



Mónica Tavares Silva

Questionário à Satisfação dos Doentes em Diálise

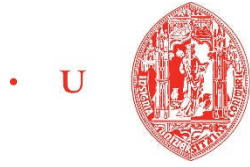
Hemodiálise Privada em Portugal – Doentes Satisfeitos

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, orientada pela professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira

Julho de 2015



. UNIVERSIDADE DE COIMBRA



• C •

FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Mónica Tavares Silva

Questionário à Satisfação dos Doentes em Diálise

Hemodiálise Privada em Portugal – Doentes Satisfeitos

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Orientador: Prof. Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira

Coimbra, 2015

Imagem da capa obtida em:

<http://www.especialista24.com/sintomas-de-doencas-dos-rins/>

DEDICATÓRIA

À minha Mama,

À minha Mana,

Ao meu Filho,

São o *Meu Mundo de Satisfação*

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não poderia ter sido realizado sem o contributo de todos aqueles que mais uma vez terão o meu especial agradecimento e reconhecimento:

- À Professora Doutora Manuela Frederico, pela sua orientação,
 - À SPQS, na pessoa da Doutora Margarida Eiras, pela oportunidade de me ter permitido participar neste estudo,
 - A todos os doentes que de uma forma sincera e verdadeira contribuíram para a obtenção destes dados,
 - À Marta, sempre disponível,
- E, de uma forma muito especial, à Paula, toda a resiliência que sempre teve comigo. Sem ela, tudo teria sido muito mais difícil.

RESUMO

A satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde é um indicador importante para se perceber a qualidade destes. Esta, poderá estar relacionada com fatores médicos e não médicos. Como nos encontramos na Era da Gestão Integrada da Doença Renal Crónica, só com a sua avaliação se poderá perceber a qualidade dos serviços prestados. Este estudo quantitativo e descritivo tem como objetivo identificar o grau de satisfação dos Insuficientes Renais Crónicos em programa regular de hemodiálise em Portugal e analisar as diversas variáveis relacionadas com esta. A recolha dos dados foi realizada em 6 clínicas privadas de hemodiálise, envolvendo 104 doentes através do questionário “Avaliação da Satisfação do Doente em Hemodiálise” da Sociedade Portuguesa para a Qualidade em saúde. Como variável dependente tem o grau de satisfação dos Insuficientes Renais Crónicos em Hemodiálise e as restantes variáveis consideradas formam agrupadas do seguinte modo: características sociodemográficas, características da técnica substitutiva da função renal, características do meio de transporte para o centro de diálise, utilização dos serviços de saúde nos últimos 6 meses, impacto da diálise na vida do doente e a perceção sobre a condição de vida global do doente. Como pontos positivos obteve que os Insuficientes Renais Crónicos em hemodiálise em Portugal encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o seu tratamento, assim como também se encontram satisfeitos com o acesso às consultas médicas, internamentos hospitalares, acesso à medicação de ambulatório e instalações clínicas. Como ponto não tão positivo aponta os transportes: tipo de transporte e tempo de deslocação. Estes são assim referidos como uma oportunidade de melhoria dos serviços e a realização de uma estratégia de gestão diferente poderá ser necessária para alterar o seu grau de satisfação, uma vez que o meio de transporte mais utilizados são as ambulâncias e ambulâncias de 7 lugares.

Palavras-chave: Insuficiente Renal Crónico, tratamento de hemodiálise, satisfação e qualidade dos serviços de saúde.

ABSTRACT

The satisfaction of health service users is an important indicator to realize the quality of these. This may be related to medical and non-medical factors. As we are in the Age of Chronic Kidney Disease Integration, only with your assessment you can realize the quality of services provided. This quantitative and descriptive study aims to identify the satisfaction level of chronic renal failure in common, hemodialysis in Portugal and analyzing several variables related to this. Data collection was performed in six private dialysis clinics, involving 104 patients through the questionnaire "patient satisfaction evaluation in Hemodialysis" the Portuguese Society for Quality in Health. As dependent variable, the degree of satisfaction in Chronic Kidney Dialysis and the remaining variables considered, grouped as follows: SocioDemographic characteristics, characteristics Substitutive kidney technical function, transportation facilities to the dialysis center, Health services used in the last six months, the impact of dialysis on the patient's life and perception of global patient's life conditions. As positive points obtained, the chronic kidney hemodialysis commitment to Portugal, are satisfied or very satisfied with their treatment, and are also satisfied with access to medical consultations, health admissions, access to medication and outpatient facilities. As a point not so positive, access points transportation, Transport facilities and travel time. These points are referred as an opportunity to enhance services and to perform a different, necessary, management strategy to change the satisfaction degree, since the most widely used of transportation type, are ambulances and ambulances (7 seats).

Keywords: Insufficient Renal Chronic, hemodialysis treatment satisfaction and quality of health services

ABREVIATURAS

Nº - Número

P. – Página

V. – Volume

1ª – Primeira

2ª – Segunda

SIGLAS

BCE – Banco Central Europeu

CE – Comissão Europeia

DGS – Direcção Geral de Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DRC – Doença Renal Crónica

FEUC – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

FMI – Fundo Monetário Internacional

GID – Gestão Integrada da Doença

HD – Hemodiálise

HTA – Hipertensão arterial

IRC – Insuficiência Renal Crónica

K/DOQI - Clinical Practice Guidelines for Diabetes and Chronic Kidney Disease

QSDH – Questionário de Satisfação dos Doentes em Hemodiálise

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SPQS – Sociedade Portuguesa para a Qualidade em Saúde

SPT – Sociedade Portuguesa de Transplantação

TX – Transplante

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
ABREVIATURAS	VIII
SIGLAS	IX
ÍNDICE	X
INDICE DE TABELAS	XI
INDICE DE GRÁFICOS	XII
INTRODUÇÃO	14
PARTE I - 1 - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	18
1.1 – TRANSPLANTE RENAL	20
1.2 – HEMODIÁLISE	21
1.3 – DIÁLISE PERITONEAL	23
1.4 – ENQUADRAMENTO EM PORTUGAL DA IRC	23
2 – QUALIDADE DOS SERVIÇOS	26
2.1 – QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM SAÚDE	27
3 – SATISFAÇÃO	32
PARTE II - 1 – METODOLOGIA	37
1.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	37
1.2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES	38
1.3 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	39
1.4 - VARIÁVEIS	40
1.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	40
1.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	44
2 – RESULTADOS	47
3 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	71
CONCLUSÃO	74
LISTA DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	82

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Identificação das clínicas de diálise e número da amostra	40
Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra	47
Tabela 3 - Caracterização da técnica substitutiva da função renal.....	49
Tabela 4 - Caracterização do meio de transporte para o centro de diálise.....	50
Tabela 5 - Utilização de serviços de saúde nos últimos 6 meses.....	51
Tabela 6 - Impacto da diálise na vida do doente	53
Tabela 7 - Percepção sobre a condição de vida global	54
Tabela 8 - Características associadas à satisfação com o tratamento de diálise .	57
Tabela 9 - Satisfação com a Diálise por Sexo	58
Tabela 10 - Características associadas à satisfação com o acesso à medicação	60
Tabela 11 - Características associadas à satisfação com o apoio médico.....	61
Tabela 12 - Características associadas à satisfação com as instalações da clínica	63
Tabela 13 - Características associadas à satisfação com o transporte	65
Tabela 14 - Satisfação com o transporte relacionada com a satisfação com a diálise.....	67
Tabela 15 - Características associadas à satisfação com o tempo de transporte	69

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Satisfação dos doentes com o tratamento de diálise que realizam	55
Gráfico 2 - Satisfação dos doentes com o acesso à medicação	59
Gráfico 3 - Satisfação dos doentes com o apoio médico que recebem	60
Gráfico 4 - Satisfação dos doentes com as instalações da clínica de diálise.....	63
Gráfico 5 - Satisfação dos doentes com o transporte utilizado pelos doentes para irem para a diálise	64
Gráfico 6 - Satisfação dos doentes com o tempo de deslocação para a diálise ..	67

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Questionário à Satisfação dos Doentes em Hemodiálise.....42

PARTE I

INTRODUÇÃO

A crescente evolução tecnológica na área da saúde das últimas décadas, tem contribuído para o aumento do número de pessoas com patologia crónica, de uma forma muito significativa. Entenda-se patologia crónica por uma deficiência de uma capacidade normal, permanente e irreversível.

Devido a este aumento, das doenças crónica, e ao envelhecimento da população, que daí resulta, os profissionais de saúde, cada vez mais se preocupam com a qualidade de vida dessas pessoas. Considerando que a qualidade de vida é multidimensional, e que a sua avaliação é muito mais do que simplesmente a avaliação e mensuração de resultados obtidos do tratamento médico, englobando, também o impacto que a doença e o seu tratamento tem nas diferentes dimensões da pessoa.

Com o despacho 4325/2008, de 1 de Fevereiro de 2008, decretado pelo Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, iniciou-se uma nova era, em que a qualidade e a eficiência se tornaram ferramentas indispensáveis. Com a criação do Modelo da Gestão Integrada da Doença, a avaliação do grau de satisfação dos doentes com IRC em hemodiálise tornou-se uma necessidade, uma vez que é a qualidade da organização que lhe confere a sua performance financeira, sendo que um dos seus indicadores é a satisfação dos seus clientes.

Devido ao aumento da população IRC e ao grande volume de recursos financeiros alocados à hemodiálise faz com que a preocupação das entidades governativas e reguladoras seja constante.

No entanto, a economia não deve de todo interferir quer na qualidade dos cuidados de saúde quer na satisfação dos utilizadores do mesmo. Para que tal se verifique e constate é necessária a monitorização constante e periódica sobre a satisfação dos utentes.

Sendo a hemodiálise um tratamento crónico técnico, e imprescindível à sobrevivência dos doentes renais crónicos, a avaliação da sua satisfação pode fornecer informações importantes às organizações que orientem a sua reestruturação.

A avaliação da satisfação dos utilizadores dos serviços é uma importante dimensão da avaliação da qualidade dos serviços de saúde (Baron-Epel et al 2001)

A satisfação dos utilizadores está relacionada com factores médicos e não médicos (Cohen et al 1996) e envolve dois aspectos: a execução de procedimentos técnicos e intercâmbio pessoal (Donabedian, 1992), assim sendo, os utilizadores são capazes de fornecer uma avaliação dos cuidados e dos serviços (Donabedian, 1992; Crow et al., 2002).

A satisfação dos doentes, ao mesmo tempo que avalia a qualidade dos cuidados em saúde, incorpora as expectativas e perceções do utilizador, sendo o resultado final os cuidados vivenciados pelo mesmo. Isto é, a reação perante o contexto, o processo e o resultado global da experiência relativa a um serviço de saúde (Donabedian, 1992), inclui desde a alimentação, limpeza, conforto, até à qualidade técnica dos serviços (Esperidião et al., 2006). A satisfação do doente é assim, uma característica estrutural do serviço de saúde subjetiva mas, cognitivamente influenciada pelas expectativas pessoais do doente (Donabedian, 1992).

Um dos métodos mais comuns para a avaliação da satisfação é a recolha de informações dos utilizadores sobre a qualidade dos serviços que eles recebem (Crow et al., 2002). Crê-se que, de forma indireta, ou através de uma solicitação repetida os utilizadores sejam forçados a reflectir sobre a sua satisfação de forma mais assertiva (Donabedian, 1992). A avaliação da satisfação do doente em Hemodiálise inclui assim, informações relacionadas com a comunicação e relacionamento entre o próprio e as diferentes equipas responsáveis pelos cuidados, a atmosfera da unidade de diálise e a eficiência dos recursos disponíveis (Cohen et al., 1996; Wasserfallen, 2006).

Embora a satisfação do utilizador com o tratamento esteja influenciada por muitos domínios da vida que também contribuem para a qualidade de vida é um indicador em saúde estruturalmente complexo e genérico. Tendo em atenção estas particularidades, a avaliação da satisfação dos doentes em hemodiálise é um importante domínio, até porque pode estar relacionada com a adesão ao tratamento (Kutner et al., 2005; Esperidião et al., 2006; Wasserfallen et al., 2006).

É assim, parte integrante na monitorização de cuidados e auxilia a tomada de decisões nas organizações que prestam os serviços (Esperidião et al., 2006).

A oportunidade de desenvolver esta investigação foi-me apresentada pela Professora Doutora Manuela Frederico ainda no decorrer do primeiro ano de Mestrado, uma vez que a Sociedade Portuguesa para a Qualidade em Saúde iria iniciar a sua investigação sobre a Satisfação dos doentes em Hemodiálise em Portugal, este tema de imediato me motivou uma vez que tenho todo o interesse pelo tema, sendo a minha área de trabalho.

Esta investigação tem como objetivos:

Objetivo Geral

- Identificar o grau de satisfação dos IRC em programa regular de hemodiálise em Portugal e analisar as diversas variáveis relacionadas com esta.

Objetivos Específicos

- Identificar o grau de satisfação dos IRC em programa regular de HD e verificar em que sexo é mais elevada.
- Identificar o grau de satisfação dos IRC com o acesso à medicação e verificar se a situação laboral influencia o grau de satisfação.
- Identificar o grau de satisfação dos IRC com o apoio médico que recebem.
- Identificar o grau de satisfação dos IRC com as instalações da clínica.

É um trabalho de carácter quantitativo e descritivo, que envolveu a recolha de dados em 6 clínica privadas de hemodiálise, através da aplicação de um questionário a 104 doentes. Os dados foram sujeitos a tratamento estatístico STATA versão 11 para Windows (StataCorp LP, College Station, TX).

Encontra-se dividido em três grandes partes: sendo que a primeira parte aborda toda a revisão da literatura, nomeadamente a definição de IRC e suas possíveis opções terapêuticas, a Hemodiálise, o Transplante renal, a Diálise Peritoneal, uma breve referencia ao tratamento conservador, seguindo-se de um respectivo enquadramento teórico em Portugal, entrando depois na temática da Qualidade dos Serviços, mais concretamente na Qualidade dos Serviços de

Saúde, e só assim, passaremos mais detalhadamente à temática da Satisfação, sendo esta parte integrante da Qualidade dos Serviços. A segunda parte aborda a metodologia utilizada, ou seja, concetualiza o estudo, descreve a sua operacionalização, a caracterização da amostra e os procedimentos de recolha de dados realizados. Descreve o instrumento de medida utilizado e os resultados obtidos. Para finalizar realizamos a discussão dos resultados obtidos e demonstrados anteriormente, e terminaremos com a conclusão.

1 - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

A doença renal crónica é a perda da função renal, esta apenas manifesta sintomas num estadio muito avançado, esta doença tem-se apresentado, nas últimas décadas, como um problema mundial de saúde pública, pelos aumentos progressivos da sua taxa de incidência e prevalência além de elevada morbimortalidade (Romão-Junior, 2007).

Na IRC os rins apresentam um grau de lesão irreversível, ao passo que na insuficiência renal aguda, pode ocorrer uma recuperação completa da função renal. No entanto, é apenas no seu estadio 5, o mais avançado, em que a perda da função renal é superior a 85%, que é necessário uma técnica de substituição renal (Kirsztajn et al, 2011).

Para os referidos autores a IRC é, actualmente, considerada um problema de saúde pública, classificada nas seguintes estadios:

Estadio 1 – Lesão renal com função renal

Estadio 2 – Insuficiência renal leve

Estadio 3 – Insuficiência renal moderada

Estadio 4 – Insuficiência renal severa

Estadio 5 – Insuficiência renal terminal ou dialítica

O diagnóstico precoce, através de análises laboratoriais, pode determinar o tipo de tratamento mais adequado, sendo também capaz de reduzir a velocidade de progressão da doença, e a evolução para o óbito precoce (Middleton et al, 2010)

Sendo uma doença silenciosa nos seus estadios iniciais, uma vez que os sintomas só se manifestam após a perda de cerca de 50% da função renal e são inespecíficos, sinais de alerta no exame físico tais como: anemia, HTA, náuseas, hálito com odor amoniacal, vômitos e edemas quer dos membros inferiores quer oculares (Kirsztajn et al, 2011) devem ser logo valorizados. É assim de extrema importância o acompanhamento dos cuidados de saúde primários, a sua vigilância e/ou encaminhamento para o Nefrologista.

Para Nolasco (2009) o mau controlo da diabetes é um dos grandes fatores de risco para a progressão da IRC, uma vez que a diabetes é identificada

como a principal etiologia da mesma. Seguida da HTA, da Glomerulonefrite, Pielonefrite e os rins poliquísticos (Thomas e Jeffrey, 2005).

O síndrome urémico mais frequente nos IRC é constituído pelos seguintes sintomas: náuseas, vômitos, fadiga, confusão mental e coma (Bennett e Plum, 1997).

De acordo com as K/DOQI recomenda-se iniciar com terapia de substituição da função renal quando a taxa de depuração renal de ureia for equivalente ou inferior a 7 ml/min e a depuração renal de creatinina entre 9 a 14 ml/min/173 m².

Segundo a Norma da DGS 017/2011 com actualização a 14/06/2012 todos os IRC, em estágio 4, com seguimento prévio em consulta de Nefrologia devem ser atempadamente referenciados a uma consulta de esclarecimento sobre as diferentes técnicas substitutivas da função renal, de forma a poder fazer a sua livre e informada escolha.

Sendo as modalidades terapêuticas da doença renal crónica as seguintes:

- a) Transplante renal
- b) Hemodiálise crónica e as técnicas depurativas extracorpóreas afins
- c) Diálise peritoneal crónica
- d) Tratamento médico conservador.

De seguida farei uma breve explicação sobre as diferentes modalidades, no entanto, não me vou debruçar sobre o tratamento médico conservador, pois este ainda foi muito pouco debatido, e tem um baixo grau de aceitação, quer pela comunidade médica, quer pela população em geral, pois o conceito, nem sempre correcto, de que a morte estará cronologicamente muito perto, está ainda muito associado a esta modalidade.

Outro alvo de crítica a esta modalidade, prende-se com o aspecto financeiro, pois ainda não foi definido qualquer tipo de reembolso para ela, sendo certo de que os IRC que optarem por ela terão de ser seguidos e acompanhados. Essa é outra grande questão ainda em aberto, seguidos por quem: Nefrologista, Médico de família ou pode ser encaminhado para cuidados paliativos, sendo certo que estas opções são meras questões minhas.

1.1 – TRANSPLANTE RENAL

O TX renal consiste na implantação no abdómen de um rim, seja ele de dador cadáver ou de um dador vivo.

Apesar de ser uma opção de técnica de terapêutica para a IRC, e passível de ser a 1ª modalidade de terapêutica, é quase sempre realizada a posteriori, como veremos nos dados do Gabinete de Registo em Portugal.

Para os doentes que se encontram em HD ou em DP é encarado como sendo a única hipótese de viver uma vida quase normal, e está sempre associada a uma perceção de satisfação com a vida. Bastos et al (1994) apontam o TX renal como a técnica que melhor permite a reabilitação do doente e um estilo de vida normal, mais ainda, é a técnica que possibilita uma economia para o Sistema de Saúde.

A DGS (2012) refere também que, as suas grandes vantagens clínicas são o melhor controlo do metabolismo de todas as substâncias relacionadas com a função renal. Faculta ainda uma melhor qualidade de vida e uma maior esperança média de vida.

No entanto, não é uma modalidade isenta de riscos, muito pelo contrário. Para além de todos os riscos associados ao procedimento cirúrgico, existem também os riscos associados à terapêutica, que é necessário utilizar para a manutenção do enxerto, nomeadamente imunossuppressores, e o mais temido pelos doentes, a rejeição do enxerto.

Esta hipótese, provoca uma grande decepção. A rejeição pode ocorrer por diversos motivos, transmitidos pelo próprio rim transplantado, infecciosos ou por complicações, tais como, hematoma, hemorragias, trombose de algum vaso do rim ou mesmo a ruptura do órgão (DGS, 2012).

Pode ser precoce, nos primeiros 6 meses, ou tardio, e tal como vários estudos demonstram, o doente cujo enxerto é rapidamente rejeitado, aceita e recupera mais facilmente do que o utente que vive alguns anos com o novo rim antes de retomar à diálise (Thomas e Jeffrey, 2005).

Estando este receio sempre presente, alguns doentes, nunca aceitam integrar a lista de pré-TX, outros recusam o TX quando são chamados e outros ainda pós a rejeição do TX, não aceitam retomar à lista.

É de extrema importância salientar que o TX de dador vivo tem uma melhor sobrevida para o doente e do enxerto, e que é a técnica custo-efectividade, mas com uma grande limitação, a disponibilidade de órgãos versus IRC (Dain e Sancho, 2008).

Desde 1980, em Portugal, realizaram-se 10686 TX renais, (Macário, 2014) o que coloca Portugal na liderança da transplantação renal mundial, sendo o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, o centro que mais TX renais realizou nos últimos anos, em 2013 – 136 de dador cadáver e 9 TX de dador vivo.

Sendo o TX, uma técnica de primeira linha, e que melhor qualidade de vida oferece aos doentes (Thomas e Jeffrey, 2005) em Portugal, em 2013 apenas foi a primeira técnica para 9 doentes, contra 2210 que iniciaram em HD e 208 que iniciaram em DP (Macário, 2014).

1.2 – HEMODIÁLISE

A HD é outra técnica de substituição da função renal. É uma técnica de depuração extra-renal que utiliza membranas dialisantes artificiais semipermeáveis (Owen et al, 2000).

A sua história faz parte integrante das histórias: da anticoagulação, do circuito extracorpóreo, da bomba de sangue, da membrana dialisadora, do filtro dialisador e dos acessos vasculares (Tomé et al, 1999).

Em 1854, Thomas Grahn, usou pela primeira vez o termo diálise mas foi só 1924 que Georg Hass realizou a primeira HD em humanos (Thomas e Jeffrey, 2005).

Por falta de apoio médico ficou tudo “adormecido” até 1945, pois só em 1944 Willen Kolff constrói o primeiro dialisador/filtro e em 1948 ocorre a primeira HD bem sucedida (Thomas e Jeffrey, 2005).

A década de 80 foi rica em desenvolvimento de máquinas mais seguras, com monitores, alarmes e sistemas automáticos (Tomé et al, 1999).

É agora definida como um processo terapêutico capaz de remover catabólitos do organismo, assim como, corrigir as manifestações do meio interno através da circulação do sangue num sistema extracorpóreo, passando pelo dialisador, com os seus 2 compartimentos, feitos por uma membrana

semipermeável e constantemente “banhada” pela solução dialisante (Tomé et al 1999).

A técnica foi-se aperfeiçoando ao longo dos anos, a qualidade dos materiais e os avanços terapêuticos aumentam a tolerância das IRC ao tratamento. Mas, esta técnica implica que o IRC se desloque ao centro 3 vezes por semana e com uma média de duração de cada tratamento que pode variar entre as 4 a 6 horas (Trentini et al, 2004).

Para a realização da HD também é necessário que o doente tenha um acesso vascular. Este pode ser um cateter venoso central, uma prótese artério-venosa ou uma fístula artério-venosa, sendo este último o acesso de eleição, sempre que a situação clínica o permita, apesar de nem sempre ser possível devido ao facto de o património vascular destes doentes se encontrar já deteriorado quer como consequência dos anos em HD, ou com HTA, ou mesmo devido à diabetes não controlada (Smeltzer et al, 2002).

A adaptação do doente a um programa regular de HD ainda é um processo complexo, pois envolve, um rigoroso plano alimentar, restrição hídrica, cuidados com o acesso venoso, um ritual repetitivo de dependência a uma máquina e as alterações da imagem corporal relacionadas com o tratamento e o próprio acesso vascular.

Esta condição crónica causa ainda isolamento social, perda de emprego, dependência do sistema de saúde e um sentimento ambíguo entre medo de viver e morrer (Machado, 2003).

Segundo o Presidente da SPT (Nolasco, 2009) o cenário da HD em Portugal mudou radicalmente nas últimas 4 décadas, pois antes de 1980, os IRC portugueses tinham de se deslocar para França ou Espanha para poderem sobreviver. Hoje em dia, Portugal possui centros que dão cobertura a todos os IRC que necessitem desta modalidade terapêutica.

1.3 – DIÁLISE PERITONEAL

No final da década de 70, surgiu a DP, esta, é uma técnica de depuração extra-renal que utiliza o peritoneu como membrana dialisante. É baseada na infusão e drenagem de uma solução através de um cateter intra-abdominal na cavidade peritoneal (Greenberg, 2005).

É realizada a 3 tempos: a entrada, a permanência e a drenagem da solução, podendo ser realizada em 2 modalidades: Ambulatória contínua, ou manual, que consiste na infusão de 2 a 2,5 litros da solução com 4 a 5 trocas por dia, 7 dias por semana, ou a intermitente noturna ou automática, que é realizada com uma cicladora automática, durante a noite, com um volume de infusão de 8 a 20 litros, com um tempo fixo de 9 a 10 horas (Tomé et al, 1999).

A grande vantagem apontada a esta técnica é pura e simplesmente o facto de ser realizada no domicílio, não havendo necessidade de se deslocarem a um centro de HD 3 vezes por semana, permitindo assim manter uma vida pessoal, social e profissional mais estável.

As suas desvantagens são as complicações associadas à técnica, tais como: formação de hérnia abdominal, perfuração provocada pelo cateter, edema genital, complicações respiratórias e dor lombar (Nolasco, 2011).

Ainda para segundo Nolasco (2011) o cateter de DP deve ser colocado, no mínimo com 15 dias antes do início da técnica, logo, não é uma técnica que possa ser utilizada numa situação de necessidade de início de terapêutica substitutiva da função renal de urgência, contrariamente à HD.

1.4 – ENQUADRAMENTO EM PORTUGAL DA IRC

Segundo o Presidente da SPN, Dr. Fernando Nolasco, em Portugal calcula-se que cerca de 800 mil pessoas sofram de doença renal crónica. O Gabinete de Registo da SPN, refere que a 31 de Dezembro 2013, existiam 18345 doente com técnicas substitutivas da função renal, sendo que 10977 dos quais encontravam-se em HD, 6636 com transplante renal e 732 em DP (Macário, 2014).

A etiologia da IRC mais prevalente é a Diabetes, com 27,7%, seguida da HTA com 15,4% e as Glomerulonefrites com 11,6% (Macário, 2014).

Ainda Macário (2014) refere que, no que diz respeito ao seguimento prévio em consulta de Nefrologia apenas 67,4% o tiveram, muito embora este valor esteja em crescente ascensão nos últimos anos em Portugal.

No panorama global do país no que diz respeito à mortalidade na IRC continuam a ser as doenças cardiovasculares e as infeções as primeiras causas de morte, o que vem de encontro com a literatura existente e com a tendência dos outros países da Europa.

Outro dado interessante, ainda fornecido pelo Gabinete de Registo da SPN, é que apenas 10,7% das unidades de HD em Portugal são hospitalares, sendo as restantes 89,3% unidades periféricas.

Serve o presente dado para fazer a ligação com a próxima temática, Gestão Integrada da Doença Crónica.

Com o despacho nº 4325/2008 dá-se início ao modelo de Gestão Integrada da Doença Crónica, com o objetivo de melhorar a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados.

O mesmo, encontra-se em anexo e não acho relevante estar a falar detalhadamente, apenas que está associado a um modelo de pagamento - o preço compreensivo, pelo que o estabelecimento irá receber um valor global por doente/semana e terá bem definidos os parâmetros de resultados, assim como um rigoroso controlo da qualidade dos seus serviços.

Com a implementação da GID a DGS pode acompanhar e monitorizar todos os aspetos que pretenda.

Para as entidades, é obrigatório, registar todos os atos, procedimentos, medicamentos e exames relativos a cada doente, sendo que o reembolso estabelecido para todos esses atos foi de 547,94 euros/doente/semana – preço compreensivo.

Segue-se o despacho 10569/2011, no âmbito do Memorando de Entendimento do Governo com o FMI, CE e BCE com a imperativa redução de 10% da despesa global do SNS com entidades privadas até final de 2011 e mais 10% até ao final de 2012, publicado a 23 de Agosto de 2011 em Diário da Republica, que também se encontra em anexo, que refere resumidamente:

- Inclusão das despesas dos acessos vasculares no preço compreensivo (construção e manutenção);
- Inclusão de transfusões sanguíneas
- Reembolso estabelecido de 470,09 euros/doente/semana.

Perante todas estas alterações ao redor dos cuidados renais em Portugal, é peremptório realizar avaliações constantes, quer por parte do pagador, quer por parte das entidades prestadoras, não só, avaliação aos padrões de qualidade clínica, mas também a todos os outros padrões de qualidade, neste caso concreto à Satisfação dos clientes/IRC em HD em Portugal.

2 – QUALIDADE DOS SERVIÇOS

Os serviços, afirmam-se como sendo um setor essencial na economia mundial, nestes últimos anos. No entanto, reúnem características particulares que obrigam a uma investigação diferente da que existe, por exemplo, na indústria ou o comércio.

É fundamental, se não, obrigatório para os gestores e investidores, conhecerem e avaliarem a sua qualidade.

Não é meu objetivo nesta investigação desenvolver, até descrever que seja, detalhadamente nenhum modelo de qualidade dos serviços já existentes na literatura, mas não posso avançar sem deixar de fazer uma breve introdução, à definição de serviço antes de entrar na qualidade de serviços em saúde.

Para Grönroos (2002) um serviço é um fenómeno difícil de definir. Sendo ele uma referência no desenvolvimento desta área de investigação, vou ter em atenção apenas os seus conceitos. Este refere que um serviço é um processo, composto por uma serie de atividades, que por norma, não sendo obrigatório, ocorrem através da interacção entre clientes e os empregados, ou recursos físicos, ou bens ou sistemas do fornecedor, tudo isto são consideradas soluções para os problemas/necessidades do cliente.

Os serviços têm 3 características específicas (Grönroos, 2007):

- são processos que consistem em atividades ou series de atividades
- até um certo ponto, são consumidos e produzidos em simultâneo
- o cliente participa como co-produtor no processo de produção.

Sendo um serviço algo intangível, heterogéneo, em que os próprios clientes participam na sua produção, o desafio para os prestadores é enorme, requer desenvolvimento de formas inovadoras de gestão de processos para que se possa solucionar os problemas e necessidades dos clientes, assim como gerar neles satisfação (Grönroos, 2000).

Existem duas diferenças muito importantes entre a saúde e industria que tenho de referir, segundo Sale (1998):

- a maioria dos doente não tem conhecimento suficiente para julgar a qualidade técnica dos cuidados de saúde,

- o bem estar físico de um doente, a sua própria vida e não somente a sua satisfação, dependem da qualidade dos cuidados.

Pelo que, os métodos para controlar a qualidade têm uma enorme importância no campo da saúde, de forma a eliminar os cuidados deficientes e a proteger os doentes. Os custos de uma má qualidade nos cuidados de saúde, são tão ou mais elevados do que os custos de uma boa qualidade.

As organizações de saúde, tal como todas as organizações sociais, são dotadas de um conjunto de normas, regras e valores aliadas aos seus recursos humanos, materiais e financeiros que, fazem com que funcionam de forma integrada. No entanto, a qualidade nas organizações de saúde tem algumas especificidades só suas que Pisco et al (2001) identificam, tais como:

- Satisfazem e diminuem as necessidades,
- Não respondem à “procura” oferecendo mais,
- É pró-activa para prevenir e dar respostas, e não para a procura de novas oportunidades de mercado,
- Reúne integradamente, a efectividade, a eficiência, a equidade e a aceitabilidade, não sendo apenas esta ultima a única exigência.

2.1 – QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM SAÚDE

A problemática da Qualidade, de prestação de serviços, no actual contexto em que Portugal se encontra, tem extrema importância. Para os gestores dos serviços, investigadores, e até para o “pagador”, neste caso o Governo, a qualidade dos serviços de diálise é um pré-requisito que permite distinguir as diferentes organizações.

A ideia de qualidade, já muito utilizada no meio industrial, tem ganho cada vez mais significado e relevância nos serviços e cuidados de saúde (Silva, et al, 2010).

Nestes, a inovação e a potencialidade de transformação é grande, logo, a busca da melhoria da qualidade, voltada para as necessidades, expectativas e satisfação da população é permanente (Sousa, 2010).

Na saúde, a qualidade deverá ser analisada no contexto de um sistema, fazendo parte integrante de uma sociedade complexa, em permanente evolução (Biscaia, 2007).

Para WHO, a Qualidade em Saúde, não deverá apenas satisfazer as necessidades, mas sim, ser proactiva na presença e nas respostas de forma a ir mais além das carências (WHO, 2009). Deve reunir, características como a efectividade, a aceitabilidade, a acessibilidade, a eficiência, a equidade e a segurança (WHO, 2006).

A busca continua pela melhoria dos cuidados, pela satisfação dos utilizadores e prestadores de cuidados, pretende descortinar todas as relações existentes.

A Qualidade em Saúde, é mais difícil de definir do que em outro qualquer serviço, pelo simples facto, que outros factores individuais, tais como: qualidade de vida, grau de complexidade, ambiguidade e a heterogeneidade dos próprios serviços interferem na avaliação (EIRIZ, 2004). De todos estes factores, referidos por Eiriz, no contexto desta investigação, talvez se possa considerar que a mais “variável” será a qualidade de vida de cada indivíduo, uma vez que o estudo foi realizado em centros abrangidos pelos mesmos requisitos legais, não havendo alteração no grau de complexidade, ou heterogeneidade de serviços.

A Organização Mundial de Saúde define Qualidade de Vida como, a percepção individual de uma posição de vida deste indivíduo num determinado contexto cultural e de valores, influenciada pelos objectivos pessoais, expectativas, padrões e conceitos nos quais estes indivíduos vivem. É um conceito dinâmico, profundamente influenciado também pela saúde física, estado psicológico, nível do grau de independência, relações sociais, crenças e características do meio ambiente onde se encontra inserido (WHO, 1997). A qualidade de vida pode assim ser subentendida como a percepção individual de bem-estar, sendo transmitida pelo nível de satisfação ou insatisfação em relação a cada domínio da vida e a importância que a eles se dá. É uma avaliação que a própria pessoa faz da sua saúde e da sua vida (Saupe; Broca, 2004).

Para além das definições dos diferentes autores que atrás referi, não posso deixar de referir ainda mais alguns outros, pois apesar de ser um termo

utilizado amplamente no nosso quotidiano, todos temos dificuldade em definir de um modo simplista, provavelmente, por tal não ser possível.

Ferreira (1991) refere que se o objetivo de melhoria da qualidade for tido por uma organização, o que terá de fazer em primeiro lugar é a própria definição do conceito. E quando se fala em qualidade à que pensar sempre na “missão” (objectivo da instituição), “serviço” (produto) e “satisfação do cliente” (Mezono, 2001).

Para Biscaia (2000) é um conjunto de atividades, com metas bem definidas e avaliações de desempenho que abrange todos os níveis de cuidados. Tem como objetivo a melhoria continua dos cuidados/serviços e com isso obter uma maior satisfação dos consumidores (doentes) dos cuidados de saúde.

Existem ainda autores que definem a qualidade em saúde como algo muito superficial e subjetivo, sendo a qualidade em saúde um constructo elusivo e abstracto difícil de definir (Lee e Yom, 2006).

Ainda para estes autores a qualidade divide-se em duas partes independentes:

- Qualidade de facto, confrontação com padrões que correspondem às expectativas de cada um,
- Qualidade na perceção, que corresponde às expectativas do consumidor.

Na qualidade em saúde, deve-se considerar dois aspectos, a componente técnica, que consiste no conhecimento científico e na tecnologia, e a componente humana, que consiste em avaliar se as necessidades pessoais dos doentes são atendidas ou não (Ferreira, 1991).

Segundo Pereira (2003) é fundamental para todos os doentes perceberem qualidade, este, o conceito é mais valorizado na saúde do que em qualquer outra área, pelo simples facto de ser um bem essencial à vida.

Com base neste princípio, ainda para Pereira (2003) a qualidade deve ser entendida como uma prestação de cuidados de saúde, eficiente e eficaz, humanizada e realizada em tempo útil pelo SNS, colocando o cidadão sempre no centro do sistema de saúde.

Foi também baseado neste princípio que a WHO em 1984, elaborou as Metas da Saúde para todos no ano 2000, nas quais constam especificamente um objetivo para a Qualidade, que refere que todos os governos dever ter constituído mecanismos eficazes que assegurem a qualidade dos cuidados dos doentes dentro dos respetivos sistemas de saúde até 1990.

Os seguintes aspetos devem ser cumpridos:

- Estratégias combinadas de garantia
- Desenvolvimento e utilização de tecnologia e formação profissional
- Intercâmbio e colaboração internacional em avaliação de procedimentos e de padrões de cuidados, desenvolvimento de tecnologia e formação
- Monitorização sistemática dos resultados de cuidados de saúde, através de sistemas de informação adequados
- Envolvimento dos profissionais, dos gestores e dos consumidores/doentes, na nova dinâmica orientada para os resultados
- Reorientação da formação dos profissionais de saúde, de que destacam alguns conceitos como o estado de saúde da pessoas, famílias e comunidade, a qualidade de vida, a satisfação dos doentes, o custo e a efectividade como medidas de desempenho.

Mezono (2001) reforçou ainda esta ideia dizendo mesmo que não é possível satisfazer os clientes/doentes se os serviços não forem adequados às suas necessidades e se o atendimento deles não estiver previsto na própria definição da missão da organização.

Para além de todas estas definições, em 2006, ainda a WHO, incluiu também o doente e a família no plano de tratamento e na tomada de decisão, embora já, muito antes existiram autores como o Donabedian. Este em 1980, que referiu ter várias definições para a qualidade, ou melhor, diversas variantes da mesma definição, e a validade de cada uma dela resulta do contexto em que é produzida. Faz assim a distinção entre a definição absolutista de qualidade, orientada para a parte técnico-científica, definição individualizada que leva em consideração as expectativas, os valores e as necessidades dos utilizadores, e

outra definição, social, baseada nas necessidades e nos benefícios da prestação de cuidados a uma população.

Seguidamente (1988) assentou a qualidade de serviços em saúde numa tríade:

- Estrutura – compreende as características do ambiente onde é prestado e o que inclui, recursos humanos e estrutura organizacional
- Processo – refere-se à suas acções executadas para receber e prestar cuidados de saúde
- Resultado – manifesta os efeitos do cuidado no estado de saúde do indivíduo e da população em geral.

Ou seja, uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um melhor processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de bons resultados.

Em 1990, Donabedian, amplia ainda mais o conceito, para sete pilares:

- Eficácia – capacidade máxima dos cuidados de saúde para melhorar a saúde
- Efetividade – melhorias em saúde que são possíveis de atingir
- Eficiência – capacidade de atingir a melhor condição de saúde possível ao menor custo
- Otimização – equilíbrio mais favorável entre custos e benefícios
- Aceitabilidade – concordância com as preferências do doente em relação à acessibilidade, à relação médico-doente, às comodidades, aos efeitos dos cuidados e aos custos dos serviços de saúde
- Legitimidade – concordância dos cuidados com as preferências socialmente definidas
- Equidade – justiça na distribuição do cuidado.

Depois de explanadas algumas teorias sobre a qualidade dos serviços em saúde, que ajudam os prestadores a terem uma visão aproximada dos doentes, permitem também aos pagadores terem uma mesma visão sobre tal facto.

Uma vez que os conceitos de qualidade e satisfação estão estritamente relacionados não seria possível passar à próxima etapa sem ter realizado este desenvolvimento prévio.

É importante perceber a relação entre qualidade e satisfação para perceber melhor o processo de avaliação do consumidor/doente.

A discussão sobre a relação causal entre qualidade de serviços é extensa, mas parece que, actualmente, é mais consensual que a qualidade dos serviços antecede a satisfação.

3 – SATISFAÇÃO

A satisfação do doente adquiriu uma importância fundamental como medida da qualidade dos cuidados de saúde, pois dá-nos uma informação acerca do sucesso dos prestadores em relação aos valores e às expectativas dos seus doentes. A medida da satisfação é uma importante ferramenta de pesquisa, administração e planeamento, permitindo às organizações adequar-se ao meio envolvente, com a constante preocupação de responder às necessidades dos seu utilizadores e conseqüentemente melhorar a qualidade dos serviços prestados, tendo sempre em conta o ponto de vista do doente (Donabedian, 1988).

A satisfação aparece como fazendo parte integrante da qualidade dos serviços e é assim, um resultado que se pretende ter no processo da prestação. Varia de doente para doente e depende de vários factores tais como os socioeducativos, culturais, demográficos e estado de saúde (Lee e Yom, 2006).

O grau de satisfação é influenciado por vários aspectos relacionados com as características e expectativas de cada um. Não é um conceito objectivo, estático, desprovido de valor cultural, é sim, um conceito multidimensional e de difícil operacionalização (Ribeiro, 2003).

Deriva da palavra do latim “satis” (suficiente) e “facere” (fazer) (Oliver, 1997). Segundo este, a satisfação é uma resposta do consumidor, um julgamento sobre determinado produto ou serviço, transmite um nível agradável de realização relacionada com o consumo, mas também, incluindo os níveis de realização superiores e inferiores.

Esta definição de Oliver (1997) é um marco histórico, primeiro porque coloca o foco da definição no consumidor e não no cliente, o consumidor usa um produto ou serviço enquanto um cliente paga pelo produto ou serviço, ou seja, pode não ser directamente o consumidor. Segundo, porque a satisfação é vista como um sentimento. Terceiro, porque admite que a satisfação tem limiares superiores ou inferiores, o que significa que a satisfação de um consumidor não é estática.

Com alguma frequência, existe alguma confusão entre qualidade dos serviços e satisfação, mas de facto, apesar de estarem intimamente relacionados, são conceitos diferentes (Anderson et al, 1994):

- Para avaliar a satisfação, o consumidor necessita de experienciar um serviço, no entanto, para avaliar qualidade não é necessária essa experiência;
- A satisfação é dependente de um valor, por sua vez, a qualidade pode ser vista como o rácio entre a qualidade percebida e o preço, ou benefícios obtidos tendo em conta um valor dispendido;
- A qualidade advém de uma experiência específica do consumidor, enquanto a satisfação é influenciada pelas experiências passadas.

Já em 1988, Clealy e McNeil, definiram a satisfação como a reacção do utente acerca dos cuidados recebidos, salientando também os elementos subjectivos associados à sua experiência, tais como, a sua avaliação cognitiva e reacção emocional do utente à estrutura, processo e/ou resultado dos cuidados.

O conceito de satisfação do utente sintetiza assim um conjunto de reacções, aquando do seu contacto com os cuidados de saúde. Fitzpatrick (1997) refere mais ainda, acrescentando ainda ao conceito o facto deste conter também as reacções emocionais e cognitivas.

Ferreira (2003) refere que a satisfação e as suas dimensões fazem parte integrante dos cuidados, havendo evidências de que a melhoria da qualidade está directamente relacionada com a satisfação dos utentes. Utentes mais insatisfeitos têm menor compliance das indicações médicas.

Para além de Ferreira, também Melo (2005) afirma que o nível de satisfação dos utentes, é muito importante, não apenas por ser um direito que lhes assiste, mas também porque constitui um importante factor ponderante para a adesão ao tratamento.

Nos cuidados de saúde, um dos pontos para o sucesso é o conhecimento do facto dos serviços de saúde prestados vão de encontro as necessidades e carências dos utilizadores.

Os utentes podem emitir a sua opinião sobre em que medida os cuidados de que foram alvo contribuíram para melhorar o seu estado e a sua qualidade de vida, aumentando assim a sua satisfação. O utente assume assim um papel fulcral, uma vez que é quem recebe directamente a prestação dos cuidados, logo, é quem pode fazer uma avaliação dos cuidados que recebeu, bem como que impacto esses tiveram (Ferreira, 2003).

Este tipo de estudos, sobre a satisfação, deve servir para melhorar a imagem pública dos serviços de saúde, mas também implementar mudanças nas organizações, visando satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes.

Hespanhol (2003) vem confirmar precisamente isso, salientando que deve ser considerada uma área de investigação importante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados e uma medida de resultados dos cuidados de saúde. A satisfação dos utentes mantém fortes relações empíricas com vários indicadores de processos de cuidados e dos resultados desses processos.

Em suma, os prestadores de cuidados de saúde devem considerar os seus utentes, pessoas com direitos e clientes consumidores de serviços de saúde.

Por isso, devem ser tratados com respeito, dignidade e participar nas tomadas de decisão em relação aos seus cuidados de saúde, devem ter uma pronta resposta à suas necessidades, acesso fácil ao apoio social, aconselhamento e livre escolha do prestador que pretende. Quando algum destes aspectos não está presente, há lugar à insatisfação (Ferreira e Lourenço, 2003).

Por tudo isto, a opinião dos utentes/clientes tem vindo a ser cada vez mais tida em consideração no domínio científico, pois permite monitorizar a qualidade dos serviços de saúde, levantar as necessidades e avaliar as medidas

implementadas.

PARTE II

1 – METODOLOGIA

Nos capítulos anteriores debruçamo-nos sobre a temática da Insuficiência Renal Crónica e seus diferentes tipos de modalidades terapêuticas, assim como na temática da Qualidade de Serviços de Saúde, e depois mais concretamente na Satisfação, o que permitiu assim a contextualização do estudo empírico.

Neste capítulo apresentamos a metodologia de investigação, sua conceptualização e operacionalização, descrição da amostra, instrumento de recolha de dados e procedimentos utilizados.

1.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Sendo a hemodiálise em Portugal prestada por entidades privadas, a minha área de interesse, pois é parte integrante da minha actividade laboral, e atendendo ao facto, que existe uma preocupação constante, de monitorização, não só de resultados clínicos de excelência, mas também da satisfação dos utentes que utilizam estes serviços, uma vez que esta é um indicador da Qualidade dos Serviços, este tema foi para mim, alvo de interesse. Para além do que atrás já foi referido, houve ainda, recentemente uma série de alterações que ocorreram desde a assinatura do primeiro memorando com a Troika, alterações essas, que vão desde a revisão/redução do reembolso, quer seja, pela diminuição direta do valor pago, ou pela inclusão de mais actos, como outro tipo de alterações, nomeadamente, com o tipo de transportes utilizados pelos doentes. Por isto tudo, é nosso objetivo identificar o grau de satisfação dos IRC em programa regular de hemodiálise em Portugal, e quais as variáveis que influenciam mais negativa e positivamente a satisfação dos utentes em programa regular de hemodiálise em Unidades Privadas.

O trabalho de investigação desenvolveu-se em três fases. A primeira fase incluiu a revisão da literatura sobre as principais temáticas do estudo, a Insuficiência Renal Crónica e a Qualidade em Saúde. A segunda envolveu a aplicação do questionário elaborado e fornecido pela Sociedade Portuguesa para a Qualidade em Saúde, intitulado “Avaliação da Satisfação do Doente em

Hemodiálise” (SATHMO) no âmbito de seu projecto de investigação, com o mesmo nome, que se encontra em anexo. Todos os dados recolhidos por mim serviram para realizar esta presente investigação. Na ultima fase, efetuamos o tratamento estatístico dos dados, apresentação de resultado e discussão, com referência a literatura sempre que possível. Por fim reflectimos sobre as conclusões obtidas com esta pesquisa e suas limitações.

1.2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Assim, levantamos as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – O grau de satisfação com o tratamento de diálise está relacionado com a possibilidade de escolha de modalidade de diálise.

Esta questão foi levantada devido à Norma da DGS 17/2011, que refere no seu ponto “4. O doente renal crónico com seguimento prévio em consulta externa de nefrologia deve ser referenciado atempadamente à consulta de esclarecimento, isto é, desde o estágio 4 da doença renal (*Nível de evidência B, grau de recomendação I*).” e após essa consulta de esclarecimento sobre todas as modalidades deve optar pela modalidade que a sua condição clínica permitir, juntamente com a sua preferência pessoal.

Hipótese 2 – O grau de satisfação com o transporte para o tratamento está relacionado com o tipo de meio de transporte.

Hipótese 3 – o grau de satisfação com o tratamento de diálise está relacionado com a satisfação com o meio de transporte utilizado.

Uma vez que em 2009, data da aplicação do último questionário da DGS sobre a satisfação dos doentes em diálise, os transportes utilizados eram maioritariamente os táxis, e os doentes tinham elevado grau de satisfação com este modelo, estas duas hipóteses são meramente exploratórias, de forma a ver se essa satisfação sofreu algum grau de alteração, uma vez que ocorrer alteração na legislação na lei geral dos transportes dos doentes não urgentes.

1.3 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A população alvo deste estudo é constituída por Insuficientes Renais Crónicos em programa regular de hemodiálise em clínicas privadas de hemodiálise. Sendo este o único critério de elegibilidade para entrar nesta investigação.

A amostra foi seleccionada de forma aleatória, num universo de seis Clínicas de Hemodiálise seleccionadas por mim. Pós ter seleccionado estas seis clínicas, em que o único critério foi pertencerem ao grupo empresarial em que me encontro a trabalhar, forneci as minhas disponibilidades à SPQS, e eles validaram a minha ida às Clínicas, as respectivas autorizações, que se encontram em anexo III.

Os horários de visita às Clínicas forma definidos pelas Direcções Clínicas locais, e uma vez no local, os inquéritos foram aplicado por ordem de chegada dos doentes à sala de espera, até perfazer o número de inquiridos pré definidos pela SPQS.

Como critérios de inclusão tivemos:

- Insuficientes Renais crónicos submetidos a tratamento nas clinicas abaixo mencionadas;
- Doentes maiores de 18 anos;
- Doentes sem défices cónitivos, que os impedisse de responder com clareza e objectividade;
- Doentes que após a apresentação do questionário e seu objetivo aceitassem entrar de livre vontade no estudo.

Tabela 1 - Identificação das clínicas de diálise e número da amostra

Identificação da Clínica de Diálise	Nº da amostra
Nefrovaes - Centro de Hemodiálise de S. Martinho do Bispo	6
Diaverum - Unidade de Aveiro	35
Pombaldial - Clínica de Diálise, Ida	16
D.v. - Diálises do Vouga, Ida	20
Diaverum - Unidade da Fig. Foz	14
Diaverum Peso da Régua - Centro Renal da Santa Casa da Misericórdia de Peso da Régua	13
	Total - 104

Após a sua aceitação na entrada do estudo, caso tivesse autonomia, preenchia ele próprio o questionário, em formato papel, caso contrário, funcionava como uma entrevista, sendo o questionário preenchido por mim.

1.4 - VARIÁVEIS

Como variáveis este estudo tem:

Variável Dependente:

- Grau de satisfação dos Insuficientes Renais Crónicos em Diálise

Variáveis Independentes:

- Possibilidade de escolha da modalidade de diálise;
- Diferentes tipos de meio de transporte utilizado;
- Grau de satisfação com o meio de transporte utilizado;

1.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O questionário foi desenvolvido e tem a concessão técnica-científica da SPQS, encontrava-se informatizado na plataforma surveymonkey e foi testado pelos próprios através da aplicação de um pré-teste. Após a sua aplicação foi aferido e validado por um grupo de stakeholders com elementos da DGS e

entidades envolvidas em prestação de cuidados renais, sociedades médicas e associações de IRC.

Nós, enquanto inquiridores tivemos uma formação on-line com o objectivo de salvaguardar a abordagem mais correcta ao doente e a confidencialidade dos dados colhidos.

Devido à elevada faixa etária da população, e ao baixo grau de instrução os questionário foram feitos em forma de entrevista e preenchidos por mim.

Quadro 1 - Questionário à Satisfação dos Doentes em Hemodiálise

QUESTIONÁRIO À SATISFAÇÃO DOS DOENTES ME HEMODIÁLISE

QSDH1 – Sexo

QSDH2 – Actualmente, que idade tem

QSDH3 – Qual o nível de escolaridade (completo)

QSDH4 – Indique qual a sua nacionalidade

QSDH5 – Indique qual a sua situação laboral

QSDH6 – Foram-lhe explicadas, na consulta hospitalar

QSDH7 – Que grau de utilidade teve para si a informação que lhe foi dada

QSDH8 – Teve possibilidade de escolher a modalidade de diálise (Diálise Peritoneal ou Hemodiálise)

QSDH9 – A escolha que fez em relação à modalidade de diálise (Diálise Peritoneal ou Hemodiálise) veio ao encontro das suas expectativas

QSDH10 – Há quanto tempo realiza sessões de diálise de forma continua

QSDH11 – Qual foi o tipo de tratamento de diálise que recebeu, mais frequentemente, nos últimos 6 meses

QSDH12 – Qual o seu grau de satisfação com o tratamento de diálise que realiza

QSDH13 – Como classifica as instalações da Unidade de diálise que utilizou, com maior frequência, nos últimos 6 meses

QSDH14 – Qual o grau de satisfação com as instalações da Unidade de diálise

QSDH15 – Como classifica cada elemento da sua unidade de diálise que mais utilizou

QSDH16 – O pessoal da Unidade de diálise (Hospital ou Clínica), que o acompanhou nos últimos 6 meses

QSDH17 – Qual o grau de satisfação como apoio médico que lhe é dispensado

QSDH18 – Qual o grau de satisfação com a forma como lhe é dado o acesso à medicação

QSDH19 – O restante pessoal da unidade de diálise (Hospital ou Clínica), que

o acompanhou nos últimos 6 meses

QSDH20 – Qual o factor que mais valoriza nesta Unidade de diálise

QSDH21 – Nos últimos 6 meses, qual o meio de transporte que utilizou com mais frequência

QSDH22 – Qual o seu grau de satisfação com o meio de transporte que lhe é disponibilizado

QSDH23 – Quanto tempo demora, em média, na deslocação para o tratamento (ida e volta)

QSDH24 – Qual o seu grau de satisfação com o tempo de demora na deslocação para o tratamento (ida e volta)

QSDH25 – Classifique o impacto que a diálise teve na sua vida

QSDH26 – Classifique o impacto que a diálise teve em vários aspectos da sua vida

QSDH27 – O tratamento de diálise obrigou à mudança permanente do seu local de residência

QSDH28 – O início do tratamento de diálise levou à cessação da sua actividade profissional

QSDH29 – Nos últimos 6 meses esteve internado/a num hospital por uma ou mais noites

QSDH30 – Em geral, como classifica a sua saúde neste momento

QSDH31 – Em geral, como classifica o seu estado de emocional (saúde mental e emocional)

QSDH32 – Como auto-avalia a sua qualidade de vida

QSDH33 – Para além das consultas médicas na Unidade de diálise, teve outras consultas médicas nos últimos 6 meses

QSDH34 – Se sim, indique com que frequência

QSDH35 – Se sim, indique as duas especialidades médicas a que ocorreu, mais frequentemente, nos últimos 6 meses

1.6 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Quando se pensa em investigação com pessoas, pensamos logo nos requisitos éticos e morais que têm de ser respeitados, daí a especial importância de referir aqui que nesta investigação foram cumpridos e respeitados todos os direitos inerentes a uma investigação com seres humanos. Segundo Fortin (2009), estes direitos são: o anonimato e a confidencialidade, a intimidade, a autodeterminação, a protecção contra o desconforto e prejuízo e um tratamento justo e leal.

Para que a recolha de dados fosse autorizada a DGS enviou previamente, a todas as Clínicas um pedido de autorização, com o tema da investigação. Pós esta ter sido deferida, emitiram individualmente, e para cada uma, a respetiva credencial individual, a validar essa recolha, já atrás referida.

Realizei uma formação prévia, numa sessão virtual, esta realizou-se em articulação contínua com as dúvidas suscitadas após a visualização do Tutorial e as situações vivenciadas.

O questionário foi facultado em suporte informático e caso optássemos por utilizar em suporte papel (que foi o meu caso), após aplicação deste, foi transcrita a informação para o questionário on-line, considerando o link disponibilizado.

1.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

De forma a concretizarmos os objetivos atrás definidos, foram aplicados questionários de Satisfação dos doentes em hemodiálise de SPQS a 104 doentes em HD, posteriormente a essa recolha, os dados foram tratados estatisticamente com o recurso ao software STATA versão 11 para Windows (StataCorp LP, College Station, TX).

Começamos por fazer uma análise descritiva, nesta apresentam-se as percentagens para as variáveis categóricas. De forma a compararmos proporções entre grupos utilizamos o teste de Qui-Quadrado. Consideramos estatisticamente significativo um valor de $p < 0.05$.

O teste de Qui-Quadrado de Karl Pearson, simbolizado por χ^2 é um teste de hipóteses que tem por objectivo encontrar um valor da dispersão para duas

variáveis nominais. O seu princípio básico é comparar proporções. Possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para certos eventos.

Este teste:

- Verifica se a frequência com que um determinado acontecimento observado na amostra se desvia significativamente ou não da frequência com que ele é esperado.
- Compara a distribuição de diversos acontecimentos em diferentes amostras, a fim de avaliar se as proporções observadas destes eventos mostram ou não diferenças significativas *ou* se as amostras diferem significativamente quanto às proporções desses acontecimentos.

E tem como condições obrigatórias para a sua aplicação que:

- Os grupos sejam independentes,
- Os itens de cada grupo sejam seleccionados aleatoriamente,
- As observações devem ser frequências ou contagens,

2 – RESULTADOS

Tal como foi anteriormente referido, segue-se a apresentação dos dados obtidos nos questionários que foram aplicados de Satisfação dos doentes em hemodiálise de SPQS a 104 doentes em HD e os dados obtidos depois de terem sido tratados estatisticamente com o recurso ao software STATA versão 11 para Windows (StataCorp LP, College Station, TX).

Fazemos então, uma análise descritiva, onde se apresentam as percentagens para as variáveis categóricas. De forma a compararmos proporções entre grupos utilizamos o teste de Qui-Quadrado. Consideramos estatisticamente significativo um valor de $p < 0.05$.

Na tabela 2 apresentam-se as características sócio-demográficas da amostra.

A amostra é constituída por 104 elementos, sendo que 58,7 % são do sexo masculino. A grande maioria, 77,9 %, tem 65 anos ou mais. No que refere à escolaridade, 34,6 % frequentaram o 1º ciclo do ensino básico, mas uma considerável percentagem, um quarto da amostra, são analfabetos, ainda outro dado curioso, quanto à escolaridade, é que apenas 6,7 % possuem curso superior. Quanto à situação profissional, 85,6% são aposentados ou reformados.

Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra

Características sociodemográficas	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo	43	41,4	61	58,7	104	100
Idade						
18-24	0	0,0	0	0,0	0	0,0
25-34	2	4,7	4	6,6	6	5,8
35-44	1	2,3	3	4,9	4	3,9
45-54	4	7,0	1	1,6	4	3,9
55-64	3	7,0	6	9,8	9	8,7
65-74	12	27,9	12	19,7	24	23,1

75 ou mais anos	22	51,2	35	57,4	57	54,8
Escolaridade						
Analfabeto	16	37,2	10	16,4	26	25,0
Sabe ler e escrever	1	2,3	12	19,7	13	12,5
1º Ciclo do ensino básico	14	32,6	22	36,1	36	34,6
2º Ciclo do ensino básico	6	14,0	5	8,2	11	10,6
3º Ciclo do ensino básico	2	4,7	6	9,8	8	7,7
Ensino secundário	2	4,7	5	8,2	7	6,7
Ensino universitário	2	4,7	5	8,2	7	6,7
Situação profissional						
Estudante	0	0,0	1	1,6	1	1,0
Trabalhador por conta	1	2,3	2	3,3	3	2,9
Trabalhador por conta de outrem	3	7,0	3	4,9	6	5,8
Desempregado	2	4,7	3	4,9	5	4,8
Reformado/ Aposentado	37	68,05	52	85,3	89	85,6

Relativamente à caracterização da técnica substitutiva da função renal, os 104 elementos da amostra encontram-se em hemodiálise, 42,3 % não sabe ou não responde, acerca da possibilidade de escolha da modalidade terapêutica, tendo apenas 25 % realizado essa mesma escolha. Pouco mais de 50 % dos inquiridos teve informação numa consulta de esclarecimento sobre as técnicas de substituição renal, para 33,7 % dos quais essa informação teve grande utilidade.

A realizar tratamento de diálise à 2 anos ou mais encontram-se 61,6 % dos doentes desta amostra.

Tabela 3 - Caracterização da técnica substitutiva da função renal

	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Modalidade terapêutica						
Hemodiálise	43	41,4	61	58,7	104	100
Escolha da modalidade						
Não	15	34,9	19	31,2	34	32,7
Sim	10	23,3	16	26,2	26	25,0
Não sabe/Não	18	41,9	26	42,6	44	42,3
Informação sobre as diferentes modalidades						
Não	10	23,3	11	18,0	21	20,2
Sim	23	53,6	36	59,0	59	56,7
Não sabe/Não	10	23,3	14	23,0	24	23,1
Utilidade da informação sobre as diferentes modalidades						
Nenhuma	0	0,0	1	1,6	1	1,0
Pouco	2	4,7	5	8,2	7	6,7
Média	5	11,6	10	16,4	15	14,4
Grande	16	37,2	19	31,2	35	33,7
Não sabe/Não	20	46,5	26	42,6	46	44,2
Duração do tratamento						
≤ 6 meses	0	0,0	5	58,2	5	4,8
6 meses – 1 ano	7	16,3	4	6,6	11	10,6
1 ano – 2 anos	9	20,9	15	24,6	24	23,1
2 anos – 5 anos	19	44,2	18	29,5	37	35,6
≥ 5 anos	8	18,6	19	31,2	27	26,0

Na tabela 4, caracterizamos o tipo de transporte para o centro de diálise. Uma grande maioria, 41,4 % utiliza como meio de transporte a ambulância e mais de 26 % a ambulância de 7 lugares.

O tempo de deslocação (ida e volta) mais encontrado, é o intervalo entre trinta minutos e uma hora. Apesar de 25 % dos doentes despendem menos de trinta minutos em deslocações, apenas 17,3 % valorizam a proximidade ao centro, como o factor mais importante. Para cerca de 50 % dos doentes, o que mais valorizam na diálise e no seu centro é a equipa de profissionais e a sua disponibilidade.

Tabela 4 - Caracterização do meio de transporte para o centro de diálise

	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Meio de transporte						
Ambulância	19	44,2	24	39,3	43	41,4
Ambulância de 7 lugares	11	25,6	16	26,3	27	26,0
Táxi	11	25,6	12	19,7	23	22,1
Outro transporte público	0	0,0	1	1,6	1	1,0
Carro	2	4,7	7	11,5	9	8,7
A pé	0	0,0	1	1,6	1	1,0
Tempo de deslocação						
Até 15 min	3	7,0	8	13,1	11	10,6
15min - 30min	7	16,3	8	13,1	15	14,4
30 min – 1 hora	23	53,5	26	42,6	49	47,1
1 hora – 2 horas	9	20,9	19	31,1	28	26,9
2 horas – 3 horas	1	2,3	0	0,0	1	1,0
Mais de 3 horas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Valor diálise						
Proximidade	8	18,6	10	13,4	18	17,3
Tempo de espera para o tratamento	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Instalações	5	11,6	5	8,2	10	9,6
Equipa de profissionais	20	46,5	31	50,8	51	49,0
Disponibilidade dos profissionais	10	23,3	12	19,7	22	21,2
Simpatia e respeito	0	0,0	2	3,3	2	1,9
Não sabe/Não responde	0	0,0	1	1,6	1	1,0

Ainda continuando a caracterizar a amostra, agora, quanto à utilização de serviços de saúde nos últimos 6 meses. No que diz respeito às consultas médicas, 76,9 % teve pelo menos uma ou mais consultas no último semestre, sendo a periodicidade “outra” a mais frequente com 31,7 %. Quanto à especialidade médica mais utilizada, a grande maioria, 64,4 % apontam para a Medicina Geral e Familiar. No que ao internamento hospitalar diz respeito, mais de 50 % da amostra não teve qualquer internamento nos últimos 6 meses.

Tabela 5 - Utilização de serviços de saúde nos últimos 6 meses

	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consultas médicas						
Sim	33	76,7	47	77,1	80	76,9
Não	10	23,3	14	23,0	24	23,1
Frequência de consultas médicas						
Semanal	3	7,0	1	1,6	4	3,8
Mensal	6	14,0	11	18,0	17	16,4
Trimestral	12	27,9	14	23,0	26	25,0
Outra	12	27,9	21	34,4	33	31,7
NA	10	23,3	14	23,0	24	23,1
Especialidade médicas utilizadas						
Angiologia e cirurgia vascular	11	25,6	13	21,3	24	23,1
Cardiologia	7	16,3	11	18,0	18	17,3
Cirurgia geral	6	14,0	4	6,6	10	9,6

Endocrinologia e nutrição	2	4,7	8	13,1	10	9,6
Medicina geral e familiar	28	65,1	39	63,9	67	64,4
Medicina interna	1	2,3	1	1,6	2	1,9
Oftalmologia	5	11,6	11	18,0	16	15,4
Oncologia médica	3	7,0	2	3,3	5	4,8
Psiquiatria	0	0,0	1	1,6	1	1,0
Reumatologia	0	0,0	3	4,9	3	2,9
Outra	6	60,0	4	40,0	10	9,6
Internamento hospitalar						
0	25	58,1	33	54,1	58	55,8
1	8	18,6	15	24,6	23	22,1
≥ 1	10	23,3	13	21,3	23	22,1

Quanto ao impacto da diálise na vida de cada indivíduo, quase ninguém (92,3 %) teve necessidade de alterar o seu local de residência permanente por causa do tratamento de diálise, assim como, exatamente a mesma percentagem de inquiridos, não alteraram a sua situação profissional por causa da diálise, 69,2 % refere que a diálise não teve qualquer impacto na sua vida.

	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Classificação do impacto da diálise						
Muito negativo	4	9,3	3	4,9	7	6,7
Negativo	9	20,9	11	18,0	20	19,2
Nenhum	29	67,4	43	70,5	72	69,2
Positivo	1	2,3	4	6,6	5	4,8
Muito positivo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alteração de residência devido à diálise						
Sim	1	2,3	7	11,5	8	7,7
Não	42	97,7	54	88,5	96	92,3
Alteração da situação profissional devido à diálise						
Sim	2	4,7	6	9,8	8	7,7
Não	41	95,4	55	90,2	96	92,3

Tabela 6 - Impacto da diálise na vida do doente

Ainda antes de entrarmos na temática da satisfação, necessitamos de definir a perceção dos doentes sobre a sua condição de vida, de uma forma global.

Quanto ao estado de saúde, cerca de 50 % percecionaram-no como suficiente, e, 47,1 % percecionaram também como suficiente o seu estado emocional.

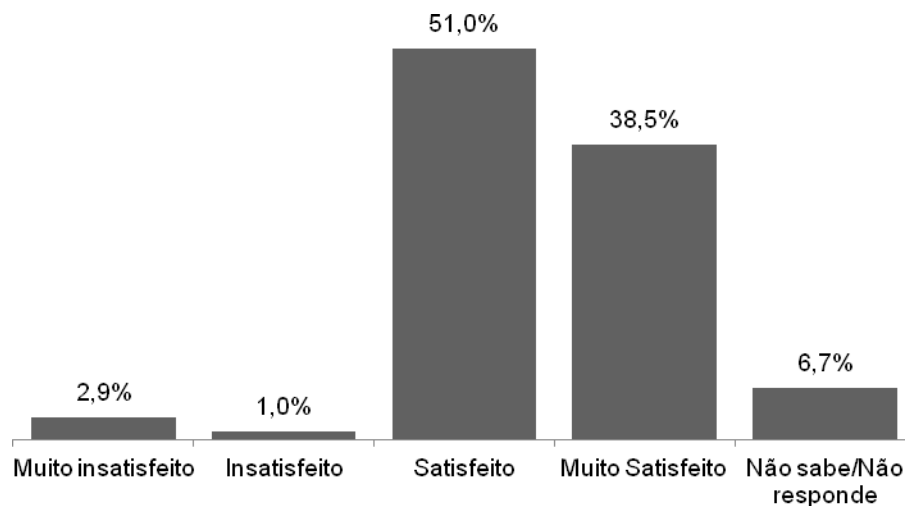
Quanto ao que à Qualidade de Vida diz respeito, 61,5 % também a percecionam como suficiente, no momento actual, mas 45,2 % dos inquiridos já a percecionavam assim no início da diálise. Um outro dado interessante a retirar daqui é o facto de que os 39,5 % dos indivíduos que consideravam a sua Qualidade de vida má ou muito má, aquando do início da diálise, reduziu para 5,8 % no momento atual.

Tabela 7 - Perceção sobre a condição de vida global

	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estado de saúde						
Muito má	2	4,7	1	1,6	3	2,9
Má	4	49,3	5	8,2	9	8,7
Suficiente	25	58,1	28	45,9	53	51,0
Boa	12	27,9	25	41,0	37	35,6
Muito Boa	0	0,0	2	3,3	2	1,9
Estado emocional						
Muito mau	2	4,7	1	1,6	3	2,9
Mau	3	7,0	6	9,8	9	8,7
Suficiente	22	51,2	27	44,3	49	47,1
Bom	13	30,2	26	42,6	39	37,5
Muito Bom	3	7,0	1	1,6	4	3,9
Qualidade de vida actual						
Muito má	1	2,3	2	3,3	3	2,9
Má	1	2,3	2	3,3	3	2,9
Suficiente	30	69,8	34	55,7	64	61,5
Boa	10	23,3	20	32,8	30	28,9
Muito Boa	1	2,3	3	4,9	4	3,9
Qualidade de vida no início da diálise						
Muito má	2	4,7	4	6,6	6	5,8
Má	15	34,9	20	32,8	35	33,7
Suficiente	22	51,2	25	41,0	47	45,2
Boa	4	9,3	12	19,7	16	15,4
Muito Boa	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Continuando a análise de dados obtidos com este trabalho, e, iniciando a abordagem da temática da Satisfação, podemos afirmar que a grande maioria dos doentes, cerca de 90 %, encontram-se satisfeitos e muito satisfeitos com o tratamento que realizam.

- **Gráfico 1** - Satisfação dos doentes com o tratamento de diálise que realizam



As seguintes tabelas, já são resultantes do cruzamento da análise de dados, cruzando a variável dependente – Satisfação, com a outras diferentes variáveis independentes, utilizando o teste de Qui-Quadrado, e nas quais vamos visualizar o resultado da variável em que a taxa de resposta é maior. Com este teste, ainda vamos verificar para cada análise, se é ou não estatisticamente significativa, ou seja, se a hipótese por nós formulada se confirma ou não.

Na tabela seguinte podemos visualizar os resultados da satisfação com o tratamento de diálise, variável dependente, relacionada com as características sociodemográficas, com as características clínicas, com as características do transporte, com a utilização dos serviços, com o impacto da diálise e com a sua percepção sobre os estados de saúde emocional e Qualidade de Vida.

Na amostra de 104 doentes, 96,2 % estão satisfeitos com o tratamento de diálise que recebem, e entenda-se por satisfeitos, o resultado da aglomeração da escala (muito insatisfeitos juntamente com os insatisfeitos, e os satisfeitos com os muito satisfeitos) procede-se à seguinte descrição: quase 60 % dos doentes

satisfeitos são do sexo masculino, 78 % têm 65 ou menos anos, 80,9 % o primeiro ciclo ou menos de escolaridade e ainda 91 % dos satisfeitos são reformados ou aposentados.

Continuando a descrição da tabela, apesar da verificação que nenhum destes resultados tem significado estatístico, podemos referir, que quanto às características clínicas, 44,6 % dos doentes satisfeitos escolheram a modalidade, e 75 % dos doentes insatisfeitos receberam informações sobre as diferentes técnicas substitutivas da função renal em consulta. Todos os doentes insatisfeitos, consideraram útil essa informação, sendo que 50% dos quais faz diálise à menos de 2 anos.

Em relação ao meio de transporte para o tratamento, todos os insatisfeitos despendem de 1 hora ou menos nas deslocações, e 75 % dos mesmos insatisfeitos, utilizam ambulância e/ou ambulância de 7 lugares.

Dos 4 doentes insatisfeitos, todos tiveram pelo menos uma consulta médica no último semestre, e 45 % dos satisfeitos, tiveram um ou mais internamento hospitalar por uma ou mais noites.

Quanto ao impacto da diálise, com impacto negativo e/ou muito negativo temos 50 % dos insatisfeitos, mas nenhum teve de alterar a sua residência permanente ou a sua situação profissional.

Ainda sem significado estatístico, mas já mais diferenciado, é o facto de 75 % dos insatisfeitos com a diálise considerarem que o seu estado de saúde e emocional é bom ou muito bom. Quanto à Qualidade de Vida, 50% dos insatisfeitos consideram a sua Qualidade de Vida actual, boa ou muito boa.

A tabela apresenta os dados relacionados com a análise da satisfação com o tratamento de diálise relacionada com:

- as características sociodemográficas;
- as características clínicas, tais como, se tiveram oportunidade de escolherem a modalidade, se obtiveram informação sobre a mesma, se a consideraram útil e se fazem diálises à menos de 2 anos;
- as características do transporte, meio de transporte e a duração do mesmo;

- a utilização de serviços, como por exemplo consultas médicas e internamentos hospitalares;
- o impacto que a diálise teve na sua vida, se houve necessidade de mudar de residência ou de suspender a atividade laboral;
- a perceção que tem sobre a seu estado de saúde, emocional e qualidade e de vida.

Tabela 8 - Características associadas à satisfação com o tratamento de diálise

	Insatisfeitos		Satisfeitos		P
	Nº	%	Nº	%	
Total	4	3,9	100	96,2	
Características sociodemográficas					
Sexo masculino	2	50,0	59	59,0	0,720
Idade ≤ 65 anos	3	75,0	78	78,0	0,887
Escolaridade ≤1º ciclo	3	75,0	72	80,9	0,770
Inactivos	3	75,0	91	91,0	0,287
Características clínicas					
Doentes que escolheram a modalidade	1	25,0	25	44,6	0,444
Doentes com informação sobre as diferentes modalidades	3	75,0	56	73,7	0,954
Doentes que consideram útil a informação sobre as diferentes modalidades	4	100,0	47	85,5	0,477
Duração do tratamento ≤ 2 anos	2	50,0	38	38,0	0,629
Características transporte					
Meio de transporte por ambulâncias (vs táxi, próprio, a pé)	3	75,0	67	67,0	0,738
Tempo de deslocação ≤ 1 hora	4	100,0	71	71,0	0,205
Utilização dos serviços					
Consultas médicas	4	100,0	76	76,0	0,264

Internamentos hospitalares	1	25,0	45	45,0	0,430
Impacto da diálise					
Impacto da diálise muito negativo ou negativo	2	50,0	25	25,0	0,263
Mudança de residência	0	0,0	8	8,0	0,556
Mudança da situação profissional	0	0,0	8	8,0	0,556
Percepção					
Estado de saúde bom/muito bom	3	75,0	36	36,0	0,114
Estado emocional bom/muito bom	3	75,0	40	40,0	0,163
Qualidade de vida actual boa/muito boa	2	50,0	32	32,0	0,452

Aqui, testamos a **Hipótese 1** – O grau de satisfação com o tratamento de diálise está relacionado com a possibilidade de escolha de modalidade? De todos os que tiveram oportunidade de escolha de modalidade de tratamento, apenas 1 se encontra insatisfeito, provavelmente por esta fato, o teste não apresenta significado estatístico, com um p de 0,444, temos de rejeitar assim esta hipótese.

Tabela 9 - Satisfação com a Diálise por Sexo

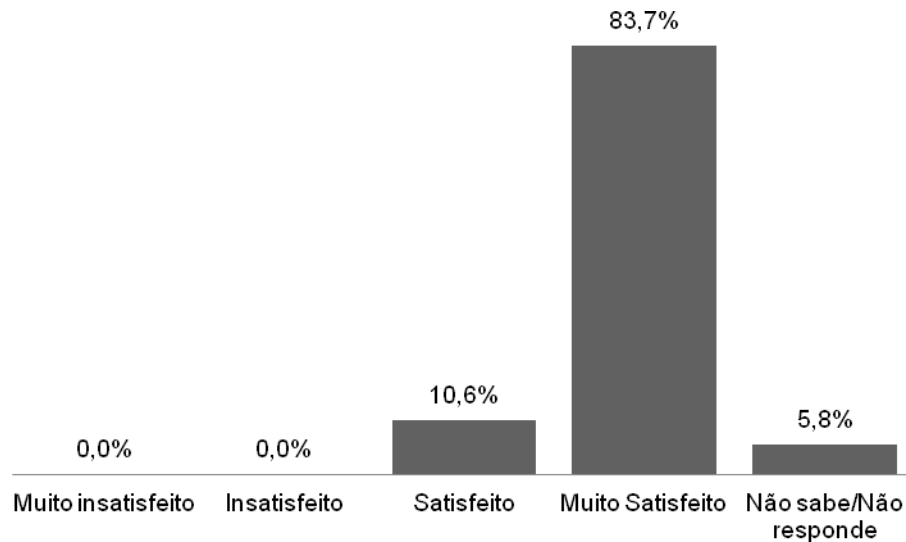
Sexo	Insatisfeitos		Satisfeitos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mulheres	2	50,0	41	41,0	43	41,35
Homens	2	50,0	59	59,0	61	58,65
Total	4	100,0	100	100,0	104	100,00

Pearson $\chi^2(1) = 0,1285$ Pr = 0,720

De pertinente alvo de avaliação é também a avaliação é também a avaliação da satisfação do doente com o acesso à medicação e à forma de como esta lhe é dispensado, uma vez que, esta é da responsabilidade da clínica onde o doente realiza a diálise, encontrando-se incluída no preço compreensivo do reembolso.

Desta avaliação podemos concluir que mais de 83 % dos doentes encontra-se muito satisfeito com o acesso à medicação.

Gráfico 2 - Satisfação dos doentes com o acesso à medicação



Não há inquiridos muito insatisfeitos ou insatisfeitos, e retirando os que não sabem ou não respondem, ficamos apenas com um n=98 para esta análise.

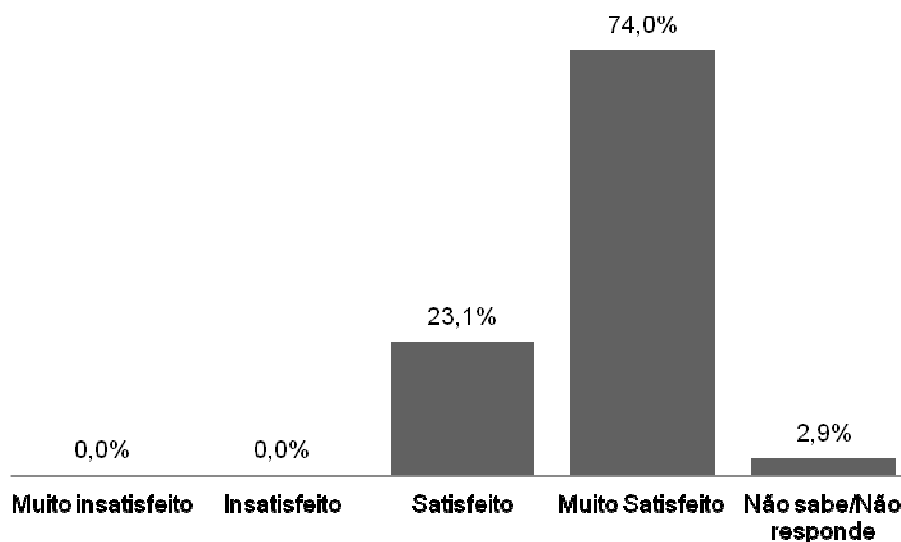
Sendo assim, como resultados temos quase 60 % dos doentes muito satisfeitos com a forma que têm acesso à medicação, são do sexo masculino, 90 % dos satisfeitos têm apenas o 1º ciclo ou menos de escolaridade, e ambos com 90 %, quer os muitos satisfeitos, quer os satisfeitos, são reformados ou aposentados.

Tabela 10 - Características associadas à satisfação com o acesso à medicação

	Satisfeitos		Muito satisfeitos		P
	Nº	%	Nº	%	
Total	11	11,2	87	88,8	
Características sociodemográficas					
Sexo masculino	6	54,6	52	59,8	0,740
Idade ≤ 65 anos	1	9,1	22	25,3	0,232
Escolaridade ≤1º ciclo	9	90,0	61	78,2	0,384
Inactivos	10	90,9	78	89,7	0,897

Em relação ao apoio médico, podemos concluir que 74 % dos inquiridos se encontra muito satisfeito com o apoio médico que recebe, tal como podemos constatar pelo gráfico abaixo apresentado.

Gráfico 3 - Satisfação dos doentes com o apoio médico que recebem



Continuando o raciocínio dos resultados anteriores, agora para um n=101, temos acerca de 70,8% dos doentes satisfeitos são homens, na sua grande maioria com escolaridade até ao primeiro ciclo, e 90,9% dos doentes que estão muito satisfeitos com o apoio médico são reformados ou aposentados.

No que diz respeito à satisfação com o apoio médico, quando relacionada com as características clínicas, os resultados são os seguintes:

Quanto à escolha da modalidade, 53,3 % dos doentes satisfeitos tiveram essa opção de escolha, 77,8 % dos mesmos doentes satisfeitos receberam informação sobre as diferentes técnicas substitutivas da função renal, mas foram 86,4 % dos doentes muito satisfeitos que acharam útil essa informação, apenas 36,4 % dos doentes muito satisfeitos realiza diálise à menos de 2 anos.

Em relação ao meio de transporte, 70,8 % dos doentes satisfeitos com o apoio médico utiliza como meio de transporte a ambulância ou a ambulância de sete lugares, mas apenas cerca de 29 % dispensem menos de uma hora em deslocações.

Metade dos doentes muito satisfeitos com o apoio médico, tiveram pelo menos um internamento hospitalar no último semestre, de relevante, é o facto de este dado ser significativamente estatístico. Quanto às consultas médicas nos últimos 6 meses, cerca de 80 % dos doentes muito satisfeitos utilizaram este serviço.

Em relação ao impacto com a diálise, não há nenhum dado que se destaque. Em relação à perceção que os doentes têm, mais de 40 % dos muito satisfeitos com o apoio médico que receberam consideram o seu estado de saúde e emocional bom e muito bom, e apenas 16,9 % consideram a sua qualidade de vida boa e muito boa.

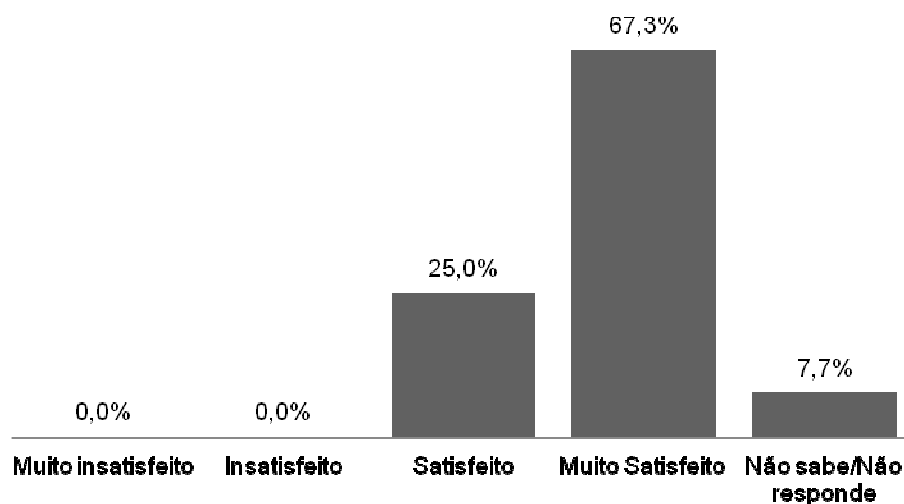
Tabela 11 - Características associadas à satisfação com o apoio médico

	Satisfeitos		Muito satisfeitos		P
	Nº	%	Nº	%	
Total	24	23,8	77	76,2	
Características sócio-demográficas					
Sexo masculino	17	70,8	43	55,8	0,192
Idade ≤ 65 anos	7	29,2	16	20,8	0,392
Escolaridade ≤ 1º ciclo	17	89,5	55	77,5	0,245
Inactivos	21	87,5	70	90,9	0,625

Características clínicas					
Doentes que escolheram a modalidade	8	53,3	18	40,0	0,367
Doentes com informação sobre as diferentes modalidades	14	77,8	45	73,8	0,731
Doentes que consideram útil a informação sobre as diferentes modalidades	12	85,7	38	86,4	0,951
Duração do tratamento ≤ 2 anos	10	41,7	28	36,4	0,640
Características transporte					
Meio de transporte por ambulâncias (vs táxi, próprio, a pé)	17	70,8	50	64,9	0,593
Tempo de deslocação ≤ 1 hora	7	29,2	22	28,6	0,955
Utilização dos serviços					
Consultas médicas	15	62,5	62	80,5	0,070
Internamentos hospitalares	5	20,8	39	50,6	0,010
Impacto da diálise					
Impacto da diálise muito negativo ou negativo	6	25,0	20	26,0	0,924
Mudança de residência	2	8,3	6	7,8	0,932
Mudança da situação profissional	1	4,2	7	9,1	0,435
Percepção					
Estado de saúde bom/muito bom	7	29,2	32	41,6	0,276
Estado emocional bom/muito bom	7	29,2	36	46,8	0,128
Qualidade de vida actual boa/muito boa	3	12,5	13	16,9	0,608

No gráfico seguinte podemos visualizar e constatar que 67,3 % dos doentes se encontra muito satisfeito com as instalações da clínica onde realiza o seu tratamento.

Gráfico 4 - Satisfação dos doentes com as instalações da clínica de diálise



Na tabela seguinte encontra-se a relação entre a satisfação com as instalações da clínica e as características sociodemográficas, tivemos assim os seguintes resultados: dos doentes satisfeitos, 65,4 % são homens, 79,2 % com escolaridade igual ou inferior ao primeiro ciclo e 96,2 % inativos profissionalmente. Estes resultados não são significativamente estatísticos muito provavelmente pelo reduzido número da amostra que ai se encontra.

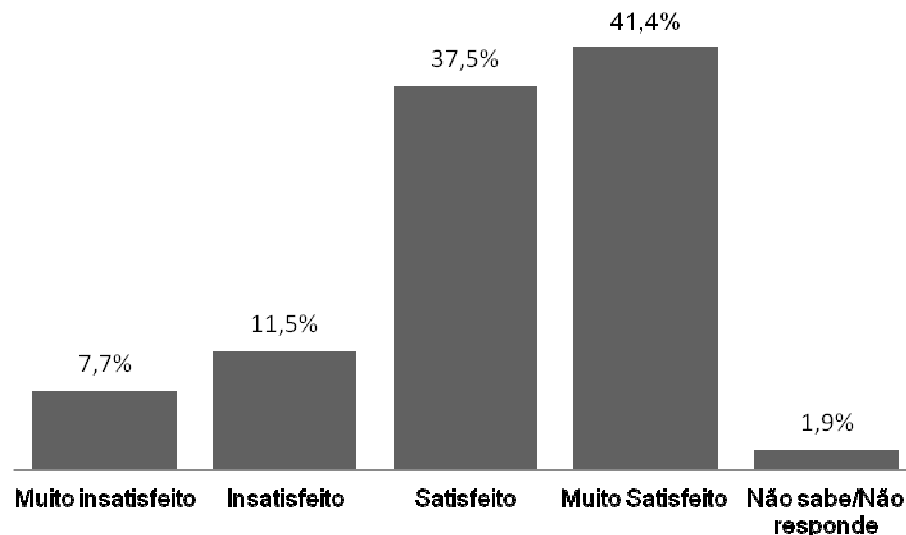
Tabela 12 - Características associadas à satisfação com as instalações da clínica

	Satisfeitos		Muito satisfeitos		P
	Nº	%	Nº	%	
Total	26	27,1	70	72,9	
Características sócio-demográficas					
Sexo masculino	17	65,4	40	57,1	0,465
Idade ≤ 65 anos	5	19,2	18	25,7	0,508
Escolaridade ≤1º ciclo	19	79,2	48	78,7	0,961
Inactivos	25	96,2	61	87,1	0,199

No seguinte gráfico avaliamos a satisfação dos doentes com o transporte utilizado pelos doentes para irem para a diálise, podemos observar que cerca de

41 % dos doentes encontra-se muito satisfeito, mas também é nesta variável que existe uma demonstração de insatisfação, cerca de 19,2 % dos doentes estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos.

Gráfico 5 - Satisfação dos doentes com o transporte utilizado pelos doentes para irem para a diálise



A próxima tabela é de extrema importância para esta investigação, pois, contem alguns dados interessantes pelo seu significado estatístico.

Nesta descrição optamos por dictomizar apenas em insatisfeitos e satisfeitos, retirando os que não responderam, ficando com um n=102.

Então, quando relacionadas a satisfação com o transporte com as características sociodemográficas verificamos que 65 % dos insatisfeitos são homens, 25 % com idades iguais ou inferiores a 65 anos, 94,1 % com escolaridade igual ou abaixo do primeiro ciclo e 95 % são reformados ou aposentados.

Quanto às características clínicas, 60 % dos insatisfeitos escolheram a modalidade de tratamento, 77,6 % dos satisfeitos com o transporte receberam informação sobre as diferentes técnicas substitutivas da função renal, 88,2 % dos doentes satisfeitos consideraram útil essa informação e 40,2 % realizam tratamento à 2 anos ou menos.

Todos os insatisfeitos utilizam como meio de transporte a ambulância ou a ambulância de 7 lugares e 85,5 % dos satisfeitos com o transporte dependem menos de 1 hora nas deslocações para realizarem tratamento.

Quanto à utilização de serviços médicos, 85 % dos doentes insatisfeitos com o transporte tiveram pelo menos uma consulta médica no ultimo semestre e 46,3 % dos satisfeitos tiveram um internamento hospitalar.

Quanto ao impacto da diálise, 35 % dos doentes insatisfeitos com o transporte referem que a diálise teve um impacto muito negativo, nenhum teve de alterar a sua residência permanente, mas 15 % alteram a sua situação profissional.

No que à percepção diz respeito, dos doentes satisfeitos com o transporte, 43,9 % e 47,6 % consideram bom ou muito bom o seu estado de saúde e emocional respectivamente, 39 % perceberam a sua qualidade de vida como boa ou muito boa.

Tabela 13 - Características associadas à satisfação com o transporte

	Insatisfeitos		Satisfeitos		P
	Nº	%	Nº	%	
Total	20	19,6	82	80,4	
Características sócio-demográficas					
Sexo masculino	13	65,0	47	57,3	0,531
Idade ≤ 65 anos	5	25,0	18	22,0	0,770
Escolaridade ≤ 1º ciclo	16	94,1	57	77,0	0,111
Inactivos	19	95,0	73	89,0	0,420
Características clínicas					
Doentes que escolheram a modalidade	3	60,0	23	41,8	0,432
Doentes com informação sobre as diferentes modalidades	6	50,0	52	77,6	0,046
Doentes que consideram útil a informação sobre as diferentes modalidades	4	66,7	45	88,2	0,150
Duração do tratamento ≤ 2 anos	5	25,0	33	40,2	0,206

Características transporte					
Meio de transporte por ambulâncias (vs táxi, próprio, a pé)	20	100,0	48	58,5	0,000
Tempo de deslocação ≤ 1 hora	8	40,0	66	80,5	0,000
Utilização dos serviços					
Consultas médicas	17	85,0	61	74,4	0,316
Internamentos hospitalares	6	30,0	38	46,3	0,186
Impacto da diálise					
Impacto da diálise muito negativo ou negativo	7	35,0	20	24,4	0,335
Mudança de residência	0	0,0	8	9,8	0,146
Mudança da situação profissional	3	15,0	5	6,1	0,184
Percepção					
Estado de saúde bom/muito bom	3	15,0	36	43,9	0,017
Estado emocional bom/muito bom	4	20,0	39	47,6	0,025
Qualidade de vida actual boa/muito boa	2	10,0	32	39,0	0,014

Nesta tabela podemos visualizar as características que estão relacionadas com a satisfação relacionada com os meios de transporte. **Hipótese 2** – O grau de satisfação com o transporte para o tratamento está relacionado com o tipo de meio de transporte. Verificamos que 100% dos inquiridos insatisfeitos com o meio de transporte utilizam a Ambulancia/Ambulancia de 7 lugares, com um p de 0,000 aceitamos esta hipótese.

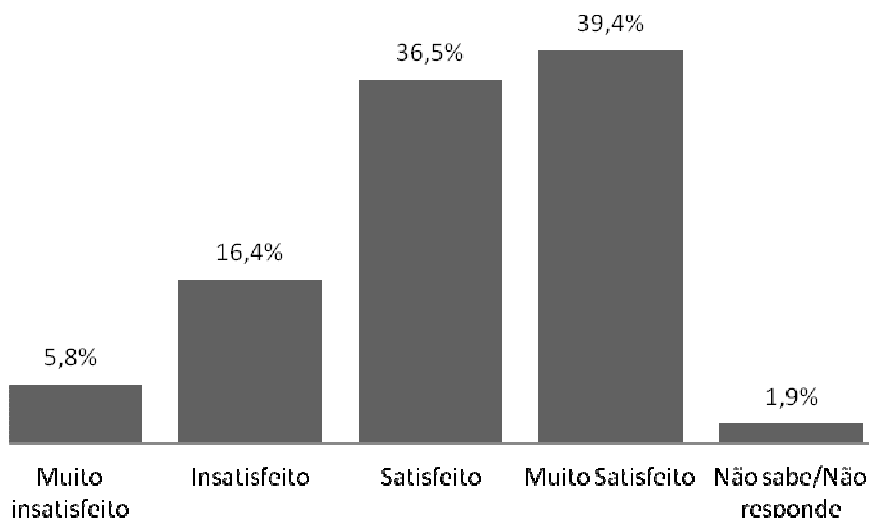
Tabela 14 - Satisfação com o transporte relacionada com a satisfação com a diálise

	Insatisfeitos		Satisfeitos		P
	Nº	%	Nº	%	
Total	20	19,6	82	80,4	
Satisfeitos com o transporte	4	100,0	78	79,59	0,314

Nesta tabela podemos avaliar a **Hipótese 3** – o grau de satisfação com o tratamento de diálise está relacionado com a satisfação com o meio de transporte utilizado. De relevante nesta tabela é que os 100% dos insatisfeitos com o tratamento estão satisfeitos com o transporte, no entanto, com um P de 0,314 teremos de rejeitar a hipótese que foi levantada.

No gráfico abaixo apresentado, podemos verificar que 77,9 % dos inquiridos se encontra satisfeitos e muito satisfeitos com o tempo de deslocação para a diálise.

Gráfico 6 - Satisfação dos doentes com o tempo de deslocação para a diálise



Fazendo novamente o mesmo raciocínio da tabela anterior, temos novamente um n=102, sendo assim, os insatisfeitos com o tempo de deslocação são 70 % homens, 26,1 % com idades igual ou inferior a 65 anos e 95 % com escolaridade inferior ou igual ao primeiro ciclo e inactivos.

Também insatisfeitos, 62,5 % escolheram a diálise como modalidade terapêutica para a sua insuficiência renal, 75,4 % dos satisfeitos receberam informação sobre as diferentes modalidades e 87,5 % acharam-na útil, 39,2 % realizam o tratamento à 2 anos ou menos.

Todos os insatisfeitos com o tempo de transporte utilizam ambulância ou ambulância de 7 lugares e 85,4 % dos satisfeitos com o tempo de transporte, despendem de 1 hora ou menos no trajeto.

Quanto à utilização dos serviços, 78,3 % dos insatisfeitos com o tempo de transporte tiveram pelo menos uma consulta médica no último semestre e 45,6 % dos satisfeitos tiveram um ou mais internamento hospitalar.

Nenhum dos insatisfeitos teve de alterar a sua residência permanente, 30,4 % consideraram que a diálise teve um impacto muito negativo e negativo e 13 % teve de alterar a sua situação profissional.

Cerca de metade dos doentes satisfeitos perceberam o seu estado de emocional como bom ou muito bom, 45,6 % o seu estado de saúde e 40,5 % a sua qualidade de vida como boa ou muito boa.

Tabela 15 - Características associadas à satisfação com o tempo de transporte

	Insatisfeitos		Satisfeitos		P
	Nº	%	Nº	%	
Total	23	22,5	79	77,5	
Características sócio-demográficas					
Sexo masculino	16	69,6	44	55,7	0,234
Idade ≤ 65 anos	6	26,1	17	21,5	0,645
Escolaridade ≤1º ciclo	19	95,0	54	76,1	0,060
Inactivos	22	95,7	70	88,6	0,317
Características clínicas					
Doentes que escolheram a modalidade	5	62,5	21	40,4	0,240
Doentes com informação sobre as diferentes modalidades	10	66,7	49	75,4	0,489
Doentes que consideram útil a informação sobre as diferentes modalidades	8	80,0	42	87,5	0,532
Duração do tratamento ≤ 2 anos	8	34,8	31	39,2	0,699
Características transporte					
Meio de transporte por ambulâncias (vs táxi, próprio, a pé)	23	100,0	45	57,0	0,000
Tempo de deslocação ≤ 1 hora	8	34,8	66	83,5	0,000
Utilização dos serviços					
Consultas médicas	18	78,3	61	77,2	0,916
Internamentos hospitalares	8	34,8	36	45,6	0,358
Impacto da diálise					
Impacto da diálise muito negativo ou negativo	7	30,4	19	24,1	0,536
Mudança de residência	0	0,0	8	10,1	0,112
Mudança da situação profissional	3	13,0	5	6,3	0,292
Percepção					
Estado de saúde bom/muito bom	3	13,0	36	45,6	0,005

Estado emocional bom/muito bom	4	17,4	39	49,4	0,006
Qualidade de vida actual boa/muito boa	2	8,7	32	40,5	0,004

Seguidamente iremos fazer a discussão dos resultados até aqui explanados.

3 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O propósito deste trabalho foi estudar a satisfação dos IRC em programa regular de hemodiálise em Portugal, que se encontram a realizar tratamento em clínicas privadas.

Foi também proposto perceber quais as variáveis que mais influenciam a satisfação dos IRC com a diálise, com o acesso à medicação, com o apoio médico, com as instalações da clínica, com o transporte que utilizam e com o tempo de deslocação para o tratamento.

Neste capítulo faz-se a discussão dos resultados encontrados e apresentam-se algumas limitações inerentes a este trabalho.

A amostra estudada é constituída por 58,7% de elementos do sexo masculino, o que vem de encontro com o facto de existir uma maior incidência da IRC nos adultos do género masculino (COUTINHO et al, 2010), na sua grande maioria têm mais de 65 anos de idade, o que também confere os dados do Gabinete de Registo da SPN apresentados em 2014.

Quanto à escolaridade, o ensino básico é a escolaridade mais referenciada, este dado também segue os dados obtidos pela SPQS no relatório apresentado e 2009, tal como a situação laboral, aposentado ou reformado, é a situação mais apontada com um valor de 85,6%.

Neste estudo pouco mais de 50% dos inquiridos teve informação sobre a modalidade e possibilidade desta, mas uma vez que mais de 60% dos doentes se encontra em tratamento à 2 anos ou mais, este dado não entra em conflito com a Norma da DGS 017/2011, com actualização a 14-06-2012, que refere que cada hospital com serviço de Nefrologia deve ter uma consulta de esclarecimento para p doente sobre as diferentes modalidades de tratamento da sua IRC de forma a este poder optar.

O meio de transporte mais utilizado, é a ambulância e/ou ambulância de 7 lugares, este resultado encontra-se totalmente invertido em relação ao relatório da SPQS de 2009, em que o meio de transporte mais utilizado era o táxi. Esta alteração deve-se totalmente às novas regras para transportes não urgente de doentes que data de 01 de Junho de 2012.

Ao cruzamos estes dados sobre os transportes com o que mais valoriza na sua unidade de diálise, verificamos que o que mais valorizam no seu centro é a equipa de profissionais e a sua disponibilidade à semelhança dos resultados da DGS (2009)

Relativamente à utilização de serviços de saúde, a grande maioria teve uma ou mais consultas médicas, sendo que a Medicina Geral e Familiar fora a mais procurada, o que vem de encontro com o que dita a Circular Normativa da 113/DSCS/DGIP de 22/07/2008, esta refere a obrigatoriedade da unidade de diálise agendar pelo menos 2 consultas/ano com o Médico de Família.

Quando cruzamos a classificação do impacto da diálise com a alteração de residência e com a alteração da situação profissional devido ao início de HD, verificamos que para a maioria não houve qualquer impacto, uma vez que mais de 90% dos inquiridos não mudaram de residência nem alteraram a sua situação profissional.

Na temática da Qualidade de Vida, cerca de 61,5% percebem-na como suficiente, no momento actual, mas já a percebiam assim no início da HD, no entanto, 39,5% dos indivíduos que a consideravam má ou muito má reduziu para apenas 5,8%, entre outros aspetos prende-se com toda a estabilização clínica, (Silva, 2011) tais como o aumento da hemoglobina, a redução de ureia, de creatinina e potássio.

Quando questionamos se as características sociodemográficas influenciam o grau de satisfação, logo verificamos que não obtivemos nenhum resultado com o significado estatístico.

Um outro dado importante é o facto dos inquiridos se encontrarem Muito Satisfeitos com o acesso à medicação, uma vez que esta faz parte do preço compreensivo, Despacho n.º 10569/2011, é um bom resultado para os prestadores de serviços.

Quando tentamos identificar que variável influencia mais a satisfação do doente com o apoio médico, apesar de nenhuma ser estatisticamente significativa, a que mais próxima se encontra é a utilização dos serviços, nomeadamente consultas médica e internamentos.

No entanto, quando nos questionamos se as características do transporte influenciam a satisfação com o transporte, verificamos que sim, 100% dos insatisfeitos utiliza a ambulância e/ou a ambulância de 7 lugares para se deslocar para o seu tratamento, este dado, devido à recente alteração de legislação, 1 de Junho de 2012, estes ainda serão os primeiros dados obtidos.

Cruzamos ainda as características sociodemográficas, as clínicas, a utilização dos serviços, o impacto da diálise e a percepção, sendo que não existe nenhum que influencia tão negativamente a satisfação com o transporte como as suas características.

Apesar de todo o rigor metodológico desta investigação, existem algumas limitações inerentes a este trabalho:

- A amostra não é geograficamente representativa, pois contém apenas 1 clínica da zona norte, sendo as restantes da zona centro;
- As clínicas alvo de investigação foram seleccionadas por mim, no entanto, a amostra de indivíduos de cada clínica foram seleccionados de forma totalmente aleatória;
- A baixa escolaridade dos inquiridos e a sua dificuldade de compreensão em algumas questões;
- A estrutura física do questionário, e o seguimento do mesmo poderá ter potenciado respostas iguais, ou seja, sempre a mesma avaliação;
- Faltavam algumas questões que poderiam ter toda a pertinência para a minha investigação, mais direccionadas para a Satisfação.

CONCLUSÃO

Este trabalho é o resultado de uma análise sobre a Qualidade de um Serviço, a Hemodiálise, praticado por entidades privadas, que fazem parte integrante de uma sociedade complexa e em constante evolução.

Pretendeu-se assim, obter respostas de forma a identificar os pontos fortes e os pontos fracos deste serviço e a sua interferência na Satisfação dos seus utilizadores, os IRC em programa regular de HD.

Concluímos assim que este trabalho cumpriu os objectivos para os quais tinha sido desenhado:

- Os IRC em programa regular de HD em Portugal, se encontram maioritariamente satisfeitos e muito satisfeitos com o seu tratamento, também concluímos que não podemos afirmar que os homens se encontram mais satisfeitos que as mulheres.
- A utilização de serviços, nomeadamente consultas médicas e internamentos hospitalares, é a variável que mais está relacionada com a satisfação dos IRC em programa regular de HD;
- Os IRC estão muito satisfeitos com o acesso que têm à medicação de ambulatório, ou seja, à forma em como esta é dispensada, mas não conseguimos concluir que os reformados são os mais satisfeitos.
- A utilização de serviços é a variável que mais está relacionada com a satisfação dos IRC com o apoio médico que recebem;
- Os IRC estão muito satisfeitos com as instalações das clínicas, mas não conseguimos concluir qual a característica sociodemográfica que mais está relacionada com esta satisfação;
- As características do transporte, ambulância/ ambulância de 7 lugares/ táxi/ próprio/ a pé, influencia a satisfação dos IRC com o transporte que utilizam;
- As características do transporte e a sua perceção da qualidade de vida influenciam a satisfação dos IRC com o tempo de deslocação para a HD;
- Os IRC encontram-se satisfeitos com o seu tratamento de HD, com o acesso à medicação, com o apoio médico e com as instalações das

clínicas, demonstram mais desagrado quanto aos meios de transportes disponibilizados pelas autoridades.

Se por um lado, os IRC se encontram satisfeitos com o seu tratamento e tudo o que engloba o serviço de saúde onde este é prestado, encontram-se descontentes com a temática “transportes”. Será que a legislação em vigor tem alguma relação com este dado?

Deixamos assim, um importante dado aos serviços de saúde, sobre o qual todos nos podemos debruçar e elaborar uma estratégia para que se transforme numa oportunidade de melhoria e de qualidade.

LISTA DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, E. W.; Fornell, C.; Lehman, D. (1994) "Customer Satisfaction, Market Share and Profitability: Findings from Sweden" *Journal of Marketing*. nº 58.
- Bastos, M. G.; Medeiros, R.; Manfro, R.C. (1994) "Artigo de revisão de transplante renal" *Revista da Associação Médica Brasileira*. v. 40, nº 4, p. 283-292.
- Baron- Epel, O.; Dushenat, M.; Friendman, N. (2001) *Evaluation of the consumer model: relationship between patients expectations, perceptions and satisfaction with care*. *Int J Qual Health Care*, v. 13, n 4, p. 317-323.
- Bennett, J. C.; Plum, F. Cecil (1997) *Tratado de medicina interna 20ª edição*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Biscaia, J. (2000) "Qualidade em Saúde um perspectiva conceptual" *Qualidade em Saúde*, Nº 0, 6-10.
- Biscaia, J. (2007) *Qualidade em saúde perspectiva conceptual*. *Qualidade em Saúde*, Revisão de Maio, 6-10.
- Cleary, P.; McNeil, B. (1998) "Patient satisfaction as na indicator of quality care" *Inquiry*, V. 25, nº1, 25-36.
- Cohen, G.; Forbes, J.; Garraway, M. (1996) "Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys." *Br Med J*, v.313, 7061, 841-4.
- Crow, R. et al. (2002) "The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature" *Health Technol Assesst.*, V. 6, 32, 1-244.
- Cronin, J., & Taylor, J. (1992) "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension" *Journal of Marketing*, 56, 55-68.
- Dagger, T., Sweeney, J., & Johnson, L. (2007) "A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model" *Journal of Service Research*, 10(2), 123-142.

Dain, Sulamis; Sancho, Leyla (2008) “Análise de custo-efectividade em relação às terapias renais substitutivas: como pensar estudos em relação a essas intervenções no Brasil?” *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, 279-1290.

Direcção Geral de Saúde (2009). “Questionário de Satisfação dos Doentes em Diálise” Relatório Final, Lisboa.

Donabedian, A. (1980) *Defenition of quality and appoches to its assessment. In Explorations in quality assessement and monitoring. V. 1.* Michigan: Health administration Press.

Donabedian, A. (1988) *The quality of care: how can it be assessed?* JAMA, 260, 1743-1748.

Donabedian, A. (1990) *The seven pillars of quality. Archives of pathology & laboratory medicine. 114(11).*

Donabedian, A. (1992) *Quality assurance in health care: consumers role.* Qual Health Care, V. 1, p. 247-251.

Esperidião, M. A.; Trad, L.A.B. (2006) “Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais” *Cadernos de Saúde Publica*, v. 22, 1191-1196.

Eiriz, V.; Figueiredo, J. (2004) “Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde” *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Volume 3, Nº 4, 20-28.

Ferreira, P.L. (1991) “Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde” *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 33, Outubro.

Ferreira, P. L.; Afonso, P. B.; Raposo, V; Godinho, P. (2003) “Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados” Instituto do Consumidor. Coimbra.

Ferreira, P. L.; Lourenço, Óscar (2003) “Avaliações subjectivas sobre qualidade em saúde: um contributo para o estudo da equidade” *Qualidade em saúde.* Volume temático: 3.

Fitzpatrick, R. (1997) *Patient satisfaction*. In A. Baun, S. Newman, J. Weinaman, R. West, e C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. P. 301-304

Fortin, Marie-Fabienne (2009) *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Tradução Nidia Salgueiro, Copyright 2006, p. 581

Greenberg, Artur. (2005) *MD – Primer on Kidney Diseases*. 4ª Edição. National Kidney Foundation. p. 477

Grönroos, C. (1990) *Service Management and Marketing: Managing the Moment of Truth in Service Competition*. Boston: Lexington Books.

Grönroos, C. (1994) "From scientific management to service management" *Internacional Journal of Service Industry Management*, 5 (2), 5-20.

Grönroos, C. (2000) "Service Management and Marketing: a customer relationship management approach (Second ed.)". Chichester: Wiley.

Grönroos, C. (2007) "Service management and marketing: customer management in service competition" (Third ed.): Wiley

Hespanhol, A.P. (2003) "Directores de Centros de Saúde apoiam estudo" *Qualidade em Saúde*, nº7. Junho, 31-32.

Kirsztajn, Gianna; Bastos, Marcus; Andriolo, Adagmar (2011) "Proteinúria e creatinina sérica: testes essenciais para o diagnóstico de doença renal crónica" *J.Bras Patol Med Lab*, V. 47, nº 2, 100-103.

Kutner, N. G.; Zhang, R.; Brogan, D. (2005) "Race, gender, and incident dialysis patients reported health status and quality of life" *J Am Societed of Nephrologist*, v. 16, 1440-1448.

Macário, Fernando (2014) "Relatório Gabinete de Registo da SPN" Disponível em http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2013/registo_2013.pdf

- Machado, G (2004) “Aplicação de um método de valorização de qualidade de vida em um centro de hemodiálise em Mendoza” *Revista Nefrologia e diálise*, 4ª edição. Mendoza.
- Melo, M. L. (2005) *Comunicação com o doente, certezas e incógnitas*. 1ª edição. Loures: Lusociência.
- Mezono, J. C. (2001) *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Edições Manole.
- Middleton, J.P.; Pun, H. (2010) *Hypertension, chronic kidney disease, and the development of cardiovascular risk: a joint primacy*. *Kidney Int*, V. 77, p. 753
- Miranmda, Luisa (2012) *Satisfação de Utentes de Psicologia Clínica ou Psicoterapia e Bem-estar Subjectivo: Construção do Questionário de Avaliação da Satisfação (ASPP)* Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Nolasco, Fernando (2009) “Futuro exige mais especialistas” *SPNews (Sociedade Portuguesa de Nefrologia)*, Lisboa. Ano V, (Dezembro 2009), 1-4.
- Oliver, R. L. (1997) *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*. New York: McGraw-Hill.
- Owen, Willim; Pereira, Brian; Sayegh, Mohamed (2000) *Dialysis and Transplantation*. 1ª Edição W.B. Saunders Company, p. 682
- Pereira, L. F. (2003) “Qualidade: Ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde” *Qualidade em Saúde*, Nº 7. Junho, 3-8.
- Pestana, Maria Helena e Gageiro, João Nunes (2005), *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*, Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 4ª Edição.
- Pisco, L; Biscaia, J. (2001) “Qualidade de cuidados de saúde primários” *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa. V. 2, 43-51.

Ribeiro, A. L. A. (2003) *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de provas públicas para professor coordenador na área científica de ciências de enfermagem. Escola Superior de Enfermagem S. João - Porto.

Romão-Junior, J. E. (2007) “A doença renal crónica: do diagnóstico ao tratamento” *Prática hospitalar*, v.52, jul-ago, 183-187.

Sale, D. (1998) “Garantia da Qualidade nos cuidados de saúde: Para profissionais da equipa de saúde” Lisboa. Principia, Publicações Universitárias e Científica.

Saraiva, Margarida; Silva, Carlos; Teixeira, António (2010) *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar*. Lisboa: Edições Silabo.

Saupe, R.; Broca G.S. (2004) “Indicadores de qualidade de vida como tendência actual de cuidados a pessoas em hemodiálise” *Texto e contexto Enfermagem*, v. 13, n. 001, 100-106.

Silva e tal (2011) “Percepções e Mudanças na Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos à Hemodiálise” *Revista Brasileira de Enfermagem*, Reben.

Smeltzer. S.C; Bare, Bunner (2002) “Burnner e Suddort: Tratamento de enfermagem médico-cirúrgica” 9ª Edição. Rio de Janeiro, Guanarabara Koogan.

Sousa, Paulo (2010) *A qualidade em saúde da definição de políticos à avaliação de resultados* in Saraiva, Margarida; Silva, Carlos; Teixeira, António (eds) *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar*. Lisboa: Edições Silabo, 20-31.

Thomas, Nicola; Jeffrey, Corinne (2005) *Enfermagem em Nefrologia*. 2ª edição. Loures: Lusociência, XII, p. 489.

Tomé, F. S et al (1999) “Métodos dialíticos” In Barros, E. Colégio de Nefrologia: Rotinas, diagnóstico e tratamento, 2ª edição. Porto Alegre, Artmed. 441-459.

Trentini, M. (2004) “Qualidade de vida das pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais” *Revista texto e contexto em enfermagem*, Florianópolis, v.13, nº1, 74-82.

Wasserfallen, J. e tal. (2006) “Satisfaction of patients on chronic hemodialysis and peritoneal dialysis” *Swiss Med Wkly*.m v. 136, 210-217.

World Health Organization – WHO (2009). *Health Systems Performance Assessment – Debates, Methods and Empiricism*. Disponível em <http://who.int/publications/2003/hspa/en/>

World Health Organization – WHO (2006). *Quality of care: a process for making strategic choice in health systems*. Disponível em http://www.who.int/management/quality/assurance/qualitycare_B.Def.pdf

World Health Organization – WHO (1997). *WHOQOL Measuring Quality of Life: The World Health Organization Quality of life Instruments*. Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

www.dgs.pt/.../norma-n-0172011-de-28092011-atualizada-a-14062012-jpg

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/transporte/nao+urgente.htm>

http://gid.min-saude.pt/publicacoes/le/manual_boas_praticas_hemodialise.pdf

<http://www.dgs.pt/?cr=12863>

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Participação



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

A Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde certifica que

Mónica Tavares Silva

participou, a título voluntário, no processo de recolha de dados, no âmbito do projeto de investigação “Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise” desenvolvido pela Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde, no período de janeiro de 2012 a junho de 2013, e financiado pela Direção-Geral da Saúde no quadro do Programa de Apoio Financeiro do Decreto-Lei n.º 186/2006, de 12 de setembro e Portaria n.º 418/2007, de 13 de abril .

Lisboa, 21 de Novembro de 2013

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Margarida França'.

Margarida França

Presidente da Direção SPQS

ANEXO II – Questionário de Avaliação da Satisfação do Doente em
Hemodiálise

QUESTIONÁRIO À SATISFAÇÃO DOS DOENTES EM HEMODIÁLISE

O Doente:

*1. É do sexo:

- Masculino
 Feminino

*2. Atualmente, que idade tem:

- 18 a 24 anos
 25 a 34 anos
 35 a 44 anos
 45 a 54 anos
 55 a 64 anos
 65 a 74 anos
 75 ou mais anos

*3. Qual o nível de escolaridade (completo):

- Analfabeto
 Sabe ler e escrever
 1º Ciclo do ensino básico (4ª Classe)
 2º Ciclo do ensino básico (Ciclo Preparatório)
 3º Ciclo do ensino básico (9º Ano)
 Secundário
 Bacharelato / Licenciatura / Mestrado / Doutoramento

*4. Indique qual a sua nacionalidade:

Portuguesa

Outra (Qual?)

*5. Indique a sua situação laboral:

- Estudante
 Trabalhador por conta própria
 Trabalhador por conta de outrem
 Desempregado
 Reformado / Aposentado

Ant.

Seg.



QUESTIONÁRIO À SATISFAÇÃO DOS DOENTES EM HEMODIÁLISE

Na Consulta Hospitalar, antes de iniciar o tratamento de diálise*:

*As respostas às questões contidas nesta dimensão, serão consideradas com base nos anos que o doente tem de tratamento por hemodiálise (> ou < 2 anos).

*6. Foram-lhe explicadas, na consulta hospitalar, as diferentes modalidades de diálise disponíveis para o seu caso:

- Sim
 Não
 Não sabe/não responde

*7. Que grau de utilidade teve para si a informação que lhe foi dada:

- Grande
 Média
 Pouca
 Nenhuma
 Não tive qualquer informação

*8. Teve possibilidade de escolher a modalidade de diálise (Diálise Peritoneal ou Hemodiálise):

- Sim
 Não
 Não sabe/não responde

*9. A escolha que fez em relação à modalidade de diálise (Diálise Peritoneal ou Hemodiálise) veio ao encontro das suas expectativas:

- Sim
 Não
 Não sabe/não responde

Ant.

Seg.



QUESTIONÁRIO À SATISFAÇÃO DOS DOENTES EM HEMODIÁLISE

O Tratamento de Diálise:

*10. Há quanto tempo realiza sessões de diálise de forma contínua:

- Inferior 0 meses
- Entre 0 meses e 1 ano
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 2 e 5 anos
- Superior a 5 anos

*11. Qual foi o tipo de tratamento de diálise que recebeu, mais frequentemente, nos últimos 6 meses:

- Hemodiálise
- Diálise Peritoneal

*12. Qual o seu grau de satisfação com o tratamento de diálise que realiza:

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito
- Não sabe/Não responde

Ant. Seg.



QUESTIONÁRIO À SATISFAÇÃO DOS DOENTES EM HEMODIÁLISE

A Unidade de Diálise:

*13. Como classifica as instalações da Unidade de Diálise que utilizou, com maior frequência, nos últimos seis meses:

- Muito Más
- Más
- Suficientes
- Boas
- Muito boas
- Não sabe/Não responde

*14. Qual o seu grau de satisfação com as instalações da Unidade de Diálise:

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito
- Não sabe/Não responde

15. Como classifica cada um dos elementos da Unidade de Diálise que mais utilizou:

	Muito Mau	Mau	Suficiente	Bom	Muito Bom	Não Sabe/Não Responde
Limpeza das instalações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conforto da sala de espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conforto da sala de diálise (luminosidade, temperatura, ruído)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estado de conservação das instalações e equipamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificação do pessoal da unidade de diálise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de espera para iniciar tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de espera por transporte após tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. O pessoal da Unidade de Diálise (Hospital ou Clínica), que o acompanhou nos últimos 6 meses:

	Médicos	Enfermeiros
Trataram-no/a com cortesia e respeito	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mostraram interesse e respeito pelas suas opiniões	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Explicaram-lhe as orientações de forma que lhe permitiu entender	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estiveram disponíveis o tempo que considera suficiente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Demonstraram ter conhecimento específico dos cuidados de saúde que lhe são necessários	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Opções de Resposta

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Maiores das vezes
- Sempre
- Não Sabe/Não Responde



*17. Qual o seu grau de satisfação com o apoio médico que lhe é disponibilizado:

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito
- Não sabe/Não responde

*18. Qual o seu grau de satisfação com a forma como lhe é dado o acesso à medicação:

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito
- Não sabe/Não responde

19. O restante pessoal da Unidade de Diálise (Hospital ou Clínica), que o acompanhou nos últimos 6 meses:

	Assistentes Sociais / Técnicos de Ação Social	Nutricionistas / Dietistas	Psicólogos	Administrativos e Auxiliares / Assistentes Técnicos e/ou Operacionais
Trataram-no/a com cortesia e respeito	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mostraram disponibilidade e interesse em ajudá-lo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Explicaram-lhe as coisas de forma que lhe permitiu entender	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estiveram disponíveis o tempo que considera suficiente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Demonstraram preocupação sobre como a doença renal está a afetar a sua qualidade de vida	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*20. Qual o fator que mais valoriza nesta Unidade de Diálise:

- Proximidade
- Tempo de espera para iniciar tratamento
- Instalações
- Equipa de profissionais de saúde
- Disponibilidade dos profissionais de saúde para acompanhar o meu estado de saúde
- Simpatia e respeito pelas minhas opiniões

Outro

Opções de Resposta

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Maioria das vezes
- Sempre
- Não Sabe/Não Responde



*21. Nos últimos 6 meses, qual o meio de transporte que utilizou com mais frequência:

- Ambulância
- Ambulância de transporte de Doentes (7 lugares)
- Táxi
- Outro transporte público
- Carro Particular
- A pé

*22. Qual o seu grau de satisfação com o meio de transporte que lhe é disponibilizado:

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito
- Não sabe/Não responde

*23. Quanto tempo demora, em média, na deslocação para o tratamento (ida e volta):

- Até 15 minutos
- Entre 15 e 30 minutos
- Entre 30 minutos e 1 hora
- Entre 1 e 2 horas
- Entre 2 e 3 horas
- 3 ou mais horas

*24. Qual o seu grau de satisfação com o tempo de demora na deslocação para o tratamento (ida e volta):

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito
- Não sabe/Não responde

Ant. Seg.



QUESTIONÁRIO À SATISFAÇÃO DOS DOENTES EM HEMODIÁLISE

O Impacte na Vida dos Doentes

*25. Classifique o impacto que a diálise tem na sua vida:

- Muito negativo
- Negativo
- Nenhum
- Positivo
- Muito Positivo

26. Classifique o impacto que a diálise tem em vários aspectos da sua vida:

	Muito Negativo	Negativo	Nenhum	Positivo	Muito Positivo	Não Sabe/Não Responde
Níveis de stress e ansiedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidade de efectuar exercício físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apetite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estado de saúde global	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autonomia/Independência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nível profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nível financeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*27. O tratamento de diálise obrigou à mudança permanente do seu local de residência:

- Sim
- Não

*28. O início do tratamento de diálise levou à cessação da sua actividade profissional:

- Sim
- Não

Ant. Seg.



QUESTIONÁRIO À SATISFAÇÃO DOS DOENTES EM HEMODIÁLISE

O Estado de Saúde

*29. Nos últimos 6 meses esteve internado/a num hospital por uma ou mais noites:

- Sim
- Não

Se sim, quantas vezes:

*30. Em geral, como classifica a sua saúde neste momento:

- Muito Má
- Má
- Suficiente
- Boa
- Muito boa

Justifique, de que forma melhorou ou piorou, nos últimos 6 meses:

*31. Em geral, como classifica o seu estado emocional (saúde mental e emocional):

- Muito Mau
- Mau
- Suficiente
- Boa
- Muito boa

*32. Como auto-avalia a sua qualidade de vida:

	Muito Má	Má	Suficiente	Boa	Muito boa
Nos últimos 2 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No momento em que iniciou o tratamento de diálise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No momento actual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ant. Seg.



ANEXO III – Credenciais de Autorização à Recolha de Dados



Exm^o Senhor
Diretor da Unidade de Hemodiálise

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência DQS/DGQ	Data 2013
----------------	--------------------	-----------------------------	--------------

ASSUNTO: **Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise**

Considerando a necessidade de se monitorizar os níveis de satisfação do doente em hemodiálise, a Direção-Geral da Saúde, através da Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde (SPQS), vai desenvolver um estudo de "Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise" (SATHMO), através da aplicação de um questionário (que junto se anexa).

Neste processo colaboram a Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD), a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR), a Associação dos Doentes Renais do Norte de Portugal (ADRNP), a Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL), a Fresenius Medical Care Portugal – Nephrocare (FMC) e a Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES).

Para efeito, de aplicação do mencionado questionário, deslocar-se-ão às unidades de hemodiálise inquiridores com prévia formação e compromisso formal de confidencialidade relativamente a toda a informação a que venham a ter acesso. Estes inquiridores fazer-se-ão acompanhar de uma credencial exarada por esta Direção-Geral.

Esta visita irá decorrer de 25 de março de 2013 a 30 de abril de 2013, sendo que será efetuado contato prévio com a Vossa unidade para confirmação de agendamento.

Certos do bom acolhimento e cooperação que este estudo irá encontrar junto da Vossa instituição, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde

PSM/JA

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049 005 LISBOA

Tel: 21 843 08 00 Fax: 21 843 06 44
E-mail: geral@dqs.pt



CREDENCIAL n.º 1/2013

A equipa de inquiridores, abaixo designada, está autorizada a proceder à recolha de dados junto da Unidade de Hemodiálise CENTRO RENAL DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PESO DA RÉGUA no âmbito da aplicação do “Questionário à Satisfação dos Doentes em Hemodiálise - PROJETO SATHEMO”.

Equipa de inquiridores:

Mónica Tavares Silva

Lisboa, 15 de março de 2013,

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde



Exm^o Senhor
Diretor da Unidade de Hemodiálise

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência DQS/DGQ	Data 2013
----------------	--------------------	-----------------------------	--------------

ASSUNTO: **Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise**

Considerando a necessidade de se monitorizar os níveis de satisfação do doente em hemodiálise, a Direção-Geral da Saúde, através da Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde (SPQS), vai desenvolver um estudo de "Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise" (SATHMO), através da aplicação de um questionário (que junto se anexa).

Neste processo colaboram a Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD), a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR), a Associação dos Doentes Renais do Norte de Portugal (ADRNP), a Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL), a Fresenius Medical Care Portugal – Nephrocare (FMC) e a Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES).

Para efeito, de aplicação do mencionado questionário, deslocar-se-ão às unidades de hemodiálise inquiridores com prévia formação e compromisso formal de confidencialidade relativamente a toda a informação a que venham a ter acesso. Estes inquiridores fazer-se-ão acompanhar de uma credencial exarada por esta Direção-Geral.

Esta visita irá decorrer de 25 de março de 2013 a 30 de abril de 2013, sendo que será efetuado contato prévio com a Vossa unidade para confirmação de agendamento.

Certos do bom acolhimento e cooperação que este estudo irá encontrar junto da Vossa instituição, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde

PSM/JA

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049 005 LISBOA

Tel: 21 843 08 00 Fax: 21 843 06 44
E-mail: geral@dqs.pt



CREDENCIAL n.º 1/2013

A equipa de inquiridores, abaixo designada, está autorizada a proceder à recolha de dados junto da Unidade de Hemodiálise _____ D.V. - DIÁLISES DO VOUGA _____, no âmbito da aplicação do “Questionário à Satisfação dos Doentes em Hemodiálise - PROJETO SATHEMO”.

Equipa de inquiridores:

Mónica Tavares Silva

Lisboa, 15 de março de 2013,

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde



Exm^o Senhor
Diretor da Unidade de Hemodiálise

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência DQS/DGQ	Data 2013
----------------	--------------------	-----------------------------	--------------

ASSUNTO: **Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise**

Considerando a necessidade de se monitorizar os níveis de satisfação do doente em hemodiálise, a Direção-Geral da Saúde, através da Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde (SPQS), vai desenvolver um estudo de "Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise" (SATHAMO), através da aplicação de um questionário (que junto se anexa).

Neste processo colaboram a Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD), a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR), a Associação dos Doentes Renais do Norte de Portugal (ADRNP), a Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL), a Fresenius Medical Care Portugal – Nephrocare (FMC) e a Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES).

Para efeito, de aplicação do mencionado questionário, deslocar-se-ão às unidades de hemodiálise inquiridores com prévia formação e compromisso formal de confidencialidade relativamente a toda a informação a que venham a ter acesso. Estes inquiridores fazer-se-ão acompanhar de uma credencial exarada por esta Direção-Geral.

Esta visita irá decorrer de 25 de março de 2013 a 30 de abril de 2013, sendo que será efetuado contato prévio com a Vossa unidade para confirmação de agendamento.

Certos do bom acolhimento e cooperação que este estudo irá encontrar junto da Vossa instituição, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

J. Alexandre Diniz

Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde

PSM/JA

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049 005 LISBOA

Tel: 21 843 08 00 Fax: 21 843 06 44
E-mail: geral@dqs.pt



CREDENCIAL n.º 1/2013

A equipa de inquiridores, abaixo designada, está autorizada a proceder à recolha de dados junto da Unidade de Hemodiálise DIAVERUM - UNIDADE DA FIGUEIRA DA FOZ, no âmbito da aplicação do “Questionário à Satisfação dos Doentes em Hemodiálise - PROJETO SATHEMO”.

Equipa de inquiridores:

Mónica Tavares Silva

Lisboa, 15 de março de 2013,

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde



Exm^o Senhor
Diretor da Unidade de Hemodiálise

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência DQS/DGQ	Data 2013
----------------	--------------------	-----------------------------	--------------

ASSUNTO: **Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise**

Considerando a necessidade de se monitorizar os níveis de satisfação do doente em hemodiálise, a Direção-Geral da Saúde, através da Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde (SPQS), vai desenvolver um estudo de "Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise" (SATHMO), através da aplicação de um questionário (que junto se anexa).

Neste processo colaboram a Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD), a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR), a Associação dos Doentes Renais do Norte de Portugal (ADRNP), a Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL), a Fresenius Medical Care Portugal – Nephrocare (FMC) e a Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES).

Para efeito, de aplicação do mencionado questionário, deslocar-se-ão às unidades de hemodiálise inquiridores com prévia formação e compromisso formal de confidencialidade relativamente a toda a informação a que venham a ter acesso. Estes inquiridores fazer-se-ão acompanhar de uma credencial exarada por esta Direção-Geral.

Esta visita irá decorrer de 25 de março de 2013 a 30 de abril de 2013, sendo que será efetuado contato prévio com a Vossa unidade para confirmação de agendamento.

Certos do bom acolhimento e cooperação que este estudo irá encontrar junto da Vossa instituição, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde

PSM/JA

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049 005 LISBOA

Tel: 21 843 08 00 Fax: 21 843 06 44
E-mail: geral@dqs.pt



CREDENCIAL n.º 1/2013

A equipa de inquiridores, abaixo designada, está autorizada a proceder à recolha de dados junto da Unidade de Hemodiálise DIAVERUM-UNIDADE DE AVEIRO, no âmbito da aplicação do “Questionário à Satisfação dos Doentes em Hemodiálise - PROJETO SATHEMO”.

Equipa de inquiridores:

Mónica Tavares Silva

Lisboa, 15 de março de 2013,

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde



Exm^o Senhor
Diretor da Unidade de Hemodiálise

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência DQS/DGQ	Data 2013
----------------	--------------------	-----------------------------	--------------

ASSUNTO: **Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise**

Considerando a necessidade de se monitorizar os níveis de satisfação do doente em hemodiálise, a Direção-Geral da Saúde, através da Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde (SPQS), vai desenvolver um estudo de "Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise" (SATHMO), através da aplicação de um questionário (que junto se anexa).

Neste processo colaboram a Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD), a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR), a Associação dos Doentes Renais do Norte de Portugal (ADRNP), a Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL), a Fresenius Medical Care Portugal – Nephrocare (FMC) e a Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES).

Para efeito, de aplicação do mencionado questionário, deslocar-se-ão às unidades de hemodiálise inquiridores com prévia formação e compromisso formal de confidencialidade relativamente a toda a informação a que venham a ter acesso. Estes inquiridores fazer-se-ão acompanhar de uma credencial exarada por esta Direção-Geral.

Esta visita irá decorrer de 25 de março de 2013 a 30 de abril de 2013, sendo que será efetuado contato prévio com a Vossa unidade para confirmação de agendamento.

Certos do bom acolhimento e cooperação que este estudo irá encontrar junto da Vossa instituição, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde

PSM/JA

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049 005 LISBOA

Tel: 21 843 08 00 Fax: 21 843 06 44
E-mail: geral@dgs.pt



CREDENCIAL n.º 1/2013

A equipa de inquiridores, abaixo designada, está autorizada a proceder à recolha de dados junto da Unidade de Hemodiálise NEFROVALES - CENTRO DE HEMODIALISE DE S. MARTINHO DO BISPO, no âmbito da aplicação do “Questionário à Satisfação dos Doentes em Hemodiálise - PROJETO SATHEMO”.

Equipa de inquiridores:

Mónica Tavares Silva

Lisboa, 15 de março de 2013,

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde



Exm^o Senhor
Diretor da Unidade de Hemodiálise

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência DQS/DGQ	Data 2013
----------------	--------------------	-----------------------------	--------------

ASSUNTO: **Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise**

Considerando a necessidade de se monitorizar os níveis de satisfação do doente em hemodiálise, a Direção-Geral da Saúde, através da Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde (SPQS), vai desenvolver um estudo de "Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise" (SATHEMO), através da aplicação de um questionário (que junto se anexa).

Neste processo colaboram a Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD), a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR), a Associação dos Doentes Renais do Norte de Portugal (ADRNP), a Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL), a Fresenius Medical Care Portugal – Nephrocare (FMC) e a Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES).

Para efeito, de aplicação do mencionado questionário, deslocar-se-ão às unidades de hemodiálise inquiridores com prévia formação e compromisso formal de confidencialidade relativamente a toda a informação a que venham a ter acesso. Estes inquiridores fazer-se-ão acompanhar de uma credencial exarada por esta Direção-Geral.

Esta visita irá decorrer de 25 de março de 2013 a 30 de abril de 2013, sendo que será efetuado contato prévio com a Vossa unidade para confirmação de agendamento.

Certos do bom acolhimento e cooperação que este estudo irá encontrar junto da Vossa instituição, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

J. Alexandre Diniz

Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde

PSM/JA

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049 005 LISBOA

Tel: 21 843 08 00 Fax: 21 843 06 44
E-mail: geral@dqs.pt



CREDENCIAL n.º 1/2013

A equipa de inquiridores, abaixo designada, está autorizada a proceder à recolha de dados junto da Unidade de Hemodiálise POMBALDIAL-CLÍNICA DE DIÁLISE, no âmbito da aplicação do “Questionário à Satisfação dos Doentes em Hemodiálise - PROJETO SATHEMO”.

Equipa de inquiridores:

Mónica Tavares Silva

Lisboa, 15 de março de 2013,

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde



Exm^o Senhor
Diretor da Unidade de Hemodiálise

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência DQS/DGQ	Data 2013
----------------	--------------------	-----------------------------	--------------

ASSUNTO: **Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise**

Considerando a necessidade de se monitorizar os níveis de satisfação do doente em hemodiálise, a Direção-Geral da Saúde, através da Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde (SPQS), vai desenvolver um estudo de "Avaliação da Satisfação dos Doentes em Hemodiálise" (SATHMO), através da aplicação de um questionário (que junto se anexa).

Neste processo colaboram a Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD), a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR), a Associação dos Doentes Renais do Norte de Portugal (ADRNP), a Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL), a Fresenius Medical Care Portugal – Nephrocare (FMC) e a Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES).

Para efeito, de aplicação do mencionado questionário, deslocar-se-ão às unidades de hemodiálise inquiridores com prévia formação e compromisso formal de confidencialidade relativamente a toda a informação a que venham a ter acesso. Estes inquiridores fazer-se-ão acompanhar de uma credencial exarada por esta Direção-Geral.

Esta visita irá decorrer de 25 de março de 2013 a 30 de abril de 2013, sendo que será efetuado contato prévio com a Vossa unidade para confirmação de agendamento.

Certos do bom acolhimento e cooperação que este estudo irá encontrar junto da Vossa instituição, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde

PSM/JA

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049 005 LISBOA

Tel: 21 843 08 00 Fax: 21 843 06 44
E-mail: geral@dgs.pt



CREDENCIAL n.º 1/2013

A equipa de inquiridores, abaixo designada, está autorizada a proceder à recolha de dados junto da Unidade de Hemodiálise SANFIL - CASA DE SAÚDE DE SANTA FILOMENA, no âmbito da aplicação do “Questionário à Satisfação dos Doentes em Hemodiálise - PROJETO SATHEMO”.

Equipa de inquiridores:

Mónica Tavares Silva

Lisboa, 15 de março de 2013,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J. Alexandre Diniz'.

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde