais elevadas do que hospitais sem estas valências.
- Ações de formação;
- Aplicação do programa de qualidade Doação e Transplantação: Definir a capacidade teórica para doação de órgãos de acordo com as características de cada hospital; Detetar falhas no processo de doação e colheita, analisando as causas de perda de dadores de órgãos, como ferramenta para a identificação de oportunidades de melhoria; Descrever os fatores hospitalares e demográficos com impacto no processo de doação.
- Manter contato próximo com CA Hospitalares no sentido de aplicar medidas corretivas;
- Divulgação transparente dos dados e locais de colheita do BPCCU; O BPCCU é útil para a população no sentido em que permite o armazenamento de células desta natureza que ficam criopreservadas e que podem proporcionar um transplante viável face a determinado tipo de patologias. Neste sentido, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST) desenvolveu no âmbito da sua atividade e missão, um sistema informático de controlo de todo o processo. Este consiste na elaboração do kit de colheita a que é imediatamente associado o código de colheita nos termos das diretivas correspondentes e transporta-as para a Lei portuguesa garantindo assim a gestão adequada de todo o processo.
- Acreditação internacional e divulgação da mesma.

É evidente que se, por um lado, o processo de avaliação ainda não explorou todo o potencial que o sistema de monitorização apresenta em termos de apoiar a gestão, por outro lado, foram desencadeadas incitativas importantes *supra* descritas, nomeadamente em termos alinhamento institucional, *benchmarking*, programas de qualidade, reformulação de processos, estudos de adequação dos serviços/oferta às necessidades nacionais, de integração, interoperabilidade e desmaterialização dos processos.

## 14. Comparação com o desempenho de serviços idênticos

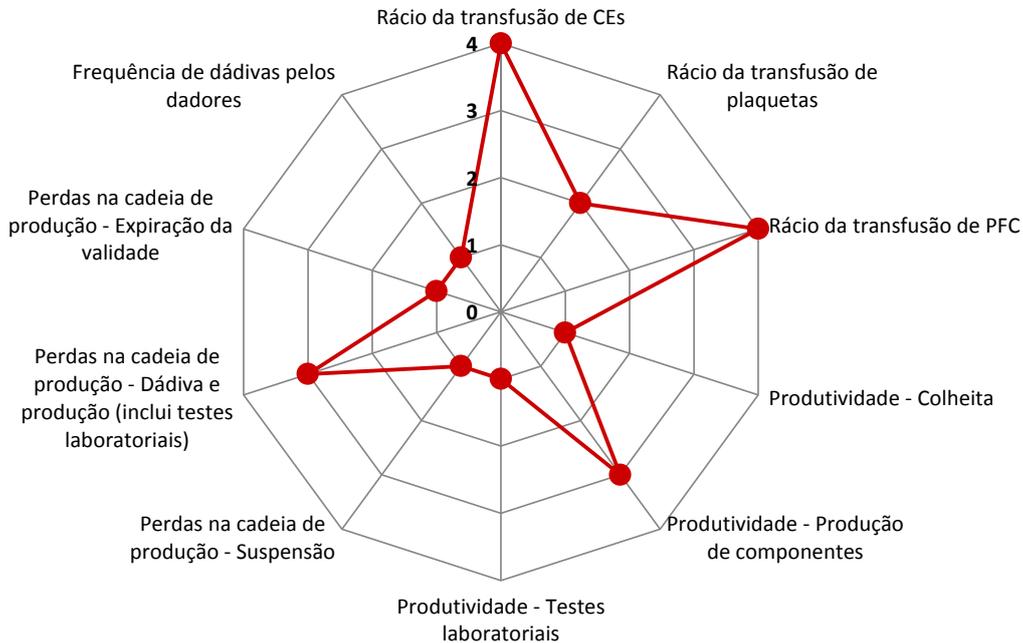
O processo de *benchmarking* caracteriza-se por uma metodologia analítica, estruturada, contínua e sistemática que assenta na monitorização e na comparação do desempenho das organizações e funções inerentes relativamente ao que é considerado como melhor nível de desempenho ou performance. A prática de *benchmarking* constitui, portanto, uma importante ferramenta de gestão na medida em que possibilita a implementação de práticas de excelência que visam alcançar níveis de desempenhos superiores, quer pela introdução de novos conceitos de avaliação e determinação de objetivos concretos e realistas a par do estabelecimento de critérios de prioridade na atividade de planeamento, quer pela identificação de áreas que devem ser objeto de melhoria, traduzindo não só uma maior eficácia na orientação para resultados mas também o reconhecimento dos fatores críticos de sucesso.

É neste sentido que a área do sangue participa, desde 2014, no *benchmarking* da European Blood Alliance (EBA), organização de referência no setor. Assim, a informação reportada pelo IPST, IP permitiu comparar o seu desempenho relativamente a semelhantes serviços existentes em 19 países membros. As métricas utilizadas pela EBA para monitorizar os indicadores de desempenho visam essencialmente os 3 seguintes segmentos:

- Rácios de Transfusão
- Produtividade
- Perdas da Cadeia de Produção

A análise realizada permitiu efetuar um gráfico de radar (Cfr. Gráfico 49), representativo deste conjunto de dados multivariado, no qual os pontos se distanciam do centro à medida que a ordem de grandeza dos indicadores aumenta, sendo que os pontos ou scores que figuram no gráfico são referentes à posição que um dado indicador do IPST apresenta no grupo. Dos 10 indicadores monitorizados, e considerados 4 intervalos (quartis) para o conjunto de scores apurados, numa escala crescente, em que o nível 4 representa as organizações com melhores desempenhos, importa sublinhar que o IPST apresenta dois indicadores com score 4 (excelência), dois com score 3 (bom), um com score 2 (aceitável) e cinco com score 1 (melhoráveis).

Gráfico 50- Gráfico Radar IPST, IP 2015



Verifica-se que os melhores índices do IPST, IP ocorrem ao nível dos rácios de transfusão de CE's, PFC, plaquetas e nos rácios de produção de componentes e perdas nas dádivas e produção. Em termos evolutivos e comparativamente aos resultados apurados no exercício do ano anterior, os dados configuram um padrão gráfico semelhante demonstrando estabilidade nos processos de atividade desempenhados pelo IPST, IP. Contudo, estima-se, em exercícios futuros, uma alteração do padrão subjacente decorrente da introdução de medidas no setor tais como a redução da utilização da CE's. Prevê-se também que configure igual impacto nos indicadores relativos à área do plasma, as medidas preconizadas ao nível do processo de fracionamento de plasma e ao nível da aquisição de plasma inativado quer pelo método solvente-detergente quer por amotosaleno.

Comparativamente a outros serviços semelhantes com níveis de desempenho superiores, constituem oportunidades de melhoria os índices do IPST, IP relativos às perdas na cadeia de produção (suspensão e validade), produtividade na colheita e frequência da dádiva, sendo que os Planos Estratégicos 2014-2016 do IPST, IP contemplam a realização de um conjunto de ações concebidas para aproximar estes índices ao nível dos indicadores dos serviços com desempenho superior.

## 15. Tecnologias e Informação e Comunicação e Publicidade institucional (2015)

### TIC

Desde 2012 que o IPST, IP apostou na consolidação, integração e interoperacionalidade entre sistemas de informação existente de forma a garantir a modernização administrativa necessária à prossecução da sua missão.

Em 2015, destaque para os seguintes desenvolvimentos que produzem um sistema global de desmaterialização de procedimentos:

#### 1. Versão gráfica do sistema de controlo da dádiva e processamento de sangue – ASIS

Com esta nova versão, obter-se-ão os seguintes benefícios:

- Consolidação nacional dos dados do sangue;
- Número nacional de dador único;
- Total desmaterialização dos reports;
- Adoção de critérios uniformes em todo o país, como por exemplo, os critérios de suspensão do dador, adoção de um glossário para toda a cadeia de valor e maior eficácia no trabalho, devido ao carácter intuitivo da interface.

Prevê-se a entrada em exploração no Plano de Atividades de 2016.

#### 2. Sistema de gestão e controlo do Banco Público de Células de Cordão Umbilical (BPCCU)

O BPCCU é útil para a população no sentido em que permite o armazenamento de células desta natureza que ficam criopreservadas e que podem proporcionar um transplante viável de progenitores hematopoéticos. Neste sentido, o IPST, IP desenvolveu no âmbito da sua atividade e missão, um sistema informático de controlo de todo o processo que permite criar os kits de colheita, uniformizar e automatizar os códigos, minimizando o erro humano e desmaterializando este processo. Permite ainda o controlo da distribuição, colheita e processamento, em todas as suas fases, com registo informatizado adequado às diretivas europeias. Permite um controlo total desde a produção dos kits de colheita até à criopreservação, sendo essencial para o crescimento sustentado das colheitas. Proporciona total desmaterialização de procedimentos.

Prevê-se a entrada em exploração no Plano de Atividades de 2016.

### 3. Registo Português de Transplantação (RPT)

O IPST, IP é a entidade responsável por assegurar o funcionamento de um sistema de informação único e integrado no domínio da colheita e transplantação, designado por Registo Português de Transplantação (RPT). Este Registo, ligado em rede aos hospitais de colheita, aos Gabinetes Coordenadores, Unidades de Transplantação e ACSS permite desmaterializar todo o processo, com controlo das fases e comunicação à ACSS dos pagamentos afetos às Unidades de Colheita e às Unidades de Transplantação. O RPT permite o registo de toda a atividade do processo de doação, desde a identificação do possível dador até ao transplante e follow-up. Permite criar uma rede de informação nacional única, incluindo a coordenação hospitalar de doação, os gabinetes de coordenação de colheita e transplantação, as unidades de transplantação e os centros de sangue e da transplantação do IPST, IP, uma vez que está interligado com o LUSOT, permitindo a transferência de informação necessária para a execução dos algoritmos de alocação e seleção de pares dador-recetor.

Prevê-se a entrada em exploração no Plano de Atividades de 2016.

### 4. LUSOT

Sistema que contém três áreas – órgãos, tecidos e células.

A consolidação nacional permitiu total uniformidade de trabalho nos três CST's, maior eficácia durante as urgências e total desmaterialização de processos.

### 5. APP - Registo Português de Transplantação (RPT)

O sistema RPT, baseado em tecnologias Web, desmaterializa o processo de transplante, do dador ao tratamento pós-transplante, nas vertentes logística, análises, cirurgias, consultas (pré- e pós-transplante) e pagamentos.

A APP é dividida em duas áreas, uma para o doente, e outra restrita aos profissionais de saúde envolvidos no processo da transplantação.

Permitirá um mecanismo único na relação médico – doente, com agendamento de consultas, visualização da medicação ou marcação de meios complementares de diagnóstico.

A APP para o RPT vem completar o sistema, mesmo sem PC, facilitando a comunicação entre os profissionais envolvidos no processo. Permite ainda gerar alarmes para os profissionais envolvidos no processo por cada fase do mesmo.

Prevê-se a entrada em exploração no Plano de Atividades de 2016.

6. Interligação do RPT às bases de dados ou aos sistemas de análises clínicas de todos os Coordenadores Nacionais de Transplantação

O sistema RPT, baseado em tecnologias Web, desmaterializa o processo de transplante, do dador ao tratamento pós-transplante, nas vertentes logística, análises, cirurgias, consultas (pré- e pós-transplante) e pagamentos. Esta ligação permite a importação direta dos dados analíticos importantes para o processo da transplantação e ainda a sua integração nos processos dos doentes.

Foi apresentada (e aprovada) uma candidatura no âmbito do Portugal 2020.

## PUBLICIDADE

Durante o ano de 2015, o IPST, IP, manteve as iniciativas institucionais de 2014, Campanha Universitária dividida em 2 épocas do ano, Abril/Maio e Outubro/Novembro, Rota dos Hospitais, em Fevereiro e Setembro e Campanha de Verão durante os meses de Julho, Agosto e primeira quinzena de Setembro. Para além destas atividades, manteve-se a presença assídua do Instituto em feiras e outros eventos públicos para divulgação da dádiva.

Em 2015 apostou-se numa Campanha mais personalizada, com um caso real de uma mãe salva pelo sangue doado. A construção desta campanha foi possível com recurso às redes sociais do Instituto, tendo sido pedidos testemunhos reais de pessoas salvas pela transfusão/doação de sangue. Para apoiar a Campanha, o IPST, IP contou com o apoio institucional de algumas cadeias de televisão e rádio para a transmissão ao longo dos meses de verão dos *spots* da mesma.

Foram celebrados os seguintes Eventos Institucionais: Dia Nacional do Dador de Sangue, que decorreu no Auditório Tomé Pires, no INFARMED, em 27 de Março de 2015, sob o mote “O Essencial fica para sempre no Coração” e contou com a participação de Grupos Empresariais que partilharam a sua experiências em prol do voluntariado e da dádiva de sangue, para além das Associações/ Grupos de Dadores de Sangue e Federações e o Dia Mundial do Dador de Sangue que foi celebrado no Casino da Figueira da Foz, em 14 de Junho de 2015, sob o mote “Obrigado por Salvar a minha Vida” conforme lema definido pela Organização Mundial de Saúde. Neste evento o IPST convidou, também dadores dos postos fixos do Instituto e de Serviços de Sangue hospitalares, para estarem presentes com

as suas famílias. Os dadores foram acompanhados desde os 3 Centros do País por funcionários da promoção da dádiva.

Na área da Transplantação o Instituto organizou, em 10 de Outubro de 2015, o Dia Europeu da Doação de Órgãos (EODD) que abriu com um Concerto da Obra “Carmina Burana”, no dia 9 de Outubro, na Aula Magna da Reitoria da Universidade de Lisboa. No dia 10 realizou-se a Sessão Oficial relativa ao Dia, na Câmara de Comércio e Indústria Portuguesa, que contou com a participação de vários Peritos Portugueses e Europeus da Área da Transplantação, bem como associações de doentes nacionais e europeias. Para este evento foram criados microfilmes de divulgação nas redes sociais com testemunhos reais de profissionais envolvidos na atividade nacional de Doação e Transplantação, figuras públicas, doentes transplantados e dadores vivos. Foi, também, montada uma feira de rua, nos Restauradores, com o apoio da Câmara Municipal de Lisboa, onde estiveram presentes várias entidades oficiais envolvidas no processo da transplantação e o Conselho Europeu. Ao longo do dia decorreram várias atividades, nomeadamente *Flashmobs*, Homens Estátua, Tunas Académicas e Musica ao Vivo.

O IPST, IP manteve as parcerias com os Grupos Empresariais, através de Protocolos de Colaboração e Acordos, que criaram publicidade exclusiva, alusiva à dádiva de sangue e patrocinaram sessões de colheita em diversos locais públicos: Entre estes grupos destacaram-se, a Mundicenter que anualmente realiza sessões de colheita durante uma semana em todos os seus espaços comerciais, a FOX que mais uma vez aliou a Série de Culto “Walking Dead” à doação de sangue no Evento “Comic Com” Portugal, realizado no Porto, e a 3M que, pelo segundo ano consecutivo, realizou a Campanha Give que incluiu uma linha de pensos rápidos exclusiva para os dadores de sangue do Instituto e apoiou a doação, durante os meses de verão, com spots na televisão e publicidade exterior, bem como publicidade nas farmácias portuguesas, espalhada por todo o país, sob o mote “Faz a diferença salva uma vida”.

Em 2015 o serviço de *call-center* continuou a operar, direcionado para contactos com dadores inativos há algum tempo e dadores de grupos de sangue específicos, de acordo com as necessidades identificadas ao longo do ano no Instituto.

O *merchadising* do IPST dedicado aos dadores, foi utilizado em épocas específicas: Verão, Dia Nacional do Dador, Dia Mundial do Dador, Natal, Campanha Universitária. Em 2015, o IPST, IP registou 35942 novos dadores.

## 16. Balanço social 2015

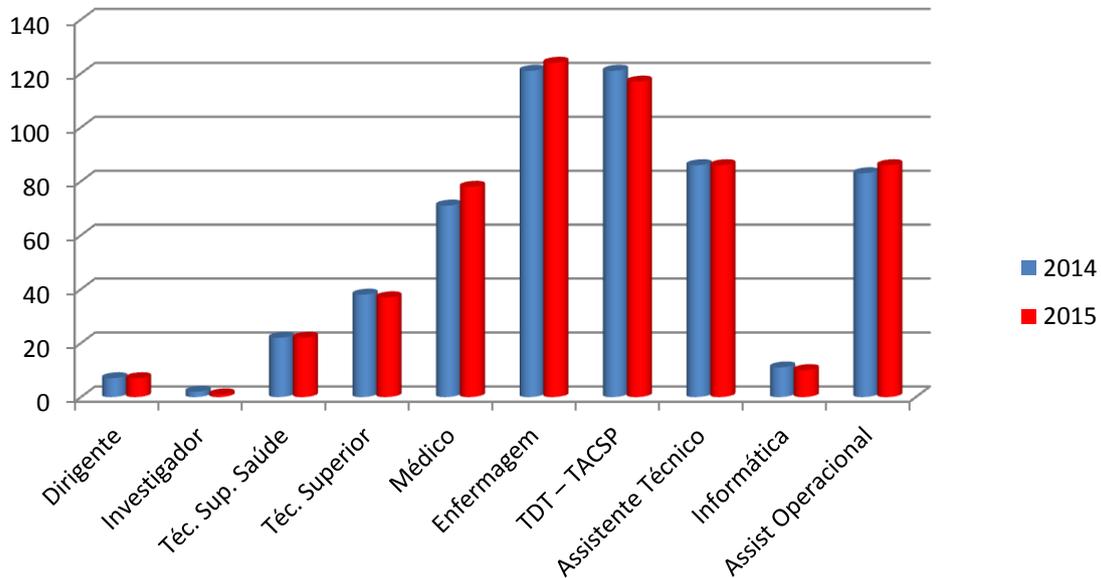
Fazendo uma análise comparativa dos Recursos Humanos do IPST,IP, considerando a sua globalidade, ou seja profissionais contratados por tempo indeterminado, por tempo determinado e em prestação de serviços (tarefas e avenças), podemos verificar que o Instituto, apresenta uma variação de 1% em 2015 face a 2014, conforme se pode verificar no quadro abaixo:

Tabela 9- Distribuição dos Recursos Humanos 2014 Vs. 2015

Análise Comparativa de Distribuição dos Recursos Humanos - 2014/2015									
Grupos Profissionais	CTI	CTC	Contrato Tarefa/ Avença	Total 2014	CTI	CTC	Contrato Tarefa/ Avença	Total 2015	Δ % 2014/2015
Dirigente	7	0	0	7	7	0	0	7	0%
Investigador	2	0	0	2	1	0	0	1	-50%
Téc. Sup. Saúde	17	5	0	22	19	3	0	22	0%
Téc. Superior	32	0	6	38	34	0	3	37	-3%
Médico	25	3	43	71	25	3	50	78	10%
Enfermagem	55	9	57	121	59	9	56	124	2%
TDT – TACSP	96	25	0	121	92	25	0	117	-3%
Assistente Técnico	86	0	0	86	86	0	0	86	0%
Informática	10	0	1	11	10	0	0	10	-9%
Assist Operacional	82	1	0	83	86	0	0	86	4%
<b>TOTAL</b>	<b>412</b>	<b>43</b>	<b>107</b>	<b>562</b>	<b>419</b>	<b>40</b>	<b>109</b>	<b>568</b>	<b>1%</b>

Como se pode verificar no Gráfico 50, em 2015, existiram pequenas variações de recursos humanos, sendo que as mais significativas registaram-se nas carreiras de Enfermagem, Técnicos Superiores de Saúde, Técnicos Superiores e Assistentes Operacionais, expurgando os contratos de prestação de serviços. Esta variação reflete os esforços efetuados pelo IPST,IP para preenchimento dos postos de trabalho vagos na modalidade de recrutamento de mobilidade interna e Procedimentos Concursais.

Gráfico 51- Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Grupo Profissional 2014 Vs. 2015

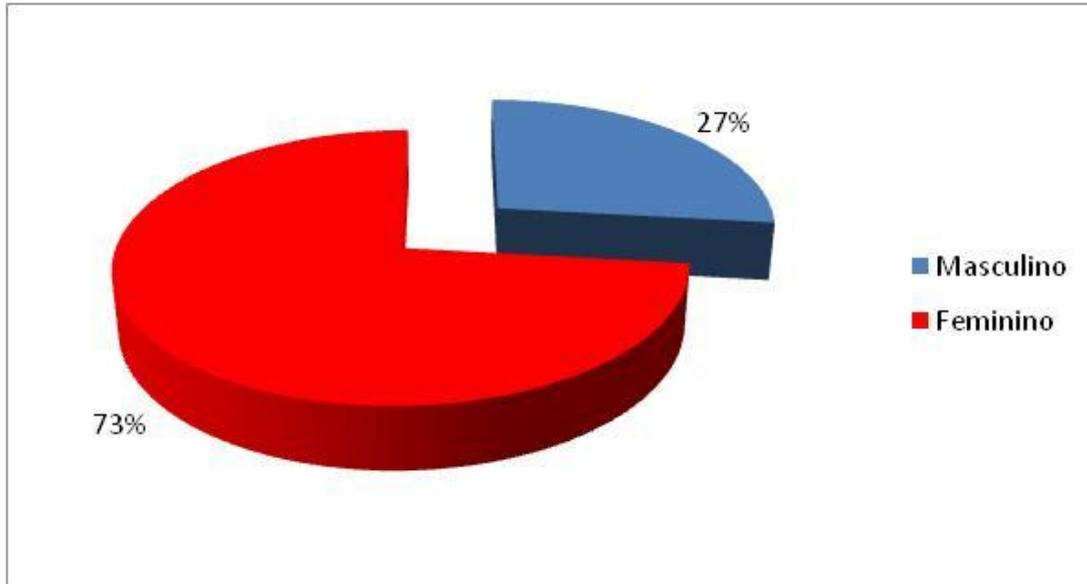


Constata-se que em 2015 houve um aumento de cerca de 1,87 % nos contratos de tarefa e avença face ao ano anterior.

A existência de prestação de serviços nestes regimes (tarefa e avença) revela-se de extrema importância para que o IPST,IP possa continuar a desenvolver a colheita de sangue com normalidade e tenha capacidade de resposta às solicitações feitas por dadores e associações de forma a garantir a tranquilidade nas reservas de sangue, considerando, designadamente, que é aos fins-de-semana e feriados que resulta uma maior disponibilidade dos dadores.

Importa referir também, que a aquisição de serviços em regime de tarefa, ou seja profissionais contratados à hora, é imprescindível para o bom funcionamento dos Centros de Sangue e da Transplantação, uma vez que permite uma gestão mais flexível dos recursos humanos, ajustando a prestação de trabalho aos picos de sessões de colheita quer aos fins-de-semana e feriados, quer em determinadas épocas do ano.

Gráfico 52- Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Género



Como se pode verificar pelo gráfico anterior, os recursos humanos do IPST,IP são 73% do sexo feminino e 27% do sexo masculino.

Apresenta-se de seguida a distribuição das remunerações máximas e mínimas e a distribuição das remunerações mensais líquidas e, por género, respetivamente.

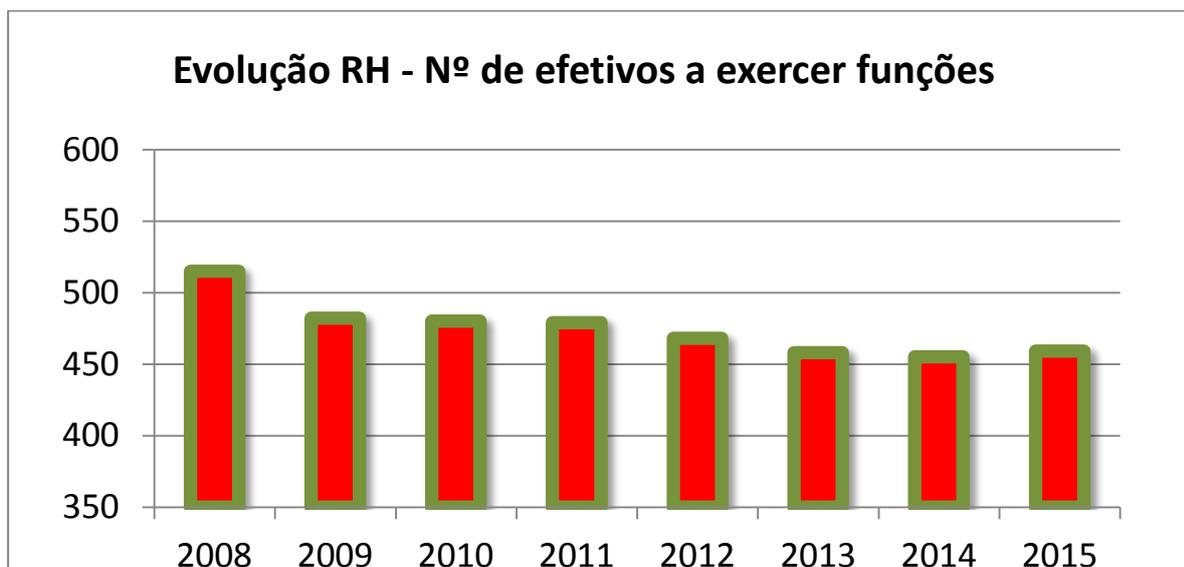
Tabela 10-Distribuição das remunerações Máximas e Mínimas por género (2015)

Remuneração (€)	Masculino	Feminino
Mínima (€)	505,00 €	505,00 €
Máxima(€)	6.301,00 €	5.823,00 €

Tabela 11-Distribuição das remunerações mensais ilíquidas por género (2015)

	Masculino	Feminino	Total
Até 500 €	0	0	0
501-1000 €	52	101	153
1001-1250 €	19	62	81
1251-1500 €	16	79	95
1501-1750 €	14	37	51
1751-2000€	9	15	24
2001-2250 €	3	4	7
2251-2500 €	1	2	3
2501-2750 €	1	4	5
2751-3000 €	2	3	5
3001-3250 €	0	1	1
3251-3500 €	1	2	3
3501-3750 €	0	5	5
3751-4000 €	0	0	0
4001-4250 €	1	5	6
4251-4500 €	0	0	0
4501-4750 €	1	2	3
4751-5000 €	2	4	6
5001-5250 €	0	6	6
5251-5500 €	0	0	0
5501-5750 €	1	2	3
5751-6000 €	0	1	1
Mais de 6000 €	1	0	1
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>335</b>	<b>459</b>

Gráfico 53- Evolução RH - Nº de efetivos a exercer funções 2008 - 2015



## 17. Análise do grau de execução dos recursos humanos (2015)

Os Recursos Humanos identificados no QUAR para o ano 2015, na coluna “Efetivos (propostos para 2015)” foram coincidentes com o número de postos de trabalho aprovados superiormente para o mapa de pessoal do IPST, IP, de acordo com a respetiva distribuição por carreira.

No decurso do ano de 2015, com vista ao suprimento de necessidades várias ao nível de recursos humanos, foram desenvolvidos procedimentos administrativos com vista ao recrutamento por mobilidade e por concurso para ocupação de postos de trabalho vagos e não ocupados. No entanto, face à saída de efetivos, designadamente por aposentação, procedimento de recrutamento, entre outras, o aumento de profissionais não foi significativa, o que levou a que em 31 de dezembro de 2015 o número de efetivos fosse superior em apenas 4 relativamente ao período homólogo de 2014.

Acresce referir que no ano em curso (2016) continuarão a ser desenvolvidos processos administrativos no sentido da progressiva ocupação dos postos de trabalho vagos.

Tabela 12- Análise Produtividade (2015)

<b>RH utilizados</b>	4581
<b>RH planeados</b>	5791
<b>Taxa de Utilização de Recursos Humanos</b>	0,7911
<b>Taxa de Utilização de Recursos Humanos (%)</b>	79%
<b>Taxa de Contretização Global de objectivos</b>	<b>115%</b>
<b>Taxa de Utilização de Recursos Humanos</b>	79%
	1,4488
<b>Indice Produtividade</b>	<b>145</b>

## 18. Análise do grau de execução dos recursos financeiros (2015)

Tabela 13- Recursos Financeiros Orçamentados / Executados do IPST 2015

	<b>Orçamentado</b>	<b>Cativos</b>	<b>Executado</b>	<b>Desvio</b>
<b>Despesas com Pessoal</b>	20.717.870	0	14.704.578	6.013.292
<b>Aquisições de Bens e Serviços</b>	44.331.775	0	32.117.927	12.213.848
<b>Transferências Correntes</b>	729.000	0	629.904	99.096
<b>Outras Despesas Correntes</b>	148.300	0	126.068	22.232
<b>Aquisição de bens de capital</b>	1.585.000	0	728.175	856.825
<b>Juros e Outros Encargos</b>	4.000	0	656	3.344
<b>Total</b>	<b>67.515.945</b>	<b>0</b>	<b>48.307.308</b>	<b>19.208.637</b>

Relativamente ao Recursos Financeiros, apesar da apresentação dos valores executados à data da submissão deste Relatório de Atividades ainda serem provisórios, salienta-se para a execução apresentar um desvio favorável em 28,00%.

No final do ano de 2015, verificou-se que a execução do orçamento do IPST,IP, apurou os desvios acima apresentados. Um dos mais relevantes desvios foi o relativo à aquisição de bens e serviços no valor de 12.213.848,00€, justificado pela alteração de registo das existências, dado que passaram a ser stockáveis, tendo o IPST no final do ano de 2014 stocks para iniciar a produção do ano de 2015. Os concursos efetuados em 2015 foram de quantidades mais pequenas face aos anos anteriores.

Verificou-se um outro desvio no valor 856.825,00€, referente à Aquisição de Bens de Capital, referente a um processo de aquisição de viaturas que não foi concluído.

As despesas com pessoal, também apresentam um desvio relevante de 6.013.292,00, justificado pela não ocupação dos lugares de Mapa do IPST, IP.

O IPST, IP, com todas as dificuldades associadas, desenvolveu os procedimentos concursais adequados para ocupação dos lugares de Mapa, sendo que os mesmos, na sua maioria, não se concluíram no ano de 2015.

Tabela 14- Análise de Custo – Eficácia (2015)

Despesa Executada	48.307.308,00 €
Despesa Orçamentada (CORRIGIDA)	67.515.945,00 €
Taxa Execução Recursos Financeiros	0,7155
Taxa Execução Recursos Financeiros (%)	72%
Taxa de Contretização Global de objectivos	<b>115%</b>
Taxa Execução Recursos Financeiros	72%
	1,602
<b>Indice Custo - Eficácia</b>	<b>160</b>

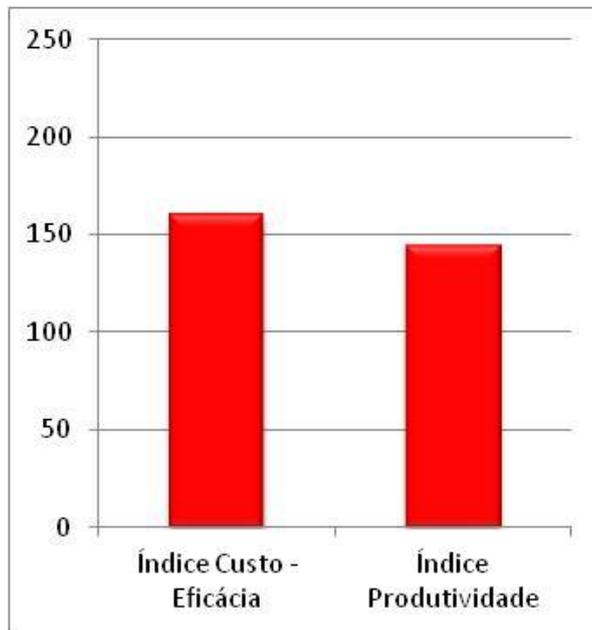
### 14.1. Análise do grau de execução dos recursos do IPST, IP em 2015

O cálculo dos Índices Custo - Eficácia e de Produtividade permite medir a taxa de utilização dos recursos financeiros e dos recursos humanos respetivamente.

Tabela 15- Índices Produtividade e Custo –Eficácia IPST 2015

<b>Taxa de Contretização Global de objectivos</b>		115%			
<b>Taxa Execução Recursos Financeiros</b>	<b>Despesa Executada</b>	48.307.308,00 €	72%	160	<b>Índice Custo - Eficácia</b>
	<b>Despesa Orçamentada</b>	67.515.945 €			
<b>Taxa Execução Recursos Humanos</b>	<b>RH utilizados</b>	4581	79%	145	<b>Índice Produtividade</b>
	<b>RH planeados</b>	5791			

Gráfico 54- Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST 2015



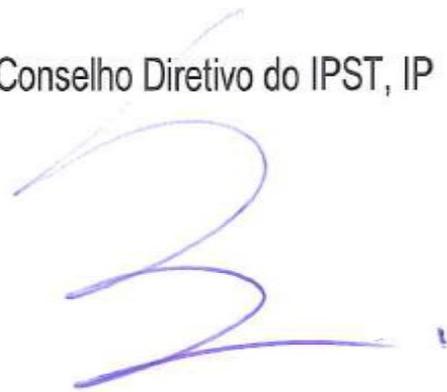
## 19. Avaliação final (2015)

Assim, face ao nível de desempenho globalmente evidenciado e de acordo com os critérios oficiais definidos para a *classificação qualitativa* do avaliação final de desempenho dos Serviços, para o grau de cumprimento dos objetivos operacionais pelo IPST, IP pressupõe-se que a menção final qualitativa que a ser atribuída é a constante na alínea b) do nº 1 do artº 18 da Lei 66-B/2007, de 28 de Dezembro - **desempenho bom** - em virtude dos resultados alcançados - cinco objetivos atingidos e sete superados - com uma taxa de realização dos objetivos operacionais superior ao previsto (115%, cfr. Tabela 16).

Tabela 16- Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global - QUAR 2015

Avaliação Global da Realização dos Objetivos Operacionais								
	OOp's	Grau de realização dos OOp	Meta por Parâmetro	Contribuição por Parâmetro	Avaliação Parcial Esperada por Parâmetro	Avaliação Parcial por Parâmetro	Avaliação Global Esperada	Avaliação Global
Eficácia (30%)	OOp1	135%	25%	34%	100%	112%	100%	115%
	OOp2	100%	10%	10%				
	OOp3	112%	30%	34%				
	OOp4	100%	35%	35%				
Eficiência (40%)	OOp5	131%	35%	46%	100%	117%		
	OOp6	100%	20%	20%				
	OOp7	130%	15%	20%				
	OOp8	117%	10%	12%				
	OOp9	100%	20%	20%				
Qualidade (30%)	OOp10	100%	50%	50%	100%	114%		
	OOp11	130%	25%	32%				
	OOp12	125%	25%	31%				
								Global

A vogal do Conselho Diretivo do IPST, IP



Dra. Gracinda de Sousa  
Vogal do Conselho Diretivo

Lisboa, 15 de abril de 2016

(versão ver. 09 de maio de 2016)

A vogal do Conselho Diretivo do IPST, IP