

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÓMICAS E EMPRESARIAIS

MESTRADO EM GESTÃO DE EMPRESAS

DIÁLISE EM FÉRIAS

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Empresas

Autor: Glória Margarita Guimarães Ribeiro, aluna nº 20140779

Orientador: Professora Doutora Denise Capela dos Santos

Abril de 2016

Lisboa

Resumo

Turismo de saúde é um tema actual e do futuro, em que é possível unir as duas áreas que movimentam a economia: turismo e saúde. Ainda numa fase embrionária em alguns países, mas mais desenvolvida em outros, a realidade é que há muito ainda a conhecer e compreender neste fenómeno. Sendo um nicho de mercado, é possível, dentro deste mesmo nicho, encontrar segmentos, como por exemplo, a diálise em férias.

Deste modo, a presente dissertação pretende compreender o fenómeno do turismo de saúde, mais precisamente da pessoa que tem doença renal crónica e que faz hemodiálise. Tem como objectivo providenciar linhas orientadoras às empresas que prestam cuidados, ou que são intermediários na prestação de cuidados a este grupo de pessoas, com vista a desenvolverem um plano estratégico que as diferencie. Deste modo estamos perante um estudo exploratório – descritivo. Para obter estes resultados foram aplicados questionários a este grupo de doentes, em várias clínicas de Portugal Continental, que estavam no seu período de férias, ou que habitualmente usufruem de um período de férias noutras clínicas, nacionais e internacionais. Os resultados dos questionários foram tratados estatisticamente e as respectivas conclusões desenvolvidas em função do enquadramento empírico e conceptual existente em torno do tema.

Assim, os principais factores críticos de sucesso da diálise em férias estão relacionados essencialmente com aspectos relacionados com *factores inibitórios* e *hemodiálise* onde se destacam as condicionantes relacionadas com o tratamento e a doença. Vem ainda reforçar a ideia que Portugal é um destino de férias preferencial.

Esta dissertação assume dupla importância, porque, se por um lado, vem acrescentar conhecimento a uma área de potencial crescimento em Portugal – Turismo de Saúde – por outro lado, acrescenta valor a este grupo de doentes crónicos, como por exemplo, através dos cuidados de saúde prestados aos mesmos. Assim, é possível desenvolver planos estratégicos de empresas e unidades de saúde que prestam cuidados de saúde ou

proporcionam serviços a doentes com doenças crónicas, e consequentemente gerar receitas e emprego. Ainda muito fica por conhecer e compreender, mas é mais um ponto de partida para uma das áreas de desenvolvimento em Portugal.

Tudo o que foi dito faz ainda mais sentido ao pensarmos na realidade dos nossos cuidados de saúde que são cada vez mais vistos do ponto de vista de receita e despesa, protelando para segundo plano a importância da satisfação e experiência do doente. A verdade é que não promovendo a satisfação e a experiência positiva do doente, nomeadamente no que se refere ao tema da diálise em férias, não irá aumentar a adesão, diminui a referência positiva e consequentemente diminui o fluxo de doentes entre clínicas / países.

Palavras-chave: Turismo de saúde, diálise em férias, estratégia

Abstract

Health tourism is actual and future theme, where is possible to merge the two areas that drive the economy: tourism and health. While in the beginning in some countries, but more developed in others, the reality is that there is still much to know and understand about this phenomenon. Being a niche market, it is possible to find segments such as dialysis holiday.

This thesis is intended to encompass the phenomenon of health tourism, more precisely the patient with chronic kidney disease who are on hemodialysis. It aims to provide guidelines to companies who provide healthcare, or are intermediates, in order to develop a different strategic plan. Is an exploratory - descriptive study where patients who were on their vacation, or usually go on vacation, in several Portugal clinics answered to the questionnaires. Results were statistically analyzed and the conclusions analysed on the basis of all empirical and conceptual framework around the issue.

Thus, the main critical success factors of vacation dialysis relate mainly to inhibitory factors and hemodialysis, marked by the constraints related to treatment and the disease. Beside that, reinforce the main idea that Portugal is a vacation destination.

This dissertation takes double importance because on one hand add knowledge to a potential growth area in Portugal -tourism Health - on the other hand, adds value to this group of chronically ill patients, and to the health care provider. This will generate income and employment.

Yet much remains to know and understand, but here is the starting point for one of the development areas in Portugal.

All that has been said makes sense since health care are increasingly seen from the "billing" point of view, so the satisfaction and patient experience becomes second. The fact is that not promoting the positive experience and satisfaction of the patient, in particular as regards the dialysis holiday theme, the adhesion will not increase, decreases the positive reference and consequently decreases the flow of patients from other clinical / countries.

Keywords: Health tourism, holiday dialysis, strategy

Lista de abreviaturas

CESD – Cartão Europeu de seguro de doença

CGEA – Centro de estudos de gestão e de economia aplicada

DGS – Direcção Geral de saúde

DRC / IRC – Doença renal crónica / Insuficiência renal crónica

ECLAC – *Economic Comission for Latin America and the Caribbean*

EU / UE – *European Union* / União Europeia

HD - Hemodiálise

HTA – Hipertensão arterial

NOT – Número de tratamentos

OCDE - *Organizations for economic co-operation and development*

Aos meus pais
por tudo o que sou e consegui...

Agradecimentos

Sem uma ordem específica não poderíamos deixar de tecer um agradecimento pessoal a todos os que nos ajudaram a dar um importante passo no tema da Diálise em Férias:

- A todos os doentes que fazem hemodiálise, são eles o nosso actor principal
- Às clínicas de hemodiálise, com principal ênfase às suas equipas, que prontamente nos ajudaram na colheita de dados
- Ao Engº Paulo Zoio e à Associação Portuguesa de Insuficientes Renais pelas suas partilhas
- Ao Dr. André Freitas da Diaverum pelo seu contributo profissional e longa experiência
- Ao Dr. Miguel Quirino pela sua experiência na área do turismo vocacionado para este grupo de doentes
- À Prof. Doutora Valorie Crooks que prestavelmente partilhou todos os seus artigos
- À Prof. Doutora Denise dos Santos por estar presente em todas as horas.
- A todos os professores do Mestrado de Gestão de Empresas da Universidade Autónoma, pelo contributo dado à nossa formação
- A todos os colegas e chefias que fazem parte do nosso dia-a-dia, sem a vossa ajuda e apoio não seria possível
- Ao Emanuel Carvalho e ao Ricardo Ferreira pelo apoio incondicional
- A todos os amigos e pessoas que tornaram os nossos dias melhores

Conteúdo

1. Introdução.....	13
1.1. Contextualização do tema	13
1.2 Justificação e relevância do estudo	14
1.3 Objectivos da investigação	16
1.4 Síntese da estrutura	17
2. Fundamentação Teórica	19
2.1. Turismo de Saúde	19
2.1.1 Turismo de saúde versus turismo médico	20
2.1.2 Turismo de Saúde: na actualidade	24
2.1.3 Os drivers do turismo de saúde	27
2.1.4 Barreiras e oportunidades	30
2.2 Turismo de Saúde: a realidade Portuguesa	32
2.2.1 Portugal como destino preferencial	34
2.2.2 Enquadramento legal e seguros	36
2.3 A Hemodiálise em Portugal	38
2.3.1 Incidência e prevalência de doentes hemodialisados em Portugal	39
2.3.2 A Oferta de Hemodiálise em Portugal	41
2.3.3 A pessoa hemodialisada: perspectiva biopsicosociocultural	41
2.3.4 A pessoa hemodialisada: turismo	44
2.4 Diálise em férias	46
2.4.1 O mercado.....	49
2.4.2 Impacto económico.....	60
2.4.3 A tomada de decisão	62
2.5 Diálise em férias: um possível modelo de referência	68
2.5.1 Estratégia organizacional.....	81
2.5.2 Desempenho Organizacional	83
3 Metodologia de investigação.....	87
3.1 O método de colheita de dados	88
3.2 Amostragem.....	91
4. Análise e discussão dos resultados.....	93
5. Conclusões	113

5.1	Síntese dos resultados	113
5.2	Contributos do estudo	115
5.3	Limitações do estudo	122
5.4	Recomendação para futuras investigações.....	123
6.	Referências bibliográficas	124
	ANEXOS	131
	Anexo I	132
	Brochuras de diálise em férias.....	132
	Anexo II.....	134
	Unidades de diálise e algumas características técnicas	134
	Anexo III	136
	Unidades de diálise certificados de qualidade	136
	Anexo IV	139
	Questionário	139

Índice de figuras

FIGURA 1: CONCEPTUALIZAÇÃO DO TURISMO MÉDICO	23
FIGURA 2: COMPONENTES DO TURISMO DE SAÚDE	23
FIGURA 3: ORIGEM E DESTINO DOS CLIENTES DE TURISMO DE SAÚDE	25
FIGURA 4: VOLUME DE VIAGENS DE SAÚDE E BEM-ESTAR, ANOS 2000 - 2004.....	26
FIGURA 5: PRINCIPAIS DESTINOS DE SAÚDE E BEM - ESTAR	33
FIGURA 6: PESQUISA AOS CONSUMIDORES NOS PRINCIPAIS MERCADOS EUROPEUS 2006	34
FIGURA 7: PREVALÊNCIA PONTUAL E EVOLUÇÃO (1990 - 2009) DE DOENTES EM TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL	40
FIGURA 8: EXPECTATIVAS DE ANOS DE VIDA DE DOENTES EM DIÁLISE DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA	42
FIGURA 9: NÚMERO DE TRATAMENTOS HD EM PORTUGAL NO ÂMBITO DA HEMODIÁLISE EM FÉRIAS (2011 - 2015).....	48
FIGURA 10: NÚMERO DE TRATAMENTOS HD EM ESPANHA NO ÂMBITO DA HEMODIÁLISE EM FÉRIAS (2011 - 2015).....	49
FIGURA 11: SITE DIAVERUM - DIÁLISE EM FÉRIAS.....	56
FIGURA 12: SITE VITURS VITA : HD E VIAGEM	57
FIGURA 13: SITE WIDE HEALTHCARE SERVICES	58
FIGURA 14: SITE HOLIDAY DIALYSIS.....	59
FIGURA 15: SITE DAVITA.....	60
FIGURA 16: PUSH AND PULL MODEL.....	63
FIGURA 17: PUSH, PULL E INFORMATION SOURCE MODEL	65
FIGURA 18: MODELO TWO STAGES.....	66
FIGURA 19: CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO	67
FIGURA 20: MODELO DO DOENTE EM DIÁLISE EM FÉRIAS	71
FIGURA 21: IMPACTO POSITIVO DO MODELO	84
FIGURA 22: THE PERFORMANCE AND CHANGE MODEL	85
FIGURA 23: MOVIMENTO DE DOENTES INSCRITOS NA PLATAFORMA DE GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA, COM REGISTO DE TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL DESDE 2009 ATE AOS DIAS DE HOJE.....	111
FIGURA 24: PLAYERS DA DIÁLISE EM FÉRIAS.....	118
FIGURA 25: VARIÁVEL FACTOR INIBITÓRIO DO MODELO PROPOSTO.....	119
FIGURA 26: VARIÁVEL HEMODIÁLISE DO MODELO PROPOSTO	119
FIGURA 27: BROCHURAS DE DIÁLISE EM FÉRIAS DE DUAS EMPRESAS QUE FORNECEM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE.....	133
FIGURA 28: LISTAGENS DE CLÍNICAS ONDE ACEITAM CARTÃO EUROPEU DE SEGURO DE DOENÇA (EHIC ACCEPTED), MÁQUINAS DE HD EXISTENTES (MACHINES USED), TÉCNICA DE PUNÇÃO (SINGLE NEEDLE / DOUBLE NEEDLE), TURNOS EXISTENTES (SHIFTS) E LÍNGUAS FALADAS.	135
FIGURA 29: CERTIFICADOS DE QUALIDADE DE CLÍNICA NACIONAL.....	137
FIGURA 30: CERTIFICADOS DE QUALIDADE DE CLÍNICA NACIONAL.....	138

Índice de gráficos

GRÁFICO 1: NÚMERO DE DOENTES DE DIÁLISE EM FÉRIAS DE UMA CLÍNICA NACIONAL	81
GRÁFICO 2: DISTRIBUIÇÃO POR SEXO E NÚMERO MÉDIO DE HD EM MESES	94
GRÁFICO 3: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A NACIONALIDADE	95
GRÁFICO 4: DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO PROFISSÃO	96
GRÁFICO 5: DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO Nº DE VIAGENS POR ANO	97
GRÁFICO 6: DISTRIBUIÇÃO DE VIAGENS APÓS INÍCIO DA HD	98
GRÁFICO 7: MOTIVOS PARA VIAJAR MENOS	99
GRÁFICO 8: PRINCIPAIS MOTIVOS PARA VIAJAR	100
GRÁFICO 9: ÉPOCA PREFERENCIAL	101
GRÁFICO 10: PAÍSES PREFERENCIAIS	102
GRÁFICO 11: TEMPO MÉDIO DE ESTADIA	103
GRÁFICO 12: PORTUGAL COMO DESTINO	104
GRÁFICO 13: PREFERÊNCIA NA CLÍNICA DE HD	105
GRÁFICO 14: ASPECTOS EM CONSIDERAÇÃO NA ESCOLHA DA CLÍNICA	106
GRÁFICO 15: CONHECIMENTO DOS PROGRAMAS DE FÉRIAS NAS CLÍNICAS	107
GRÁFICO 16: ASPECTOS POSITIVOS DOS PACOTES DE DIÁLISE EM FÉRIAS	108
GRÁFICO 17: ESCOLHA DO PACOTE DE DIÁLISE EM FÉRIAS EM DETRIMENTO DA AGÊNCIA DE VIAGENS	110

Índice de tabelas

TABELA 1: DEFINIÇÕES DE TURISMO DE SAÚDE	20
TABELA 2: ANÁLISE SWOT DA DIÁLISE EM FÉRIAS	53
TABELA 3: FACTORES NEGATIVOS DOS PACOTES DE DIÁLISE EM FÉRIAS	108

1. Introdução

1.1.Contextualização do tema

A DRC (doença renal crónica) é uma doença de carácter irreversível, progressiva e de evolução inconstante que, além de originar alterações fisiológicas, comporta também alterações psicológicas e emocionais que influenciam a pessoa no seu processo de saúde / doença. Num estadio mais avançado uma terapêutica de substituição renal, entre elas a hemodiálise, surge como o tratamento fundamental que determina a vida destas pessoas, até a ocorrência dum transplante renal ou a morte.

A hemodiálise é um tratamento habitualmente realizado 3 vezes por semana, com duração, em média, de 4h por sessão. Ou seja, a periodicidade deste tratamento, por si só, obriga a pessoa a reformular a sua rotina diária em função da dependência inerente ao tratamento com o impacto que isso tem na sua vida e nas pessoas que o rodeiam.

Ao pensar na pessoa que faz hemodiálise, mas no contexto de férias, as limitações parecem maiores ao pensarmos na coordenação necessária entre tratamentos, destinos, transportes e horários, sem esquecer os aspectos relacionados com o pagamento desses mesmos tratamentos.

Actualmente as clínicas de hemodiálise internamente organizam pacotes de férias para os seus doentes integrando desde os tratamentos, a hospedagem e viagem. Nesta área também as associações de doentes renais dispersas pelo mundo têm promovido e desenvolvido projectos neste âmbito. Algumas agências de viagens também se têm dedicado a esta população.

São múltiplos os estudos que referem o ganho associado á prática de férias por parte de doentes com doença crónica. Para além disso é reconhecido que este fenómeno comporta benefícios para todos os *stakeholders*.

Dados demonstram que o número de doentes em hemodiálise que fazem férias tem vindo a aumentar ao longo dos anos, porém ainda continuam a ser muitas as pessoas que inibem este comportamento de viajar por receios e constrangimentos variados. Neste sentido, com o presente trabalho pretende-se conhecer quais os aspectos que estes doentes valorizam mais ou menos, e identificar os aspectos que ainda os inibe de viajar com vista a actuar estrategicamente sobre os mesmos e impulsionar / promover o fenómeno da diálise em férias, com os benefícios que isso comporta para os *stakeholders*, e para os doentes.

1.2 Justificação e relevância do estudo

Porquê pensar em desenvolver um plano estratégico que promova o fenómeno diálise em férias? Basicamente, e numa primeira abordagem sobre o tema, pode-se afirmar que o fenómeno da diálise em férias une sinergicamente dois aspectos fundamentais e geradores de mais-valias para uma cidade / país: turismo e saúde.

Quando se analisa o fenómeno decompondo-o nas suas partes e começando pelo área da saúde, mais especificamente a hemodiálise verifica-se que:

-Existem cerca de 100 clínicas em Portugal que prestam cuidados de saúde no âmbito da hemodiálise

- Segundo a Plataforma de Gestão Integrada da Doença em 2015 estão registadas 6349 pessoas em esquema regular de HD. Este número tem tendência a aumentar em consequência das comorbilidades e aumento da esperança de vida

Quando agregamos a hemodiálise com o turismo, ou seja, a diálise em férias verifica-se que:

- O número de doentes em férias tem vindo a aumentar,
- Têm surgido novas estruturas e projectos que promovem a hemodiálise em férias (clínicas, agencias de viagens, associações de doentes, facilitadores)
- O turismo de saúde gera receita e emprego
- A promoção deste tipo de comportamento nos doentes traz benefícios do ponto de vista da própria saúde, quer física, quer mental

Assim, aparentemente parece que todos os requisitos para o desenvolvimento da diálise em férias estão reunidos. Existe oferta, tanto em clínicas como em destinos turísticos, e existirão sempre, doentes em hemodiálise.

Contudo, os números são ainda tímidos e há ainda espaço para aumentar. Mas quais serão as barreiras? O que dificulta este fenómeno de crescer? Aparentemente o problema estará nos doentes uma vez que a oferta em turismo é variada. Torna-se então importante saber em que momentos os doentes ainda sentem constrangimentos para, desse modo, desenvolver um plano estratégico associado a uma cultura que promova ainda mais o turismo neste grupo de doentes. Esta

promoção acresce valor à qualidade de vida, e transporta valor económico a todos os *stakeholders* e sociedade.

É importante acrescentar que Portugal é um reconhecido destino turístico no que concerne ao clima, gastronomia, história, etc. Como tal este estudo reforça a importância do sinergismo entre a saúde e o turismo.

1.3 Objectivos da investigação

Relativamente ao doente em hemodiálise em férias, e toda a dinâmica que isso implica o presente estudo tem como objectivos:

- Conhecer os comportamentos de férias da pessoa que faz hemodiálise
- Identificar os motivos pelos quais os doentes alteram o seu comportamento de férias
- Conhecer os motivos pelos quais Portugal pode ser um destino de férias
- Identificar os serviços essenciais numa clínica de hemodiálise

Assim o presente estudo irá decorrer num grupo específico de clínicas onde se prestam apenas cuidados em hemodiálise em Portugal Continental. Pretende-se fazer o levantamento das preferências deste grupo de doentes para, dessa forma, desenvolver um modelo de turismo de diálise em férias, que confira vantagem competitiva às clínicas de hemodiálise que o queiram aplicar.

1.4 Síntese da estrutura

Após o enquadramento e justificação do estudo feitos previamente de seguida é descrita a forma como o tema da diálise em férias é explorado ao longo da dissertação. A sua análise terá como ponto de partida a visão geral do que é o turismo de saúde e terminando para a visão particular, ou seja, para o tema da diálise em férias.

Deste modo, a dissertação terá a seguinte estrutura:

- No segundo capítulo, o ponto de partida será o turismo de saúde na sua globalidade, abordando os seus *drivers*, barreiras e oportunidades. De seguida esse enquadramento é feito segundo a realidade portuguesa.

Falando na hemodiálise em Portugal e o impacto que a DRC tem para o doente permite perceber de que forma a HD se posiciona em Portugal, tanto do ponto de vista do número de doentes, como no número de clínicas, assim como impacto que tem na vida das pessoas.

Para finalizar, e já numa perspectiva mais particular, a Diálise em férias é o foco de atenção. Aqui é apresentado posicionamento da diálise em férias no mercado, o seu impacto económico e a forma como a “tomada de decisão” surge como “*trigger*” deste fenómeno. Conclui-se, assim, o segundo capítulo com um possível modelo de referência para o fenómeno da diálise em férias, assim como o seu impacto na estratégia e desempenho organizacional.

- No 3º capítulo surge a fase metodológica da dissertação seguindo para a análise e discussão dos resultados no 4º capítulo.

- Em remate serão expostos ao longo do 5º capítulo as conclusões da dissertação, e ainda mais importante, o contributo destes resultados para todos os *stakeholders*. Apresentam-se, também, as recomendações para futuras investigações, tema obrigatório nesta dissertação uma vez que a diálise em férias é ainda um tema em crescimento. Por isso, partindo do princípio que todo e qualquer estudo é dinâmico, deve deixar as portas abertas para a sua continuidade e análise.

Toda a dissertação será redigida, por opção do autor, de acordo com o antigo acordo ortográfico.

2. Fundamentação Teórica

A fundamentação teórica permite “*orientar a investigação numa direcção definida e ligar o tema do estudo ao estado actual dos conhecimentos*” (Fortin, 2006, pág. 114). Uma vez que a dissertação incide sobre o tema da diálise em férias e a forma como as clínicas se posicionam estrategicamente em função deste fenómeno a seguinte fundamentação teórica irá incidir, na mesma ordem, nos seguintes temas: Turismo de saúde, o doente com DRC em hemodiálise, diálise em férias e gestão estratégica.

2.1. Turismo de Saúde

Turismo de saúde, de uma forma mais ou menos organizada, com diferentes definições, é uma actividade que existe há muitos séculos. De entre as várias descrições existentes sobre a história do turismo de saúde a mais remota é de 2000 anos atrás quando os peregrinos viajavam até Epidaurus (cidade da Grécia antiga) porque acreditavam que isso trazia a cura para as doenças e proporcionava bem-estar. Em Roma, na mesma época, as águas termais eram já consideradas benéficas para a saúde e tinham efeitos curativos para algumas doenças. Outros locais, com belas paisagens e ar puro também eram considerados destinos para onde as pessoas se deslocavam com o intuito de melhorar a sua saúde. Ou seja, se formos a ver o motivo pela qual as pessoas viajavam, ou seja, no intuito de mais e melhor saúde, leva-nos a concluir que o turismo de saúde tem presença marcada na história, já há vários séculos (Connel, 2011). A principal questão que se coloca está relacionada com a sua definição, ou seja, o que é o turismo de saúde? Só assim será possível identificar este movimento das pessoas ao longo do tempo e no espaço.

2.1.1 Turismo de saúde versus turismo médico

No que se refere à definição do conceito de turismo de saúde não é fácil encontrar uma única definição. Muitos autores distinguem turismo de saúde de turismo médico, para outros, tanto um como o outro têm fronteiras tão ténues que não permite distingui-los. De, seguida, é feita a apresentação das definições mais encontradas em relatórios e artigos e que reflectem esta diversidade de definições:

Tabela 1: Definições de turismo de saúde

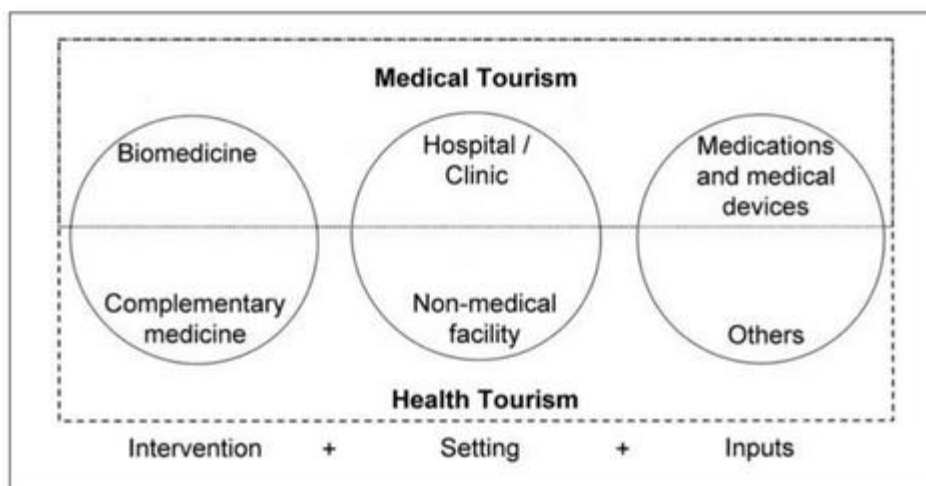
AUTOR	DEFINIÇÃO
Delloite (2008) cit por ECLAC, 2010, pág.10	“...the act of traveling across national borders in search of specialized or economical medical care, well-being and recuperation.”
Bookman and Bookman (2007) cit. por ECLAC, 2010, pág.10	“identify three forms of medical tourism: invasive, diagnostic and lifestyle. Invasive treatments involve high-tech procedures performed by a specialist; diagnostic procedures encompass several types of tests such as blood screenings and electrocardiograms; and lifestyle includes wellness or recuperation treatments.
Connel (2006) cit. Por ECLAC, 2010, pág 10	“...medical tourism as a new form of niche tourism where people travel often long distances overseas (India, Thailand and Cuba) to obtain medical, dental and surgical care while simultaneously being holidaymakers.”
Gonzales, Brenzel and Sancho (2001) cit. Por ECLAC 2010, pág.11	“...as people traveling to another country specifically to consume health

	care services, without even making reference to touristic activities.”
Yim (2005) cit por Jackson and Barber, 2014, pág.2	“Healthcare tourism is best described by the consumption abroad mode where patients travel for the consumption of healthcare services including diagnosis, treatment, and health enhancement”
Chambers and McIntosh (2008) cit por Jackson and Barber, 2014, pág.2	“Healthcare tourism differs from traditional tourism in that healthcare and general medical treatments are the primary reasons for travel and traditional tourism related activities are secondary or nonexistent in travel related decisions.”
Jackson and Barber, 2014, pág.2	“...from an economic perspective, healthcare tourism represents an economic activity that takes place in at least two sectors, healthcare and travel and hence, can be further defined as a product derived from trading healthcare services on the international market.”
Garcia-Altes, 2005, cit por Jackson and Barber, 2014, pág.2	“...medical tourism differs from other forms of healthcare tourism in that it involves clearly defined medical interventions”
Boulton (2012); Henderson, (2004), cit. por Jackson and Barber, 2014, pág.2	“...medical tourism is a subset of healthcare tourism or a component of the health tourism market”
Gupta (2004), cit por Vincent et al, 2011, pág. 996	“...defines medical tourism as the provision of cost-effective medical care for patients in collaboration with the tourism industry.
CABALLERO-DANEL, Sara;	“...medical tourism is described as any

MUGOMBA, 2006, pág.3	form of travel from one's normal place of residence to a destination at which medical or surgical treatments is provided or performed. The travel undertaken must involve more than one night away from the country of residence."
Carrera and Bridges (2006) cit. por Lunt Et al (2011, pág.6)	"... define health tourism as the organised travel outside one's local environment for the maintenance, enhancement or restoration of an individual's well-being in mind and body."

Fonte: elaboração própria

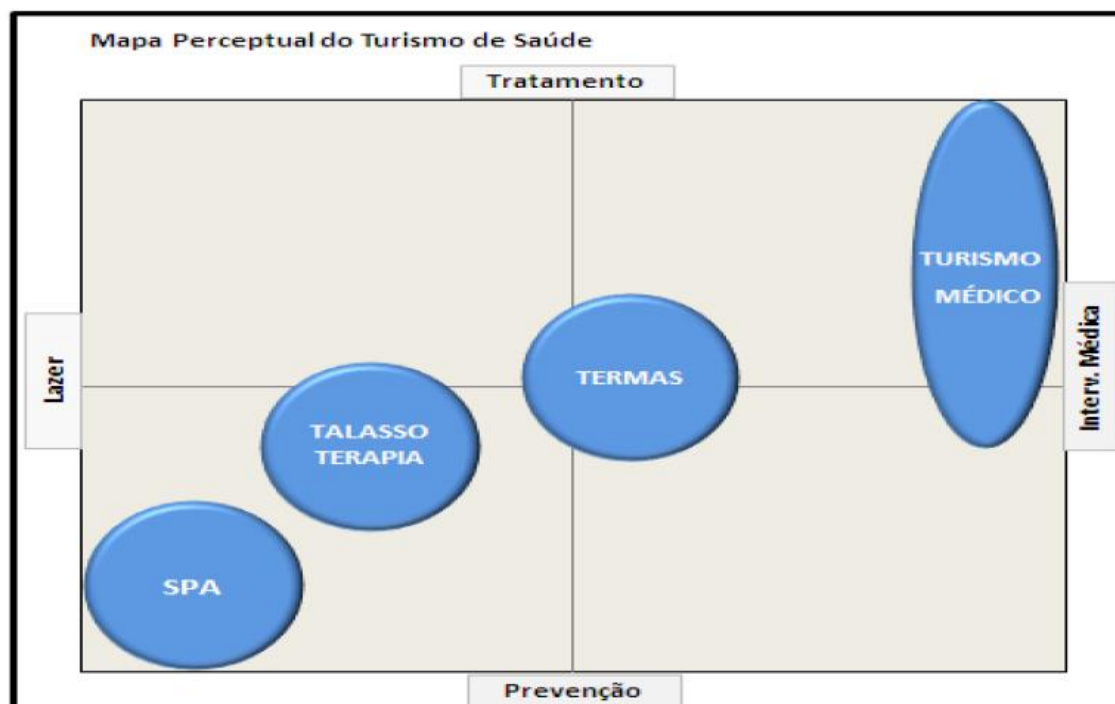
De todas as definições encontradas, apesar de algumas ligeiras diferenças, na sua essência o que têm em comum é o facto de implicar a deslocação da pessoa da sua área de residência, por um período superior a 24 horas, com o intuito de aceder a cuidados de saúde que promovam a saúde e/ou tratem a doença. Por sua vez, isto implica uma actividade sinérgica entre a entidade prestadora de cuidados e a entidade de turismo (hoteleira, agência de viagens, transportes, etc). De uma forma mais específica, surge a distinção de turismo médico do turismo de saúde por aquele se referir especificamente a cuidados de saúde curativos, recorrendo a tratamento invasivos / cirúrgicos. A distinção pode ser feita como se apresenta na figura 1:

Figura 1: Conceptualização do turismo médico

Fonte: Carrera cit. por Carrera e Lunt (2010, pág. 471)

Para além desta conceptualização, é possível fazer uma apresentação em estilo matriz segundo as suas componentes e conforme o objectivo pretendido: tratamento, lazer, prevenção e intervenção médica. Segundo este diagrama verifica-se que o turismo médico está amplamente inserido na área da intervenção médica e tratamento, enquanto todas as outras actividades são enquadradas na área do lazer e prevenção (figura 2):

Figura 2: Componentes do turismo de saúde



Fonte: Governo de Portugal (2014, pág. 15)

2.1.2 Turismo de Saúde: na actualidade

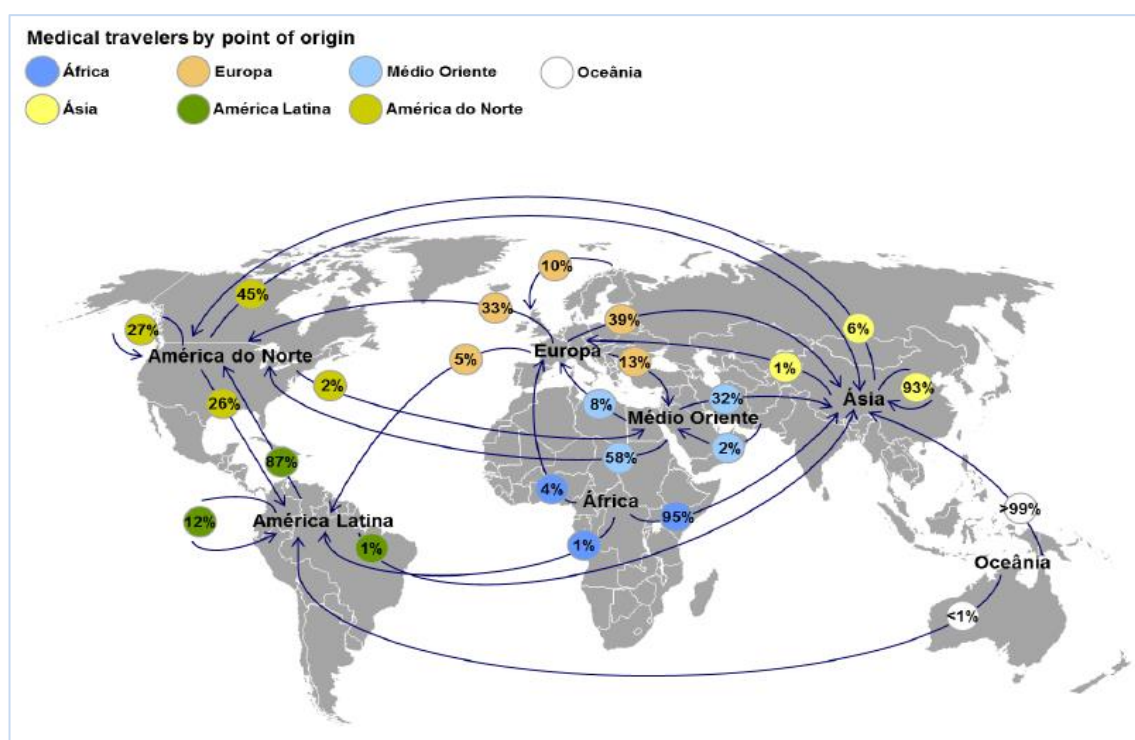
O turismo de saúde tem surgido nos últimos anos como um nicho de mercado crescente, inicialmente mais presente nos países em desenvolvimento, e actualmente nos países desenvolvidos também. Segundo o Turismo de Portugal (2006) entre 2000 e 2004 este nicho cresceu cerca de 50%.

Segundo a McKinsey and Company (cit por Governo de Portugal, 2014) o turismo médico apresenta uma taxa de crescimento anual na ordem dos 13%.

O turismo médico, entre outros factores, é um dos resultados da globalização, sendo, por isso, um fenómeno global tal como se consegue verificar na Fig.3.

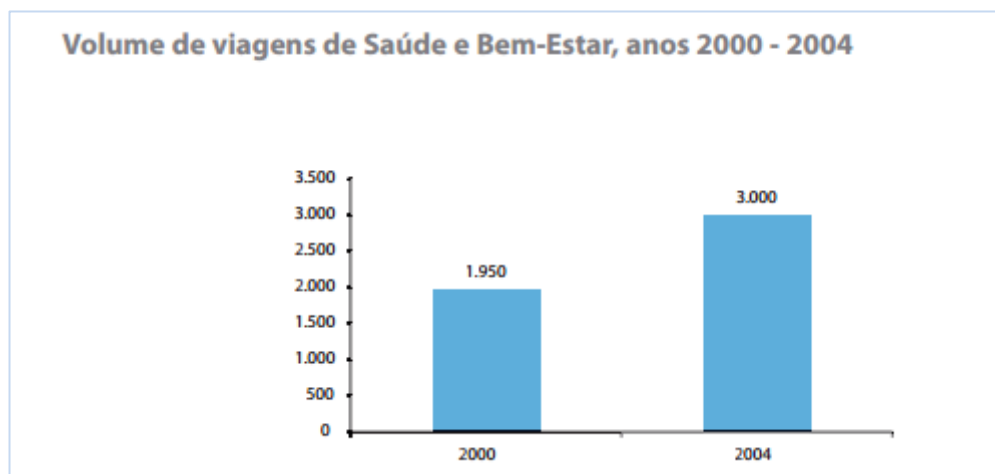
Segundo Lunt e Mannion (2014, pág. 154) “key factors associated with the rise (...) include the growing globalisation and inter- connectedness of economic production and trade, new forms of political cooperation, technological developments, and a burgeoning international market in medical care and services provided by health professionals”.

Figura 3: Origem e destino dos clientes de turismo de saúde



Fonte: Governo de Portugal, 2014, pág. 17

Segundo o Turismo de Portugal (2006) há cerca de 3 milhões de viagens por ano com a intenção de turismo de saúde. Este volume de viagens representa cerca de 1,2% do total das viagens realizadas por Europeus.

Figura 4: Volume de viagens de saúde e bem-estar, anos 2000 - 2004

Fonte: Europeantravel monitor 2000-2004 cit. por Turismo de Portugal, 2006, pág. 9

Mantendo esta tendência prevê-se que em 10 anos ocorram cerca de 6 milhões de viagens.

Segundo o mesmo relatório a Alemanha é actualmente o principal mercado emissor de turistas da saúde, estando a França no extremo oposto.

Consultando outros artigos que dão a conhecer uma realidade não exclusivamente europeia verifica-se que o turismo médico pode englobar um mercado de 780 milhões de turistas, distribuídos por 96 países, estimando-se em 2012 um volume de negócios de US\$ 100 biliões (Nicolaidis and Youngman cit. por Yeoh, Othman & Ahmad, 2013). Verifica-se também que o principal país emissor é a Holanda (US\$ 618 milhões) sendo que do lado dos prestadores de cuidados surgem os EUA (US\$ 2,3 mil milhões), a República Checa (US\$ 418 milhões) e a Turquia (US\$ 409 milhões). Países não contemplados na OCDE temos a Índia, Israel, Singapura e China (Runnells and Hopkins cit. por Runnells&Carrera, 2012).

Estes dados reforçam que o fenómeno do turismo de saúde é um fenómeno crescente, e que decorre em vários países.

2.1.3 Os *drivers* do turismo de saúde

O turismo de saúde, conhecido desde a antiguidade, é responsável pelo fluxo de turistas de saúde entre países e continentes e tem mantido uma tendência crescente: *“While there is a general consensus that the medical tourism industry has burgeoned over the past decade and that there is scope for even further expansion, there remains disagreement as to the current size of the industry”* (Lunt et al, 2011, pág.14). No entanto, é um fenómeno ainda pouco estudado e os dados conhecidos são poucos e não estão organizados. Por isso, é reconhecida a importância de melhor o estudar e compreender para desenvolver as estratégias necessárias à sua promoção. Isto irá trazer vantagens, quer para os países emissores, como para os receptores: *“In summary, therefore we can narrow down the number of medical tourists worldwide as lying somewhere between 60,000 and 50 million! This huge gap is a clear pointer for the need to agree parameters and pilot robust ways of collecting and analysing information on the number of medical tourists travelling for treatment. Such numbers are important to quantify economic impact”* (Lunt et al, 2011, pág.15).

Apesar da escassez da informação estão identificados alguns *drivers* do turismo de saúde, isto é, factores que são responsáveis pela promoção do turismo de saúde *“Key factors associated with the rise (...) include the growing globalisation and inter- connectedness of economic production and trade, new forms of political cooperation, technological developments, and a burgeoning international market in medical care and services provided by health professionals”* (Lunt e Mannion, 2014, pág. 155). Compilando a opinião de diferentes autores considera-se que alguns dos *drivers* associados a este fenómeno são:

- Globalização económica com facilidades nas taxas de câmbio, algumas vezes promovidas e facilitadas pelos países promotores de turismo de saúde. A nível europeu, por exemplo,, a existência de uma moeda única facilita a troca de bens e serviços (Lunt et al, 2011);

- Globalização cultural com o fluxo migratório, por exemplo, de profissionais de saúde o que permite ultrapassar algumas barreiras associadas com a língua e costumes, assim como hábitos culturais. Para além disso, há um esforço por parte das instituições de saúde e de turismo em dar resposta a este tipo de individualidades (Lunt et al, 2011);
- Globalização tecnológica que permite ao consumidor, nomeadamente através da internet, ter acesso a um leque de informações mais ou menos pormenorizada, e que lhe permite comparar e escolher entre tratamentos, destinos e unidades de saúde. Para além disso, as tabelas de preços dos diferentes procedimentos médicos e de bem-estar, assim como das viagens e hospedagem estão facilmente acessíveis (Lunt et al, 2011);
- Sobrecarga dos sistemas de saúde dos diferentes países com o respectivo aumento das listas de espera (ECLAC, 2010) o que incentiva a busca de alternativas de tratamento;
- Maior participação e interesse da pessoa na tomada de decisão relativa ao seu plano de cuidados, levando à pesquisa de outras opiniões clínicas, consultando outras entidades prestadoras de cuidados (Lunt et al, 2011);
- Envelhecimento da população o que contribui para a sobrecarga dos sistemas de saúde. Há também um aumento do número de pessoas com doença crónica e que, como tal, necessitam com mais frequência de cuidados de saúde (ECLAC, 2010). Aliás, alguns autores referem mesmo que o turismo de saúde que tem como público-alvo o turismo sénior, poderá ser um projecto a curto prazo e de grande interesse económico (Gonzales, Brenzeland Sancho cit. por ECLAC, 2010);
- Globalização dos cuidados de saúde (Vincent et al, 2011);

- Aumento do custo directo / co-pagamento dos cuidados de saúde, assim como aumento do custo com os seguros de saúde. Estes agravamentos estão mais presentes nos países desenvolvidos;
- Diminuição do custo em viagens aéreas (Vincent et al, 2011);
- A “moda” da cirurgia estética cujo financiamento não é coberto pelos sistemas de saúde ou seguros (ECLAC, 2010);
- Maior disponibilidade para viajar, sendo possível conciliar as férias com actividades de saúde e bem-estar (Lunt et al, 2011);
- Custo de procedimentos além-fronteiras inferiores em comparação ao país de residência (Lunt et al, 2011);
- Qualidade elevada dos novos hospitais, com processos de certificação e acreditação aprovados e internacionalmente reconhecidos (Lunt et al, 2011);
- Legislação que permite procedimentos proibidos nos países de origem como, por exemplo, tratamentos de fertilidade, interrupção da gravidez, eutanásia. (Glinos et al, cit por Lunt et al, 2011);
- Desejo de privacidade e confidencialidade (Connell et al, cit por Lunt et al, 2011, pág. 15 e ECLAC, 2010);
- Disponibilidades de novos tratamentos ou alternativas inexistentes no país de residência (Flash BarometerSurvey 2007, cit por Lunt et al, 2011).

Todos estes factores incentivam o turismo de saúde, assumindo diferentes consequências, consoante estamos perante uma país emissor de turistas de saúde, ou um país receptor.

2.1.4 Barreiras e oportunidades

Em vários artigos é identificada a necessidade em conhecer as características das pessoas que praticam o turismo de saúde “ *The patient profile of medical tourist is similarly opaque*” (Exworthy and Peckham, 2006 cit. por Lunt et al, 2011, pág. 15).

Quando falamos no fluxo de doentes dos Estados Unidos verificamos que o movimento ocorre dos países desenvolvidos para os países em vias de desenvolvimento como Malásia ou Índia tal como refere Lunt et al. (2011, pág.29) “ *High-income countries may service overseas elites whilst at the same time their citizens choose to travel as medical tourists to Lower and Middle Income Countries for treatments*”. A nível Europeu verifica-se que o movimento ocorre da Europa ocidental para os países vizinhos onde as pessoas conseguem obter cuidados de saúde e bem-estar a preços mais acessíveis.

Embora Connel (cit. por ECLAC, 2010, pág.12) refira que o turismo de saúde seja especialmente atractivo para a classe alta “*medical tourism has been particularly attractive to elites, even – perhaps especially- in developing countries*” outros autores discordam desta opinião. Acrescentam até que dado o facto do turismo de saúde ser mais acessível a nível de custo, por si só permite que não seja apenas a classe social alta a ter acesso à mesma “*other authors disagree claiming that what is different about the current trend in medical tourism is that traveling to other countries in search of medical care is no longer exclusive to elites paying Premium prices abroad, but is rather accessible to them as population which now has the possibility of medical care and leisure abroad at a cost-effective price*” (Caballero-Danell and Mugomba, cit. Por ECLAC, 2010 pág. 12,). Lunt e Mannion (2014, pág.155) referem que “*geographical proximity is an important, but not decisive, factor in shaping providers’ marketing plans, with many providers targeting potential patients*

from local regions”. Assim, nos dias de hoje, o que se verifica é que este movimento é praticado por pessoas de classe média ou alta, deslocando-se para países em vias de desenvolvimento ou não.

Analisando o fenómeno de um ponto de vista global o turismo de saúde surge como um continuum tendo de um lado obstáculos, e do outro oportunidades que obriga a que todos os *stakeholders* conheçam para se poderem organizar estrategicamente, e como tal, desenvolver uma vantagem competitiva.

Deste modo, segundo o relatório emitido pela ECLAC (2010) as barreiras que podem inibir o crescimento do turismo de saúde são:

- Não portabilidade do seguro de saúde;
- A falta de acreditação das unidades de saúde;
- Não reconhecimento dos profissionais que compõem a equipa de saúde;
- Dificuldade na partilha e acesso à informação clínica;
- Falta de responsabilização em casos de má prática;
- Oferta insuficiente de viagens;
- Diferenças culturais e de línguas;
- Não organização de cuidados pós operatórios.

Os obstáculos quando estrategicamente geridos podem tornar-se oportunidades / vantagens.

Do lado das vantagens do turismo de saúde surge:

- Exportação de cuidados de saúde pode resultar num aumento dos conhecimentos na área dos cuidados de saúde, assim como desenvolvimento / aquisição de novas tecnologias

- Criação de novos postos de trabalho, com a diminuição do fluxo migratório
- Promoção do turismo nacional com o impacto que essa promoção tem em todos os *stakeholders*
- Promoção da economia do país

2.2 Turismo de Saúde: a realidade Portuguesa

Segundo Euromonitor International (Turismo de Portugal, 2006), apesar da crise económica e financeira que se tem instalado nos últimos anos em Portugal, associado a rígidas regras e impostos, no ano de 2012 as vendas associadas ao turismo de saúde aumentaram 1,9%, valor ligeiramente superior ao ano de 2011 que foi de 1,8%.

A nível nacional o turismo de saúde e bem-estar tem vindo a ser incluído enquanto um produto estratégico a desenvolver, mas apesar desse esforço a sua referência é ainda tímida.

Ao consultar a proposta do Turismo de Portugal (2006), mais especificamente o capítulo relacionado com a área de turismo e do bem-estar, são apresentadas:

- Condições do mercado;
- Quais os principais receptores e emissores destes turistas;
- Oportunidades e requisitos do sector;
- Plano de negócios e estratégias a implementar.

Neste documento é feita a apresentação dos dados colhidos pela *Europeantravel Monitor*, assim como o resultado de vários inquéritos efectuados a especialistas da área e consumidores.

De forma resumida, o documento refere que a Alemanha surge como o mercado emissor mais importante de viagens de saúde e bem-estar. França e Espanha surgem como os concorrentes mais directos de Portugal uma vez que apresentam oferta semelhante à portuguesa, nomeadamente por atrair a mesma procura, e apresentarem localizações geográficas semelhantes.

Ao pensarmos nos principais destinos de saúde e bem-estar estes surgem pela seguinte ordem:

Figura 5: Principais destinos de saúde e bem - estar

Nº	Principais destinos de S&B	%
1	Itália	14,77%
2	Espanha	10,72%
3	Áustria	7,80%
4	Hungria	7,08
5	Turquia	5,46%
6	Países Bálticos	4,92%
7	Holanda	4,36%
8	Alemanha	3,81%
9	Dinamarca	3,67%
10	Eslovénia	3,41%
11	França	3,33%
...		
18	Portugal	1,36%

Fonte: dados IPK 2004 cit. por Turismo de Portugal, 2006, pág.17

Deste modo, Portugal tem ainda um longo caminho a percorrer até alcançar um lugar de destaque na classificação dos principais destinos.

2.2.1 Portugal como destino preferencial

Segundo Turismo de Portugal (2006) os turistas europeus, no que concerne a viagens de saúde e bem-estar, continuam a preferir a Europa como principal destino. Analisando turistas de continentes não europeus o que se verifica é que habitualmente o destino é próximo do país emissor *“the majority of medical tourist almost certainly come from neighbouring countries”* (Connel, 2010, pág. 113).

Segundo a opinião dos consumidores de diferentes países (Turismo de Portugal, 2006) os melhores destino de saúde e bem-estar são os descritos nos seguintes dados:

Figura 6: Pesquisa aos consumidores nos principais mercados europeus 2006

Espanhóis	%	Franceses	%	Italianos	%	Holandeses	%	Britânicos	%	Alemães	%
Espanha	26,2	França	27,7	Itália	42,6	Espanha	9,2	Reino Unido	9,6	Alemanha	24,1
Andorra	6,6	Tunísia	12,7	França	9,9	Suíça	8,2	Espanha	8,0	Itália	10,4
Caraíbas	4,7	Marrocos	6,0	Suíça	4,6	França	5,7	EUA	5,5	Áustria	9,7
Portugal	4,7	Espanha	4,3	Caraíbas	3,6	Turquia	3,8	França	5,1	Espanha	9,4
França	4,3	Suíça	3,0	Áustria	3,3	Áustria	3,5	Suíça	3,2	Suíça	9,4
Suíça	3,7	Suécia	2,3	Espanha	2,6	Alemanha	3,5	Itália	2,9	Turquia	4,3
Itália	3,0	Portugal	2,3	EUA	2,0	Itália	2,8	Tailândia	2,6	R.Checa	4,0
EUA	2,3	Caraíbas	1,7	Portugal	1,7	Holanda	2,5	Caraíbas	2,6	França	3,7
R.Dominic.	1,7	Grécia	1,7	Grécia	1,7	Portugal	2,2	Chipre	1,9	Tailândia	3,0
Hungria	1,7	Itália	1,3	Eslovénia	1,3	Tailândia	1,9	Áustria	1,9	Grécia	2,3

Legenda: Destinos concorrentes de Portugal Outros destinos

Fonte: Turismo de Portugal, pág. 13, 2006

Como é possível verificar, Portugal encontra-se bem localizado, fazendo parte de um dos destinos preferenciais dos principais países emissores de turistas de saúde, com excepção da Inglaterra e Alemanha.

No que se refere à vertente turística propriamente dita no Relatório Interministerial (Governo de Portugal, 2014) surge o resumo dos principais vectores que tornam Portugal apelativo do ponto de vista turístico. Este trabalho começa por referir que o Turismo de Portugal consolida o seu reconhecimento internacional ao assumir, no índice de competitividade e viagens de turismo, a 20ª posição no *World Economic Forum* quando comparado com países a nível mundial, e a 11ª posição quando comparado com os nossos vizinhos europeus. Revela também que 80% dos turistas que visitam Portugal ficam satisfeitos e como tal manifestam o desejo de quererem voltar. No mesmo relatório é enquadrada a oferta turística portuguesa com a realidade do turismo de saúde, e ainda com o que o cliente pode encontrar:

- Povo hospitaleiro, onde grande parte da população fala mais do que a língua nativa, nomeadamente o inglês;
- Portugal tem uma excelente localização geográfica, sendo caracterizado por um clima ameno grande parte do ano, assim como longos períodos diurnos. Para além disso tem óptimas ligações no que se refere a conexões internacionais, e mesmo internamente existem óptimas redes de transporte;
- Grande diversidade de locais e paisagens a visitar;
- Praias de grande qualidade ambiental, onde a acessibilidade e qualidade são prioritárias e reconhecidas;
- Termas com reconhecido valor terapêutico;
- Unidades de alojamento de qualidade onde procuram sempre a satisfação do cliente;
- Gastronomia de grande diversidade e qualidade, sendo a dieta mediterrânica a mais aconselhada pelos profissionais de saúde;
- Portugal foi considerado o 17º país mais pacífico do mundo;

Assim, aparentemente Portugal reúne as condições para ser mais e melhor no âmbito do turismo de saúde o que leva à seguinte questão: quais os factores que motivam a decisão dos turistas de saúde? O que os leva a escolher em função da oferta existente?

2.2.2 Enquadramento legal e seguros

O enquadramento legal e a participação dos seguros é um aspecto importante no que concerne aos acessos aos cuidados de saúde além-fronteiras.

Existem grandes diferenças dependendo dos continentes. Por exemplo, no caso americano o acesso aos cuidados de saúde depende amplamente do usufruo de seguros de saúde, ou do pagamento directo.

Embora actualmente existam seguros de saúde que já contemplam a vertente do turismo de saúde nas suas apólices, não é ainda uma medida generalizada. Para além disso, as leis federais e estatais são francas barreiras ao acesso aos cuidados internacionais, tanto no domínio público, como no domínio privado. Por isso muitas das pessoas que recorrem aos cuidados de saúde e bem-estar além-fronteiras fazem-no mediante pagamento directo, suportando todas as despesas associadas com viagem e hospedagem, para além dos cuidados de saúde.

A nível europeu o acesso aos cuidados de saúde parece mais facilitado embora tenham que se cumprir alguns trâmites legais. No caso de Portugal temos o cartão europeu de seguro de doença (CESD), que é de emissão gratuita e permite o acesso a cuidados de saúde dos 27 países da UE e ainda na Islândia,

Liechtenstein, Noruega e Suíça (Segurança Social, disponível em <http://www4.seg-social.pt/pedido-cartao-europeu-seguro-doenca>) Este cartão providencia, no caso da hemodiálise, tratamentos gratuitos aos doentes, necessitando apenas de uma programação das sessões antecipada. No entanto, verificam-se algumas exceções como é o caso da Inglaterra onde o cartão de seguro de doença não tem aplicabilidade, aparentemente por definição do próprio país.

No que se refere à procura de cuidados de saúde para situações que não podem ser tratadas no país de residência até seis meses após o diagnóstico, então a pessoa poderá recorrer aos países acima enunciados desde que tenha a autorização emitida pela segurança social (formulário E112), assim como a autorização médica.

2.3 A Hemodiálise em Portugal

Antes de abordar o tema da hemodiálise em Portugal é importante definir o que é a hemodiálise e qual a sua relação com a DRC. Isto passa por identificar a sua origem, prognóstico, formas de tratamento e, assim, mais facilmente compreender o impacto que tem no dia-a-dia do doente.

Deste modo, a DRC segundo Braunwald et al (2002, pág. 695) “*é definida como o comprometimento irreversível e prolongado da função renal (...) em geral a diálise torna-se necessária para controlar os sintomas da uremia*”, assim como de sobrecarga hídrica uma vez que a maioria destes doentes deixam de urinar e por consequência existe uma retenção substancial dos líquidos ingeridos. Entre as causas que podem estar associadas ao desenvolvimento da DRC temos:

- Nefropatia diabética,
- Nefroesclerose associada à hipertensão arterial,
- Glomerulonefrite,
- Doença renovascular,
- Doença renal poliquística,
- Nefropatia associada ao HIV,
- Rejeição do transplante renal.

Como referido a diálise torna-se necessária enquanto tratamento desta doença, sendo importante realçar que não é uma forma de cura. Apenas um transplante renal pode resolver em absoluto os efeitos nefastos de rins não funcionantes. Mas mesmo os transplantes renais têm uma duração limitada, estando actualmente entre os 6 a 8 anos, existindo, apesar de tudo, pessoas com 20 anos de transplante renal.

O início da diálise depende de uma combinação de sintomas como a sobrecarga hídrica, alterações laboratoriais graves e alterações do estado de consciência como a confusão

ou prostração. A diálise inclui uma série de opções de tratamentos que são apresentadas por ordem decrescente de incidência e prevalência: a hemodiálise, diálise peritoneal e hemodiálise domiciliar. Assim, nos dias de hoje a hemodiálise é o tratamento mais frequente neste grupo de doentes.

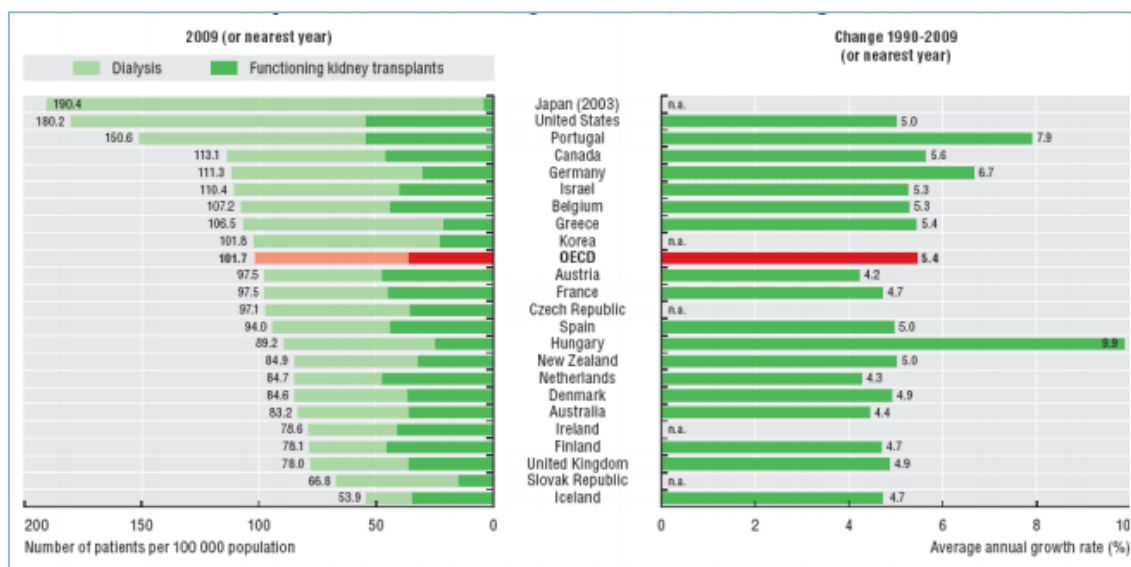
A hemodiálise, por sua vez, e ainda segundo Braunwald et al (2002, pág. 698) “*exige um acesso directo à circulação, através de uma fístula arteriovenosa (...) enxerto arteriovenoso(...) ou cateteres intravasculares. O sangue é bombeado através das fibras ocas de um rim artificial (dialisador) e banhado numa solução de composição química favorável. (...) Na maioria dos casos, os pacientes são submetidos a diálise três vezes por semana, geralmente durante 3- 4 horas.*”

Do ponto de vista de prognóstico a DRC é progressiva e irreversível, e até à ocorrência do transplante estes doentes apresentam maiores comorbilidades e maiores taxas de mortalidade, como será apresentado nos capítulos seguintes.

2.3.1 Incidência e prevalência de doentes hemodialisados em Portugal

A DRC terminal corresponde ao último nível de evolução da insuficiência renal em que a realização de uma terapêutica de substituição renal (hemodiálise, diálise peritoneal) é imprescindível para a manutenção da vida da pessoa, até à ocorrência do transplante renal, ou em caso extremo, à morte da mesma. Segundo a norma nº 107 da Direcção Geral de Saúde, Portugal tem assistido a um crescimento anual tanto da incidência como da prevalência de pessoas com DRC terminal, sendo este crescimento superior à média europeia.

Figura 7: Prevalência pontual e evolução (1990 - 2009) de doentes em terapia de substituição renal



Fonte: Norma nº 017/2011 DGS, 2011, pág.7

Considera-se que este incremento esteja relacionado com o aumento da esperança média de vida mesmo em situações de co- morbilidades (neoplasias e doenças cardiovasculares), a acessibilidade à diálise e à transplantação, o aumento da prevalência da HTA e da diabetes (que são das principais causas subjacentes ao desenvolvimento de DRC). Para além disto, o facto de não existirem critérios definidos para o tratamento conservador da pessoa com DRC terminal faz elevar esta prevalência.

Falando em números, até 2011 seriam cerca de dez mil o número de pessoas em tratamento de substituição renal, sendo que todos os anos são registados 2500 novos casos. Isto representa uma prevalência de 1500 pmp, uma das mais elevadas do Mundo.

Ou seja, o número de pessoas com DRC e em esquema de hemodiálise, pelo menos a médio prazo, terá uma tendência crescente.

2.3.2 A Oferta de Hemodiálise em Portugal

Em relação às clínicas de hemodiálise em Portugal, segundo o Centro de Estudos de Gestão e de Economia Aplicada -CGEA (2007) existem cerca de 100 estabelecimentos de prestações de cuidados de hemodiálise de domínio privado. A prestação de cuidados pela entidade hospitalar não se encontra integrada nesta área de prestação, com excepção de situações pontuais em que as clínicas não conseguem dar resposta à procura.

Esta forma de organização da prestação de cuidados ao doente em hemodiálise é diferente da que se observa noutros países europeus em que a oferta pública é superior à oferta privada. Para além disso, em Portugal verifica-se que os estabelecimentos privados cobrem quase a totalidade do território continental.

Mais recentemente vão surgindo clínicas que providenciam tratamentos em modalidade nocturna o que aumenta consideravelmente o número de pessoas nas clínicas. Desta forma, as clínicas passam a trabalhar 24 horas por dia, enquanto que anteriormente funcionavam apenas em regime diurno.

Tal como referido anteriormente estas clínicas providenciam cuidados em HD a cerca de 10000 doentes.

2.3.3 A pessoa hemodialisada: perspectiva biopsicosociocultural

A HD é um tratamento que, salvo algumas excepções, ocorre 3 vezes por semanas tendo cada tratamento a duração de 4 horas. Para além da necessidade do tratamento de hemodiálise, a pessoa tem de cumprir um plano medicamentoso, assim como uma dieta e restrição hídrica apertada como complemento do tratamento. Só o cumprimento adequado de todos estes

elementos podem proporcionar à pessoa dias de bem-estar, sem os efeitos nefastos dos rins não funcionantes, assim como os efeitos secundários de um tratamento desgastante como é a HD.

De qualquer forma é de realçar que a DRC é progressiva, e a falência multiorgânica a longo prazo é uma realidade nestes doentes, o que diminui a esperança média de vida (figura 8)

Figura 8: expectativas de anos de vida de doentes em diálise de acordo com a faixa etária

Age (y)	Black Male	Black Female	White Male	White Female
20-24	16.9	14.7	14.2	13.1
30-34	12.6	11.2	9.8	9.2
40-44	9.4	8.6	7.2	6.9
50-54	6.9	6.4	5.3	5.1
60-64	4.8	4.8	3.8	3.8
70-74	3.4	3.4	2.7	2.7
85+	1.9	1.9	1.6	1.6

Fonte: adaptado de Moss AH et al, cit. por Norma nº 017/2011 DGS, 2011, pág.9

Tendo apenas em atenção estes elementos - tratamento, dieta, restrição hídrica - é fácil perceber as limitações que estas pessoas são sujeitas e as adaptações que têm de fazer no seu estilo de vida.

Também Go As, O'Hare e Kurella (norma 17/2011, DGS, pág. 5) fala nestas restrições *“a dependência da diálise para o doente IRC é pesada em termos pessoais e familiares, bem como no que diz respeito a restrições dietéticas e de estilo de vida, envolvendo, também, elevado consumo de recursos altamente especializados bem como de avultados custos financeiros. Nas faixas etárias mais elevadas, e devido à maior prevalência de diversas comorbilidades com*

impacto no prognóstico, a sobrevivência dos doentes em diálise é ainda menor face à população geral com a mesma idade”

São muitos os estudos realizados sobre o impacto da hemodiálise na pessoa com DRC e as conclusões são semelhantes em todos eles. Basicamente fica evidente que a pessoa que faz hemodiálise desenvolve uma nova identidade e que se percebe de uma forma diferente uma vez que surge a dúvida sobre o futuro, além de que é manifesto a dependência de uma máquina, medicamentos e equipas de saúde (Gregory cit por Jonh e Thomas, 2013). Aliás vários estudos referem que as pessoas que fazem HD acreditam que têm uma esperança de vida mais curta que as outras pessoas, em consequência das comorbilidades associadas à doença e ao tratamento. É também comum a todos estes estudos o tema da perda de liberdade destes doentes que está associado a alterações profundas nos relacionamentos conjugais, familiares e sociais (Christensen cit por Jonh e Thomas, 2013). Os doentes percebem-se como um fardo para as pessoas que o rodeiam e isso, por sua vez, leva a depressões, má aderência aos tratamentos, modificação dos seus estilos de vida, como por exemplo, passar férias ou usufruir de momentos de lazer.

Em modo de conclusão, como refere Cinar et al *“Hemodialysis patients are subjected to multiple psychosocial stressors and may be threatened with many potential losses and lifestyle changes”* (2009, pág.447).

Quando pensamos desta forma sobre a pessoa hemodialisada, e temos noção da forma como a mesma percebe a sua vida, facilmente concluímos que viajar, por lazer ou trabalho, possa ser uma situação de stress. Sair da sua zona de conforto, para clínicas diferentes, com equipas de saúde diferentes, e talvez com língua diferentes podem sem dúvida inibir as pessoas de readquirirem estes comportamentos.

Apesar de tudo, tem-se assistido a uma evolução positiva neste sentido, os números de doentes que viajam, apesar de fazerem hemodiálise, tem vindo a aumentar. De certa forma isto traduz o trabalho das equipas de saúde e das

empresas que providenciam estes cuidados, devolvendo a estas pessoas alguns dos prazeres da vida.

2.3.4 A pessoa hemodialisada: turismo

Até há pouco tempo a ideia da pessoa em hemodiálise viajar parecia distante, complicada, morosa, dispendiosa e burocrática, neste sentido, *“a recente survey of 3250 prevalent dialysis patients reported that 967 tried to take a holiday but were unable to because: it was too difficult to organize, there was no dialysis available at their destination, or they could not afford it”* (Rachael et al, 2012, pág. 109). Aliás, esta limitação em viajar constitui por si só um factor de stress *“the top three stressors experienced by hemodialysis patients were vacation limitation, followed by fatigue and uncertainty about future”* (Cinar et al, 2009, pág.449).

No entanto, actualmente, do trabalho sinérgico entre empresas de turismo que se dedicam a este segmento de mercado, agências de viagens, as facilidades de comunicação, o *networking*, assim como a aprovação de legislação permite o mais fácil acesso aos cuidados de saúde e agiliza em muito o turismo para a pessoa em hemodiálise.

Não existem muitos dados sobre a evolução deste comportamento, mas francamente verifica-se que têm vindo aumentar, o que se reflecte pelo aumento do número de pedidos de férias nas clínicas de hemodiálise, tanto de doentes nacionais, como internacionais.

É mais do que conhecido os benefícios que o viajar por laser tem para as pessoas saudáveis. Quando falamos numa população com doença crónica esses benefícios assumem uma maior importância *“a longitudinal study of 928 US dialysis patients found that inability to travel on hemodialysis therapy produced a significant decrease in quality of life(…)”* (Rachael et al, 2012, pág. 109)

Ao analisar as vantagens em saúde em viajar, segundo a *Travel Industry Association* (cit. por Black, 2009, pág.152) elas são:

- Redução de eventos cardíacos em 50% se ocorrer uma viagem por ano;
- Diminuição da sensação de cansaço;
- Níveis elevados de bem-estar físico e saúde mental;
- Promoção da sensação de bem-estar, principalmente junto da família;
- Relação positiva entre a realização de férias e o funcionamento intelectual.

Estes dados reforçam a necessidade da promoção deste comportamento junto da pessoa em hemodiálise, por exemplo, com a criação de mecanismos facilitadores. Estes mecanismos deverão ser desenvolvidos não só com e para os doentes, como também pelas clínicas prestadoras de cuidados e pelas agências de viagens. Neste sentido, surge então o conceito de turismo de saúde com todas as dimensões que engloba, mais precisamente o conceito diálise em férias.

Deste modo, a promoção da diálise em férias pode, na sua essência, ser um *win win project* resultando vantagens para o doente, para as empresas, e para os países onde este fenómeno é promovido.

2.4 Diálise em férias

Depois da revisão feita anteriormente, e pensando nos objectivos do presente estudo, é agora necessário enquadrar a área da hemodiálise em férias no turismo de saúde.

Logo à partida surge a dificuldade com a definição, ou seja, a diálise em férias está incluído no turismo de saúde ou está incluído no turismo médico? Por um lado, as pessoas que fazem diálise em férias deslocam-se da sua área de residência para outra com o intuito de promover a sua saúde, e não propriamente com o objectivo de procurar um cuidado de saúde específico para um problema actual. Mas por outro lado, derivado das exigências de tratamento que a doença renal exige, obrigatoriamente, nessas férias, têm de ter acesso a cuidados de saúde invasivos, diferenciados e específicos que caracterizam a hemodiálise. Por isso, qual a posição a ocupar? Onde se integra a diálise em férias?

Talvez até a data não se tenha pensado no conceito de turismo de saúde aplicado às pessoas com doença crónica que se deslocam para outros locais com intuito de *weelness*, mas que em simultâneo precisam de tratamentos específicos em consequência sua doença crónica, como por exemplo, hemodiálise, diálise peritoneal ou tratamentos oncológicos como a quimioterapia, dermatologia, reumatologia.

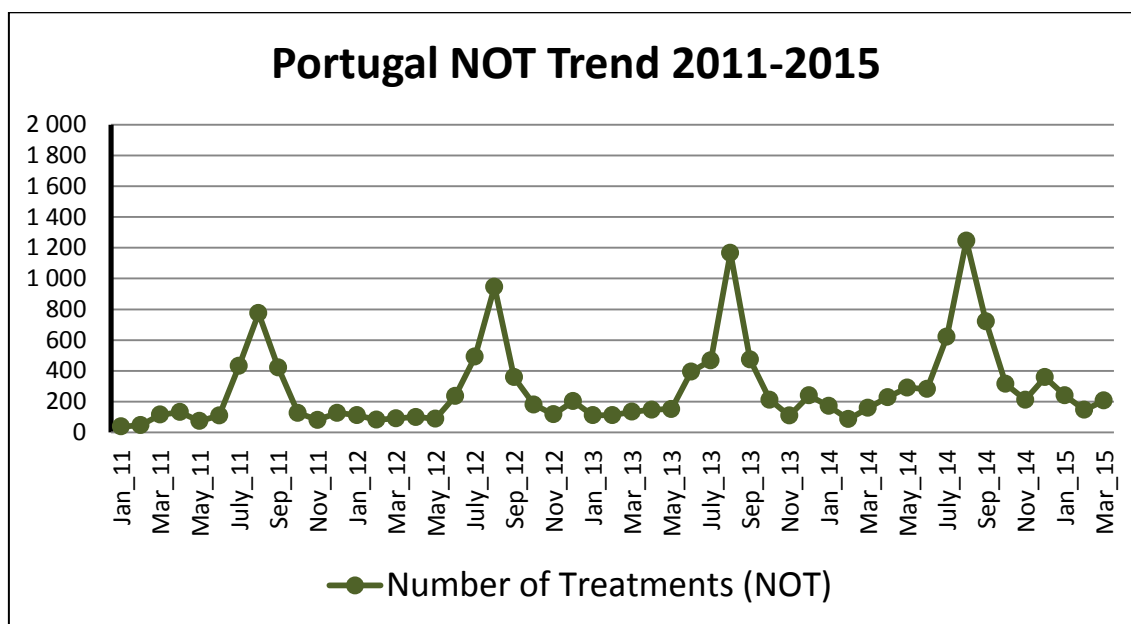
Deste modo, considera-se que o conceito mais amplo é aquele que melhor se aplica a este contexto do doente em hemodiálise que vai de férias. Assim, para o presente trabalho, e segundo Carrera e Bridges (cit. por Lunt et al, 2011) Turismo de Saúde é a organização de uma viagem, fora da área de residência com o intuito de manter, promover ou restaurar o bem-estar, tanto da mente como do corpo. Esta definição sendo mais ampla permite contemplar este tipo de cuidados de saúde, em paralelo com a actividade turística.

Assim, a partir deste capítulo, turismo médico e turismo de saúde serão então referidos como se do mesmo conceito se tratasse.

À semelhança do que foi dito em capítulos anteriores, também na área da diálise em férias são poucos os dados estatísticos conhecidos. A grosso modo sabe-se que é cada vez maior a mobilidade dos doentes, nomeadamente no espaço europeu, que de ano para ano o número de tratamentos de hemodiálise em férias tem vindo aumentar, não se conhecendo, no entanto, dados demográficos deste fluxo de doentes, como por exemplo, faixa etária, sexo, profissão ou outros dados relevantes como país emissor, motivo da viagem de turismo (religioso, lazer, visitar família, etc).

Corroborando o que anteriormente foi dito, a título de exemplo, são apresentados os dados estatísticos providenciados por uma empresa prestadora de cuidados de saúde na área da hemodiálise. Estes números são números de tratamentos (NOT) de hemodiálise efectuados no âmbito do programa hemodiálise em férias em Portugal e Espanha (figura 9 e 10). Apenas foi possível obter os dados de uma empresa, não tendo obtido, até a data da realização do trabalho, respostas de outra empresas no que se concerne a estes dados.

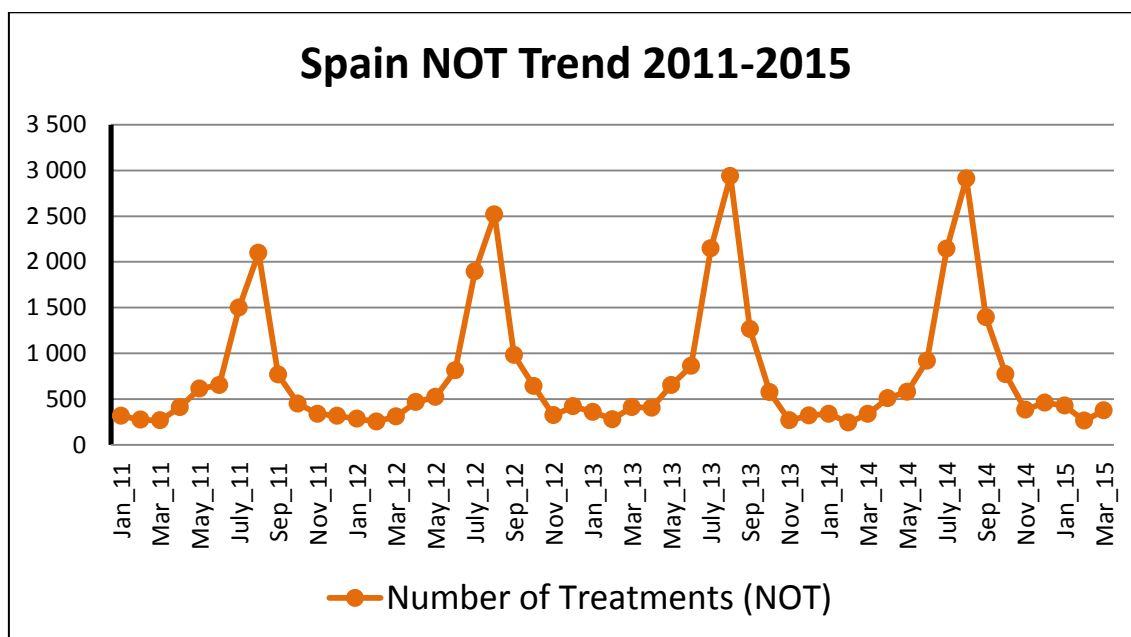
Figura 9: Número de tratamentos HD em Portugal no âmbito da hemodiálise em férias (2011 - 2015)



Fonte: dados fornecidos por uma empresa prestadora de cuidados em hemodiálise (Maio / 2015)

Da análise do presente gráfico consegue-se extrair que o número de tratamentos na área da diálise em férias tem vindo a aumentar embora não se consiga depreender se foi porque aumentou o tempo de estadia em Portugal dos turistas, ou se foi porque aumentou o número de turistas. De qualquer forma, tanto uma situação como a outra corresponde a uma boa evolução da diálise em férias em Portugal. Outra conclusão que se consegue obter daqui é que os meses de Junho a Setembro, assim como de Novembro a Dezembro são os meses de maior fluxo de doentes. No que se refere a estes meses também seria importante tentar perceber: porque é que isto acontece? Será por motivos de lazer? Será para visitar familiares? Será por motivos religiosos? Para além disso também seria importante perceber qual o país emissor destes turistas.

Figura 10: Número de tratamentos HD em Espanha no âmbito da hemodiálise em férias (2011 - 2015)



Fonte: dados fornecidos por uma empresa prestadora de cuidados em hemodiálise (Maio / 2015)

Olhando para a figura nº10 que corresponde ao número de tratamentos em Espanha verifica-se que em termos absolutos o número de tratamentos é francamente superior aos que se verificaram em Portugal (pico na ordem dos 3000), embora os meses de maior afluência sejam semelhantes. Do mesmo modo do que acontece com o gráfico português estes dados apenas nos dão valores absolutos, tendências, mas não nos permite explicar o porquê. Sem dúvida que estes aspectos são essenciais para compreender este fenómeno, e assim desenvolver um plano estratégico que permita promover esta área de prestação de cuidados.

2.4.1 O mercado

Ao falar em diálise em férias estamos perante um nicho de mercado. O turismo de saúde sendo um segmento de mercado, a diálise em férias surge como um subsegmento *“Medical tourism as a niche has emerged from the rapid growth of what has become an industry, where people travel often long distances to*

overseas countries to obtain medical, dental and surgical care while simultaneously being holidaymakers, in a more conventional sense” (Connel, 2006, pág. 1093)

As segmentações de mercado tornam-se necessárias para mais facilmente compreender e satisfazer as necessidades de um determinado grupo de consumidores. Por vezes, o marketing em massa não é aplicável a grupos de pessoas pelas suas características e especificidades. A segmentação permite assim, agrupar necessidades e preferências de um grupo de pessoas para, desse modo, as empresas diferenciarem os seus produtos e serviços. No entanto, não se pode partir do princípio que grupos individuais são passíveis de segmentação e de interesse para o marketing. Por isso cada segmento deve ser (Thomas, 2010):

- Mensurável: as características do grupo devem ser identificáveis e mensuráveis. Embora nos dias de hoje os números não sejam claros, é evidente que este é um fenómeno crescente.
- Acessível: é possível desenvolver técnicas de marketing com o grupo, e facilmente interagir com o mesmo. Actualmente empresas de diálise, assim como facilitadores dedicam-se a esta área de mercado.
- Substancial: dimensão suficiente para ser sujeito às acções de marketing.
- Com significado: consumidores que tenham características que sejam passíveis de marketing. Embora através de um grupo muito específico, isto é, pessoas que façam hemodiálise, estamos a falar de um grupo populacional que existe e irá existir sempre dada a cronicidade da doença, assim como ao aumento (em quantidade e qualidade) dos factores de risco que levam ao desenvolvimento da doença, como por exemplo, a diabetes, a hipertensão, o consumo de anti-inflamatórios.

Depois da análise de todos estes elementos não surgem dúvidas que a diálise em férias é um nicho de mercado. Com esta clara segmentação as empresas identificam novos sectores de mercado que são reais, com benefícios quer para os doentes, quer para as próprias, estabelecendo canais de comunicações

específicos, providenciando bens e serviços igualmente específicos independentemente da origem geográfica, neste caso, cuidados em hemodiálise.

Ainda segundo Thomas (2010) o interesse crescente nos últimos anos sobre o comportamento do consumidor em relação a cuidados de saúde, a compreensão dos seus hábitos de consumo, a promoção da sua fidelidade à marca faz com que esta segmentação assuma ainda uma maior importância. Neste sentido, e segundo o mesmo autor, no âmbito do marketing da saúde a segmentação pode ocorrer em função das seguintes áreas:

- Demográfica: distingue subgrupos de consumidores em função das suas características demográficas mas que não se limitam apenas à idade, raça ou sexo. No que concerne aos cuidados de saúde esta segmentação assume uma maior especificidade uma vez que, em função do serviço / cuidado de saúde procurado, a segmentação pode ocorrer em função do rendimento, educação, ou até estado civil.
- Geográfica: o que pretende é tornar acessível os cuidados de saúde aos consumidores, em função das suas preferências. É importante identificar o fluxo dos consumidores e compreender a relação entre a segmentação geográfica, e outras formas de segmentação.
- Estilo de Vida: amplamente relacionados com bens e serviços, vem complementar as características demográficas. Uma segmentação por estilos de vida, ou também denominado psicografia, está intimamente relacionado com atitudes, percepções, e expectativas dos consumidores, o que por sua vez vai ter influência na aquisição de determinados cuidados de saúde.
- Comorbilidades: a segmentação em função das comorbilidades da população surge como uma das características únicas do marketing da saúde. Em função de grupos populacionais com maiores ou menores comorbilidades irá definir as estratégias de marketing, assim como os serviços de saúde que se devem promover nas unidades.

- Utilização: esta segmentação refere-se ao nível de utilização que o consumidor faz das unidades de saúde, e mais especificamente de determinados serviços, por exemplo, consultas de fertilidade ou cirurgia plástica, em detrimento de consultas de cardiologia.
- Pagamento: intimamente relacionado com as formas de pagamento dos cuidados, se por pagamento directo, seguro de saúde ou outros meios de pagamento. Aliás, em algumas situações a forma de pagamento surge como factor determinante na segmentação de mercado no que concerne aos cuidados de saúde.
- Benefício: relacionado com o motivo pelo qual o consumidor recorre aquela unidade de saúde, por exemplo,, se por facilidade de acesso, qualidade, conveniência, valor, etc

Neste sentido, torna-se prioritário conhecer os hábitos de consumo deste grupo de doentes, já várias vezes referido em capítulos anteriores. As empresas devem identificar de que forma podem actuar neste mercado, e isto não é mais do que a definição de marketing na sua essência “(...)the marketer should pay attention to the customers`needs and wants in order to achieve and maintain successful business relationships. This fundamental approach is often referred to as the marketing concept. (...) the marketing concept holds that customer needs and wants should be the point of departure for any marketing proccess” (Svensson, 2001, pág 95-96).

Ao pensar numa estratégia para desenvolver este mercado podemos recorrer a uma análise *SWOT* uma vez que permite uma sistematização de ideias e perspectivas que o caracterizam. Segundo Serra et al (2012, pág.159) “a análise *SWOT* é uma das ferramentas mais utilizadas na formulação da estratégia das empresas (...) A sua função primordial é sistematizar a análise e, assim, possibilitar a escolha de uma estratégia adequada – face aos condicionalismos impostos pelo ambiente (interno e externo) mas também pelas oportunidades

emergentes e forças da empresa – para que consiga atingir os objectivos a que se propõe”.

Deste modo, a matriz, no que se refere à análise interna, é organizada por forças e fraquezas. *“Uma força é algo que a empresa faz bem, ou alguma característica que aumente a sua competitividade (...) uma fraqueza é algo que a empresa não tem, ou que a coloque numa posição de desvantagem relativamente aos concorrentes”*(Serra et al, 2012, pág.159). No que se refere à análise externa surgem as oportunidades e as ameaças *“que estão fora do controlo directo da empresa(...) podem ser oriundas de mudanças tecnológicas, de alterações de comportamentos dos consumidores, na maior concentração dos canais de distribuição, na alteração das políticas governamentais.”* (Serra et al, 2012, pág.159).

De seguida é feita a apresentação de uma possível matriz *SWOT* dedicada ao tema da diálise em férias compilando os aspectos referidos pelos diferentes autores que se dedicaram ao tema.

Tabela 2: Análise *SWOT* da diálise em férias

EXTERNA	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Cartão europeu de seguro de doença (CESD) • Legislação que permite aceder a cuidados de saúde noutros países da europa • Facilidade de acesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Medo da ocorrência de transplante renal • Concorrência de empresas mundiais • Alguns países europeus não aceitam CESD

as viagens de avião

(ex: Inglaterra)

- Viagens low cost
- Crescimento do mercado
- Desenvolvimento da network
- Portugal como importante ponto turístico
- Variedade de serviços de hotelaria e lazer

- Dificuldade económica

INTERNA	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
	<ul style="list-style-type: none"> • Clínicas certificadas • Facilidade de movimento dos doentes entre clínicas • Processos clínicos electrónicos • Clínicas novas e renovadas • Parcerias com associações de doentes • Poucas limitações a nível de linguagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Poucas unidades de saúde acreditadas • Falta de vagas nos principais pontos turísticos • Estratégia de marketing pouco desenvolvida

Fonte: elaboração própria

A dinâmica macroscópica associada à diálise em férias é conhecida. Mas, simultaneamente é necessário compreender a dimensão microscópica, mais precisamente a proveniência, quais os aspectos subjacentes à tomada de decisão. Ou

seja quais são os principais países emissores? Quais os países receptores? Qual é o pensamento da pessoa? Quais são as suas prioridades? O que valoriza mais? O que valoriza menos? Quais as informações que procura? Em última análise, o objectivo é usufruir de um agradável período de férias, garantindo a qualidade da hemodiálise, assim como o tratamento das complicações que possam surgir durante a sua estadia (por exemplo, acesso de hemodiálise não funcionante, agravamento súbito do estado de saúde).

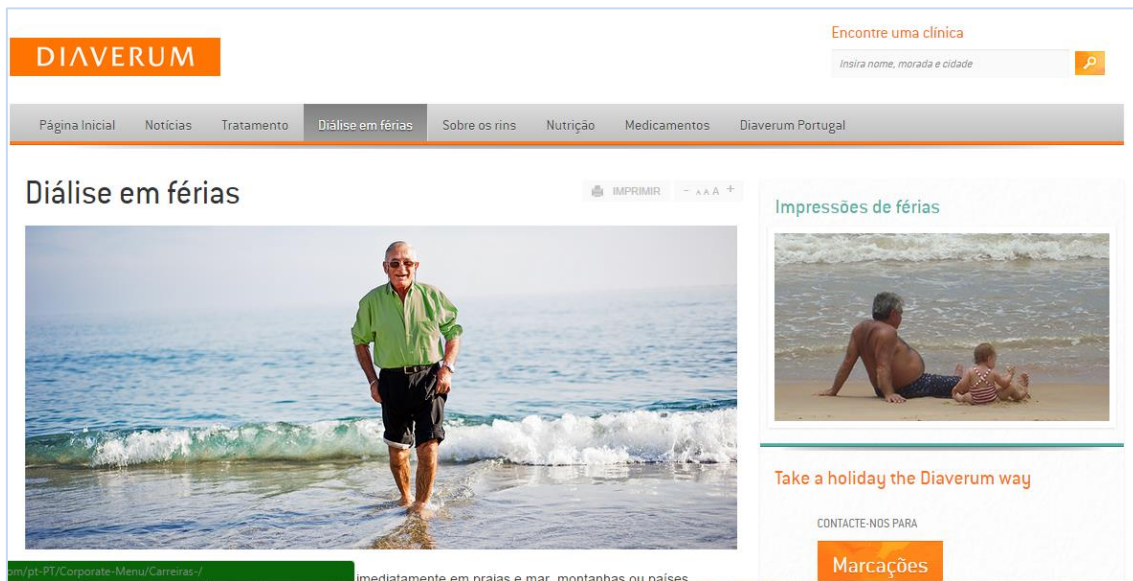
2.4.1.1 A oferta de Diálise em Férias

Embora os dados estejam pouco organizados, e não existam estudos que destaquem a tomada de decisão do doente de diálise em férias que permitam compreender este comportamento, são algumas as empresas que já despertaram para este nicho de mercado. Assim é possível identificar as seguintes empresas, algumas prestadoras de cuidados de saúde em hemodiálise, outras que funcionam como intermediários:

- **Diaverum:** *“a missão é melhorar a qualidade de vida dos doentes renais, revitalizando-os tanto física como emocionalmente. É um dos principais fornecedores independentes de cuidados renais a nível mundial. Actualmente, 8.000 funcionários cuidam de quase 26.000 doentes em 18 países na Europa, América Latina, Médio Oriente, Austrália e Europa de Leste. A Diaverum tem as suas raízes em Lund, Suécia e sede em Munique, Alemanha.”* (disponível em <http://www.diaverum.com/pt-PT/Pagina-Inicial/>)

No que se refere à diálise em férias “A Diaverum disponibiliza assim postos de diálise para doentes de diálise em férias, nos nossos centros espalhados por todo o mundo. Pode sempre reservar umas férias num hotel que se encontre próximo de um centro de diálise da Diaverum. Para que possa receber o tratamento de diálise um pouco por todo o mundo - com a mesma qualidade da sua clínica habitual” (disponível em <http://www.diaverum.com/pt-PT/Dialise-em-ferias/>)

Figura 11: Site Diaverum - diálise em férias



Fonte: Site da Diálise em férias da Diaverum (Maio / 2015) disponível em <http://www.diaverum.com/pt-PT/Dialise-em-ferias/>

- **VirtusVita:** corresponde a uma empresa intermediária que se dedica à organização de viagens e tratamentos de hemodiálise aos doentes (disponível em <http://www.virtusvita.com/info/about>)

Figura 12: Site Viturs Vita : HD e viagem



Fonte: Site Virtus Vita (Maio / 2015) disponível em <http://www.virtusvita.com/info/about>

- **Wide Healthcare services:** a “*Wide Healthcare Services preocupa-se com as necessidades específicas das pessoas com Insuficiência Renal e as suas famílias, por isso desenvolveu um conjunto de Programas de Férias através dos quais é possível fazer férias sem a preocupação constante dos tratamentos de diálise.*

Em conjunto com a APIR (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais), a Wide apresenta uma variedade de pacotes de férias que incluem os tratamentos em clínicas parceiras de qualidade, para individuais ou grupos de até 10 pessoas” (disponível em <http://www.widehealthcareservices.com/index.php/pt/dialise>)

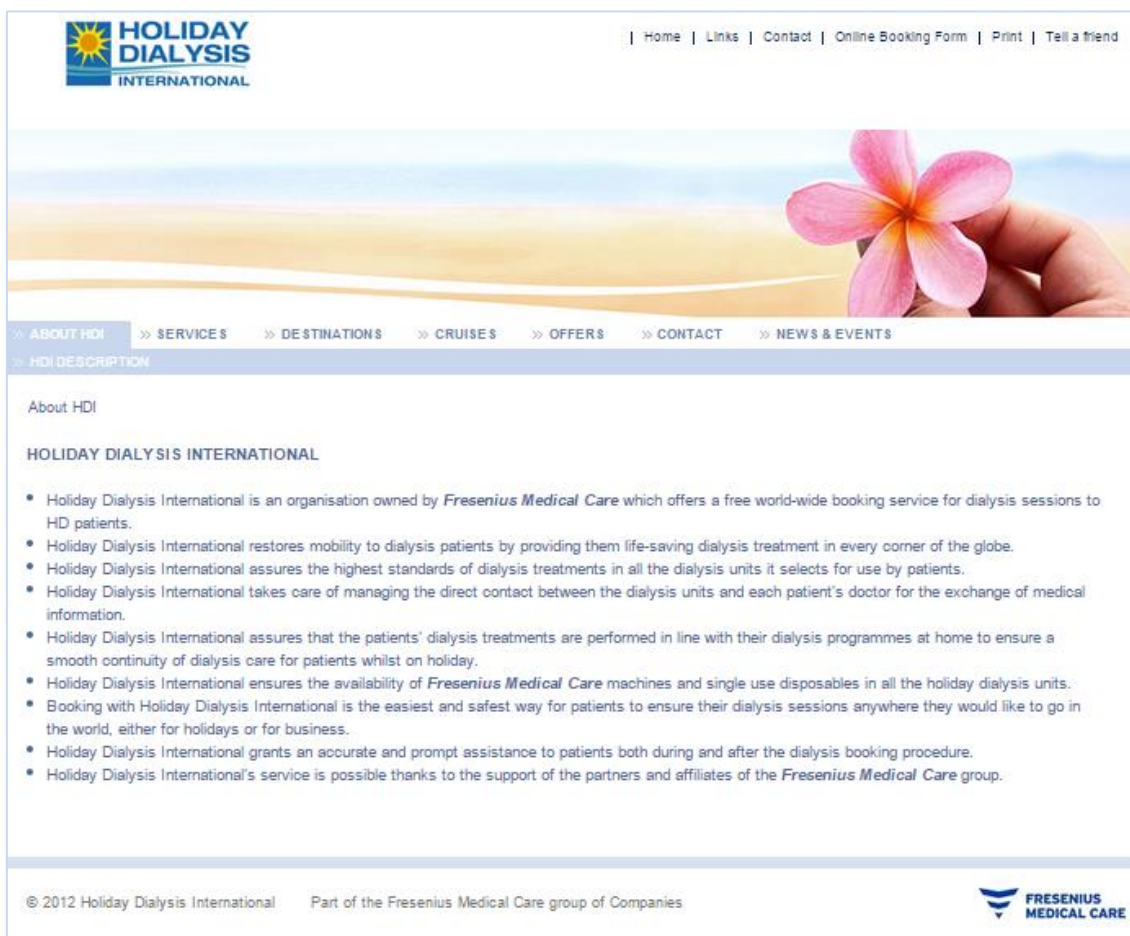
Figura 13: Site Wide Healthcare Services



Fonte: site Wide Healthcare services (Maio / 2015) disponível em <http://www.widehealthcareservices.com/index.php/pt/dialise>

- **Holiday dialysis international:** empresa que faz parte do Grupo Fresenius Medical Care, uma empresa prestadora de cuidados de saúde na área da hemodiálise, em que oferece um serviço mundial de marcação de tratamentos de diálise e destinos turísticos (disponível em <http://www.hditravel.com/en/15.htm>).

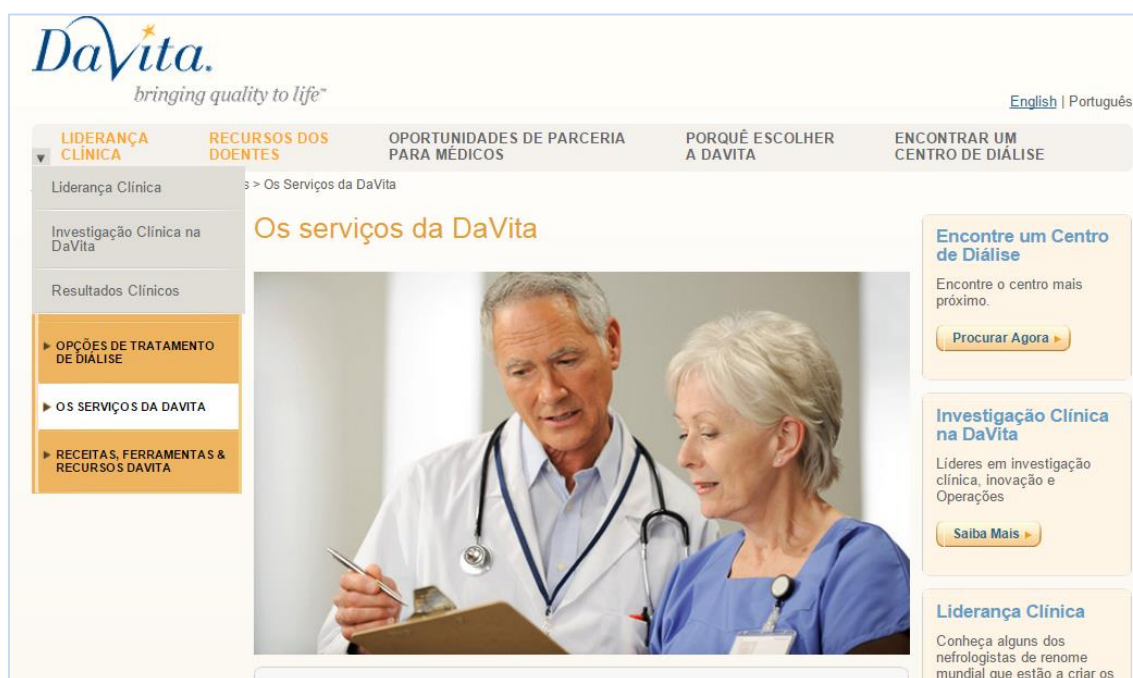
Figura 14: site Holiday Dialysis



Fonte: Site Holiday Dialysis International (Maio / 2015) disponível em <http://www.hditravel.com/en/15.htm>

- **DaVita:** é a divisão de diálise da DaVita HealthCare Partners Inc., uma empresa da Fortune 500® que, através das suas divisões operacionais, disponibiliza diversos serviços de cuidados de saúde a doentes no mundo inteiro. Líder na prestação de cuidados renais nos Estados Unidos, a DaVita disponibiliza serviços de diálise aos doentes com insuficiência renal crónica e doença renal em fase terminal. Conta com mais de 60 000 colaboradores e mais de 2 152 centros de diálise no mundo inteiro (disponível em <http://www.davita.com/pt/about-davita/davita-culture/>)

Figura 15: Site DaVita



Fonte: Sita Davita (Maio / 2015) disponível em <http://www.davita.com/pt/about-davita/davita-culture/>

2.4.2 Impacto económico

Na análise de uma actividade ou produto é importante perceber qual o seu impacto económico, identificando ganhos ou prejuízos e assim, decidir se deve continuar a investir ou abandonar esse produto. A diálise em férias, não é excepção.

Uma vez que não existem ainda dados ou informações sobre o impacto económico da diálise em férias, neste capítulo far-se-á então alusão ao impacto identificado no turismo de saúde.

Ao falar de impacto económico é importante referir que o turismo de saúde é um fenómeno que nasce como consequência de uma economia globalizada. Assim, de entre os benefícios é possível referir:

- Os turistas de saúde consomem mais produtos e serviços que os turistas propriamente ditos (Connel, 2010, pág 132). O facto dos turistas de saúde estarem quase sempre na presença de um acompanhante promove este consumo;
- Criação e promoção de emprego nos países receptores (Connel, 2010, pág 132);
- Melhoria de instalações, tanto na área da saúde como de hotelaria (Connel, 2010, pág 132);
- Promoção e investimento no conhecimento médico e tecnológico (Mugomba e Caballero Dabel, 2007, pág, 21);
- Promoção da certificação e padrões de qualidade nas unidades de saúde (Lunt et al, 2011, pág. 35 e ECLAC, 2010, pág. 33);
- Promoção do turismo de um país, sem estar apenas relacionado com a prestação de cuidados de saúde (Lunt et al, 2011, pág. 35)
- Investimento por parte dos governos nas empresas prestadoras de cuidados de saúde, facilitando terrenos e instalações (Lunt et al, 2011, pág. 35).

A saída dos turistas do seu país de origem é percebida como uma desvantagem. No entanto, no que se concerne a diálise em férias o que se pretende é que da mesma forma que os nossos doentes vão a outras cidades / países passar as suas férias, as clínicas deverão promover a vinda de doentes de outros países. Isto numa lógica de troca por troca, o que faz com que os postos de diálise das clínicas estejam permanentemente ocupados gerando receita.

No que se refere à emissão de receita especificamente aos tratamentos de HD ela pode ocorrer de dois modos (vão de encontro ao apresentado no ponto 2.2.2):

- O doente usufrui do Cartão Europeu de Seguro de Doença em que o pagamento dos tratamentos é acertado entre governos
- Não sendo aplicável o Cartão Europeu, o doente deverá fazer o pagamento directo dos tratamentos segundo o preço tabela praticado pelos países receptores.

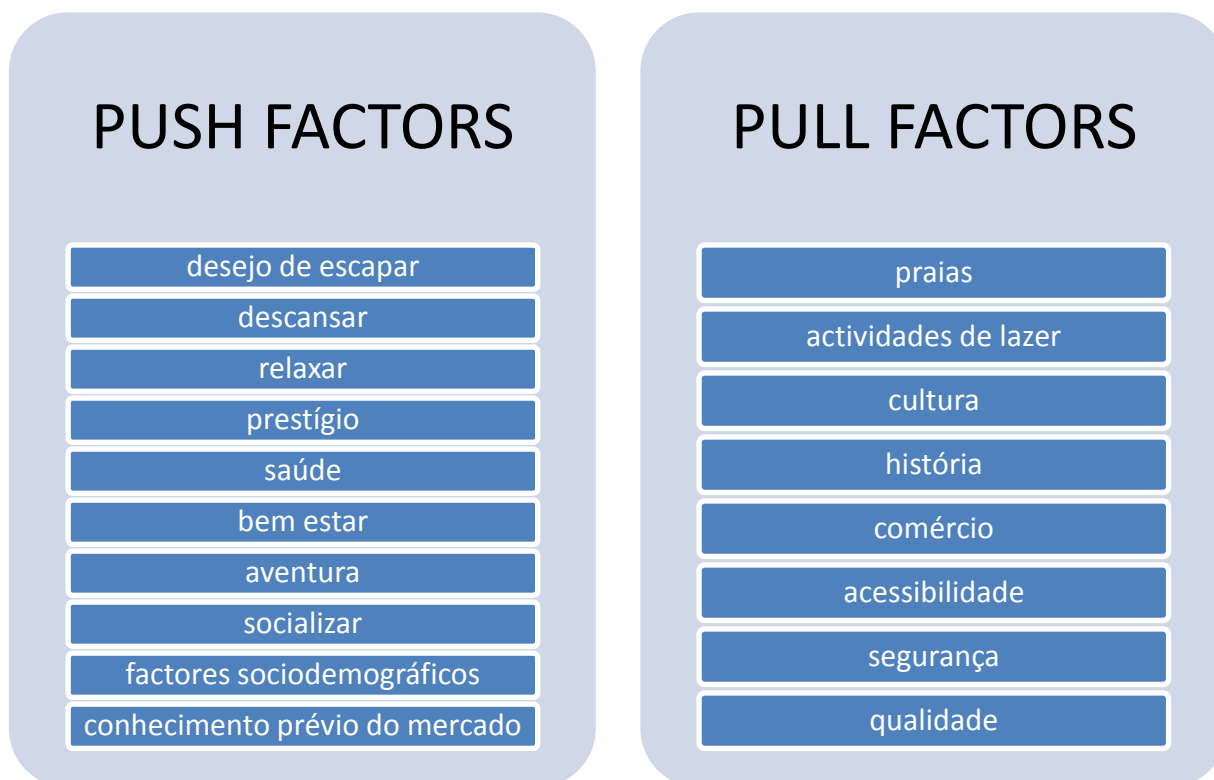
2.4.3 A tomada de decisão

A tomada de decisão por parte do doente é importante no fenómeno da diálise em férias pois será o ponto de partida para a sua promoção. Uma vez que Portugal já apresenta a estrutura necessária para receber estes doentes, tanto do ponto de vista turístico, como do ponto de vista das unidades prestadoras de cuidados de saúde é prioritário identificar o que pode levar o doente a viajar.

São vários os estudos que exploram e tentam explicar o comportamento associado à tomada de decisão da pessoa que está numa situação de turismo de saúde.

Na área do turismo em si o modelo mais amplamente utilizado e referenciado é o “*push/ pull model*” em que os *push factor* estão relacionados com motivações internas que levam o turista a viajar “*push domain focused on the ‘why’ question (socio psychological predisposition to travel)*” (Dann cit. Por Uysal et al, 2008, pág.416). Do lado dos *pull factors* surgem então as motivações externas, como é o caso do conhecimento sobre um determinado destino “*the pull domain focused on ‘where to’ issues (destination choice decision)*” (Dann cit. Por Uysal et al, 2008, pág. 416) (figura 16)

Figura 16: Push and pull model



Fonte: adaptado de Uysal and Hagan cit por Uysal et al, 2008, pág. 415

Também Lunt (2014, pág. 155) refere que *“a combination of push and pull factors have acted as a catalyst for promoting the rise of international travel for the purpose of medical treatment”*.

Grandes partes dos estudos têm-se focado nas motivações internas. Mas a realidade é que os factores externos poderão explicar melhor porque é que os turistas escolhem um destino em detrimento do outro. Aliás, tanto as motivações internas como as motivações externas, não podem ser compreendidas como fenómenos isolados e independentes na tomada de decisão, mas antes como partes importante e complementares dessa mesma decisão.

No âmbito do turismo de saúde, uma revisão da literatura feita por Crooks (2010, pág. 9) acrescenta ao *push and pull factors* um outro elemento que é *information sources consulted* onde o fenómeno passa a palavra assume uma posição de destaque “*word-of mouth is likely to be important within the medical tourism industry: satisfied patients can spread information about facilities and destination countries to interested others*”. Também Yeoh, Othman e Ahmad (2012, pág. 198) “*argued that since patients are more proactive these days, the main source of information will definitely have to come from personal experience, word of mouth, and advertisement from organisations. However, Campbell (2012) argued that organisations with a lot of positive word of mouth will have better short- and long-term profits*”.

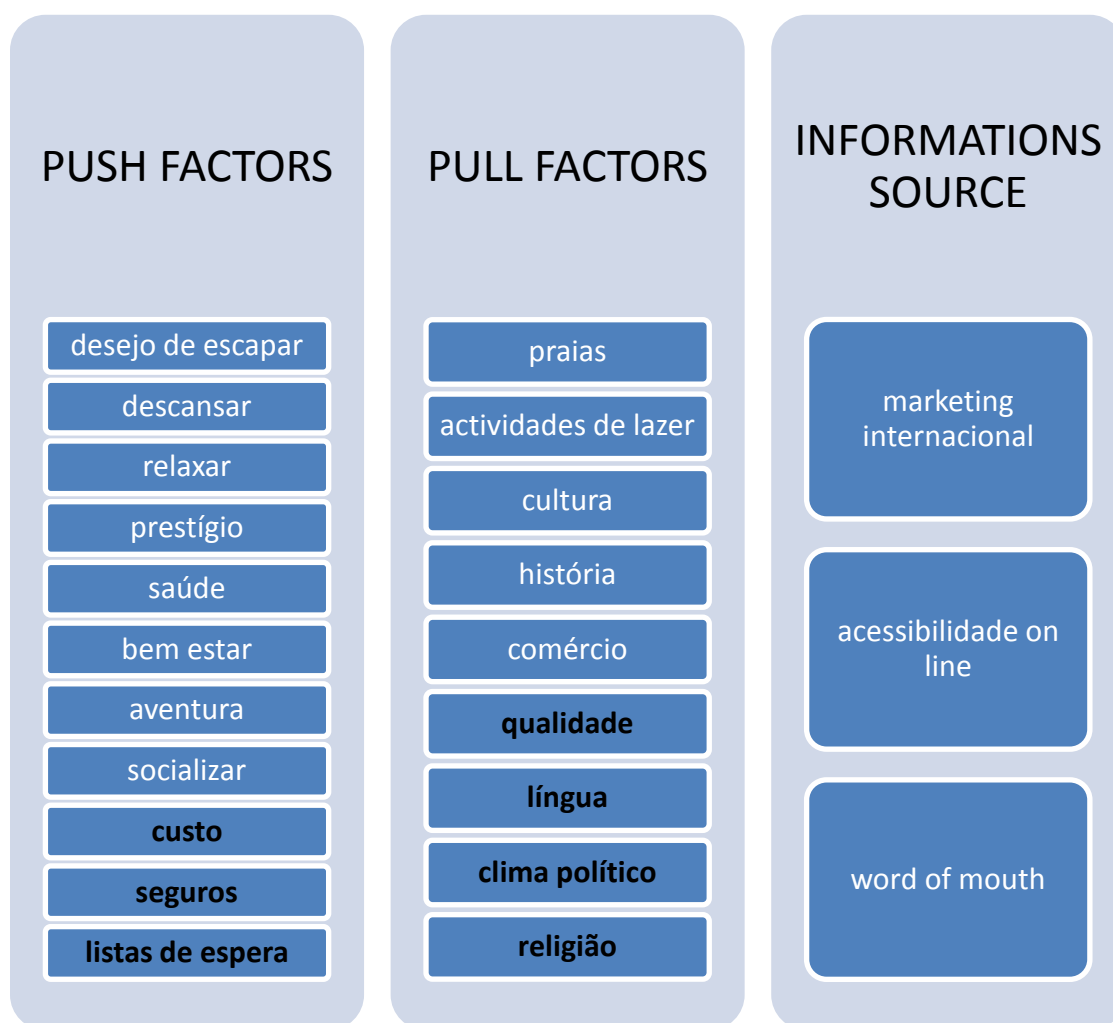
Acrescenta nos *push factor* motivos relacionados com o custo, o pagamento directo, seguros com cobertura parcial e finalmente as listas de espera. Aliás, como já referido anteriormente muitos destes *push factor* foram enunciados como estando na base do surgimento e desenvolvimento do turismo de saúde e, que como tal, levam as pessoas a procurar cuidados de saúde e bem-estar além-fronteiras.

Nos *pull factors* Crooks (2010) verifica que estas são mais numerosos que os *push factors*, mas chega a conclusão que de entre os vários factores aquele que se destaca é a qualidade, sendo esta ao nível de serviços, cuidados de saúde e instalações. Para além disso, refere a importância da língua, religião e clima político.

De um modo mais pormenorizado a dinâmica da “*information sources consulted*” refere-se a “*websites created by former medical tourists to share their experiences can act as an information source for those at the decision-making stage*”(Badan cit por Crooks et al, 2010, pág.6). Ou seja, o marketing internacional, assim como a estrutura física das unidades de saúde, a qualidade dos cuidados de saúde, a acessibilidade *on-line* e *stakeholders* facilitam e

promovem a tomada de decisão. Também aqui se tem em consideração o fenómeno de passa a palavra “*word-of-mouth*” como sendo uma das principais fontes de informação para as pessoas que procuram cuidados de saúde além fronteira. Muitas das vezes, em primeira mão, ouvem e têm em consideração experiências e opiniões de amigos e familiares que empreenderam no turismo de saúde “*Word-of-mouth is also an importante information source, with some medical tourists having first learned about the potential for accessing procedures abroad from friends and family*” (Klauset al cit por Crooks et al, 2010, pág.6). Deste modo, o modelo sugerido por Crooks apresenta-se do seguinte modo (figura 17):

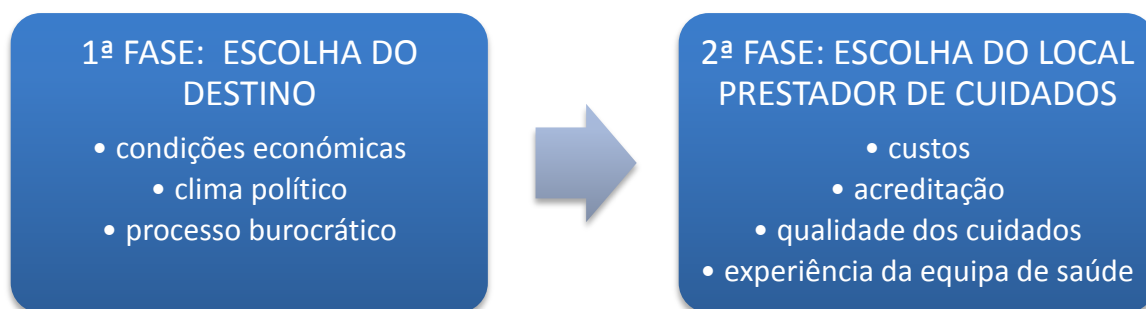
Figura 17: Push, pull e information source model



Fonte: adaptado de Crooks et al, 2010, pág 8 (a negrito surgem os elementos que Crooks acrescentou)

Outros autores também procuraram compreender o fenómeno que está subjacente à tomada de decisão pelos turistas de saúde. Assim, surge o modelo “Two stages” de Smith e Forgione (cit. Por Vincent et al, 2011) onde os autores referem que numa primeira fase os turistas têm em consideração os factores subjacentes na escolha de um destino, como por exemplo, as condições económicas, clima político, processos burocrático e regulamentos associados. Posteriormente, designada a segunda fase, têm em consideração os factores subjacentes à escolha do local da prestação de cuidados de saúde e bem-estar de onde fazem parte os custos associados, acreditação da entidade prestadora de cuidados, qualidade dos cuidados e experiência da equipa de saúde (figura 18).

Figura 18: Modelo Two Stages



Fonte: adaptado de Vincent et al, 2011

Caballero – Danell and MugoIIK(cit. Por Vincent et al, 2011) após pesquisa em jornais, internet, material académico, etc referem que os elementos que fazem parte do mercado do turismo de saúde são:

- Benefício do consumidor;
- *Branding*;

- Enquadramento legal;
- Infra-estruturas;
- Mercado;
- Produto;
- Canais de comunicação;
- Operadores;
- Aspectos sociais;

Posteriormente, os mesmos autores sugeriram um outro modelo onde é possível identificar três canais de distribuição do qual fazem parte os operadores, os consumidores e por último, um dos aspectos mais importantes no canal de distribuição, o efeito de “passa a palavra”, também verificado por Crooks nas suas pesquisas (figura 19).

Figura 19: Canais de distribuição



Fonte: Caballero – Danell and Mugomba (cit. Por Vincent et al, 2011)

Finalmente, Heung et (cit por Vincent et al, 2011) desenvolveu um modelo ainda mais completo onde pretende abranger todos os elementos / factores implícitos e explícitos à indústria do turismo de saúde. Basicamente o modelo percepçiona o turismo de saúde segundo duas vertentes, da oferta e da procura sendo que dissecam cada um dos seus componentes. A procura está directamente relacionado com as características dos turistas, o que procuram, quais as suas prioridades na tomada de decisão. Estas características são aplicadas tanto na escolha do destino turístico, como também à entidade onde procuram os cuidados de saúde. A oferta, por outro lado, está relacionada com as características e organização dos *stakeholders* para dar resposta às exigências dos compradores, ou seja, dos turistas de saúde.

Assim sendo, em que medida estes vectores, que variam entre a oferta e procura, tem igual aplicabilidade no contexto de pessoas que fazem hemodiálise?

2.5 Diálise em férias: um possível modelo de referência

Nesta fase conhecendo os contornos da diálise em férias e os modelos que explicam a tomada de decisão do turista de saúde, é possível pensar e desenvolver um modelo que permita compreender o comportamento da pessoa hemodialisada ao longo da cadeia de valor, e de que forma os *stakeholders* se enquadram na mesma. Isto irá permitir às empresas, quer prestadoras de cuidados de saúde, quer agências de viagem, hotéis, etc pensar e desenhar produtos na área da diálise em férias que sejam diferenciadores, mas que acima de tudo acrescentem valor ao doente, seja em termos de descanso, lazer, tempo com a família, bem-estar, etc. Naturalmente que um projecto inovador e diferenciador terá impactos positivos para todos os envolvidos, mas sem nunca esquecer que o doente é o principal beneficiário. Aliás, sem este actor principal, sem a sua necessidade ou motivação não existiria turismo

de saúde, devendo, por isso ser sempre o *target* principal das empresas que providenciam, de forma mais ou menos directa, cuidados de saúde a este grupo de doentes.

Reforçando o que se tem vindo a dizer ao longo deste trabalho, em que a DRC é uma doença crónica com tratamentos fixos e obrigatórios, não é sinónimo de incompatibilidade com o planeamento de férias, nomeadamente viajar. O principal requisito passa apenas por assegurar o tratamento de hemodiálise na cidade/ país de destino, condição que nos dias de hoje tem sido cada vez mais fácil de ultrapassar uma vez que são cada vez mais as clínicas espalhadas pelo mundo, e nos principais destinos turísticos.

O hábito de viajar é algo que se altera neste grupo de pessoas quando iniciam este tratamento. Pelo menos, os próprios doentes referem-no dizendo que se sentem presos e que não fazem as actividades que faziam anteriormente.

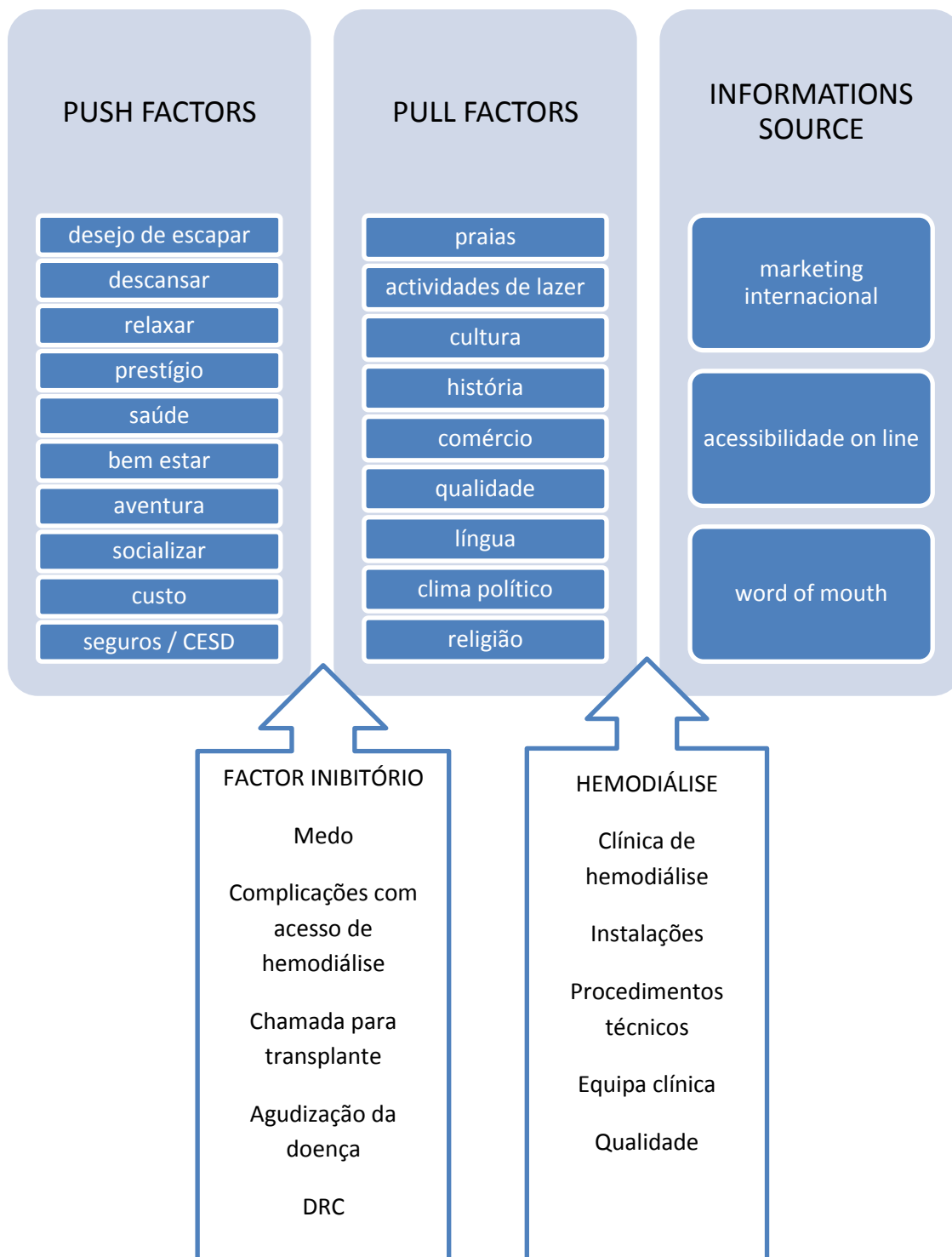
Assim, o que se verifica é que a pessoa tem saudades de alguns comportamentos de lazer que tinha anteriormente. Até certo ponto parece querer voltar a essas actividades mas existe um obstáculo de grande peso. Em função das partilhas que estes doentes fazem às equipas de profissionais que os cuidam, aparentemente o medo / receio ou a desmotivação serão os principais obstáculos. Estes sentimentos possivelmente estarão relacionados com a própria doença, como por exemplo, eventuais complicações com o acesso de hemodiálise, com a agudização ou surgimento de alguma complicação do seu estado de saúde ou com a eventualidade da chamada para transplante. Para além disso, também é compreensível que ao falar de um tratamento que ocorre 3 vezes por semana, os doentes desenvolvem uma forte relação de confiança e hábitos com a equipa prestadora de cuidados (forma de punção, avaliação pré-tratamento de diálise, características da clínica, vigilância durante o tratamento) da clínica de referência. Consequentemente este medo poderá inibir este grupo de doentes a deslocarem-se para locais geograficamente distantes uma vez que os obriga a realizar os tratamentos em clínicas diferentes.

Por isso, considera-se que a primeira barreira a ultrapassar, uma vez que aparentemente o desejo de viajar está presente, será perceber qual o(s) motivo(s) que funciona como obstáculo, que inibem, e actuar sobre esse(s) mesmo(s) aspecto(s), resolvendo-os e sensibilizando os doentes para o facto de que todas as situações previstas têm solução. Ou seja, que todos os cuidados necessários serão assegurados, e com a mesma qualidade da clínica de referência. Depois de trabalhar juntamente com o doente as barreiras que o inibem e ter ocorrido a sensibilização do grupo alvo com a decisão de querer viajar, o próximo passo passa por seleccionar um destino. É aqui que surgem um conjunto de requisitos que tem que ter em atenção: se há clínica de hemodiálise no local de destino, qual a distância, se há transporte entre hotel e clínica, condições intradialíticas, instalações e equipamentos.

Claro que é importante que existam clínicas de hemodiálise nos locais mais procurados pelos turistas. Por isso, tendo em consideração que no Verão a região do Algarve é uma das localidades mais procuradas, o facto de não existirem, ou existirem poucas clínicas será uma limitação. O mesmo ocorrerá no Inverno. Mas, apesar disso é importante pensar, será que a pessoa que faz hemodiálise procura os mesmos sítios que as pessoas que não têm nenhuma doença crónica? No que concerne à DRC em hemodiálise a resposta pode ser imprevisível. A verdade é que estes doentes têm alterações substanciais do seu aspecto físico e por esse motivo eventualmente não preferem destinos como praias ou outros que impliquem mostrar o seu corpo, ou que sejam exigentes do ponto de vista físico uma vez que a anemia é uma situação frequentemente presente com as queixas de astenia que lhe está associada. Mas, por outro lado, as férias são passadas em família ou amigos o que os obriga adaptarem-se a essas limitações e aceitar / procurar esses destinos. Por isso, este também seria um importante aspecto a conhecer, ou seja, que tipo de férias e destinos privilegiam este grupo de doentes? A família ou acompanhantes também são elementos a ter em consideração?

Assim, tendo como referência o modelo de Crooks et al (2010) e enquadrando as perspectivas de todos os outros autores, um modelo possível de referência para os doentes em hemodiálise que praticam diálise em férias seria como apresentado na figura 20:

Figura 20: Modelo do doente em diálise em férias



Fonte: elaboração própria

Deste modo, no presente modelo, estão incluídas todas as variáveis que devem ser tidas em linha de conta ao pensar em diálise em férias

- *Push Factor*: referem-se às motivações internas que levam o turista a procurar um determinado destino, e que está relacionado, segundo Crooks (2001), com desejo de escapar, descansar, relaxar, prestígio associado, por motivos de saúde ou bem-estar, aventura, o custo, e o tipo de cobertura do ponto de vista de financiamento dos seguros ou cartões de seguro de doença associados.
- *Pull factor*: relacionado com as motivações externas, aquilo que a pessoa sabe ou tem conhecimento sobre o destino escolhido, tanto do ponto de vista turístico, como de saúde. Aqui estão contemplados aspectos como praias, actividades de lazer, cultura, aspectos políticos, língua, religião, história, comércio e um dos mais importantes, a qualidade. De certa forma estes *pull factor* englobam os aspectos relacionados com as unidades de saúde, mas não lhes concede um lugar de destaque. Dentro da dinâmica de funcionamento de uma clínica de hemodiálise, são vários os aspectos a ter em linha de conta, e que acima de tudo garantam a qualidade e uniformização dos cuidados prestados. Daí a necessidade de acrescentar a vertente Hemodiálise
- *Hemodiálise*: esta é umas das variáveis mais importantes neste estudo uma vez que está directamente focado nas clínicas de hemodiálise, a sua lógica de funcionamento interno e externo e a sua relação com os doentes que fazem diálise em férias. A clínica de hemodiálise está *“configurado para prestar um serviço ao consumidor final, o estabelecimento de hemodiálise na sua forma mais simples configura uma simples unidade de tratamento que adquire factores em vários mercados e os combina de acordo com uma tecnologia do tipo de Leontief e que, sob certas condições, permite explorar economias de escala limitadas”* (CEGEA, 2007, pág.12).

Muitos dos campos que a seguir se apresentam, de forma mais ou menos direta estão relacionados com diferentes clínicas existentes, e as marcas que lhes estão associadas. Como referido anteriormente, em Portugal, grande parte das clínicas que prestam cuidados na área da HD são privadas, têm uma marca e como tal existem um conjunto de características que lhes estão associadas como forma de se diferenciarem, e como tal serem competitivas.

Deste modo, incluído na vertente hemodiálise, surge:

- Clínica de hemodiálise: Segundo a Portaria n.º 347/2013, de 28 de Novembro, publicada em Diário da República, 1.ª série — N.º 231 — 28 de Novembro de 2013: “a) *Unidades de diálise, as unidades ou estabelecimentos de saúde onde são prosseguidas técnicas dialíticas terapêuticas aplicadas ao tratamento da doença renal crónica avançada*

b) *Unidades de hemodiálise, as unidades ou estabelecimentos de saúde onde se efectuam os seguintes actos e técnicas: i. Hemodiálise crónica ou técnicas de depuração extracorporal afins, ii. Avaliação clínica regular dos doentes submetidos aos tratamentos descritos.*”. Para além disso segundo os Estatutos do Maine (1997) as unidades de hemodiálise geograficamente devem estar localizadas de forma a dar resposta a pessoas que estejam de férias, que estejam temporariamente numa localidade, ou precisem de cuidados diferenciados numa situação de urgência.

Assim, factor prioritário para a selecção dum destino é a existência de uma clínica de hemodiálise. Neste sentido, por exemplo, é importante que as empresas promovam a abertura de clínicas nos destinos turísticos mais procurados. Aqui a distância e a existência de transporte devem ser tidas em atenção.

Para além disso são importantes os turnos de tratamentos. As clínicas habitualmente organizam os turnos de tratamentos em três períodos: das

8h às 12h, das 13h às 17h e das 18h às 22h. Para além destes turnos existem clínicas que começam a ter disponíveis turnos nocturnos. Ao falar em disponibilidades da clínica referimo-nos à existência de turnos disponíveis e que vão de encontro aos desejos dos doentes. Por exemplo, grande parte destes doentes têm preferido turnos nocturnos pois permite libertar o período diurno para as actividades turísticas. Com excepção do turno nocturno o terceiro turno, ou seja das 18h as 22h também costuma ser o mais procurado. Uma das formas que algumas clínicas têm procurado para contornar esta limitação consiste em deixar vagas especificamente definidas para receber doentes em férias.

- Instalações: a abertura de qualquer clínica tem de cumprir escrupulosamente uma série de requisitos que vão desde a estrutura física, recursos humanos, segurança e qualidade. Estes requisitos estão todos identificados no Decerto-Lei n.º 279/2009, de 6 de Outubro e a Portaria n.º 347/2013, de 28 de Novembro . Para além disso as empresas têm tido a preocupação de remodelar as suas antigas clínicas tornando-as modernas e atuais, pensadas para e com os doentes *“Contribuindo para o bem-estar dos seus doentes, a Fresenius Medical Care recolocou as antigas instalações da unidade de diálise de Santarém, com mais de 30 anos de actividade. A nova unidade vai iniciar o seu funcionamento para a próxima semana, dia 9 de Dezembro, com a mais recente tecnologia e conforto ao dispor dos utentes renais da região. Esta unidade com capacidade total para tratar 280 doentes, foi equipada com a mais recente tecnologia”* (Portal da diálise, disponível em <http://www.portaldadialise.com/articles/nephrocare-santarem-tem-novas-instalacoes>). Temos o exemplo de outra empresa *“De acordo com os elevados padrões aplicados pela DIAVERUM, a nova clínica é dotada de excelentes condições, dando a oportunidade aos doentes de fazer os seus tratamentos rodeados de uma excelente equipa médica, num ambiente confortável e*

seguro.” (Portal da diálise, disponível em <http://www.portaldodialise.com/articles/penafiel-inaugura-o-primeiro-centro-renal>). Por isso, hoje em dia a área de marketing dá grande ênfase a fotos que mostrem o aspecto das clínicas e as condições “hoteleiras” onde os tratamentos são efectuados (anexo I)

- Procedimentos técnicos: Actualmente todas as clínicas possuem manuais de boas práticas que orientam a sua actividade técnica. Também a Plataforma da Gestão integrada da doença apresenta um manual de boas práticas de Hemodiálise que deve ser cumprido por todas as empresas e que é referido no artigo 4 da Portaria n.º 347/2013, de 28 de Novembro. Para além disso, existem outros pormenores técnicos que são factor de escolha (anexo II).

Apesar de todos os produtos utilizados serem biocompatíveis, a verdade é que se verificam situações em que o organismo dos doentes “estranham” materiais diferentes à clínica de origem. Por vezes os doentes levam o material para as clínicas onde vão fazer os tratamentos, nomeadamente os filtros.

Os procedimentos vão desde os mais básicos como a preparação das máquinas de diálise, à programação do peso, mas um dos mais importantes e muito valorizado pelos doentes é a forma de punção da fístula. Neste sentido, cada vez mais as clínicas promovem normas e procedimentos internos que são comuns às clínicas de uma mesma empresa. Isso promove sentimento de confiança e segurança ao doente. Estas normas e procedimentos estão relacionados com a existência das certificações e acreditações das unidades.

- Equipa clínica: Segundo a Norma 017/2011 da DGS (2011) as unidades de hemodiálise devem *“integrar uma equipa multidisciplinar constituída, pelo menos, por nefrologista assistente, enfermeiro, técnico do serviço social e nutricionista”*. Para além da importância da capacidade técnica destes profissionais, também é de destacar o foco na relação. Isso faz com que os doentes voltem e referenciem positivamente *“There is a positive relationship between medical staff empathy and patient satisfaction”* (Rad, Som e Zainuddin, 2010, pág. 28).
 - Qualidade: refere-se à qualidade nos cuidados de saúde e que em parte engloba o que foi dito. Focando as dimensões apresentadas pela *World health organization* (2006) esta qualidade engloba a acessibilidade, efectividade, eficiência, cuidados centrados no doente, equidade e segurança (Anexo III). Também aqui as certificações ISSO, assim como as acreditações (Joint Commission, Kings Fund, CSKA) tem um valor fundamental na certificação / acreditação dos processos e qualidade. São vários os estudos que tentam estabelecer uma ligação entre a qualidade e a satisfação do doente
-
- Information Source consulted: refere-se a *“websites created by former medical tourists to share their experiences can act as an information source for those at the decision-making stage”* (Badan cit por Crooks et al, 2010, pág.6), ou seja, são os meios pelos quais a pessoa tem conhecimento da existência destas actividades, como as pode organizar e quais os apoios que pode obter na organização das mesmas.

Na actualidade a acessibilidade *online* surge como a primeira fonte de informação, e muitas das vezes como local de aquisição de bens e serviços *“the number of people buying health related products and acessing health information on the internet is increasing”* (Wagle, 2013, pág. 28)

Para além disso, os doentes que fazem hemodiálise frequentemente conversam entre si e partilham experiências, sendo que aqui que o *word of mouth* assume uma grande dimensão e peso na tomada de decisão “*word of mouth is important in medical tourism because key informants for medical tourism have a close relationship with the consumer* (Lertwannawit et al 2011, pág 8).

- Factor inibitório: Partindo do conceito de inibição que corresponde “*a resistência a que um facto, sentimento ou conduta se torne consciente ou se produza*” (Infopédia, disponível em <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/inibi%C3%A7%C3%A3o>), neste contexto refere-se aos motivos que dificultam a tomada de decisão ou a realização de um determinado comportamento. Ponto muito importante e que, de certa forma, estes factores podem ser manuseáveis pelas empresas das clínicas. Nenhum dos aspectos referidos – *push factor*, *pull factor*, clínica de hemodiálise, *information source* – terão qualquer impacto, se no ponto de partida não estiverem resolvidos os motivos pelos quais a pessoa não viaja com mais frequência, ou não viaja de todo. Ou seja, a decisão de viajar é o *trigger* deste fenómeno. De certa forma, estas são as razões internas que inibem este tipo de comportamento, e que como dito anteriormente, tem benefícios do ponto de vista de saúde para este grupo de doentes. Genericamente alguns desses aspectos já estão identificados e passam por:
 - Medo: corresponde ao “*sentimento de inquietação que surge com a ideia de um perigo real ou aparente*” (Infopédia, disponível em <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/medo>). Os doentes com doença crónica desenvolvem medo pelo desconhecido e sair da sua zona de conforto nem sempre é fácil. É necessário fornecer os alicerces que fomentem a segurança. Os doentes que fazem hemodiálise sentem-se muito presos à sua doença e tratamento e este poderá ser um dos principais motivos pelo qual viajam tão pouco.

- Complicações com o acesso de hemodiálise: Para a realização dos tratamentos de hemodiálise *“é necessário ter um acesso ao aparelho circulatório que permita obter um débito de sangue suficiente para a sua exequibilidade”* (Norma 017/2011 da DGS, 2011, pág. 20). É uma das partes do corpo que os doentes mais valorizam e protegem. É condição obrigatória e necessária para a realização do tratamento. Por isso, a punção da fístula é uma das técnicas mais valorizadas por estes doentes. Para além disso, as fístulas têm um período de funcionamento limitado e nada garantem que o acesso não pare de funcionar durante o período de férias. Neste sentido, é importante que as clínicas garantam, no caso de isso ocorrer, uma estrutura que resolva a situação.
- Chamada para transplante: *“A transplantação renal é uma técnica terapêutica da insuficiência renal crónica que consiste na colocação no abdómen de um rim de um dador cadáver ou de um dador vivo. A transplantação renal é, na maior parte das vezes, aplicada em doentes que já se encontram em programa de diálise, embora seja possível efetuá-la antes de iniciar tratamento dialítico”* (Norma 017/2011 da DGS, 2011, pág. 22). Muitos dos doentes em hemodiálise, principalmente os mais jovens estão em lista activa de transplante. Como se sabe a ocorrência de um transplante, nomeadamente de dador cadáver, é um evento totalmente aleatório e imprevisível o que obriga a que o doente caso seja chamado, facilmente consiga chegar ao hospital de referência
- Agudização da doença: relacionado com momentos súbitos de agravamento da doença, todas as clínicas têm que ter uma estrutura que garanta a prestação de cuidados que vá para além dos cuidados de hemodiálise, caso seja necessário, por exemplo, por agravamento súbito do estado do doente
- DRC: esta variável pretende dar ênfase aos aspectos emocionais da DRC e a influência que tem na pessoa. Após a leitura da dissertação

de mestrado do Enfermeiro Luís Garcia (2001) que, amplamente focado neste tema, consegue fazer a fusão de vários estudos que o abordam. Um dos estudos feitos a um conjunto de doentes em diálise conseguiu identificar os estados de (Pierce et. al cit. por Garcia, 2001, pág.20) *"apatia, dependência, irritabilidade, resistência, auto-investimento e grande atenção em relação aos processos fisiológicos"*. Ainda na mesma dissertação (Blodgett cit por Garcia, 2001, pág. 25), refere que *"as reacções de ansiedade e depressão, ideias suicidas, dificuldades de adesão às exigências terapêuticas e equivalentes depressivos como insónia e anorexia, aponta para uma incidência média de perturbações psicológicas nestes doentes em pouco inferior a 50%; valor cerca de três a cinco vezes superior ao encontrado na população em geral"*

Intimamente relacionado com o facto do doente se sentir preso à sua doença e ao seu tratamento, e que isso o obriga a permanecer em casa e não tenha o direito a sair e usufruir da vida. Estes doentes têm assim uma forte componente depressiva associada e que, em grande parte, está relacionado com a mudança dos seus hábitos de vida.

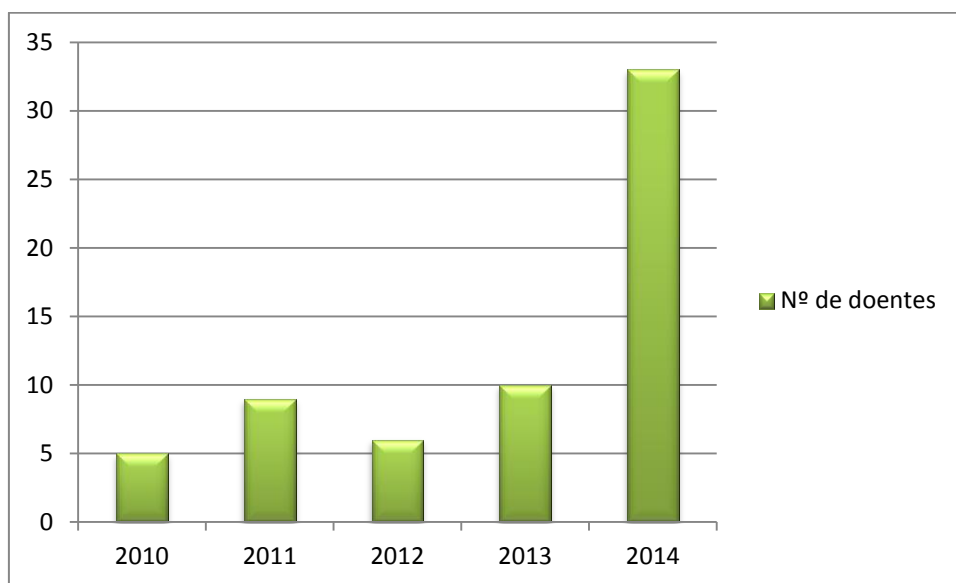
É importante também incluir aqui o papel da família uma vez que estudos revelam que *"nem todas as famílias envolvidas na hemodiálise e /ou transplante se desintegram, mas todas se encontram implicadas em situações traumáticas que podem alterar as suas relações e estilos de vida"* (Berad cit. por Garcia, 2001, pág. 45)

Em essência e em função da revisão bibliográfica apresentada anteriormente, ao falar em turismo de saúde, o modelo de tomada de decisão é amplamente identificado no *"push and pull model"*. No entanto, como se sabe a pessoa com doença crónica que necessita de um tratamento diferenciado como é a hemodiálise, necessita, de contemplar mais elementos que motivem / inibem a

sua tomada de decisão. De entre os aspectos mais referidos na bibliografia, e manifestado pelos doentes e associações de doentes, esses elementos estão relacionados com os factores inibitórios e com as próprias clínicas de hemodiálise.

Uma empresa ao trabalhar positivamente os aspectos acima enunciados o que se espera é que o número de doentes e o número de tratamentos de HD aumente. Isto terá um impacto positivo no funcionamento e desempenho das clínicas o que se traduz num aumento da produtividade e necessidade das adaptações às exigências deste grupo de doentes / clientes, tal como referido anteriormente. Para além disso, é importante ter presente que o fenómeno da diálise em férias está numa fase crescente e que se prevê que mantenha essa tendência, à semelhança do que acontece com o turismo de saúde.

Ao usarmos o exemplo de uma clínica em particular (gráfico 1) podemos verificar, em função dos dados fornecidos, que o número de doentes de diálise em férias tem vindo de facto a aumentar ao longo dos anos, tendo-se verificado, no caso desta clínica, um substancial aumento no ano de 2014. Este aumento implicou a abertura de um turno extra de tratamento, com aumento das horas de produção de todos os elementos da equipa, coordenação com a rede de transportes e rede hoteleira.

Gráfico 1: Número de doentes de diálise em férias de uma clínica nacional

Fonte: dados fornecidos por uma clínica nacional relativos aos anos de 2010 a 2014

Estes números, à semelhança de anteriores, são números absolutos que não dão qualquer noção sobre as características da população. Referem-se contudo a uma clínica bem situada geograficamente nomeadamente no que toca a pontos turísticos (históricos e praias), hotelaria e transportes.

Assim, mais uma vez é evidente a importância da caracterização destes doentes para desenvolvimento de estratégias e o desempenho das empresas.

2.5.1 Estratégia organizacional

Desde o início desta dissertação que se fala no conceito de estratégia nas empresas. As empresas são estruturas organizadas que articulam objectivos com meios para concretizar esses mesmos objectivos (Miles et al, 1978). Esta estratégia, por sua vez, é importante para que exista e se mantenham níveis de competitividade entre as empresas.

Para as organizações terem sucesso têm, de um modo permanente, avaliar se as suas acções são eficientes para atingir os objectivos definidos, efectuando as alterações necessárias. Basicamente as empresas têm que pensar qual a melhor estratégia. A verdade é que o conceito de estratégia é bastante abrangente mas na sua essência permite definir / identificar uma organização, sendo visível para os próprios colaboradores, assim como para organizações externas “*strategy is needed to define the organization* (Mintzberg, 1987, pág. 27).

Segundo Mintzberg (1987) o conceito de estratégia assume 5 sentidos e que podem ser:

- *Plan*: onde são definidos planos gerais para a concretização de objectivos;
- *Ploy*: refere-se às intervenções específicas que traduzem o plano;
- *Pattern*: enquanto um padrão de comportamentos ou resultados;
- *Position*: relacionado com o posicionamento da organização num determinado nicho, o seu posicionamento no meio envolvente;
- *Perspective*: voltado mais para a forma como a organização se vê.

Num outro artigo Mintzberg (1987) ainda sobre o tema da estratégia refere que as organizações precisam de definir uma estratégia pois é um meio de:

- Definir uma direcção que é do conhecimento da própria organização, e da concorrência;
- Focar a atenção da organização num determinado plano / objectivo, promovendo a actividade coordenada;
- Definir a própria organização;
- Promover consistência interna, eficiência e conhecimento.

Aplicando estes conceitos ao tema central desta dissertação – Diálise em férias - as empresas têm que definir qual o plano, o padrão, a posição e a perspectiva que querem assumir neste segmento de mercado tendo por base o processo de

marketing, isto é, as preferências do doente. Deste modo, toda a organização saberá qual a direcção para a qual deverá orientar os seus esforços.

Como referido anteriormente, Portugal é reconhecidamente um destino turístico, mas não neste grupo populacional. É preciso entender porque é que isso acontece e consideramos que o “segredo” estará nos próprios doentes. Aliás, esse tem sido um ponto muito presente ao longo do trabalho, ou seja, conhecer o fenómeno da diálise em férias é fundamental para pensar numa estratégia dirigida e diferenciadora.

O marketing também tem desenvolvido estudos neste campo, e segundo Akbar (2010), Cornin, Brady e Hult (2000) cit. por Lertwannawit et al (2011, pág 2) *“service marketing studies have consistently reported that either through behaviors or attitudes servisse quality, perceived value, and satisfaction are correlated with loyalty”*. Estes estudos querem saber de que forma as empresas de turismo de saúde podem ser mais competitivas, uma vez que se percebeu que os padrões de qualidade e a acreditação das unidades não são suficientes para as empresas serem competitivas (Lertwannawit et al, 2011), surgindo outros dados importantes como a marca, satisfação dos clientes, cumprimento de expectativas, equipa clínica e empatia (Rad, Som and Zainuddin, 2010).

2.5.2 Desempenho Organizacional

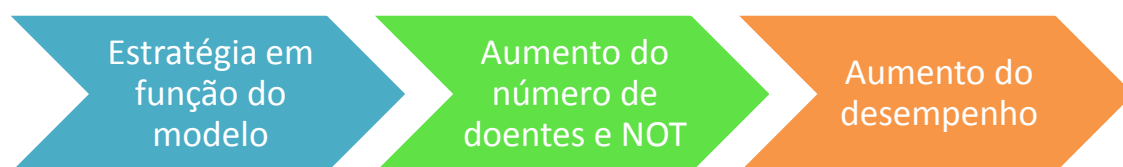
Depois do modelo de referência é importante pensar que impacto é que o mesmo vai ter no desempenho organizacional. As empresas ao serem sistemas abertos implicam que o *modus operandis* acompanhe a vertente dinâmica do mercado.

Segundo Pierre et al (2009) o desempenho organizacional surge como um indicador de efectividade do funcionamento de uma empresa e engloba três

áreas: desempenho financeiro (lucro, retorno do investimento), desempenho no mercado (vendas, quota de mercado) e retorno do investimento dos accionistas. De um ponto de vista geral, estas três áreas permitem comparar o mesmo tipo de actividade, desenvolvidas por empresas distintas, o que irá estimular a competitividade. Dum ponto de vista particular traduz o resultado da estratégia implementada o que permite identificar os produtos / serviços que são para manter e promover, e quais os produtos / serviços que serão para abandonar, tudo num processo de melhoria contínua. Também Daft (cit. por Onyali, 2014, pág. 200) *“defined corporate performance as the organization’s ability to attain its goals by using resources in an efficient and effective manner”*. Só esta forma de estar no mercado permite que as empresas se diferenciem da concorrência e sejam líderes *“continuous performance is the objective of any organization because only through performance, are organizations able to grow and progress”* (Gavrea, Ilies and Stegorean cit por cit. por Onyali, 2014, pág. 200).

Uma vez que se prevê esta tendência crescente da procura das clínicas que estão próximas de zonas turísticas, torna-se prioritário que a equipa de gestão pense na sua estratégia e na forma como terá impacto no seu desempenho organizacional. Isso levará a que sejam estabelecidos novos objectivos, assim como definidos indicadores para avaliação

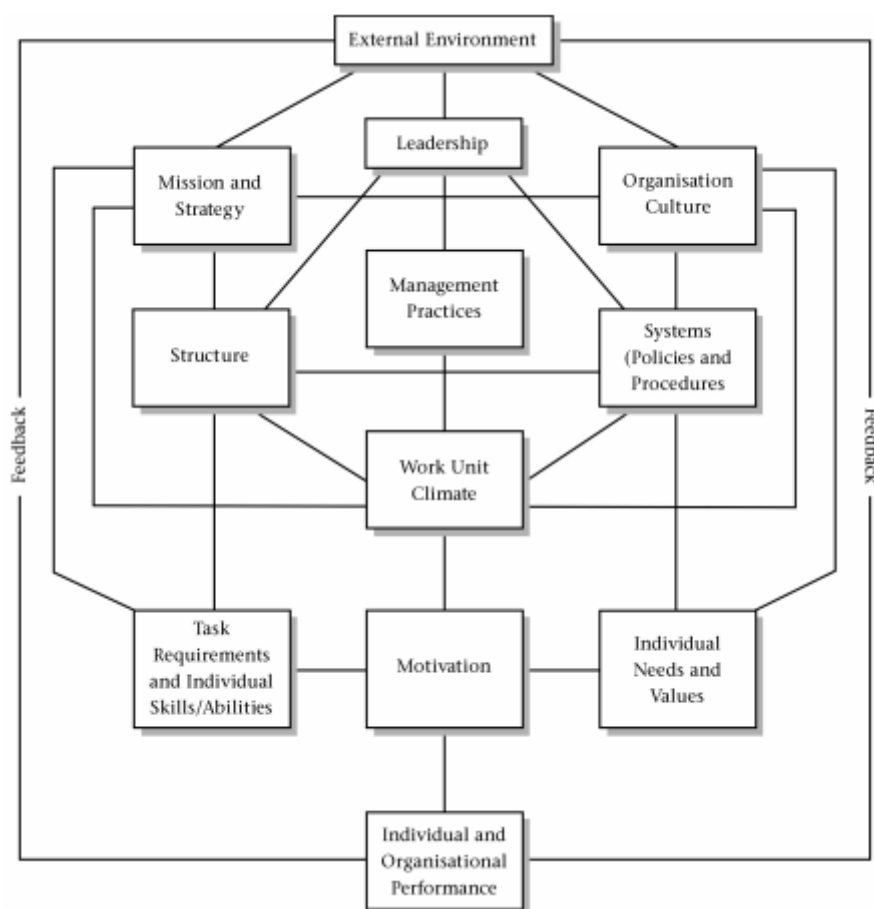
Figura 21: Impacto positivo do modelo



Fonte: elaboração própria

O desempenho organizacional surge assim como uma variável dependente. Burke-Litwin em 1992 construíram um modelo – *The performance and Change model*- que se mostrou ser essencial para identificar os factores que influenciam o desempenho organizacional, e que podem também promover mudanças na organização “*the model of organisational performance and change (Burke & Litwin, 1992) is founded on a functional cause and effect framework. It explains linkages that hypothesise how performance is affected as well as how deliberate and effective change can be influenced*” (Chawane et al., 2003, pág. 64). Burke-Litwin (1992) afirmam que o modelo é imperfeito devido à multiplicidade das suas variáveis, e pela forma como se influenciam. No entanto, permite definir uma hierarquia entre esses factores e identificar as relações predominantes (fig. 22)

Figura 22: The performance and change model



Fonte: Chawane et al, 2003, pág. 64

Segundo Burke – Litwin (1992) os dois princípios subjacentes ao modelo são:

- *External environment*: estão relacionados com as condições ambientais / externas à organização e que têm influência no seu desempenho como é o caso da satisfação do cliente e comportamento, variações políticas e governamentais, economia, desenvolvimento tecnológico. Fazendo a analogia para a área da diálise em férias, e tendo presente o modelo de Crooks, este *External Environment* está relacionado com os *Pull factor* onde são identificados elementos como clima político, religião, cultura, economia, locais turísticos, etc
- *Individual and organisational performance*: embora os parâmetros para avaliar o desempenho sejam múltiplos estão intimamente relacionados com a produtividade, qualidade, lucro, satisfação do cliente. No modelo proposto anteriormente o ponto Hemodiálise será aquele que melhor se enquadra.

Associados a estes dois pilares do modelo Burke – Litwin (1992) os mesmos surgem enquadrados em dois níveis da organização que são:

- *Transformational factors*: com influência importante e predominante na organização e no seu desempenho, onde surge a liderança, missão, estratégia e cultura organizacional.
- *Transactional factors*: relacionado com as operações do dia-a-dia. Embora possam influenciar os *transformational factors* não assumem um grande peso. O mesmo não acontece em sentido inverso.

Assim, de forma resumida, o modelo de diálise em férias proposto terá impacto no desempenho organizacional.

3 Metodologia de investigação

Antes de passar para a metodologia de investigação relembremos os objectivos deste estudo:

- Conhecer os comportamentos de férias das pessoas que necessitam de hemodiálise;
- Identificar os motivos pelos quais os doentes alteram o seu comportamento de férias;
- Conhecer os motivos pelos quais Portugal pode ser um destino de férias;
- Identificar os serviços essenciais numa clínica de hemodiálise.

Tendo em conta estes mesmos objectivos e uma vez que as características fisiológicas, psicológicas e sociais podem ser medidas opta-se por um estudo de vertente quantitativa *“a investigação quantitativa apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas”* (Fortin, 2006, pá. 29). Com este tipo de estudo o que se pretende é a generalização a população alvo dos resultados obtidos através da amostra com o intuito de desenvolver um plano estratégico direccionado a este tipo de clientes.

Dentro da vertente da investigação quantitativa o estudo será do tipo descritivo uma vez que se pretendem descrever fenómenos existentes e sobre os quais se conhece pouco *“(...) serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população”* (Fortin, 2006, pág. 236). Com base nisto a colheita de dados será feita junto dos participantes recorrendo a um questionário cujos resultados serão depois sujeitos a uma análise estatística.

3.1 O método de colheita de dados

O tema da diálise em férias inicialmente surgiu do contacto com este grupo de doentes e que manifestaram sempre esta limitação. Por isso esse foi o ponto de partida, colher dados junto dos doentes para perceber ao certo o que eles pensavam sobre o tema e qual era a sua fonte de informação. Claro que o passo seguinte foi a associação de doentes onde trocamos ideias com Engenheiro Paulo Zoio, elemento activo e voluntário da APIR – Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. A nossa primeira conversa ocorreu há cerca de um ano atrás (Fevereiro/2015) e foi interessante perceber a sua percepção, enquanto doente, sobre este fenómeno da diálise em férias. Basicamente conseguiu dividir este fenómeno em três estádios segundo a forma como os doentes se posicionam em relação às férias e os conhecimentos que tem sobre o mesmo. Assim ele considera que há três estádios que identificam os doentes que fazem diálise em férias:

“Estadio I

Neste estadio de conhecimento, os doentes em viagem privilegiam conhecer alguns detalhes acerca da unidade que os espera: tipo de HD; tipo de monitores; se disponibiliza lanche; que lanche; cadeirões versus cama; etc...Outro aspecto, que confere bastante segurança ao doente e que incluiria neste estadio, e que é fundamental quando se viaja para o estrangeiro, é a língua utilizada na comunicação. É um pouco assustador quando nem o enfermeiro nem o médico entendam a nossa língua.

Estadio II

Neste nível, os doentes estão cientes dos protocolos, nomeadamente sabem a velocidade de bomba, a heparina de carga, dialisante, etc...Há aspectos no protocolo que variam, de país para país (...) Muitas diferenças, quando comparado com uma sala de HD portuguesa típica. Estas diferenças

assustariam a maioria dos doentes, razão pela qual, o doente hemodialisado não é muito dado a viagens...Quanto muito, viajam dentro de Portugal.

Estadio III

Neste estadio, encaixo os doentes realmente aventureiros” Refere-se aos doentes que fazem HD em qualquer país sem receios ou constrangimentos.

Posteriormente, em Março de 2014 fomos saber qual a perspectiva do Dr. André Freitas, *Director Operations and Commercial Area South&West Europe* de uma das empresas que promove a diálise em férias. Basicamente considera que em Portugal há muito trabalho a fazer no que se refere a informar os doentes de que é possível viajar, e que a nível europeu fazer hemodiálise em qualquer país tem os mesmo níveis de qualidade que em Portugal. Hoje em dia, as tecnologias de informação e a uniformização de procedimentos vêm ultrapassar muitos dos constrangimentos existentes. Comparativamente com outros países da Europa, por exemplo, Espanha, o volume de turistas portugueses é ainda muito tímido.

As empresas de agência de viagens também são um dos *players* desta dinâmica e também foi alvo da pesquisa. Assim, o Dr. Miguel Quirino da *Wide Travel*, que faz parte da *Wide Health Services* e com quem conversamos também em Março de 2014 partilhou os seus conhecimentos e refere que grande parte dos turistas são oriundos da Inglaterra e Holanda. Para além disso refere que dependendo da origem dos doentes a preferência nos destinos de férias também irá variar.

E a partir desta partilha de opiniões partiu-se para a pesquisa bibliográfica onde turismo de saúde e turismo médico foram as palavras-chave, nomeadamente utilizando a *world wide web* como principal motor de busca. Estas pesquisas foram efectuadas ao longo de todo o ano de 2014 e durante o primeiro semestre de 2015. Foram utilizadas estas pesquisas em português e inglês o que permitiu ter acesso a relatórios e apresentações. Para além disso permitiu saber quem são algumas das pessoas especialistas na área como a Prof. Valerie Crooks que pertence ao *Medical Tourism Research Group*, o Prof. Neil Lunt e o Prof.

Connel. Muitos dos artigos utilizados no estudo são da sua autoria. No âmbito dos artigos a revista *Tourism Management* foi importante enquanto revista classificada. Alguns livros foram consultados destacando-se o livro do Professor. Connel também referenciado no estudo. A maior dificuldade prendeu-se com a não existência de números / estatísticas que clarifiquem o desenvolvimento do turismo de saúde / diálise em férias. Ainda foi possível obter os números de uma empresa de hemodiálise, mas sendo muito generalistas apenas traduzem tendências.

No que se refere ao impacto da hemodiálise na pessoa e sua família existe mais material disponível sendo que a pesquisa andou em torno de palavras-chave como doença renal crónica, depressão, estilos de vida e impacto na vida familiar. Este tema está amplamente explorado pelas ciências sociais, psicologia e até enfermagem. Este tipo de procura foi efectuado também em inglês.

Na área do turismo em si muito material está disponível em revistas, relatórios e apresentações, nomeadamente do Turismo de Portugal. Foram consultados alguns questionários de satisfação e feito também o enquadramento para o questionário utilizado neste estudo.

Assim, na elaboração dos questionários, que posteriormente foi aplicado aos doentes, tentou-se agregar as questões que dessem resposta às principais falhas de informação existentes sobre a diálise em férias e conhecer o que predomina no pensamento e modo de actuar destes doentes.

Os questionários surgem como um método de recolha de dados, junto das pessoas sobre factos, ideias, comportamentos, preferências, expectativas e atitudes. Podem conter questões abertas ou fechadas e apresentam uma grande flexibilidade em relação à sua estrutura e na forma como os dados são recolhidos (Fortin, 2016). Neste sentido, os questionários estão divididos em duas partes.

Uma primeira parte está relacionada com os dados sócio demográficos e clínicos das pessoas que respondem ao questionário e uma segunda parte refere-se à experiência dos doentes que já foram de férias para outras localidades e quais as suas preferências (anexo IV).

O questionário foi sujeito a um pré teste (aplicado a 10 pessoas que cumprissem os critérios de inclusão) para perceber se as questões eram claras e compreendidas por todas as pessoas, da mesma forma. Para além disso, o questionário foi apresentado a profissionais de saúde especialistas na área da prestação de cuidados na área da hemodiálise, assim como a pessoas de referência numa empresa prestadora deste serviço. Em função desse resultado fizeram-se as alterações necessárias.

Deste modo os questionários foram distribuídos pelos enfermeiros chefes das clínicas que fizeram parte do estudo e recolhidos pelos mesmos. No entanto, os questionários foram preenchidos pelos próprios doentes. Em relação aos consentimentos informados foram todos devidamente preenchidos pelos doentes antes do preenchimento do questionário.

Enviados pelo menos 135 questionários para um total de 27 clínicas, no final do período de recolha de dados (de Julho a Outubro de 2014) foi possível contabilizar 85 questionários vindos de cerca de 22 clínicas de hemodiálise distribuídas pelo país o que deu uma taxa de repostas na ordem dos 63%. Os dados foram tratados estatisticamente recorrendo ao programa SPSS versão 22.

3.2 Amostragem

Num estudo quantitativo, do tipo descritivo o que se pretende é generalizar à população alvo os resultados obtidos através da amostra. Tendo em conta que as

peessoas que fazem parte da amostra obedecem a critérios de inclusão específicos, que estão num determinado local, num determinado período de tempo, isto é, os doentes que estão em período de férias a fazer hemodiálise nas clínicas em questão, opta-se por um método de amostragem não probabilística, recorrendo a uma amostragem acidental.

Os critérios de inclusão foram:

- Doentes a fazer hemodiálise num determinado grupo de clínicas de Portugal;
- Doentes com capacidade cognitiva para responder ao questionário;
- Doentes em férias;
- Doentes que tenham feito diálise em férias pelo menos uma vez no ano passado;
- Doentes de outros países que fazem férias em Portugal;
- Doentes que fazem férias em Portugal.

Como critérios de exclusão:

- Doentes que não falem os idiomas para os quais não existem questionários traduzidos.

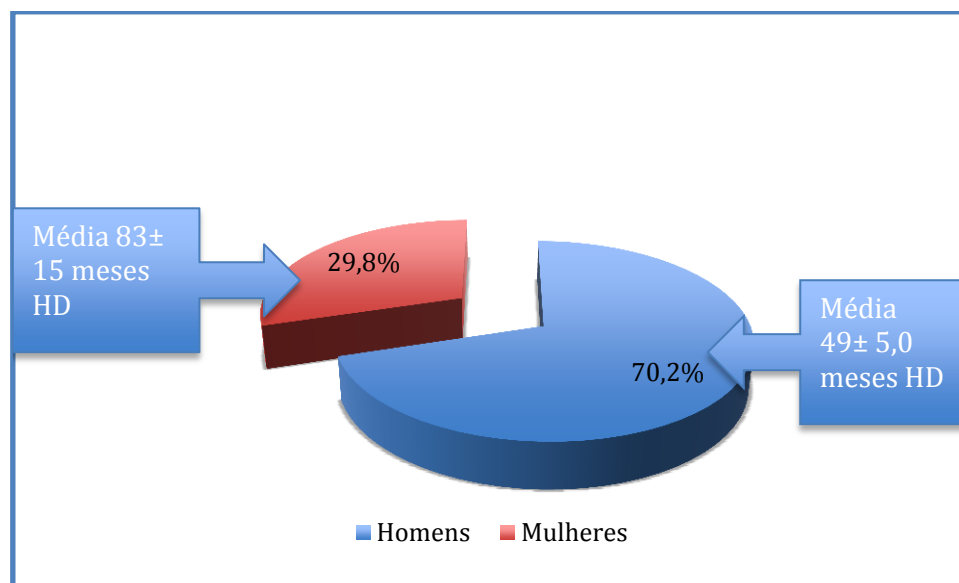
Assim, os questionários foram recolhidos em cerca de 22 clínicas dispersas pelo país, com excepção das ilhas.

4. Análise e discussão dos resultados

Em função dos dados recolhidos a amostra caracteriza-se do seguinte modo:

Foram realizados 85 questionários, 70,2% (n=59) eram homens, com uma média de idades de $64 \pm 1,9$ anos e 29,9% (n=25) mulheres, com uma média de idades de $58 \pm 2,6$ anos. Os homens tenderam a ser mais velhos ($p=0,082$). Estes valores vão de encontro à prevalência desta doença segundo o portal da GID (Plataforma integrada da doença, disponível em <http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>) que refere que a hemodiálise é mais prevalente no sexo masculino, nomeadamente a partir dos 50 anos de idade.

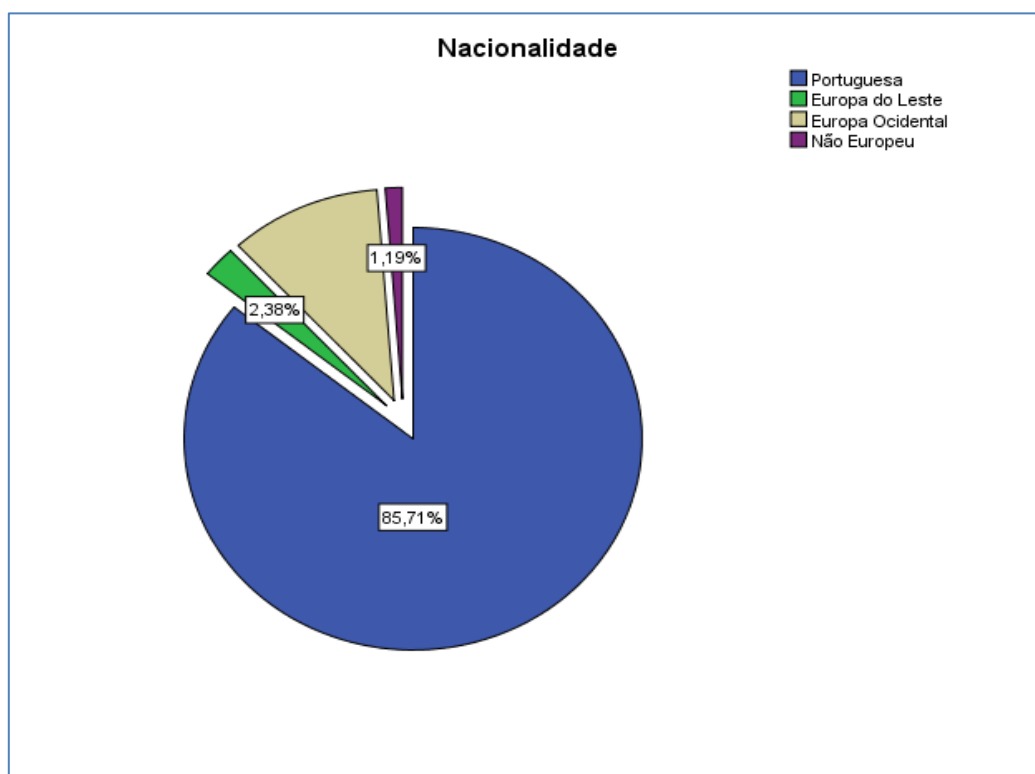
O número médio de meses da população geral a realizar hemodiálise foi de 59 ± 51 meses, ou seja cerca de 5 anos. As mulheres realizavam de forma significativa mais tempo médio de hemodiálise comparativamente com os homens (83 ± 15 versus $49 \pm 5,0$ meses, com $p=0,006$) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição por sexo e número médio de HD em meses

Fonte: elaboração própria

As pessoas, na sua grande maioria eram de nacionalidade portuguesa (85,7%). As pessoas que eram de nacionalidade não portuguesa, optou-se por fazer a divisão em Europa Ocidental, Europa de Leste e não europeu uma vez que havia pessoas de nacionalidade relativa ao continente Africano ou Americano (gráfico 3). A amostra das pessoas ao ser tendencialmente portuguesa constitui uma limitação uma vez que não permite tirar conclusões no que se refere a uma realidade mais alargada.

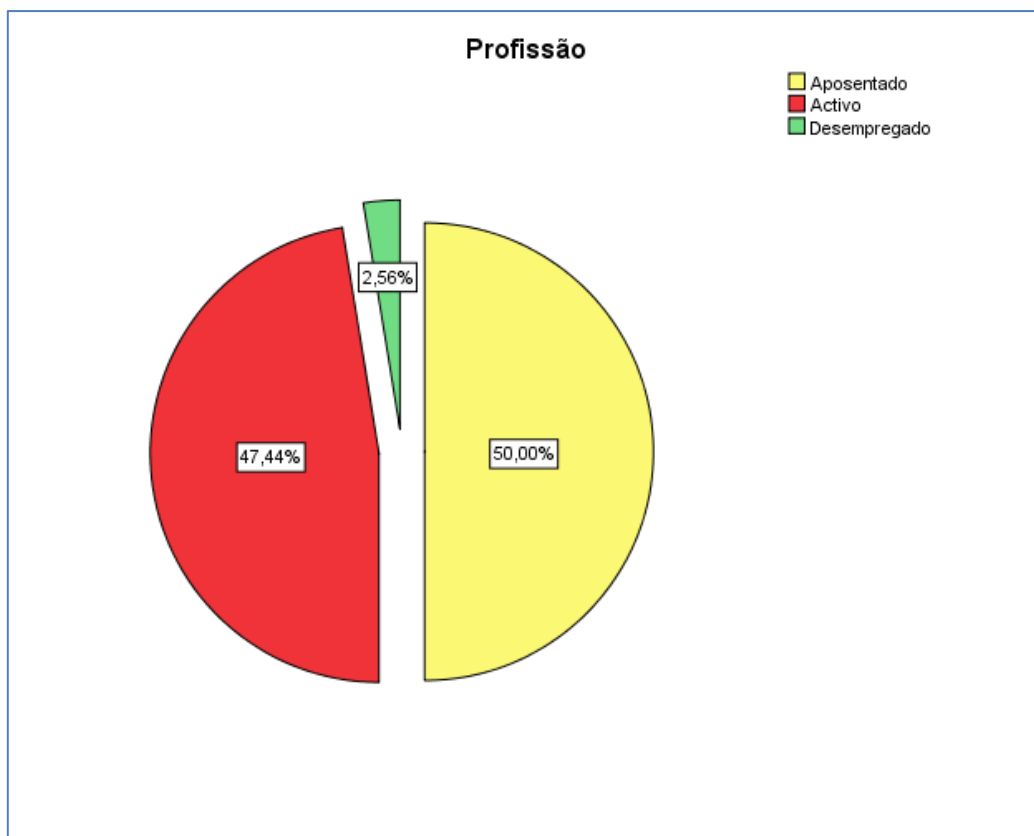
Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo a nacionalidade



Fonte: elaboração própria

No que se refere à actividade profissional verifica-se que quase 50% da amostra são pessoas que apesar da doença e da média de idades trabalham, e os outros quase 50% são aposentados. Os doentes aposentados foram significativamente mais velhos ($56,8 \pm 15$ versus $69,8 \pm 10$ anos, com $p=0,001$). Nesta fase é importante realçar que a pessoa com DRC em esquema regular de hemodiálise, em função dos tratamentos e das comorbilidades que têm associados aposentam-se antecipadamente (gráfico 4)

Gráfico 4: Distribuição segundo profissão

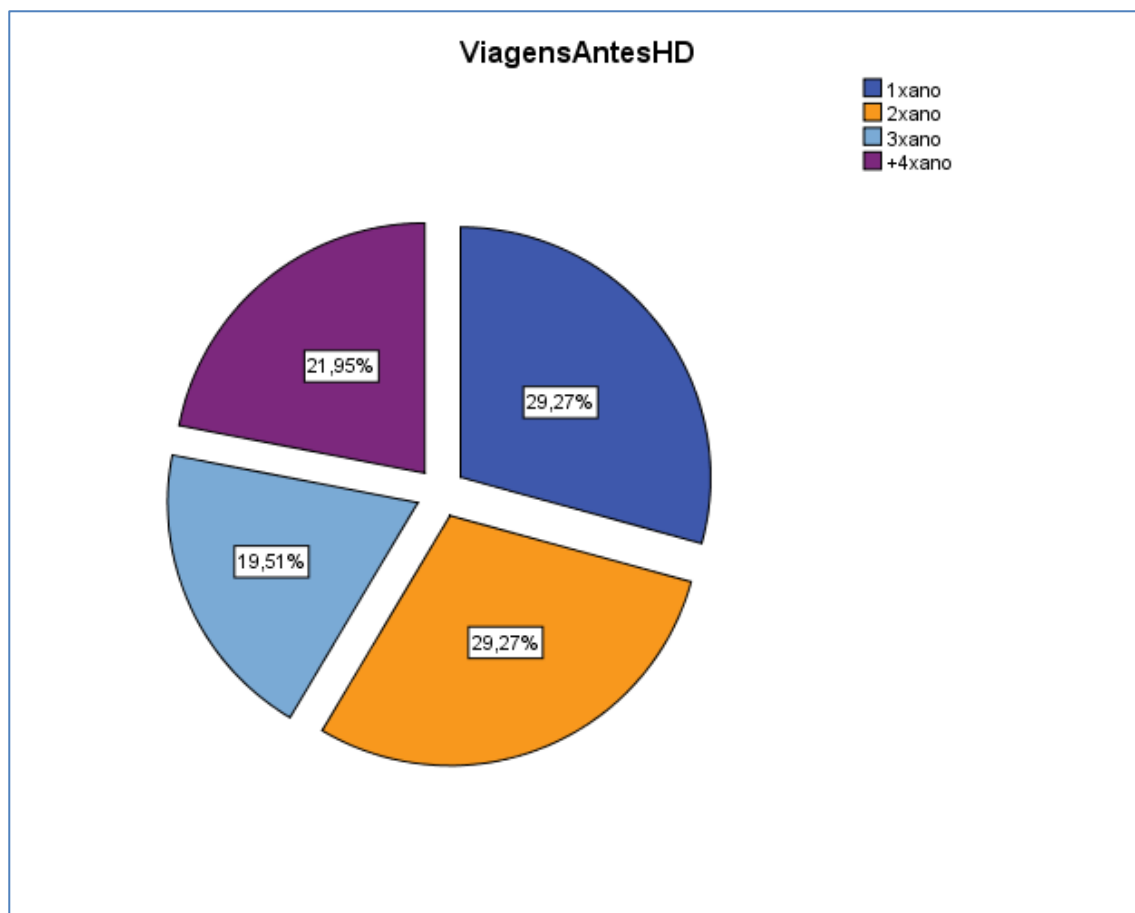


Fonte: elaboração própria

Passando então, para os aspectos relacionados com a hemodiálise e a diálise em férias tentou-se perceber qual o comportamento das pessoas que compõem a amostra, nomeadamente antes de fazerem hemodiálise e depois de terem iniciado este tratamento, que, por vários motivos, implica várias adaptações no comportamento pessoal, familiar e profissional.

O ponto de partida passou por, de certa forma, confirmar que estes doentes, a partir do momento que iniciam HD diminuem o número de vezes que viajam por ano. Para isso foi-lhes questionado quantas vezes viajavam por ano antes e depois de iniciarem os tratamentos. Os resultados estão presentes no gráfico 5.

Gráfico 5: Distribuição segundo nº de viagens por ano



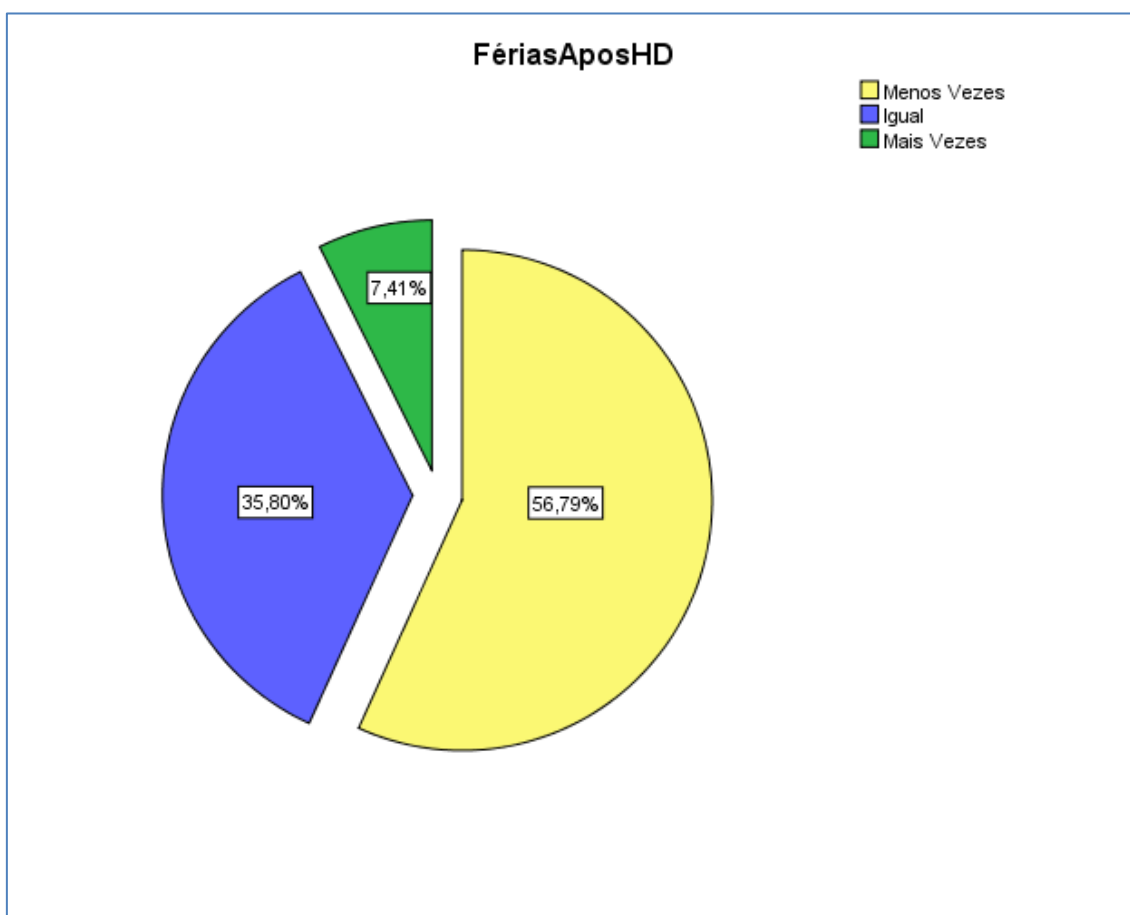
Fonte: elaboração própria

Assim, na amostra em questão verificou-se que a distribuição era mais ou menos uniforme relativamente as pessoas que viajavam 1 vez por ano, até às que viajavam mais do que 4 vezes por ano.

Antes de iniciar HD cerca de 70% das pessoas que compõem a amostra viajava pelo menos 2 vezes por ano, e destes cerca de 1/3 viajava mais de 4 vezes por ano.

De seguida questionou-se se, dado o número de vezes que viajavam por ano, esse comportamento se tinha alterado após o início da HD. Esta alteração é frequentemente referido pelos doentes às equipas, muitas das vezes em modo saudosista. Não só se referem a essa actividade como a outras como jantares e desporto, por exemplo,. Assim o gráfico 6 vem confirmar o que se esperava, ou seja, o comportamento de viajar tende a diminuir após o início dos tratamentos. Aliás verificou-se que mais de 50% da população depois de iniciar HD viajava menos.

Gráfico 6: Distribuição de viagens após início da HD



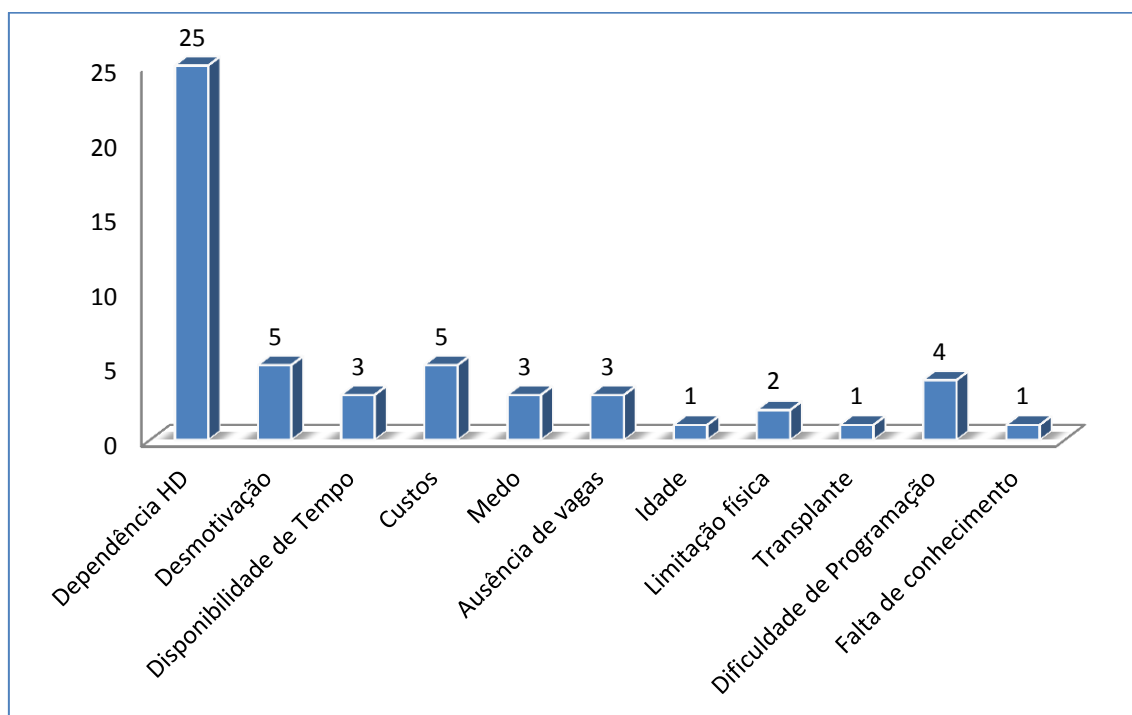
Fonte: elaboração própria

Os doentes que viajavam duas ou mais vezes antes de iniciar HD, tenderam a viajar menos ($=0,058$) após o início da técnica dialítica. Não existe correlação entre a média

de idades e viajar menos. Embora não haja significância existe uma tendência para os doentes com mais tempo de HD viajarem menos ($p=0.089$) eventualmente por apresentarem agravamento do seu estado de saúde, ou diminuição da autonomia. Convém referir que a hemodiálise, apesar de todo o desenvolvimento médico e tecnológico, não deixa de ser um tratamento a uma doença crónica que apresenta elevados níveis de morbilidade e mortalidade.

Continuando a percorrer as questões do questionário, que partiram de questões mais amplas e impessoais, para perguntas mais personalizadas, tentou-se compreender os motivos para os doentes que fazem HD viajarem menos, elemento que faz parte do modelo apresentado na área dos factores inibitórios. E da análise da amostra verifica-se que entre os principais motivos o que se destaca é a dependência da hemodiálise a dificuldade da programação, os custos e a desmotivação, (gráfico 7). Todos estes motivos eram expectáveis, mas ao contrário do esperado foram poucas as referências ao factor “medo” ou o receio de transplante.

Gráfico 7: Motivos para viajar menos



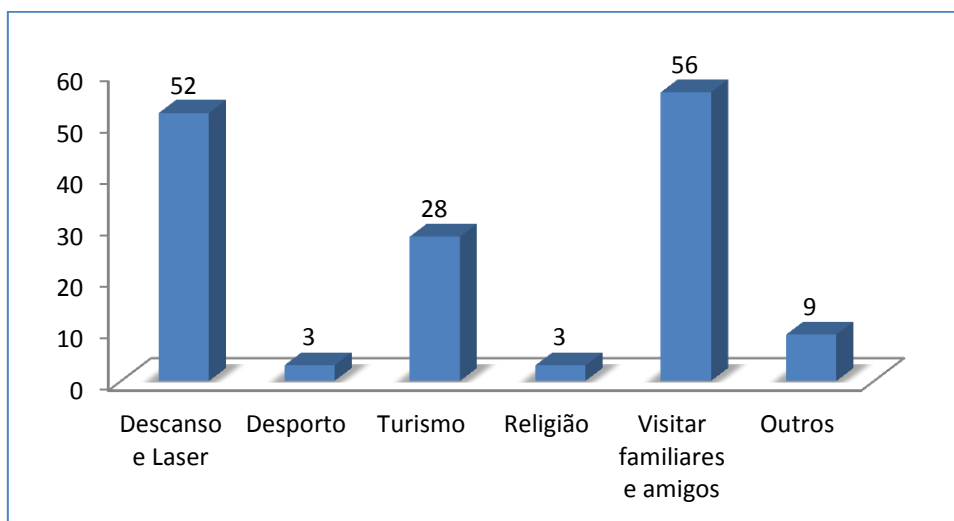
Fonte: elaboração própria

Ao enquadrar os *push e pull factor* no questionário foram abordados diferentes aspectos que se descrevem de seguida:

- Verifica-se que os três principais motivos que levam a pessoa a viajar, por ordem decrescente, são (gráfico 8):
 - Visitar familiares e amigos,
 - Descanso e lazer,
 - Turismo.

Tendo em conta que a maioria da população da amostra era portuguesa seria de esperar que os motivos religiosos tivessem mais presença, mas antes pelo contrário foi dos motivos menos referidos.

Gráfico 8: Principais motivos para viajar

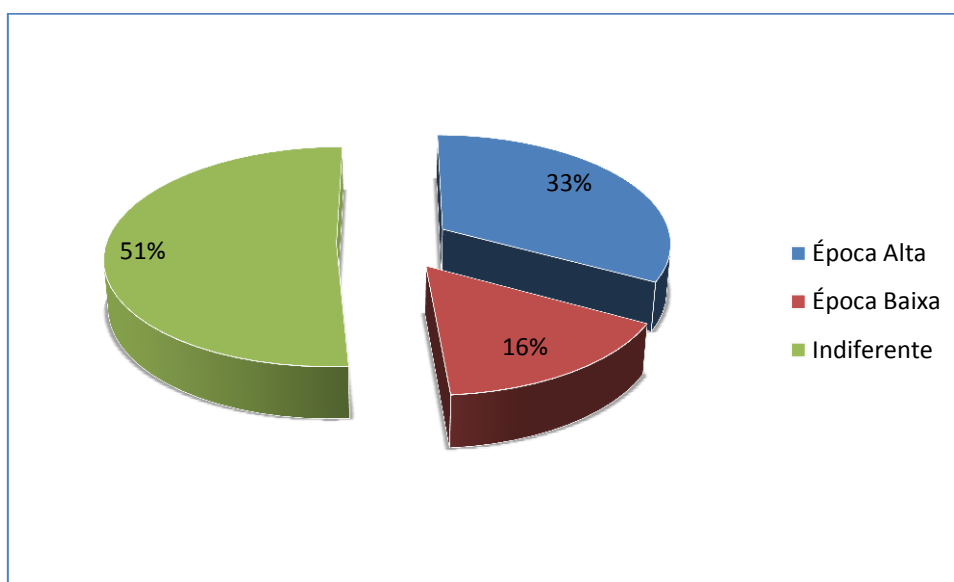


Fonte: elaboração própria

Os doentes mais idosos escolheram de forma significativa o descanso/lazer como motivo para viajar ($p=0,005$), sendo o turismo outro dos principais motivos ($p=0,064$).

- Em relação à época preferencial para viajar seria de esperar que a época alta (que coincide com os períodos de maior calor e sol, ou épocas festivas no final do ano) fosse a preferência evidente, mas o que se constatou é que cerca de metade dos inquiridos não tem preferência por uma época de férias. Apenas um terço da população é que escolhe as épocas altas. Ao tentar compreender esta não preferência procurou-se por uma correlação entre a população activa e o período de férias, não se tendo verificado qualquer correlação (gráfico 9).

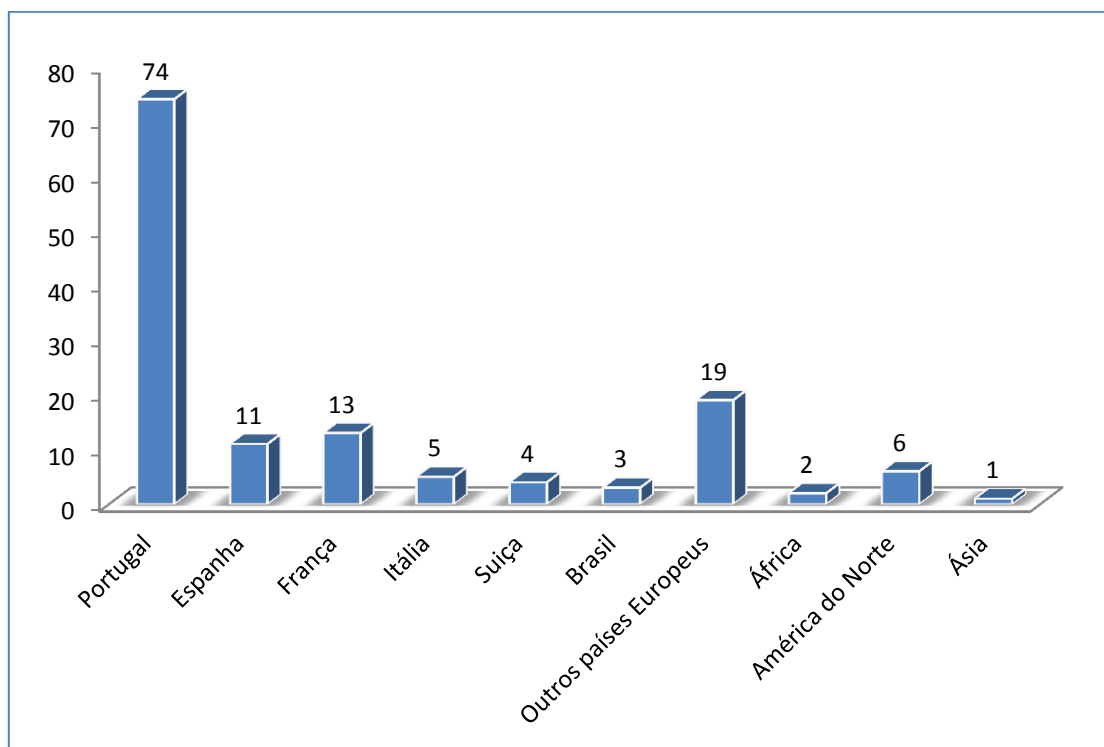
Gráfico 9: Época preferencial



Fonte: elaboração própria

- Ao falar em países de preferência os que surgem no topo da lista são: Portugal, França e Espanha (gráfico 10).

Gráfico 10: Países preferenciais



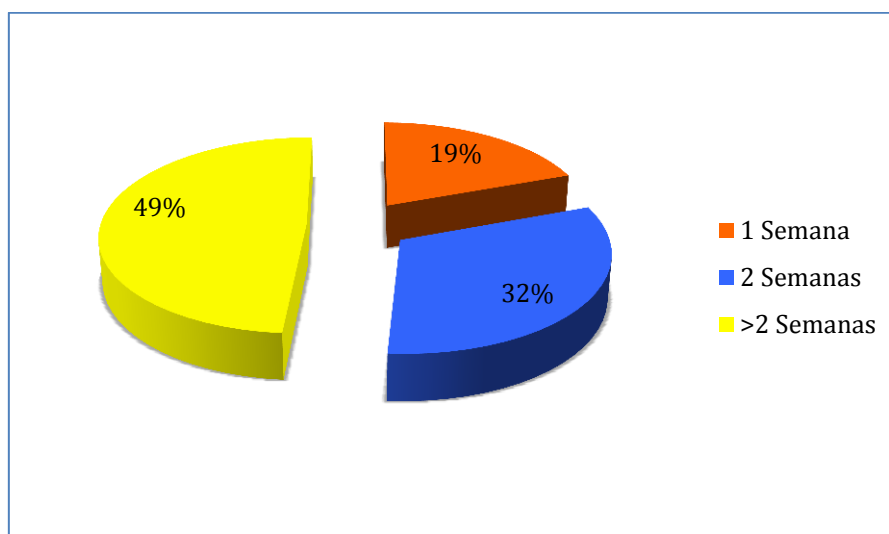
Fonte: elaboração própria

Esta é uma resposta expectável, principalmente quando grande parte da amostra é europeia. Com segurança se poderá dizer que este aspecto está relacionado com o facto do CESD permitir o acesso aos cuidados de hemodiálise sem encargo adicional para o doente com excepção da Inglaterra. No entanto,, seria interessante mimetizar este tipo de estudo, por exemplo, no continente americano onde os encargos com a saúde funcionam noutros moldes, como os seguros de saúde ou pagamento directo.

- Ao falar em tempo médio de estadia, ao contrário do que seria de esperar estes doentes, maioritariamente, não têm permanências inferiores a duas semanas, tal como se verifica no gráfico 11. Não

existe correlação com a idade, número médio de meses de HD e o facto de ser aposentado ou não. Por isso, ao pensar em pacotes de férias tendencialmente terão de se desenvolver para períodos superiores a 2 semanas. Considera-se que neste aspecto seria pertinente pesquisar o porquê das 2 semanas? Será por ser menos cansativo? Por dar oportunidade de visitar mais coisas?

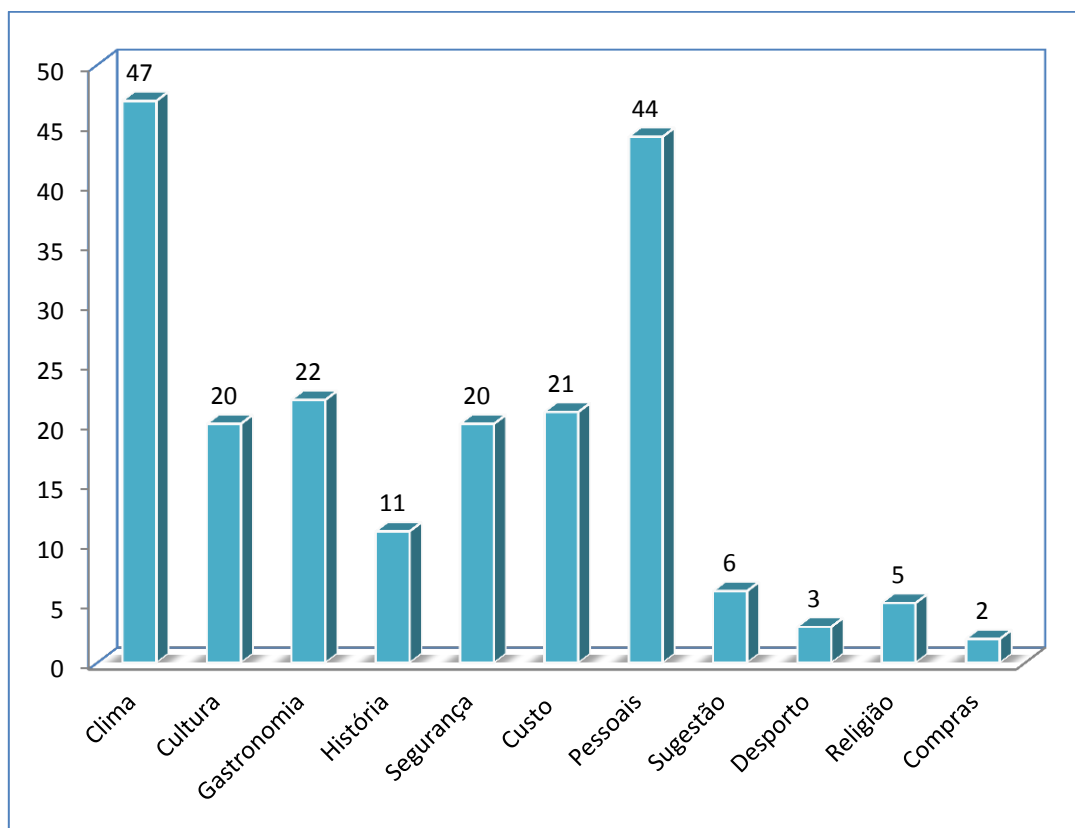
Gráfico 11: tempo médio de estadia



Fonte: elaboração própria

- Ainda na pesquisa dos *push and pull factors*, ao querer saber um pouco mais sobre o interesse em Portugal como destino turístico verifica-se que o clima, a gastronomia, o custo, a segurança, a cultura e motivos pessoais surgem como os principais motivos de escolha. Estes factores já foram amplamente identificados em estudos e relatórios. Mais uma vez, o motivo religioso não é dos mais preponderantes (gráfico 12)

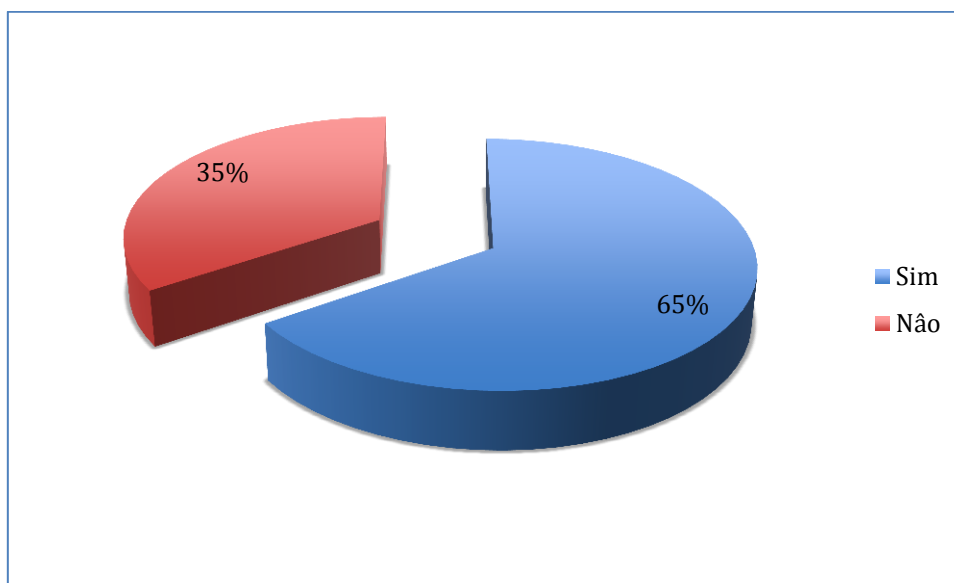
Gráfico 12: Portugal como destino



Fonte: elaboração própria

Saindo da dinâmica dos *push and pull factor* e passando para outra dimensão do modelo proposto que se refere com a *Hemodiálise* identificam-se as seguintes preferências:

- Dois terços têm preferência na clínica de HD quando escolhem o destino de férias (gráfico 13). Para além disso, as fortes relações de confiança que os doentes estabelecem com as equipas das clínicas, onde efectuem os tratamentos, também foi um aspecto identificado e que vai de encontro ao apresentado no modelo.

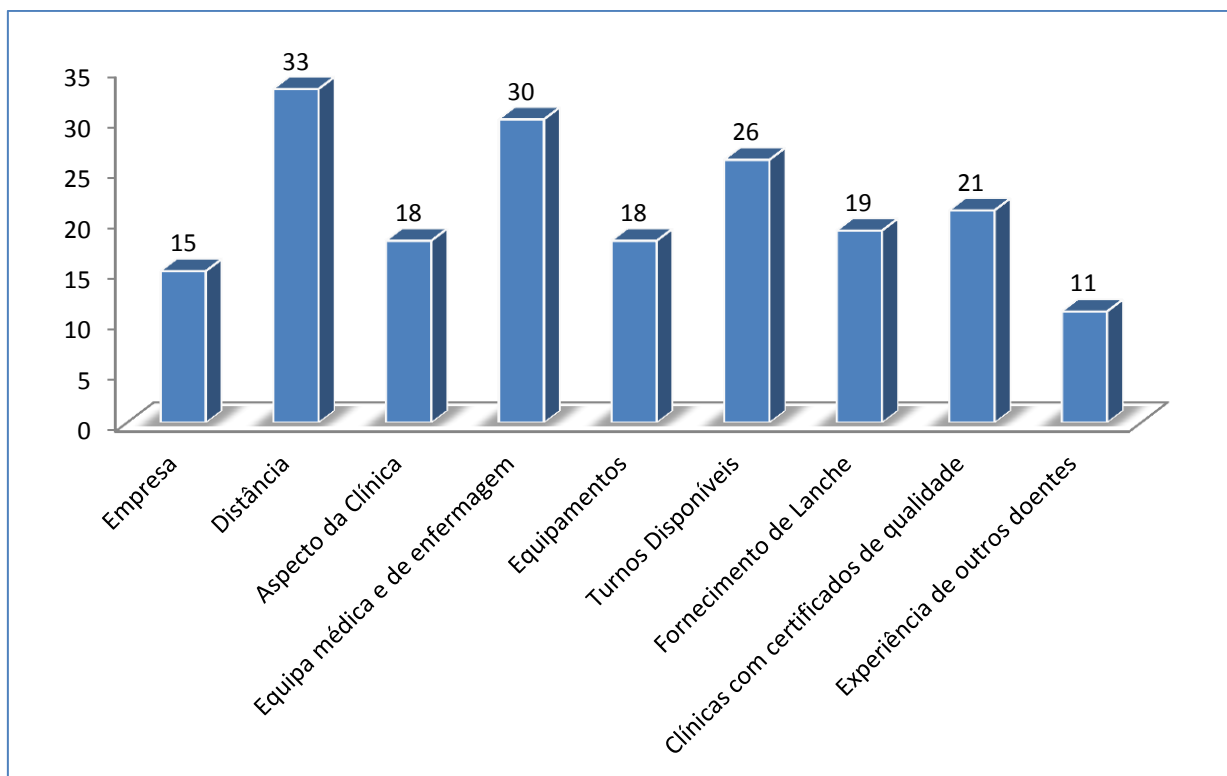
Gráfico 13: Preferência na clínica de HD

Fonte: elaboração própria

Os doentes que viajam menos tendem a ser mais selectivos ($p=0,059$) talvez pelo receio do desconhecido. Os doentes com mais tempo de HD não têm em atenção a clínica. No entanto, os doentes mais idosos têm preferência pela clínica, sendo este resultado estatisticamente significativo ($p=0,021$). Eventualmente será porque a população mais dependente necessita de mais valências.

- No que se refere à escolha da clínica (gráfico 14) a distância, a equipa médica e de enfermagem, turnos disponíveis, clínicas com certificados de qualidade surgem como os factores predominantes na escolha. No entanto, estar-se-ia à espera que a experiência de outros doentes tivesse maior predomínio. Talvez isto ocorra pelo facto dos doentes ainda partilharem pouco esta experiência uma vez que também a praticam pouco.

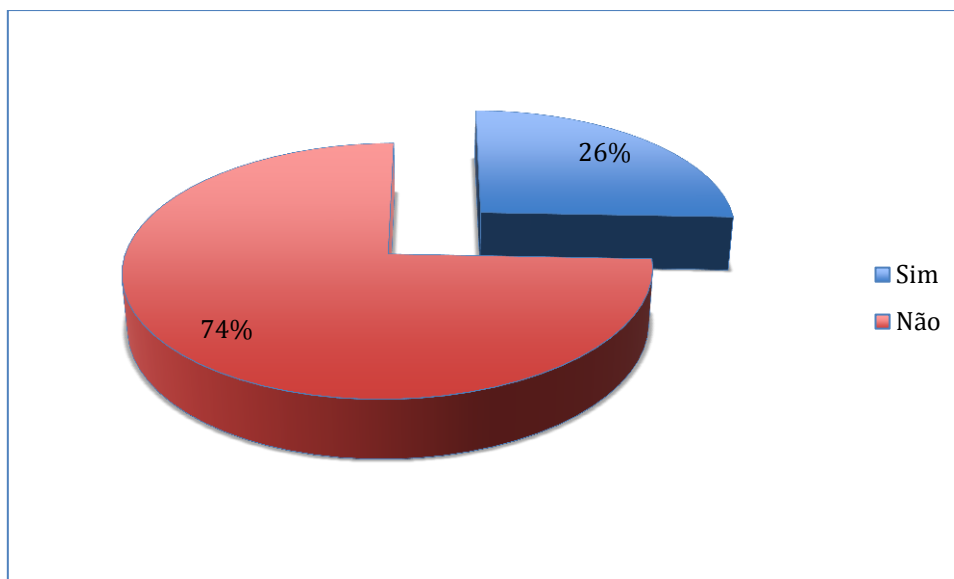
Gráfico 14: Aspectos em consideração na escolha da clínica



Fonte: elaboração própria

Relativamente ao *Information Sourced* só um quarto dos doentes é que conhece os programas de diálise em férias existentes nas clínicas onde os inquéritos foram realizados. Não existe correlação entre os doentes que têm preferência na clínica com o conhecimento dos programas de férias, ou seja os doentes mais selectivos não conhecem os programas. Eventualmente isto está relacionado com a escassa divulgação (gráfico 15). O marketing, indo de encontro ao modelo apresentado, seria um aspecto a desenvolver.

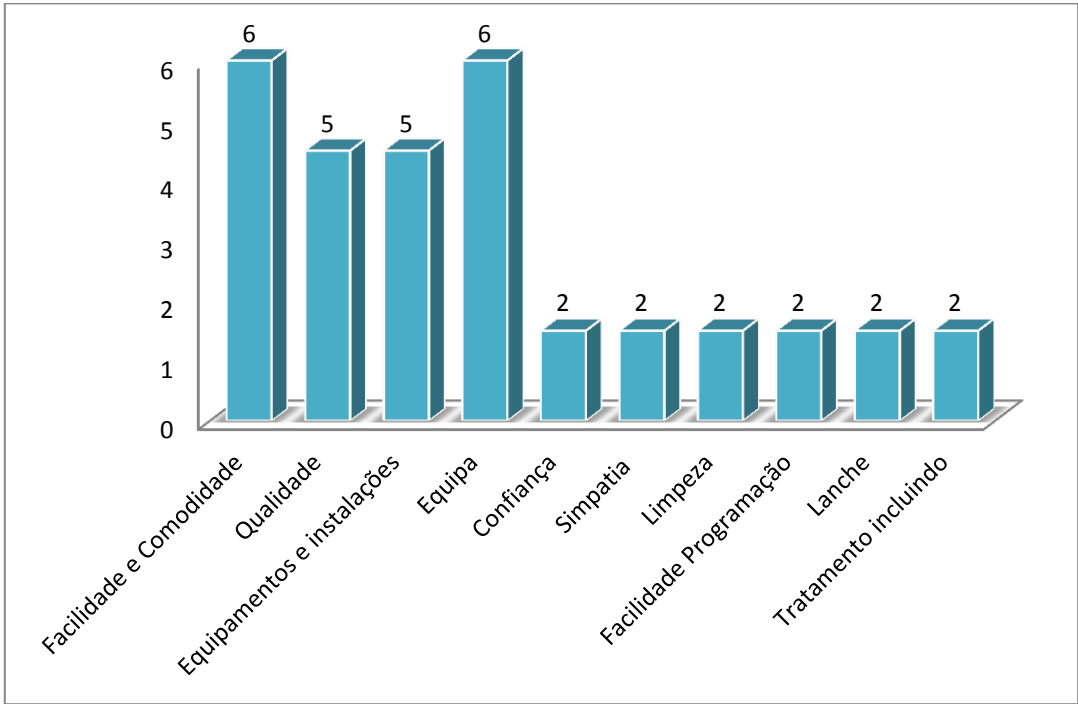
Gráfico 15: Conhecimento dos programas de férias nas clínicas



Fonte: elaboração própria

Assim, dos 21 doentes que conhecem os programas de diálise em férias, quando lhes era solicitado que referissem aspectos positivos os mais frequentes foram: facilidade e comodidade, a equipa, qualidade e equipamentos e instalações (gráfico 16)

Gráfico 16: Aspectos positivos dos pacotes de diálise em férias



Fonte: elaboração própria

No que se refere aos aspectos negativos os aspectos mais referidos foram (tabela 3):

Tabela 3:factores negativos dos pacotes de diálise em férias

Aspectos Negativos	N
Demora Início Tratamento	2
Competência Técnicas	2
Prioridade dos diabéticos	2
Preço	2
Programas definidos	2

Fonte: elaboração própria

Curioso o facto dos aspectos negativos identificados serem em igual número. Apesar de tudo são mais os aspectos positivos identificados do que os negativos. De qualquer forma as clínicas devem identificar internamente estes dados e melhorar o seu funcionamento.

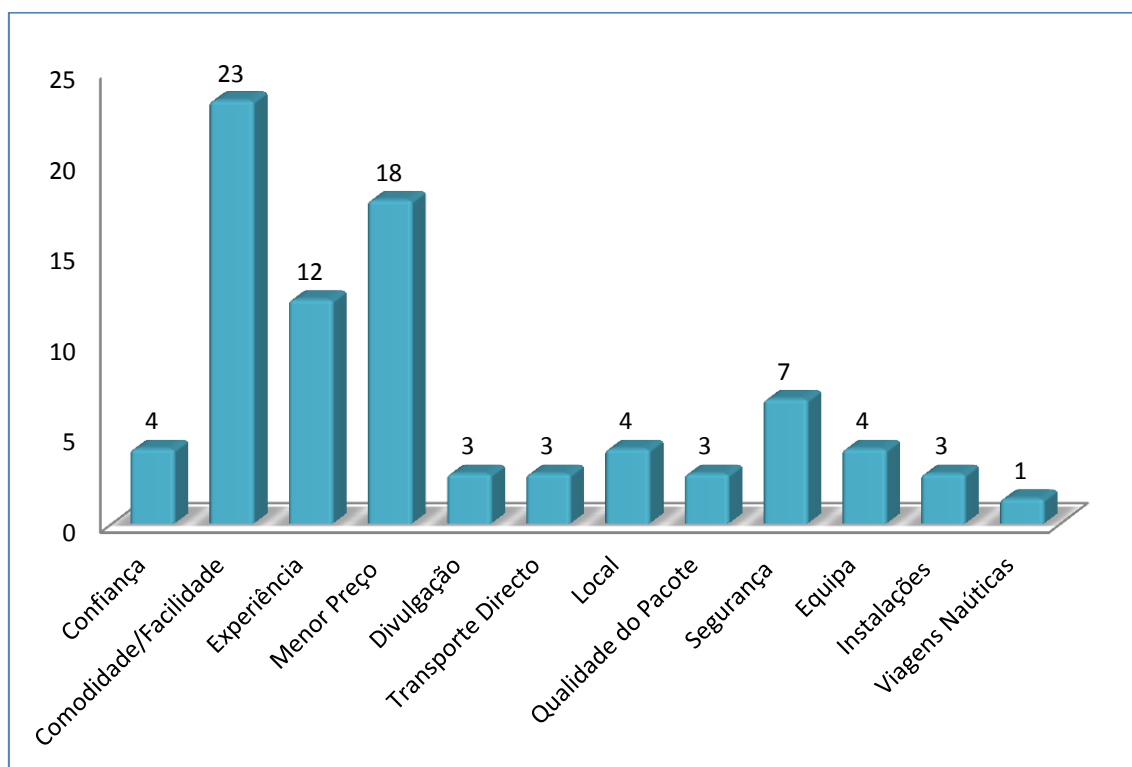
Deste modo, seria necessário analisar uma amostra francamente superior para ter resultados estatisticamente significativos.

Uma das mais importantes perguntas do questionário pretendia saber o que é que levaria uma pessoa escolher entre um pacote de diálise em férias em detrimento de um pacote de férias de uma agência de viagens particular. Os principais motivos estavam associados a:

- Comodidade e facilidade
- Menor preço
- Experiência
- Segurança

Para além destes foram referidos outros factores tal como se apresenta no gráfico 17:

Gráfico 17: Escolha do pacote de diálise em férias em detrimento da agência de viagens



Fonte: elaboração própria

Ao tentar encontrar relações estatisticamente significativas verificou-se que os doentes que optariam pelos pacotes de diálise em férias eram significativamente mais novos. Apesar dos doentes que fazem hemodiálise serem de faixas etárias mais elevadas, a verdade é que, infelizmente, são muitos os jovens, inclusive crianças, que fazem hemodiálise (figura 22).

Figura 23: Movimento de doentes inscritos na plataforma de gestão integrada da doença, com registo de tratamento substitutivo da função renal desde 2009 ate aos dias de hoje

Doentes por Modalidade de Tratamento, Sexo e Grupo Etário *

F. Etária	Hemodiálise			Diálise Peritoneal		
	M	F	N/D	M	F	N/D
0 - 17	12	13	0	12	4	0
18 - 34	61	58	0	116	90	0
35 - 49	295	186	0	465	293	0
50 - 64	733	462	0	878	531	0
65 +	2526	1918	0	1187	825	0
N/D	25	19	14	7	3	13
Sub-total	3652	2656	14	2665	1746	13
Total *	10746					

Fonte: Plataforma de gestão da Doença Renal Crónica (disponível em <http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>)

Assim, estes foram os principais resultados obtidos da análise dos questionários aplicados.

Quando confrontados estes resultados com os objectivos que inicialmente foram propostos atingir é possível referir em relação a cada um deles:

- Conhecer os comportamentos de férias da pessoa que faz hemodiálise
 - De forma genérica estes doentes viajam menos comparativamente com o período anterior a fazerem HD. Não há uma época do ano predominante e os períodos de férias habitualmente não são inferiores a duas semanas. Facilmente identificam os motivos principais para viajarem e os países pelos quais têm preferência, sendo Portugal um deles. Praticamente não há conhecimento sobre os

pacotes de diálise em férias e como tal os doentes não falam muito entre eles sobre esse tema

- Identificar os motivos pelos quais os doentes alteram o seu comportamento de férias
 - Depois de iniciarem HD os doentes viajam menos vezes e os principais motivos são a dependência da hemodiálise, a dificuldade da programação, os custos e a desmotivação
- Conhecer os motivos pelos quais Portugal pode ser um destino de férias
 - Portugal é um destino preferencial devido ao clima, a gastronomia, o custo, a segurança, a cultura e motivos pessoais
- Identificar os serviços essenciais numa clínica de hemodiálise
 - Na perspectiva destes doentes os aspectos que mais valorizam na escolha da clínica, partindo do pressuposto que têm em atenção a escolha da clínica, são a distância, a equipa médica e de enfermagem (equipa clínica), turnos disponíveis e clínicas com certificados de qualidade
- Conhecer o que é que o doente que faz hemodiálise espera dum pacote de férias organizado pela clínica onde efectua os tratamentos
 - Tendencialmente pode-se referir que comodidade e facilidade, menor custo, experiência e segurança surgem como os principais elementos

5. Conclusões

5.1 Síntese dos resultados

O turismo de saúde é um fenómeno mais ou menos global, mais ou menos conhecido. No entanto, o mesmo não se desenvolve de modo uniforme nos diferentes países que o promovem, nomeadamente no que se refere a estratégia e relação entre os *stakeholders*. Os dados estão dispersos e poucos organizados, e a diálise em férias não é excepção. Aliás, neste momento os dados apenas são acessíveis através do pedido directo às empresas.

O presente trabalho alertou para dois aspectos fundamentais:

- A diálise em férias é uma forma de turismo de saúde, em que a pessoa necessita de cuidados de saúde específicos e diferenciados
- A diálise em férias pretende proporcionar momentos de lazer junto de familiares ou amigos.

A forma como se organiza e pensa o turismo de saúde tem aspectos comuns e aplicáveis à diálise em férias, mas é necessário fazer adaptações que permitam contemplar as particularidades deste grupo de doentes.

Deste modo, ao falarmos de diálise em férias estamos a falar de pessoas maioritariamente com mais de 50 anos de idade, que viajam menos do que quando eram saudáveis. A dependência do tratamento, o custo, a desmotivação e a dificuldade de programação são os principais motivos. Estes factores deverão ser os quais sobre os que se deve primariamente actuar para a pessoa decidir viajar e sentir-se motivada para isso. Em paralelo é importante perceber qual o tipo de férias que a pessoa quer realizar, sendo que os motivos de descanso e lazer, visita a familiares e o turismo surgem como os motivos preferenciais. Neste sentido, as empresas podem então desenvolver pacotes de diálise em férias que facilitem este tipo de actividades uma vez que estes serão os segmentos do

mercado com maior interesse. Talvez aqui parcerias com unidades que promovam turismo assim como hotéis com spas, ou termas sejam preferenciais.

Pelos resultados verifica-se que a época alta será preferencial, embora isso não seja factor determinante, e períodos de férias inferiores a duas semanas terão menor procura.

Ao falar em Portugal como principal destino, embora a amostra em questão seja maioritariamente de nacionalidade portuguesa, reforça o facto de que Portugal é um destino preferencial de destino de férias. Em simultâneo surge Espanha e França. Se pensarmos nos dados do turismo de saúde apresentados no capítulo 2.2 este resultado vai de encontro aos mesmos e reforça a ideia de que Portugal pode ser um destino competitivo devido ao clima, custo, cultura, gastronomia, segurança. O importante e necessário é promover a *brand* Portugal e principalmente o conceito da diálise em férias que, como se verificou, é praticamente desconhecido.

Quando falamos nas clínicas percebe-se que a escolha não é propriamente desinteressada, principalmente nos doentes que fazem HD há menos tempo. A verdade é que este irá ser o comportamento do futuro uma vez que hoje em dia as pessoas estão mais informadas e participativas nas decisões em saúde, além de que estão mais alertas para as questões de certificação e qualidade. Para além disso, a oferta vai sendo cada vez maior, o que faz com que os doentes seleccionem as clínicas que se diferenciam.

Um aspecto amplamente presente e que os doentes frequentemente referem é a distância da clínica ao local onde estão hospedados. Neste aspecto é importante que existam clínicas nos principais destinos turísticos e que de alguma forma os transportes estejam assegurados.

De forma geral é nestes pontos que se deve pensar ao desenvolver pacotes de diálise em férias. Em essência considera-se que em Portugal temos todas as infra-estruturas, equipas, unidades de saúde, pontos turísticos necessários para desenvolver um turismo de qualidade. O próximo passo é ter em consideração a particularidade deste grupo de doentes ajudando-os a ultrapassar os factores inibitórios para depois promover e publicitar. O efeito de “passa a palavra” fará o resto. Convém no entanto, introduzir uma dimensão que vem acrescentar valor a esta estratégia e que pode, por si só, dar origem a um outro estudo e que está relacionado com a avaliação da satisfação dos doentes. Segundo Sousa, (2011, pág. 11) *“satisfação é um estado cognitivo e emocional transitório, resultante de uma experiência única ou acumulada com um serviço, consumo ou utilização de um produto, onde um cliente satisfeito está convencido de que a aquisição de determinado produto/serviço foi algo positivo, o que facilita a hipótese de uma relação de continuidade entre o cliente e a empresa”*. Isto por sua vez, irá dar origem a uma referenciação positiva, e mais e novos doentes. Ainda nesta linha de ideias Lertwannawit et al (2011, pág 8) refere que *“service quality has a positive relationship with value, satisfaction, and brand trust, which also has direct impact on medical tourists` behavioral loyalty*.

5.2 Contributos do estudo

Tendo os objectivos como ponto de partida este estudo permitiu:

- Conhecer os comportamentos de férias da pessoa que faz hemodiálise;
- Identificar os motivos pelos quais os doentes alteram o seu comportamento de férias;
- Conhecer os motivos pelos quais Portugal pode ser um destino de férias;
- Identificar os serviços essenciais numa clínica de hemodiálise.

Para além destes aspectos pode-se dizer que outros contributos residem na importância da estruturação da informação, que existe ou da qual apenas se tem ideia sobre as pessoas que praticam diálise em férias. Perceber o que as motiva, ou neste caso, as inibe de viajar, principalmente quando era um comportamento que praticavam antes de iniciarem a HD.

Isto fornece dados que todos os *stakeholders* podem trabalhar para desenvolverem estratégias para promover a adesão das pessoas a estes comportamentos, com todas as vantagens que isso comporta, principalmente ao próprio doente e que foram amplamente apresentadas ao longo do trabalho. Para além disso, irá também permitir perceber quais as parcerias que serão mais benéficas para a actividade da diálise em férias e, assim, facilmente criar pacotes de férias que englobem as principais necessidades deste grupo de doentes. Esta última sugestão faz sentido a partir do momento que existam *clusters* entre as clínicas de hemodiálise e os pontos turísticos, ou de um modo mais geral um *cluster* que englobe os diferentes *stakeholders*.

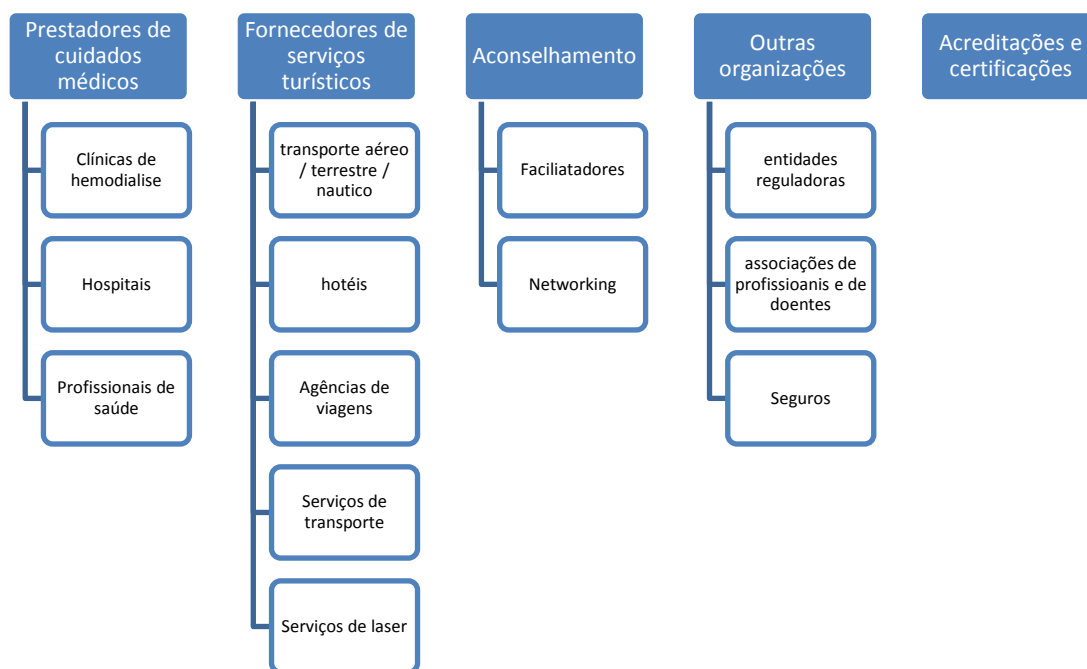
Segundo Porter (cit por Lyon and Atherton, 2000) os *clusters* podem ser definidos como empresas que desenvolvem trabalhos que são complementares entre si, e que estão concentrados numa determinada área geográfica. Lyon and Atherton (2000), tendo analisado as definições e características de *clusters* identificados por outros autores conseguiram extrair 3 pontos principais que são:

- *Commonality*: que se refere às empresas que trabalham em áreas comuns e partilham o mesmo mercado;
- *Concentration*: empresas que podem e interagem, têm ligações entre elas;
- *Connectivity*: empresas que estão interligadas, com actividades complementares.

Abrir outras linhas de pensamento e a forma como se encara este grupo de doentes é outro dos contributos do estudo. Ou seja, os doentes crónicos sempre foram um foco de atenção dos planos de saúde, mas associados ao “peso” que os seus tratamentos e comorbilidades têm para o sistema de saúde *“as doenças crónicas impõem custos elevados em termos humanos, sociais e económicos, impedem que indivíduos e comunidades atinjam o seu potencial e roubam às pessoas o seu futuro(...) redução da produtividade e dos resultados económicos para as empresas e as economias nacionais; custos pra o indivíduo ou para o Sistema de Saúde em termos de diagnóstico, cuidados e tratamentos, e o custo de complicações muitas vezes previsíveis decorrentes da doença crónica”* (Conselho Internacional do Enfermeiros, 2010, pág. 18). Aqui surge uma situação em que este grupo de doentes, pode ser gerador de retorno financeiro, e em simultâneo com benefícios em saúde para os próprios.

Este retorno é mais facilmente perceptível se analisarmos sob o ponto de vista dos diferentes *players*:

Figura 24: Players da diálise em férias



Fonte: baseado em Governo de Portugal, 2014, pág 23

Os contributos para os prestadores de cuidados dirigem-se principalmente as clínicas de hemodiálise uma vez que passam a conhecer o fenómeno da diálise em férias, o que é que o doente espera das clínicas e o que procura. Para além disso, leva ao investimento em equipas e infra-estruturas, assim como à formação das equipas com vista a atingir elevados *standards* da prestação de cuidados que garantem a satisfação do doente. Intrinsecamente associado a isto está o desempenho organizacional e o seu impacto na produção. No que se refere à prestação de cuidados, é importante investir na experiência positiva do doente, com foco na relação, enquanto estratégia diferenciadora.

Figura 26: Variável Hemodiálise do modelo proposto

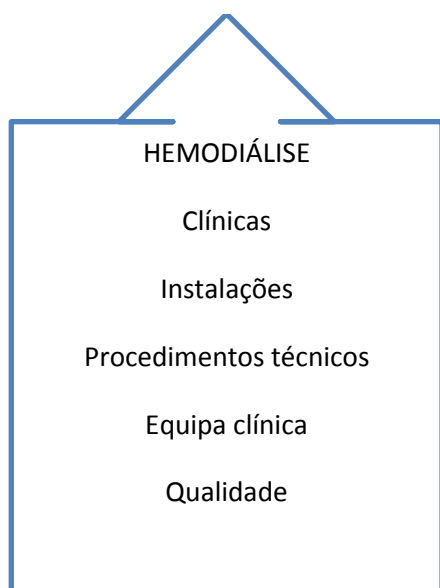
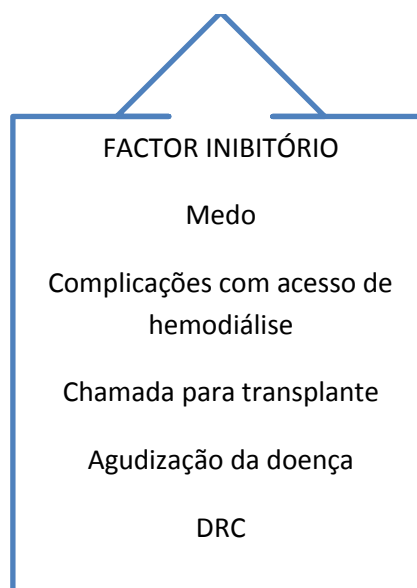


Figura 25: Variável Factor inibitório do modelo proposto



Fonte: elaboração própria

Neste *Player* em particular pode e deve também ser enquadrado os aspectos relacionados com variável hemodiálise e factores inibitórios identificados no modelo. Ou seja, em estudos futuros e mais direccionados poder-se-ia analisar mais de perto qual o peso que cada um dos elementos relacionados com os *factores inibitórios* e a *hemodiálise* têm nos *push and pull factors*. Por exemplo, será que apenas a disponibilidade da clínica no destino de férias (*push factor*) é o essencial para a pessoa ultrapassar o receio (*factores inibitórios*) associado ao facto de fazer o tratamento numa clínica desconhecida? Ou será que, por exemplo,, a existência de certificado de qualidade (*Hemodiálise*) também é importante? Se pensarmos no sentido inverso, ou seja, a pessoa quer apenas umas férias para descansar (*push factor*) e a escolha do destino deve-se pura e exclusivamente a informações que obteve sobre uma determinada clínica e as características da sua equipa, ou por outras palavras, a pessoa não tem em mente um destino em particular sendo essa escolha flexível em função das informações que tem sobre a clínica (*information source*)?

Outra relação possível seria a influência da *Information source* (experiências e referências positivas de outros doentes) e o impacto que tem na desmotivação da doença, por exemplo,, um doente que não viaja porque acha a sua doença limitante ao ouvir entusiasmadamente os seus colegas de tratamento a falar sobre as suas férias poderá incentivá-lo a viajar? Caso assim fosse faria sentido que o marketing assegurasse a partilha de experiências de outros doentes.

Em relação aos fornecedores turísticos a sua participação é fundamental uma vez que eles terão grande força no âmbito dos *pull factor*. Aqui estão incluídas todas as vertentes do transporte, serviços de lazer, hotéis, comércio. Isto por sua vez irá gerar receita e emprego, assim como a aquisição de bens e serviços com as vantagens que daí advêm para os destinos turísticos. Também aqui fica a sugestão na pesquisa de possíveis relações entre os *pull factor* e os *factores inibitórios*. Aqui poderia verificar-se até que ponto o factor língua (*pull factor*) tem relação na variável de factores inibitórios, nomeadamente no que se refere ao medo? O facto da clínica / hotel onde se vai fazer o tratamento os profissionais não falarem a língua terá influência? Como referido no modelo e existente no anexo II existem listagens de clínicas onde estes aspectos são identificados

Os facilitadores são um recente elemento que têm surgindo nesta dinâmica. Aliás alguns relatórios, como o relatório recentemente publicado pelo Governo de Portugal (2014), realça a promoção da criação de mais empresas intermediárias / facilitadoras que garantam a harmonia entre todos os elementos referidos “*o elevado número de intervenientes no mercado do Turismo Médico torna o fluxo de prestação de serviços mais complexo. Neste contexto, ganha relevância o papel dos operadores especializados na intermediação de Turismo Médico*” (2014, pág. 24).

Em relação às outras organizações destaca-se o papel das associações de doentes que ao promoverem um grande de número de actividades diálise em férias, não

só promovem o bem-estar dos seus associados, como também por referênciação positiva, aumentam o seu número de associados. Para além disso irá incutir uma vertente mais dinâmica e participativa destas associações, que muitas vezes sentem dificuldade na forma como se podem relacionar com a sociedade e prestar um serviço de utilidade.

Apesar de no contexto europeu as diálises serem a custo zero, a verdade é que não se pode deixar de pensar que estes doentes estão mais predispostos a situações de doença. Neste sentido, as seguradoras encontram também aqui o seu espaço de trabalho. Num ponto de vista mais amplo o CESD também é amplamente utilizado por estes doentes. Aqui também se pode pensar numa relação entre o custo (*pull factor*) e os *factores inibitórios*, nomeadamente a desmotivação associada à doença. Ou seja, para além das despesas associadas às viagens o facto de o tratamento ter um custo para o doente pode acentuar essa desmotivação?

No âmbito das acreditações e certificações surgem as empresas que garantem o cumprimento de elevados padrões de qualidade nas unidades de saúde, assim como unidades hoteleiras. Estas certificações têm assumido uma importância fundamental na referênciação entre os doentes e, inclusive, entre todos os *players*, mas que por si só não são determinantes na escolha. Hoje em dia, grande número de clínicas apresentam certificados de qualidade, o mesmo se verificando, por exemplo, em unidades hoteleiras. Aqui é evidente a possível correlação entre os *pull factor* e a *variável hemodiálise*, como tal também poderia ser alvo de estudo.

Finalmente, ao pensar no actor principal, ou seja a pessoa com DRC, foi já amplamente referido os benefícios que este comportamento de viajar, gozar férias, frequentemente praticado por pessoas saudáveis, pode ter na melhoria do seu bem-estar físico e mental. Isto terá também um impacto positivo para os seus familiares uma vez que não se sentem presos as condicionantes da doença

crónica do seu familiar. Para além disso, diminui o impacto negativo em saúde, com menor necessidade de cuidados médicos, logo com menos despesa associada à saúde.

Pensamos, transferindo esta análise para outro enquadramento, que esta abordagem poderá também ser pensada para outras doenças crónicas que são mais ou menos incapacitantes. Por sua vez será geradora de retorno, e quem sabe, investir mais em estilos de vida e comportamentos que promovam a saúde e previnam a doença.

5.3 Limitações do estudo

A principal limitação do estudo prende-se sem dúvida com a escassez de informação relativa ao fenómeno da diálise em férias. Nos últimos anos têm surgido mais estudos e dados, mas mais direccionados para o turismo médico em si ou para o turismo de bem-estar.

No que se refere à amostra seria necessário que esta fosse mais volumosa para retirar mais inferências e obter conclusões estatisticamente significativas. Para além disso, à luz dos dias de hoje dever-se-ia ter utilizado, como forma de resposta ao questionário, uma escala de 5 ou de 7 pontos que permitisse fazer um tipo de análise estatística, nomeadamente o teste de consistência interna do questionário e a correlação entre as variáveis. Será uma importante alteração a fazer nos próximos questionários a serem aplicados.

Outra limitação prende-se com o facto da população da amostra ser maioritariamente composta por doentes portugueses, o que não permite

generalizar resultados no que se refere à escolha de Portugal como destino de férias por parte de doentes internacionais.

5.4 Recomendação para futuras investigações

As primeiras recomendações surgem da necessidade de ultrapassar as limitações evidenciadas no ponto anterior e especificamente verificar quais as correlações existentes nos pontos levantados no ponto Contributos do estudo.

Para além disso seria interessante aplicar o mesmo questionário às clínicas de outras empresas prestadoras de cuidados para verificar se há semelhança entre os comportamentos, uma vez que existem empresas que têm actividades de diálise em férias bem desenvolvidas. Os profissionais também seriam um grupo interessante de estudar e conhecer a sua perspectiva. Eventualmente seria possível identificar algumas dissonâncias, ou não, entre o que os profissionais pensam e o que os doentes fazem na realidade e o que valorizam.

Aplicar o questionário noutros países e fazer um cruzamento de dados para, dessa forma desenvolver planos estratégicos que promovessem a diálise em férias em Portugal e para Portugal seria outra fonte de informação riquíssima.

Num âmbito mais alargado a aplicação deste tipo de estudo a outra população portadora de doença crónica seria outra sugestão. Como dito anteriormente, este tipo de estudos permite identificar em que pontos da cadeia de valor este segmento de mercado pode ser gerador de resultados positivos para a economia, e não apenas de despesa, como se tem verificado nos últimos anos.

6. Referências bibliográficas

- BLACK, K – *Travel and dialysis: How can nurses help? Educational supplement. Renal Society of austral asia journal* Vol.5, nº 3, 2009, p. 152 – 154
- BRAUNWALD, Eugene – *Harrison: Manual de Medicina*, 15ª edição. McGrawHill, Brasil, 2002. ISBN 85 86804 29 0
- BURKE, Warner, LITWIN George – *A Casual modelo f Organisation Performance and Change* – *Journal of Management*, Vol. 18, No3, 1992, p.523 - 545
- CABALLERO- DANIEL, Sara; MUGOMBA, Chipo -*Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities - A conceptual framework for entry into the industry. Tourism and hospitality management*. School of business, economics and law. Goteborg University. 2007. Master Thesis
- CARRERA, Percivil, LUNT, Neil – *A European perspective on medical tourism: the need for a knowledge base: International Journal of Health Services, Volume 40, Number 3*, 2010, P. 469–484
- CEGEA -*Estrutura de mercado e performance nos serviços de hemodiálise em Portugal*, 2007
- CHAWANE, T. et al – *Personal change as a key determinant of the outcomes of organisational transformation interventions: SA Journal of Human Resource Management*, Vol. 1 No 3, 2003, p. 62 -76
- CINAR, Sezgi et al – *Stressors and coping strategies in hemodialysis patient: Pak J MedSci* Vol. 25 No. 3, 2009, p. 447 -452

- CONNEL, John – *Medical Tourism: sea, sun, sand and...surgery*” – Tourism Management 2006, 27, p. 1093 – 1100
- CONNEL, John -*Medical Tourism*: CABI, UK, 2011. ISBN-13: 978 1 84593 660 0
- CONSELHO INTERNACIONAL DO ENFERMEIROS – *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica*. 2010. ISBN 978 989 96021 9 9
- CROOKS et al –*What is known about the patient`s experience of medical tourism? A scoping review*. BMC- healthservices research Vol.10, nº266, 2010
- DECRETO DE LEI - Portaria n.º 347/2013 - *Diário da República*, 1.ª série — N.º 231 — 28 de Novembro de 2013
- ECLAC - *Medical tourism: a survey*, 2010
- FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Canada.2006. ISBN: 978 989 8075 18 5
- GARCIA, Luis - *Adaptação do Insuficiente Renal Crónico à Hemodiálise: Contributos do Enfermeiro*, 2001, Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acessível em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9765/5/4140_TM_01_P.pdf (consultado em 12/7/2015)

- GOVERNO DE PORTUGAL - *Relatório do grupo de trabalho interministerial: turismo de saúde*, 2014
- JACKSON, Leonard, BARBER, Diana – *Ethical and sustainable health care tourism development: A primer. Tourism and hospitality research*, 2014, pág. 1-8
- JOHN, Jennifer; THOMAS, Veronica - *The Psychosocial Experience of Patients with End-Stage Renal Disease and Its Impact on Quality of Life: Findings from a Needs Assessment to Shape a Service. ISRN Nephrology*. Volume 2013, Article ID 308986, 2013 pág.1 – 8
- LERTWANNAWIT, A et al – *International Tourists`servisse quality perception and behavioral loyalty toward medical tourism in Bangkok Metropolitan Area - The Journal of applied business research*, 2011, 27 (6) pág. 1- 12
- LUNT et al- *Medical Tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review*, 2011
- LUNT, N., MANNION, R – *Patient mobility in the global marketplace: a multidisciplinary perspective. International journal of health policy and management*. 2014, Vol.2, No 4, p. 155 – 157
- LYON, F., ATHERTON, A - *A business view of clustering: Lessons for cluster development policies* – Foundation for SME development. 2000
- Maine Revised Statutes: *Licensing of end – stage renal disease facilities heading. Hospital and medical care health and welfare*. C. 658, 1997, 2041

- MINTZBERG, H – *The strategy concept I Five P's for strategy*. *California Management Review*. 1978, pág. 11 – 24
- MINTZBERG, H – *The strategy concept II: another look at why organizations need strategies*. *California Management Review*. 1978, pág 25 – 32
- MILES, Raymond et al – *Organizational strategy, Structure, and Process*-*The Academy of Management Review*, Vol. 3, No 3, 1978, pág. 546 - 562
- Norma 017/2011 -*Tratamento conservador médico da Insuficiência renal crônica estágio 5. Direção geral da saúde*.2011
- ONYALI, Innocent - *Triple Bottom Line Accounting And Sustainable Corporate Performance*. *Research Journal of Finance and Accounting* ISSN 2222-1697 Vol.5, No.8, 2014, pág. 195 – 209
- PENGELLY R., *DialysisCruising*. *Nursing BC*, 2006
- PIERRE, et al – *Measuring Organizational Performance: toward methodological best practice*. *Journal of Management*. Vol. 35,nº3. June 2009, p. 718 – 804
- RACHAEL, et al – *Dialysis Modality Preference of Patients with CKD and family caregivers: a discrete – choices study*. *Am J. KidneyDisease* Vol.60, nº1, 2012, p.102 – 111
- RAD, N., SOM, A., ZAINUDDIN, Y. – *Service quality and patients` satisfaction in medical tourism* – *World applied sciences journal* 10 (special issue of tourism and hospitality) – 2010, pág. 24 – 30

- RUNNELS, Vivien; CARRERA, P.M – *Why do patients engage in medical tourism. Maturitas* vol.73, 2012, p.300 – 304
- SERRA et al – *Gestão estratégica: conceitos e prática* – 3ª edição LIDEL, ISBN 978 972 757 606 7, 2012
- SOUSA, Francisco - *Satisfação de Clientes - O Caso de Uma Empresa Industrial* – 2011. Dissertação de Mestrado em Marketing da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/16192/2/Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Clientes_O%20Caso%20de%20Uma%20Empresa%20Industrial.pdf (consultado em 14/7/2015)
- SVENSSON, G – *Re- evaluating the marketing concept* – European business review – 2001, 13 (2), pág. 95 – 101. ISSN 0955534X
- THOMAS, Richard K. – *Marketing Health Services* 2º edition AUPHA, ISBN 978-1-56793-336-9. 2010
- TURISMO DE PORTUGAL -10 produtos estratégicos para o desenvolvimento do turismo em Portugal: saúde e bem-estar, 2006
- UYSAL et al - *Push – Pull dynamics in travel decisions- Handbook of Hospitality Marketing Management*, 2008, capítulo 15
- VICENT et al. -*Medical tourism development in Hong Kong: na assessment of the barriers. Tourism Management* vol.32, 2011,p. 995 – 1005

- WAGLE Suchitra – *Web based medical facilitators in medical tourism: the third party in decision making* – 2013, Indian Journal of medical ethics 10 (1) 28 – 33
- World Health Organization – *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. ISBN 924 156 3249. 2006
- YEOH, Eugene; OTHMAN, Khalifah; AHMAD, Halim - *Understanding medical tourists: Word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools*. *Tourism Management* vol. 34, 2012, p. 196 – 201
- Referências eletrônicas
 - DAVITA (consultado a 25 Junho 2015) disponível em <http://www.davita.com/pt/about-davita/davita-culture/>
 - DIAVERUM – diálise em férias (consultado a 25 Junho 2015) disponível em <http://www.diaverum.com/pt-PT/Dialise-em-ferias/>
 - DIAVERUM (consultado a 25 Junho 2015) disponível em <http://www.diaverum.com/pt-PT/Pagina-Inicial/>
 - DIAVERUM – certificados de qualidade (consultado a 11 de Julho 2015) disponível em <http://www.diaverum.com/pt-PT/Corporate-Menu/Diaverum-Global/Certificacoes-ISO/>
 - FRESENIUS – certificados de qualidade (consultado a 11 de Julho de 2015) disponível em <http://www.fresenius-medical-care.pt/pt/responsabilidade/politica-da-qualidade>

- HOLIDAY DIALYSIS INTERNATIONAL – Fresenius medical care (consultado a 25 Junho 2015) disponível em <http://www.hditravel.com/en/15.htm>
- INFOPÉDIA – Língua Portuguesa. Dicionários Porto Editora. (consultado em 15 de Julho de 2015) disponível em <http://www.infopedia.pt/>
- Plataforma informática da gestão integrada da doença: doença renal crónica (consultado Maio 2015) disponível em <http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>
- Portal da diálise – Nephrocare Santarém tem novas instalações (consultado a 12/7/2015) disponível em <http://www.portaldadialise.com/articles/nephrocare-santarem-tem-novas-instalacoes>
- Portal da diálise – Penafiel inaugura o primeiro centro renal (consultado a 12/7/2015) disponível em <http://www.portaldadialise.com/articles/penafiel-inaugura-o-primeiro-centro-renal>
- SEGURANÇA SOCIAL – Cartão Europeu de Seguro de Doença (Consultado a 13 de Julho de 2015) disponível em <http://www4.seg-social.pt/pedido-cartao-europeu-seguro-doenca>
- VIRTUS VITA (consultado a 25 Junho 2015) disponível em <http://www.virtusvita.com/info/about>
- WIDE HEALTHCARE (consultado a 25 Junho 2015) disponível em <http://www.widehealthcareservices.com/index.php/pt/dialise>

ANEXOS

Anexo I

Brochuras de diálise em férias

Figura 27: Brochuras de diálise em férias de duas empresas que fornecem serviços de hemodiálise

Clínicas más recientes y destinos más populares

CATALUÑA: CENTRO DE DIÁLISIS DEL MARESME

En la localidad de Pineda de Mar muy próxima a la Costa Brava, Diaverum puso en funcionamiento el pasado año en el mes de febrero, este centro que ha supuesto el noveno centro del Grupo en Barcelona. Localizada en una zona industrial de fáciles accesos y muy cerca del casco urbano de la localidad, es una buena opción si desea visitar la Costa Brava.

Pineda del Mar es un destino ideal para sus vacaciones. Se ubica en la Costa del Maresme, muy bien comunicada a mitad de camino entre las ciudades de Barcelona y Girona, en la que destacan sus más de 3 kilómetros de playa amplia y abierta, sus numerosos establecimientos deportivos y su buena comunicación con los grandes centros urbanos de la provincia de Barcelona.



CATALUÑA: CENTRO DE DIÁLISIS MATARÓ

Con varios años de andadura, desde 2000, este centro se encuentra ubicado en la localidad de Mataró a unos 60 km de la ciudad de Barcelona, muy bien comunicada con esta y con su aeropuerto a través de la autopista del Mediterráneo.

Situada en plena comarca barcelonesa del Maresme, Mataró cuenta con un histórico pasado que se remonta a la época romana. Cuenta con un importante y activo puerto deportivo considerado como el más importante de la comarca. Su playa, uno de sus grandes atractivos, cuenta con un amplio paseo marítimo que discurre paralelo a la playa, ofreciendo al visitante excelentes servicios para disfrutar del baño o una gran oferta de deportes náuticos estivales.



OROPESA: CENTRO DE DIÁLISIS DE OROPESA

Puesto en marcha en octubre de 2011, se encuentra ubicado en Oropesa del Mar, Castellón. Con buenas comunicaciones de acceso desde la Autopista del Mediterráneo, este centro cuenta con dos salas de diálisis, y todo lo que un nuevo y moderno centro puede ofrecer.

Muy próximo al complejo turístico de Marina D'Or, y localidades típicamente vacacionales como Peñíscola o Vinaroz, la oferta hotelera y de ocio en la zona es inmejorable. Oropesa del Mar es una villa típicamente mediterránea de la Costa del Azahar. Su buen clima, la belleza natural de sus playas de arena fina, la historia de sus monumentos, el puerto deportivo y el pintoresco Casco Antiguo son algunos de los alicientes que hacen que los visitantes vayan año tras año.

ANDALUCÍA: CENTRO DE DIÁLISIS DE TORREMOLINOS

Fue el primer centro de diálisis que el Grupo puso en funcionamiento en España en 1978 y es en estos momentos el destino preferido de vacaciones para los pacientes de diálisis que visitan nuestras clínicas. Tiene dos salas de diálisis con luz natural y totalmente climatizadas que tener una temperatura adecuada en cualquier momento del año.

En plena Costa del Sol y a sólo 12 km de Málaga, Torremolinos es uno de los destinos elegidos por turistas nacionales y extranjeros para sus vacaciones disfrutando del sol y la playa, casi 7 km. Debido a su situación entre la bahía de Málaga y la Sierra de Mijas, protegiéndolo de los vientos del Norte, Torremolinos goza de un clima típicamente mediterráneo, con suaves temperaturas todo el año.

Discover a whole new World

Take a holiday 'The Freedom Way'

Whether you're thinking about lazing on a beach in the Caribbean, visiting one of Europe's beautiful cities, or you're looking for the hustle and bustle of New York, with a network of worldwide dialysis units we can help you find your perfect holiday destination. Take a look inside for a flavour of what we have to offer.

Our partnership with Millingtons Travel - Leicestershire's Largest Independent Travel Company, allows us to offer our clients the widest choice of holiday options at prices to suit every budget...



Freedom
The Dialysis Holiday Specialists

Holiday Dialysis Destinations

Freedom - The Dialysis Holiday Specialists

Fonte: folhetos recolhidos em clínicas de hemodiálise (2014)

Anexo II

Unidades de diálise e algumas características técnicas

Figura 28: Listagens de clínicas onde aceitam cartão europeu de seguro de doença (EHIC accepted), máquinas de HD existentes (machines used), técnica de punção (single needle / double needle), turnos existentes (shifts) e línguas faladas.

Dialysis Unit	EHIC accepted	Machines used	Single Needle	Double Needle	Shifts	Languages
TENERIFE						
Playa De Las Americas	Yes	Fresenius/Toray	Yes	Yes	MWF	ENG, GER, SPA
Playa Arena	No	Gambro AK 100	Yes	Yes	MTWTFS	ENG, GER, SPA
Puerto De La Cruz	Yes	Fresenius/Toray	Yes	Yes	MTWTFS	ENG, GER, SPA
LANZAROTE						
Hospiten	No	Fresenius	Yes	Yes	MTWTFS	ENG, GER, SPA
Salud Care	No	B Braun	Yes	Yes	MTWYFS	ENG, GER, SPA
GRAN CANARIA						
San Augustin	No	Fresenius	Yes	Yes	MTWTFS	ENG, GER, SPA
FUERTEVENTURA						
Jandia	No	B Braun	Yes	Yes	MTWTFS	ENG, GER, SPA
SPAIN						
Torremolinos	Yes	Gambro AK-95 AK200	Yes	Yes	MTWTFS	ENG, GER, SPA
Torre Del Mar	Yes	Gambro AK-95 AK200	Yes	Yes	MTWTFS	ENG, GER, SPA
Benidorm	Yes	Fresenius 4008 B	Yes	Yes	MTWTFS	ENG, GER, SPA
Marbella	No	Fresenius 4008 S	Yes	Yes	MTWTFS	ENG, GER, SPA
Granada	Yes		Yes	Yes	MTWTFS	ENG, SPA
Benalmadena	No		Yes	Yes	MTWTFS	ENG, SPA
Cadiz	Yes	B Braun/ Baxters	Yes	Yes	MTWTFS	ENG, SPA
Huelva	Yes	Gambro	Yes	Yes	MTWTFS	ENG, SPA, FRE
La Nucia	No	Fresenius/ Gambro	Yes	Yes	MTWTFS	SPA, ENG, GER
BALEARIC ISLANDS						
Mallorca						
Palma	Yes	Gambro AK200	Yes	Yes	TTS	SPA, ENG, GER
Inca	Yes	Gambro AK200	Yes	Yes	MWF	SPA
Manacor	No	Gambro AK200	Yes	Yes	MWF	SPA
Alcudia	No	Gambro AK200	Yes	Yes	MTWTFS	SPA, ENG, GER
Menorca						
Ciudadela	Yes	Gambro AK200	Yes	Yes	TTS	SPA, ENG
ALGARVE						
Faro	Yes	Fresenius 4008E	Yes	Yes	MTWTFS	PORT, ENG
Tavira	Yes	Fresenius 4008E	Yes	Yes	MTWTFS	PORT, ENG
Portimao	Yes	Fresenius 4008E	Yes	Yes	MTWTFS	PORT, ENG
MADEIRA						
Funchal	Yes	Fresenius	Yes	Yes	MTWTFS	PORT, ENG
GREECE						
Crete	Yes*	Fresenius	Yes	Yes	MTWTFS	ENG, GRE
Rhodes	Yes		Yes	Yes	MTWTFS	ENG, GRE

Fonte: disponível em <http://www.docstoc.com/docs/16976194/Dialysis-Unit> (Julho, 2015)

Anexo III

Unidades de diálise certificados de qualidade

Figura 29: Certificados de qualidade de clínica nacional

Certificação

Mais do que palavras, os nossos compromissos para com os doentes e profissionais de saúde são realidades objetivas e comprovadas. É essa a importância da certificação, concretizando para benefício de todos a excelência prometida.



Nas nossas instalações, combinamos e integramos nos processos empresariais, as exigências do Sistema de Gestão Ambiental - ISO 14001:2004 -, resultando esta medida num maior enfoque nas oportunidades de melhoria ambiental.

A nossa atividade tem por base uma gestão cautelosa dos recursos naturais disponíveis, tendo sempre como objectivo a redução do impacto ecológico, através da adoção de boas práticas ambientais, privilegiando a política dos 3 R's (Reduzir, Reutilizar e Reciclar) na gestão dos resíduos.

Clinicas Certificadas:

Amadora (1998), Vila Franca de Xira (1998), Viseu (1998), Braga (1999), Santa Maria da Feira (1999), Entroncamento (1999), Arcos de Valdevez (1999), Almada (2000), Évora (2000), Setúbal (2001), Faro (2002), Abrantes (2003), Guarda (2003), Vila Nova de Gaia (2004), Santarém (2004), Barreiro (2005), Grândola (2005), Coimbra (2006), Maia (2006), Lumiar (2006), Restelo (2007), Alverca (2007), Funchal (2008), Portimão(2008), Seixal (2008), Tavira (2008), Covilhã (2009), Portalegre (2011), Machico (2013).

Fonte: FRESenius informação disponível em <http://www.fresenius-medical-care.pt/pt/responsabilidade/politica-da-qualidade> (Julho/ 2015)

Figura 30: Certificados de qualidade de clínica nacional

Certificações ISO

A qualidade pode ter uma percepção diferente consoante a pessoa. Ainda assim, especialmente no sector de cuidados de saúde, é fulcral que o desempenho seja objectivamente medido e comparável.

Na Diaverum, queremos que o nosso desempenho seja comparável - também internacionalmente. Por este motivo, tanto os nossos centros de diálise como as nossas sedes nacionais são certificadas com as normas ISO 14001 (Norma Internacional para Sistemas de Gestão Ambiental) e ISO 9001 (Norma Internacional para Sistemas de Gestão de Qualidade).

A certificação com a norma ISO 14001 para sistemas de gestão ambiental é particularmente importante para nós, dado que garante que a nossa prática clínica é consistente com as normas ambientais reconhecidas. A certificação ISO 9001 demonstra que mantemos os nossos elevados padrões de qualidade e isso é a nossa orientação. Só os mais elevados padrões de qualidade tornam a Diaverum num dos fornecedores líder em nefrologia e diálise.



Fonte: DIAVERUM informação disponível em <http://www.diaverum.com/pt-PT/Corporate-Menu/Diaverum-Global/Certificacoes-ISO/> (Julho/ 2015)

Anexo IV

Questionário

Instruções de resposta ao questionário:

Este questionário insere-se num estudo que se pretende desenvolver nas clínicas Diaverum no âmbito do Mestrado em gestão de empresas da Enf^a Glória Ribeiro sobre a Diálise em férias. Tem como objectivo identificar as perspectivas e preferências dos mesmos no seu período de férias, e qual o enquadramento das clínicas de hemodiálise nesse período.

Tenha presente que pretendo a sua opinião pessoal e objectiva relativamente ao tema diálise em férias. Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

Este questionário é de natureza confidencial e anónima.

As questões encontram-se do lado esquerdo e o espaço para assinalar ou escrever as respostas estão na coluna do lado direito. Assim que terminar o questionário entregue-o a um enfermeiro da clínica. Demora apenas alguns minutos.

Obrigado pela sua colaboração.

QUESTÕES	RESPOSTAS			
1. Idade				
2. Sexo	masculino	feminino		
3. Nacionalidade				
4. Profissão				
5. Há quantos anos faz hemodiálise?				
6. Antes de fazer hemodiálise com que frequência viajava anualmente?	1/ano	2/ano	3/ano	+4/ano
7. Desde que iniciou os tratamento de hemodiálise, nas suas férias viaja?	<div>menos vezes</div> <div>igual</div> <div>mais vezes</div>			
8. Se viaja menos vezes indique porquê?	<div>a)</div> <div>b)</div> <div>c)</div>			
9. Indique quais os principais motivos para viajar?				
Descanso /laser				
Desporto				
Turismo				

Religião			
Visita a familiares / amigos			
Outros: Quais?			
10. Qual a época do ano preferencial para viajar?			
Época alta			
Época baixa			
Indiferente			
11. Quais os países pelos quais tem preferência para viajar nas suas férias?	a)		
	b)		
	c)		
12. Qual foi o tempo médio de estadia?	Até 1 semana	Até 2 semanas	+2semanas
13. Se um dos destinos das suas férias for Portugal indique quais os fatores o levam a escolher esse destino?			
Clima			
Cultura			
Gastronomia			
Desporto			
História			
Segurança			
Custo			
Religião			
Compras			
Pessoais			
Sugestão de outra pessoas			
Outro. Quais?	a)		

	b)	
	c)	
14. Ao escolher o destino das suas férias tem alguma preferência na clínica de hemodiálise onde vai fazer o tratamento?		
Não, é indiferente desde que tenha uma vaga disponível		
Sim, tem em atenção a clínica onde vai fazer o tratamento		
15. Se respondeu SIM na questão 14 assinale quais os aspectos que tem em consideração:		
Empresa (Diaverum, Fresenius, Pluribus, outras)		
Distância		
Aspecto da clínica		
Equipa médica e de enfermagem		
Equipamentos (máquinas de diálise, técnicas dialíticas, agulhas, filtros, etc)		
Turnos disponíveis		
Fornecimento de lanche		
Clínicas com certificados de qualidade		
Experiência de outros doentes		
Outros		
16. Conhece os programas de diálise em férias existentes nas Clínicas?	Sim	Não
17. Se a resposta à questão 16 for SIM indique:		

Aspectos positivos:	a)
	b)
	c)
Aspectos negativos:	a)
	b)
	c)
18. Indique 4 razões que o levariam a escolher entre um pacote de férias existentes na clínica, do pacote duma agência de viagens a título particular?	a)
	b)
	c)
	d)

**OBRIGADO PELA SUA
COLABORAÇÃO**