

Artigo Original de Investigação

## Satisfação dos doentes portadores de CDI e CRT-D com seguimento remoto

Satisfaction of patients with ICD and CRT-D with remote monitoring

Rafael Pereira<sup>1\*</sup>, Nuno Morujo<sup>1,2</sup>, Nuno Raposo<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Cardiopneumologia, 1350-125, Lisboa, [rafael.manies.pereira@gmail.com](mailto:rafael.manies.pereira@gmail.com), [nmorujo@esscvp.eu](mailto:nmorujo@esscvp.eu), [nuno.raposo@cardiocvp.net](mailto:nuno.raposo@cardiocvp.net)

<sup>2</sup> Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., Serviço de Cardiologia, IC 19, 2720-276, Amadora, [nmorujo@yahoo.com](mailto:nmorujo@yahoo.com)

<sup>3</sup> Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emirados Árabes Unidos, [nuno.raposo@cardiocvp.net](mailto:nuno.raposo@cardiocvp.net)

**Introdução:** A monitorização remota (MR) apresenta diversas vantagens sendo uma delas o aumento do nível de satisfação dos doentes, utilizada como medida para avaliar os programas de seguimento remoto.

**Objetivo:** Avaliar a satisfação dos doentes portadores de CDI ou CRT-D que realizem consulta de monitorização/seguimento remoto.

**Metodologia:** Estudo observacional, descritivo e analítico com componente transversal. A recolha dos dados foi realizada telefonicamente, através da implementação de um questionário validado e adaptado aos objetivos do presente estudo durante o período compreendido entre 11 de março e 4 de abril de 2014. As questões foram essencialmente de resposta fechada, recaindo sobre a perceção e satisfação dos doentes com MR, como nova metodologia de consulta.

**Resultados:** A amostra contou com 54 inquiridos com um tempo médio de MR de  $2.57 \pm 1.63$  anos. 50% dos doentes referiram estar satisfeitos e 38.9% muito satisfeitos com a consulta de MR, sendo que 34 (63%) prefere esta consulta. Para além disso, 31.5% classificam a qualidade como sendo melhor do que na consulta presencial, enquanto 51.9% a classifica como de igual qualidade. Quanto ao sentimento de segurança e confiança, estes estão presentes em 94.4% e 88.9% das respostas dos inquiridos, respetivamente. Por fim, 88.9% dos doentes continuaria, a longo prazo, com a consulta à distância.

**Conclusão:** A maioria dos doentes inquiridos responde estar satisfeita ou muito satisfeita com a consulta de MR. Quando comparada com a consulta presencial, a consulta à distância foi classificada como tendo uma qualidade igual ou superior/melhor. Existe uma enorme aceitação e preferência pelo novo sistema de MR, aliado à consulta

**presencial.**

Introduction: *Remote monitoring (RM) has many advantages such as an improvement in patient satisfaction, which is used as a measure to evaluate these programs.*

Aim/Objective: *Assess ICD or CRT-D patients satisfaction with RM consultation/approach.*

Methods: *An observational, descriptive and analytical study with a transversal component. Data were acquired by using a modified and validated telephone questionnaire during the period between March 11<sup>th</sup> and April 4<sup>th</sup> 2014. The questions were mainly closed, regarding the perception and satisfaction of patients with RM, as a new consultation methodology.*

Results: *The sample included 54 subjects/respondents with a mean RM of  $2.57 \pm 1.63$  years. 50% of the patients were satisfied and 38.9% very satisfied with the RM type of consultation, and 34 (63%) preferred this method. In addition, 31.5% classified it as better in terms of quality, while 51.9% rated both types equal. As for the feelings of security and trust, these were present in 94.4% and 88.9% of the answers, respectively. Finally, 88.9% of the patients would continue with RM in the long term if they could choose.*

Conclusion: *The majority of the patients were satisfied or very satisfied with the consultation by RM. When compared to in-office consultation/visit, the RM consultation was classified as having an equivalent or superior quality. There was a huge acceptance and preference for the new RM system allied to an in-office consultation.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Monitorização remota; cardioversor-desfibrilhador implantável; dispositivo de terapêutica de ressincronização cardíaca; satisfação dos doentes.*

**KEY WORDS:** *Ambulatory monitoring; implantable cardioverter-desfibrillator; cardiac resynchronization therapy device; patient satisfaction.*

Submetido em 14 maio 2015; Aceite em 23 junho 2015; Publicado em 31 julho 2015.

\* **Correspondência:** Rafael Pereira.

**Morada:** 1350-125 Lisboa, Portugal, Av. Ceuta, Edifício Urbiceuta, Piso 6. **Email:** [rafael.manies.pereira@gmail.com](mailto:rafael.manies.pereira@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O alargamento das indicações para a colocação de cardiodesfibriladores implantáveis (CDI) e de dispositivos de ressincronização cardíaca (CRT, do inglês, *cardiac resynchronization therapy*) proporcionou um aumento no número de doentes com este tipo de dispositivos<sup>1-3</sup>, provocando uma sobrecarga nos recursos humanos e logísticos dos hospitais<sup>3,4</sup>. Para além disso, o seguimento após a sua implantação é imprescindível, permitindo a monitorização do funcionamento destes dispositivos

e das condições do doente<sup>5</sup>, devendo ser seguidos com intervalos de três a seis meses<sup>6</sup>. Surgiu assim, a monitorização remota (MR), com o objetivo de promover a melhoria da prestação de cuidados, tanto para os doentes como para os profissionais e instituições de saúde<sup>7</sup>. Estas vantagens, de um modo geral, passam essencialmente pela redução do número de visitas hospitalares<sup>8</sup> e dos custos associados ao seguimento presencial<sup>9</sup>, e pelo aumento da segurança<sup>10</sup> e satisfação dos doentes<sup>11</sup>. O conceito de satisfação é de difícil definição, dado o

seu conteúdo subjetivo e variabilidade interindividual. Apesar disso, este é utilizado como ferramenta para a avaliação da melhoria dos cuidados de saúde, sendo considerado umas das prioridades do plano nacional de saúde de 2011-2016<sup>12</sup>.

De acordo com o estudo de Dressing e colegas citado por Theuns e colegas<sup>13</sup>, 93% a 97% dos doentes apresentam-se satisfeitos com o sistema de MR. Quanto à literatura nacional, Lopes<sup>7</sup> verificou, através da aplicação de um questionário, que 70% dos inquiridos encontravam-se satisfeitos e 30% muito satisfeitos com a metodologia de MR. Para além disso, a aceitabilidade desta metodologia parece ter ficado comprovada com a preferência da consulta à distância em cerca de 67.4% dos doentes, ao invés da consulta presencial. Os níveis de satisfação estudados, de um modo geral, correspondem a investigações estrangeiras, havendo por este motivo uma lacuna no que diz respeito à avaliação da satisfação a nível nacional. Esta avaliação torna-se fulcral dado que as medidas usadas para avaliar os programas de seguimento remoto passam essencialmente pela avaliação da satisfação dos doentes<sup>9</sup>. Assim, possibilita de uma forma generalizada aos diversos serviços, perceber a satisfação dos doentes com a nova metodologia de consulta sendo um contributo para a literatura nacional.

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar a satisfação dos doentes portadores de CDI ou CRT-D que realizem consulta de monitorização/seguimento remoto. Secundariamente pretende-se comparar a aceitação da implementação do novo sistema de monitorização/seguimento remoto de CDI e CRT-D, face ao seguimento presencial, e avaliar se, para o doente, a qualidade da nova metodologia de consulta é superior à do seguimento presencial.

## METODOLOGIA

### Desenho de estudo

Desenhou-se um estudo observacional, descritivo e

transversal. A recolha dos dados foi realizada telefonicamente através da implementação de um questionário validado<sup>7</sup> e adaptado aos objetivos do presente estudo. Para tal, procederam-se às seguintes adaptações: (i) mantiveram-se as questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica; (ii) no indicador da caracterização clínica foram descartadas todas as questões relacionadas com a ansiedade, mantendo-se apenas as informações técnicas dos dispositivos; (iii) quanto às restantes questões relacionadas com a satisfação e preferência das diferentes metodologias de seguimento foram todas mantidas exceto as que pretendiam caracterizar o nível de ansiedade. Os dados foram recolhidos durante o período compreendido entre 11 de março e quatro de abril de 2014. Por ser um questionário validado, testado numa população semelhante, revisto e baseado na literatura mais recente, foi excluída a necessidade de realização de um pré-teste. A amostra foi extraída da base de dados de doentes que dispõem de consulta de MR, de um hospital distrital localizado na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Foram incluídos os doentes portadores de CDI ou CRT-D com MR associada aos sistemas disponíveis (Home Monitoring™ - Biotronik®; CareLink Network™ - Medtronic®; Latitude Patient Management system™ - Boston Scientific®) e que tivessem o equipamento de comunicação remota instalado no domicílio. Paralelamente, excluíram-se os doentes que tivessem recusado participar no estudo, que não atendessem o telefone a pelo menos dois contactos em dias distintos, assim como, aqueles que tivessem incapacidade de compreensão do questionário. Importa salientar que na presença de algum dos critérios de exclusão, os doentes apenas eram excluídos de participar no estudo, não comprometendo assim, a sua continuação com o sistema de MR.

Inicialmente, foram selecionados para contacto telefónico 69 doentes, presentes na base de dados selecionada, que cumpriam os critérios de inclusão. Destaca-se que o preenchimento do questionário foi realizado sempre pela mesma pessoa. Inicialmente era explicado o fundamento e objetivo do estudo e,

após consentimento em participar, era efetuado o questionário na forma verbal. Através da implementação deste questionário foi possível recolher informações, de uma forma sistematizada, através de questões essencialmente de resposta fechada, sobre a perceção e satisfação dos doentes com a MR, como nova metodologia de consulta. Apenas numa questão o doente podia selecionar mais do que duas opções, sendo as restantes quatro de resposta aberta, correspondendo a três variáveis numéricas e uma referente à freguesia de residência. Foi dado lugar à colocação de dúvidas, assim como ao esclarecimento das mesmas, caso estivessem relacionadas com a incompreensão/dificuldade na compreensão da questão. Sucintamente, o questionário incluiu questões relacionadas com características sociodemográficas, relação profissional/doente, satisfação com a assistência prestada, validade e segurança do sistema e qualidade do serviço, percecionadas pelo doente. Assim, dos 69 doentes selecionados resultou uma amostra final constituída por 54 doentes, após a aplicação dos critérios de exclusão (12 doentes que não atenderam a pelo menos duas tentativas de contacto e um doente com demência) ou de outras adversidades (um falecimento e um doente hospitalizado).

## Operacionalização da medição

Para facilitar a compreensão do questionário por parte dos doentes, foi utilizada a sigla CDI como designação ao conjunto de cardiodesfibriladores implantáveis, abrangendo ambos os tipos de dispositivos (CDI e CRT-D). Quanto à caracterização sociodemográfica foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, género, residência, habilitações literárias, situação económica, situação perante o emprego, acompanhamento às consultas, bem como o meio de transporte utilizado para se deslocar às consultas no hospital.

Visando a obtenção de algumas informações técnicas, os doentes foram questionados acerca do tempo de implante do dispositivo e tempo do comunicador no domicílio.

Para avaliar a satisfação com a nova metodologia de consulta foram usadas as variáveis: clareza da informação, qualidade de informação transmitida, taxa moderadora, acessibilidade, tempo de resposta, grau de satisfação, qualidade de serviço, preferência de seguimento, segurança, confiança e continuidade de seguimento. Para as variáveis segurança e confiança foi explicado a todos os doentes o que era pretendido com a questão. Assim sendo, quando inquiridos acerca do seu sentimento de segurança, pretendia-se averiguar se o doente tem ou não a perceção de que o sistema de MR tem a potencialidade de detetar eventos cardíacos e/ou outras adversidades do dispositivo, ou seja, se é ou não seguro. Para a questão relacionada com a confiança, perguntou-se ao doente se está convicto de que os seus parâmetros, e do seu dispositivo, estão a ser processados e analisados por algum profissional de saúde. Estas duas questões foram incluídas com o intuito de potencializar os resultados referentes aos conceitos de aceitação, no caso da primeira, e de qualidade, no caso da segunda.

## Processamento dos dados

Os dados recolhidos foram introduzidos numa folha de Microsoft Excel® e posteriormente convertidos e estatisticamente analisados com recurso ao pacote estatístico IBM® SPSS® Statistics version 20.0. Para um maior rigor no que diz respeito à variável distância, foram calculadas as distâncias em quilómetros (Km) da freguesia de residência até ao hospital, com recurso à ferramenta Google Maps. Assim, foi calculada a distância do ponto médio de cada freguesia ao mesmo hospital, no trajeto efetuado em automóvel. Deste modo, criou-se uma nova variável designada como “Distribuição geográfica”.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, tanto por contagens como por percentagens. Sempre que necessário, foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão: média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo e máximo.

Algumas opções de resposta foram agrupadas devido ao número de categorias iniciais ter sido demasiado

vasto, tendo levado a um grau de pormenor que não se apresentava objetivo para o tratamento dos dados e obtenção de conclusões. Foram realizadas associações estatísticas (cruzamento de variáveis) de todas as variáveis, sendo apresentadas posteriormente, nos resultados, aquelas que se apresentassem relevantes para a inferência de conclusões acerca da satisfação e preferência por parte dos doentes. Para análise de diferenças estatisticamente significativas, foi aplicado o teste exato de Fisher considerando-se um nível de significância de 0.05. Este teste não paramétrico possibilitou a comparação de duas amostras independentes de pequenas dimensões, quanto a uma variável nominal dicotómica. Por fim, os resultados são apresentados em tabelas de contingência 2x2. Os valores descritos em diante são expressos em n (%) para as variáveis categóricas.

## RESULTADOS

### Análise descritiva

A amostra foi constituída por 54 doentes maioritariamente do género masculino [49 (90,7%)]. A idade média e desvio padrão foi de  $61 \pm 13$  anos e quanto à distribuição geográfica, os doentes residiam a, aproximadamente,  $10.09 \pm 6.84$  Km do hospital. O ensino básico correspondeu à habilitação literária mais frequente, ocorrendo em 27 (50%) dos casos. Estes valores e os referentes à situação económica, dispensa no trabalho, necessidade de acompanhante, ou do mesmo necessitar de dispensa no trabalho, e o meio de transporte encontram-se descritos na Tabela 1.

Foram recolhidas as informações relativas ao tempo de implante do CDI versus o tempo de seguimento remoto (Tabela 2). Salienta-se que o tempo médio de implante do CDI foi superior ao tempo médio do comunicador no domicílio ( $4.61 \pm 3.77$  anos vs.  $2.57 \pm 1.63$  anos).

A qualidade da informação transmitida ao doente foi avaliada de duas formas distintas através de duas questões: (i) uma acerca da clareza da informação

referente ao esclarecimento dos fundamentos do seguimento remoto aquando da aceitação e (ii) uma outra relacionada com a informação transmitida remotamente sobre as condições do dispositivo/doente (consulta à distância). Quanto à primeira, o esclarecimento foi classificado como suficiente por 35 (64.8%) doentes. Para a segunda questão, 38 (70.4%) indivíduos referem que a transmissão dos parâmetros relacionados com a condição do dispositivo implantado foi suficiente. Uma grande parte [23 (42.6%)] dos doentes referiu que o pagamento da taxa moderadora, para a consulta à distância, não é adequado. No que respeita à variável acessibilidade, foi perceptível que o acesso aos profissionais de saúde oscila entre Igual [26 (48.1%)] e Facilitado [24 (44.4%)], quando comparado com o seguimento apenas presencial. Quanto ao tempo de resposta foi atribuída maioritariamente a classificação de Suficiente [43 (79.6%)]. Relembrando que o objetivo principal do presente estudo é avaliar a satisfação dos doentes portadores de CDI ou CRT-D verificou-se que 88.9% dos doentes estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a consulta de MR [27 (50%) e 21 (38.9%), respetivamente] (Tabela 3).

De acordo com a satisfação verificada, 34 (63%) doentes preferem a consulta à distância quando comparada com a consulta presencial. Destes, pediu-se que justificassem a escolha anterior com base em uma ou mais opções disponíveis no questionário. Obteve-se a justificação Menos idas ao hospital em 25 (70.5%) dos 34 doentes referidos. Por outro lado, os restantes 20 doentes que preferem a consulta presencial fundamentam a sua escolha pelo contacto direto com o profissional de saúde [11 (55%)] e por se sentirem mais vigiados [9 (45%)]. Dando resposta a um dos objetivos secundários da presente investigação, os inquiridos referem que a qualidade do serviço é igual ou melhor face à consulta presencial. Para além disso, registaram-se elevados níveis de confiança e segurança com esta metodologia de consulta, sendo que os doentes afirmam querer continuar com a consulta à distância a longo prazo (Tabela 4).

### Análise de associações estatísticas

Os resultados das associações estatísticas realizadas entre o acesso aos profissionais de saúde e as diferentes variáveis estão descritos na Tabela 5. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no cruzamento com a idade ( $p=0.023$ ), tempo de resposta ( $p=0.023$ ), grau de satisfação ( $p=0.010$ , através do Qui-Quadrado), qualidade da consulta à distância ( $p=0.012$ ) e para a continuidade com o sistema de MR ( $p=0.010$ , através do Qui-Quadrado). Globalmente, os doentes classificaram o acesso aos profissionais de saúde como igual ou facilitado independentemente da idade. Neste sentido, as diferenças encontram-se ao nível do grupo etário entre os 22 anos e os 64 anos, visto nenhum indivíduo ter identificado como dificultado o acesso aos profissionais de saúde. As diferenças verificadas no tempo de resposta encontram-se justificadas nos oito doentes que classificaram o acesso aos profissionais de saúde como Igual ou Facilitado, apesar de o tempo de resposta, na sua opinião, ser insuficiente. Para as variáveis satisfação, qualidade e continuidade da consulta de MR, que obtiveram significado estatístico, as diferenças devem-se a resultados díspares com o logicamente dedutivo. Assim, destaca-se que os doentes classificaram o acesso como sendo igual ou facilitado apesar de: (i) estarem insatisfeitos ou pouco satisfeitos [4 (66.7%)]; (ii) afirmarem que a qualidade é pior [6 (66.7%)]; e (iii) não quererem continuar com a MR a longo prazo [4 (66.7%)].

Determinaram-se as associações estatísticas entre o grau de satisfação com a consulta à distância e as restantes variáveis (Tabela 5). Aqui, encontraram-se diferenças significativas para o tempo de implante ( $p=0.018$ ), informação sobre a realização da consulta ( $p=0.035$ , através do Qui-Quadrado), tempo de resposta ( $p=0.012$ ) e qualidade da consulta à distância ( $p=0.005$ ). Dos 48 doentes que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a consulta à distância, realçam-se os cinco que classificaram a qualidade desta como Pior face à consulta presencial.

Na associação da variável correspondente à preferência de tipo de seguimento com as restantes, não se verificaram quaisquer associações estaticamente significativas.

De forma a justificar a preferência da consulta à distância face à presencial, cruzaram-se individualmente as quatro diferentes opções de resposta (Menos idas ao hospital, Mais económico, Não estou à espera de ser atendido e Sinto-me mais vigiado) com as restantes variáveis (Tabela 6). Quanto à primeira, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas com a variável distância ( $p=0.031$ ) e necessidade de dispensa no trabalho ( $p=0.017$ ). Para a segunda, verificaram-se diferenças apenas ao nível da distância ( $p=0.004$ ). Para a opção - Não estou à espera de ser atendido - as diferenças foram percecionadas ao nível da idade ( $p=0.035$ ), habilitações literárias ( $p=0.018$ ) e meio de transporte ( $p=0.043$ ). Por fim, quanto à opção - Sinto-me mais vigiado - foram encontradas diferenças para a distância ( $p=0.004$ ) e necessidade de dispensa no trabalho ( $p=0.044$ , através do Qui-Quadrado).

Também foram realizados cruzamentos bivariáveis com a classificação da qualidade do serviço de consulta à distância face à presencial (Tabela 7). Comprovaram-se diferenças estatisticamente significativas para a informação da realização da consulta à distância ( $p=0.014$ ), segurança ( $p=0.020$ , através do Qui-Quadrado), confiança ( $p=0.017$ , através do Qui-Quadrado) e continuidade com a consulta de seguimento remoto ( $p=0.005$ ).

## DISCUSSÃO

A amostra recolhida foi predominantemente do género masculino (90.7%), pelo que não foi encontrada qualquer associação estatística com esta variável. Seria necessária uma amostra mais equitativa, ao nível desta variável, para se poderem inferir conclusões sobre a variável género na preferência dos doentes.

O fator distância entre a residência e o hospital prende-se com o facto de os custos com as deslocações ao hospital poderem influenciar a satisfação dos doentes. Existem estudos que demonstram que a redução significativa destes custos, de uma forma objetiva, é apenas verificada para uma distância superior ou igual a 100 Km<sup>9</sup>.

Talvez por este motivo não foram encontrados resultados significativos, que sugerissem que os doentes mais distantes do hospital estivessem mais satisfeitos do que os que se encontram mais perto. Estes resultados possivelmente devem-se ao facto de a amostra estar maioritariamente (87%) a menos de 16.4 Km do hospital. Adicionalmente, o meio de transporte mais utilizado foi a viatura própria, correspondendo a 70.4% dos indivíduos da amostra.

De ressaltar que o tempo de implante do dispositivo cardíaco foi superior ao tempo do comunicador no domicílio (tempo de MR), indicando que a maioria dos doentes não efetua MR desde a data de implante. Este dado poderá tornar-se importante relativamente à comparação entre o período de seguimento apenas presencial com o seguimento intercalado entre presencial e através de MR, permitindo a avaliação e comparação deste último. Quanto à distribuição da amostra perante as variáveis situação económica e necessidade de dispensa no trabalho não foi possível avaliar a sua influência na preferência de metodologia de consulta. Este facto justifica-se por grande parte dos elementos da amostra se encontrar aposentado (64.8%) e não necessitar de dispensa no trabalho (79.6%).

Custódio dos Santos e colegas<sup>14</sup> afirmam/defendem que o grau de satisfação dos doentes e, até mesmo a sua adesão a novas metodologias de tratamento ou seguimento, encontra-se intrinsecamente relacionado com a comunicação direta com os profissionais de saúde. Este facto pode justificar o número de doentes que diz não ser suficiente a informação prestada telefonicamente sobre o estado e funcionamento do CDI (consulta à distância). Para além disso, Gramegna e colegas<sup>15</sup> referem no seu estudo que a maioria dos doentes, apesar de satisfeitos, diz sentir a falta da avaliação clínica presencial. Embora esta possa ser uma justificação, o presente estudo revela que a maioria dos doentes classifica o acesso aos profissionais de saúde como igual (48.1%) ou facilitado (44.4%) quando comparado com a consulta presencial.

Perante o objetivo principal da presente investigação, o resultado é bastante evidente. Concluiu-se que

88.9% dos doentes está satisfeito ou muito satisfeito com a consulta de MR, 50% e 38.9%, respetivamente. Diversos estudos suportam esta afirmação. Marzegalli e colegas<sup>16</sup> concluíram que a satisfação com o sistema CareLink™ era elevada tanto para os doentes como para os profissionais de saúde. Dois anos mais tarde, um estudo com o comunicador Home Monitoring™ também obteve elevados graus de satisfação<sup>17</sup>, assim como obtiveram, Joseph e colegas<sup>18</sup> num estudo que abrangeu os diversos equipamentos existentes no mercado. Quantitativamente, Petersen e colegas<sup>19</sup> mostraram que 95% dos inquiridos estavam satisfeitos com a MR. Quanto ao estudo de Lopes<sup>7</sup>, do qual foi adaptado o questionário da presente investigação, os níveis de satisfação foram ligeiramente superiores, obtendo-se 70% de doentes satisfeitos e 30% muito satisfeitos.

Quanto aos objetivos secundários, comparando a aceitação da implementação do novo sistema de MR face ao seguimento presencial, concluiu-se que a maioria dos doentes (63%) prefere a consulta à distância. Estes resultados foram idênticos aos obtidos por Lopes<sup>7</sup>, correspondendo a 65.8% no seu estudo. Por ordem decrescente, os doentes dizem preferir a consulta à distância face à presencial, por proporcionar menos idas ao hospital (73.5%), ser mais económico (57.1%), não estarem à espera de serem atendidos (50%) e sentirem-se mais vigiados (42.9%). Quanto aos 20 (37%) doentes que preferem a consulta presencial, as respostas dividem-se equitativamente entre a preferência do contacto direto com os profissionais de saúde (55%) e a sensação de ficarem mais tranquilos (45%). Num estudo<sup>20</sup> realizado no Porto, a observação direta pelo médico e o contacto direto com os profissionais de saúde foram as causas apontadas por 53.3% dos doentes para preferirem a consulta presencial. No que diz respeito ao outro objetivo secundário de avaliar se, para o doente, a qualidade da nova metodologia de consulta é superior à do seguimento presencial, foi perceptível que a consulta de MR é classificada como sendo igual (51.9%) ou melhor (31.5%) do que a do seguimento presencial. Estes resultados mostram ser bastante idênticos aos verificados por Lopes<sup>7</sup>, estudo no qual 68.4% classificou como igual e 29% como melhor.

Os resultados obtidos, ao nível da preferência de metodologia de consulta à distância quando comparada com a consulta indo ao hospital, encontram-se intrinsecamente relacionados com os elevados níveis de satisfação verificados. Adicionalmente, foi interessante perceber que existe uma discrepância entre o número de doentes que diz preferir a consulta à distância (63%) e aqueles que escolheriam continuar com o sistema de MR a longo prazo [48 (88.9%)]. Assim, conclui-se que existe um conjunto de doentes que, apesar de preferir a consulta presencial, continuaria com o sistema de MR. Talvez esta discrepância se encontre relacionada com os elevados níveis de confiança (88.9%) e segurança (94.4%), dado não se ter verificado quaisquer tipos de associações estatísticas com as restantes variáveis.

Ao nível do cruzamento das diversas variáveis com o acesso aos profissionais de saúde verificou-se, por exemplo, que todos os doentes do grupo etário mais jovem classificaram o acesso como igual ou facilitado. Importa também salientar os doentes que apresentam discrepância na sua avaliação da consulta de MR. Estes, na sua maioria, classificam o acesso aos profissionais de saúde como igual ou facilitado, apesar de: (i) o tempo de resposta ser insuficiente; (ii) estarem insatisfeitos ou pouco satisfeitos com a MR; (iii) classificarem a qualidade da consulta de MR como pior; ou (iv) escolherem ser seguidos, a longo prazo, através de consulta presencial. Como anteriormente referido nos resultados, foram encontradas diferenças significativas ( $p=0.005$ ) entre a qualidade da consulta à distância e o grau de satisfação com a mesma. Apesar de classificarem a qualidade como pior, cinco doentes encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o sistema de MR. Perceciona-se que os doentes insatisfeitos com alguma particularidade deste tipo de serviço têm a consciência que esta metodologia de consulta facilita o acesso aos profissionais de saúde.

Face ao estudo dos diversos motivos de preferência da consulta à distância e as restantes variáveis, observou-se que, curiosamente, foram os doentes mais próximos do hospital que referiram preferir a consulta à distância por proporcionar menos idas ao

hospital. No mesmo sentido, os doentes que necessitam de pedir dispensa no trabalho, na sua maioria, não escolhem esta opção como motivo de preferência. Na análise da literatura existente não se encontraram justificações plausíveis para estes achados. Quanto ao motivo de a consulta à distância ser mais económica do que a presencial, também se obtiveram diferenças significativas. Contudo, estas não se mostraram relevantes, pois foram os doentes mais próximos do hospital que referiram preferir este método de consulta por ser mais económico. Apesar disso, é plausível que os achados acima descritos possam ser justificados pelos factos citados a partir dos estudos de Fauchier<sup>9</sup> que referem que as vantagens económicas apenas se verificam para distâncias projetadas acima dos 100 Km. Por não estarem à espera de serem atendidos, foram os doentes mais jovens que justificaram preferir a consulta à distância. Esta associação pode ser justificada com base no descrito por Hearnshaw e colegas<sup>21</sup>, em que os doentes mais idosos ou aqueles que são seguidos há mais tempo vão adquirindo o fator hábito referente aos tempos de espera para consultas e/ou tratamentos. Este achado pode ser também justificado pelo facto dos doentes mais idosos estarem reformados e, por isso, geralmente dispõem de mais tempo e menos preocupações horárias. Trata-se de uma habituação à rotina de uma consulta hospitalar que, adicionando ao estabelecimento de uma relação com a equipa de profissionais de saúde, podem justificar estes resultados. Outro estudo<sup>20</sup> aponta para que a preferência pela consulta de seguimento presencial desaparece para tempos de espera superiores ou iguais a 37 minutos e 30 segundos. Para além disso, foi encontrado que 85.7% dos doentes que utilizam outros tipos de transporte que não viatura própria escolheram a opção - Não estou à espera para ser atendido. Não havendo justificação descrita na literatura para este achado, parte-se do pressuposto que a escolha deste motivo prende-se com o facto de, geralmente, a deslocação em transportes públicos ser mais demorada e sujeita a horários. Por fim, a totalidade dos doentes que estão mais distantes do hospital referiram sentirem-se mais vigiados. Estes achados são consensuais com os obtidos relativamente à segurança e confiança com o sistema

de MR, estando em consonância com a literatura de Ricci e colegas<sup>17</sup>. Lopes<sup>7</sup> identificou que os doentes com tempos de MR mais recentes são aqueles que se sentem mais vigiados, contudo, na presente amostra, tal não foi verificado.

Foi possível constatar que tanto a informação da realização da consulta à distância, como a segurança e a confiança com o sistema são razões que influenciam a classificação da qualidade do serviço. Hearnshaw e colegas<sup>21</sup> assim como Rahmqvist e Bara<sup>22</sup> concluíram que a idade é um fator determinante na classificação da qualidade dos serviços de saúde, afirmando que são os doentes mais idosos os que classificam mais positivamente os serviços de saúde. Tal resultado não foi encontrado na presente investigação.

A principal limitação deste estudo foi a subjetividade implícita na avaliação de conceitos como satisfação, aceitação, preferência e qualidade, assim como a diferente percepção de cada doente face a cada pergunta. Contudo, esta pode ter sido minimizada pelo facto de os dados terem sido recolhidos telefonicamente, possibilitando o esclarecimento de dúvidas. No que se refere à variável do motivo de preferência da consulta à distância, da qual os doentes podiam escolher mais do que uma opção, poderia ter sido pedido, ao invés da seleção dos motivos presentes, que ordenassem por ordem decrescente de preferência. Esta medida poderia ter possibilitado a conclusão de qual o motivo que os doentes apontam como sendo o mais importante. Outra limitação prende-se com a dimensão da amostra ser de apenas 54 doentes, o que impossibilitou a obtenção de diferenças estatisticamente significativas em diversas variáveis, por existir pouca homogeneidade entre as diversas categorias de variável. Apesar disso, é de salientar que os mesmos foram retirados de um grupo de 69 doentes, tendo por isso uma representatividade de 78.3%. Apesar de não ser objetivo do estudo, fica ainda a lacuna na literatura nacional da satisfação referente ao seguimento remoto por parte na perspectiva/percepção dos profissionais de saúde.

## CONCLUSÃO

Foi possível verificar a existência de várias diferenças entre a MR e a consulta presencial, sendo as mais relevantes: (i) os doentes mais novos classificarem o acesso aos profissionais de saúde como melhor ou igual, face ao mesmo sem a presença de MR e (ii) os doentes que residem a uma maior distância do hospital preferirem a consulta de MR, justificando sentirem-se mais vigiados.

Os resultados obtidos são bastante evidentes no que diz respeito à avaliação da satisfação dos doentes portadores de CDI ou CRT-D e que realizam consulta de MR. A maioria dos doentes atribui os graus Satisfeito e Muito satisfeito quando inquiridos nesse sentido. Foi possível constatar, ao comparar a consulta presencial com a consulta à distância, que esta última é classificada como tendo qualidade igual ou superior. Para além disso, destaca-se a existência de uma enorme aceitação para a implementação do novo sistema de MR aliado à consulta presencial, dada a preferência de a maioria dos doentes ser a MR. Intrinsecamente relacionados poderão estar os elevados níveis de confiança e segurança percecionados com o seguimento remoto.

Estes resultados aumentam a evidência, especialmente a nível nacional, relativamente à avaliação realizada por existirem ainda poucos estudos neste âmbito.

## REFERÊNCIAS

1. Brignole, Auricchio, Baron-Esquivias, et al. 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: The Task Force on cardiac pacing and resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC). Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association (EHRA). *Europace* [periódico online]. 2013 [citado 2015 Mai 14]; 15: 1070–118. Disponível em: <http://europace.oxfordjournals.org/content/europace/15/8/1070.full.pdf>
2. Epstein, DiMarco, Ellenbogen, et al. ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for device-based therapy of cardiac rhythm abnormalities. A report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the ACC/AHA/NASPE 2002

- Guideline Update for Implantation of Cardiac Pacemakers and Antiarrhythmia Devices). Developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery and Society of Thoracic Surgeons. JACC [periódico online]. 2008 [citado 2015 Mai 14]; 51: e1–e62. Disponível em: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleID=1138927>
3. Reynolds de Sousa. Monitorização remota de doentes com dispositivos cardíacos eletrónicos implantáveis [Online]. Dissertação de Mestrado em Medicina. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; 2012 [citado 2015 Mai 14]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/66166>
4. Nielsen, Kottkamp, Zabel, et al. Automatic home monitoring of implantable cardioverter defibrillators. Europace [periódico online]. 2008 [citado 2015 Mai 14]; 10: 729–35. Disponível em: <http://europace.oxfordjournals.org/content/europace/10/6/729.full.pdf>
5. Wilkoff, Auricchio, Brugada, et al. HRS/EHRA Expert Consensus on the Monitoring of Cardiovascular Implantable Electronic Devices (CIEDs): Description of techniques, indications, personnel, frequency and ethical considerations. Developed in partnership with the Heart Rhythm Society (HRS) and the European Heart Rhythm Association (EHRA); and in collaboration with the American College of Cardiology (ACC), the American Heart Association (AHA), the European Society of Cardiology (ESC), the Heart Failure Association of ESC (HFA), and the Heart Failure Society of America (HFSa). Endorsed by the Heart Rhythm Society, the European Heart Rhythm Association (a registered branch of the ESC), the American College of Cardiology, the American Heart Association. Europace [periódico online]. 2008 [citado 2015 Mai 14]; 10: 707–25. Disponível em: <http://europace.oxfordjournals.org/content/europace/10/6/707.full.pdf>
6. Burri, Senouf. Remote monitoring and follow-up of pacemakers and implantable cardioverter defibrillators. Europace [periódico online]. 2009 [citado 2015 Mai 14]; 11: 701–9. Disponível em: <http://europace.oxfordjournals.org/content/europace/11/6/701.full.pdf>
7. Lopes. Qualidade e satisfação do sistema de seguimento à distância de cardioversores-desfibrilhadores implantáveis [Online]. Dissertação de Mestrado em Segurança do doente. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2012 [citado 2015 Mai 14]. Disponível em: <http://run.unl.pt/handle/10362/10074>
8. Heidbüchel, Lioen, Foulon, et al. Potential role of remote monitoring for scheduled and unscheduled evaluations of patients with an implantable defibrillator. Europace [periódico online]. 2008 [citado 2015 Mai 1]; 10: 351–7. Disponível em: <http://europace.oxfordjournals.org/content/europace/10/3/351.full.pdf>
9. Fauchier, Sadoul, Kouakam, et al. Potential cost savings by telemedicine-assisted long-term care of implantable cardioverter defibrillator recipients. PACE. 2005; 28: S255–S259.
10. Varma, Epstein, Irimpen, Schweikert, Love. Efficacy and safety of automatic remote monitoring for implantable cardioverter-defibrillator follow-up: The lumos-T safely reduces routine office device follow-up (TRUST) trial. Circulation [periódico online]. 2010 [citado 2015 Mai 14]; 122: 325–32. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/4/325.full.pdf+html>
11. Dougherty, Thompson, Lewis. Long-term outcomes of a telephone intervention after an ICD. PACE. 2005; 28: 1157–67.
12. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Versão resumo [página inicial na Internet]. c2013 [citado 2015 Mai 14]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>
13. Theuns, Res, Jordaens. Home monitoring in ICD therapy: Future perspectives. Europace [periódico online]. 2003 [citado 2015 Mai 14]; 5: 139–42. Disponível em: <http://europace.oxfordjournals.org/content/europace/5/2/139.full.pdf>
14. Custódio dos Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, Gomes. Comunicação em saúde e a segurança do doente: Problemas e desafios. Rev Port Saúde Pública [periódico online]. 2010 [citado 2015 Mai 14]; 10: 47–57. Disponível em: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13189858&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=323&ty=115&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=323vVol%20Temat\(10\)n00a13189858pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13189858&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=323&ty=115&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=323vVol%20Temat(10)n00a13189858pdf001.pdf)
15. Gramegna, Tomasi, Gasparini, et al. In-hospital follow-up of implantable cardioverter defibrillator and pacemaker carriers: Patients' inconvenience and points of view. A four-hospital Italian survey. Europace [periódico online]. 2012 [citado 2015 Mai 14]; 14: 345–50. Disponível em: <http://europace.oxfordjournals.org/content/europace/14/3/345.full.pdf>
16. Marzegalli, Lunati, Landolina, et al. Remote monitoring of CRT-ICD: The multicenter Italian CareLink evaluation - Ease of use, acceptance, and organizational implications. PACE. 2008; 31:1259–64.
17. Ricci, Morichelli, Quarta, et al. Long-term patient acceptance of and satisfaction with implanted device remote monitoring. Europace [periódico online]. 2010 [citado 2015 Mai 14]; 12: 674–9. Disponível em: <http://europace.oxfordjournals.org/content/europace/12/5/674.full.pdf>
18. Joseph, Wilkoff, Dresing, Burkhardt, Khaykin. Remote interrogation and monitoring of implantable cardioverter defibrillators. Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology. 2004; 11: 161–6.

19. Petersen, Larsen, Nielsen, Kensing, Svendsen. Patient satisfaction and suggestions for improvement of remote ICD monitoring. *J Interv Card Electrophysiol.* 2012; 34: 317–24.

20. Dias da Costa. Monitorização remota aplicada ao seguimento de doentes com dispositivos electrónicos cardiovasculares implantáveis [Online]. Dissertação de Mestrado em Informática Médica. Porto: Faculdade de Medicina / Faculdade de Ciências; 2010 [citado 2015 Mai 14]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/55353>

21. Hearnshaw, Wensing, Mainz, et al. The effects of interactions between patient characteristics on patients' opinions of general practice care in eight European countries. *Primary Health Care Research Development.* 2002; 3: 231–7.

22. Rahmqvist, Bara. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care* [periódico online]. 2010 [citado 2015 Mai 14]; 22: 86–92. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/22/2/86.full.pdf>

**Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra**

Variável em estudo	Categorias da variável	Contagens: frequência absoluta	Percentagens: frequência relativa (%)	Estatísticas descritivas para variáveis numéricas: média, mediana, desvio-padrão
Género	Masculino	49	90.7	N = 54
	Feminino	5	9.3	
Idade (Anos)	22 – 32	1	1.9	Média: 61.22 anos Mediana: 63.00 anos Desvio-padrão: 12.63 anos Min-Máx: 22 - 82 anos
	33 - 42	4	7.4	
	43 - 52	8	14.8	
	53 - 62	13	24	
	63 - 72	19	35.2	
Distribuição geográfica (Km)	73 - 82	9	16.7	Média: 10.09 Km Mediana: 7.30 Km Desvio-padrão: 6.84 Km Min-Máx: 2.9 - 29.9 Km
	2.9 - 7.3	28	51.9	
	7.4 - 11.8	7	12.9	
	11.9 - 16.3	12	22.2	
	16.4 - 20.8	1	1.9	
Habilitações literárias	20.9 - 25.3	4	7.4	n = 54
	25.4 - 29.9	2	3.7	
	Não sabe ler nem escrever	0	0	
	Ensino básico	27	50	
	Ensino secundário	12	22.2	
	Bacharelato	6	11.1	
Situação económica	Licenciatura	9	16.7	n = 54
	Mestrado	0	0	
	Doutoramento	0	0	
Situação económica	Empregado	14	25.9	n = 54
	Desempregado	5	9.3	
	Reformado	35	64.8	
Dispensa no trabalho	Não	43	79.6	n = 54
	Sim	11	20.4	
Necessidade de acompanhante	Não	33	61.1	n = 54
	Sim	21	38.9	
Necessidade do acompanhante pedir dispensa no trabalho	Não	13	61.9	n = 21
	Sim	8	38.1	
Meio de transporte	A pé	0	0	n = 54
	Viatura própria	38	70.4	
	Transportes públicos	9	16.7	

**Tabela 2 – Informações técnicas da amostra.**

Variável em estudo	Categorias da variável	Contagens: frequência absoluta	Percentagens: frequência relativa (%)	Estatísticas descritivas para variáveis numéricas: média, mediana, desvio-padrão
Tempo de implante do dispositivo (Anos)	0 – 3	26	48.1	Média: 4.61 anos Mediana: 4.00 anos Desvio-padrão: 3.77 anos Min-Máx: 0.2 - 14 anos
	4 – 7	16	29.6	
	8 – 11	7	13	
	12 - 14	5	9.3	
Tempo do comunicador no domicílio (Anos)	0 – 2	31	57.4	Média: 2.57 anos Mediana: 2.00 anos Desvio-padrão: 1.63 anos Min-Máx: 0.2 - 6.00 anos
	3 – 4	16	29.6	
	5 – 6	7	13	

**Tabela 3 – Satisfação com a nova metodologia de consulta.**

Variável em estudo	Categorias da variável	Contagens: frequência absoluta	Percentagens: frequência relativa (%)	Estatísticas descritivas para variáveis numéricas: média, mediana, desvio-padrão
Informação e explicação dos fundamentos da nova metodologia de consulta	Insuficiente	2	3.7	n = 54
	Suficiente	35	64.8	
	Mais que suficiente	17	31.5	
Informação sobre a realização da consulta é suficiente	Não	16	29.6	n = 54
	Sim	38	70.4	
Pagamento de taxa moderadora é adequado	Sim	18	33.3	n = 54
	Não	23	42.6	
	Isento	13	24.1	
Acesso aos Profissionais de Saúde	Dificultado	4	7.4	n = 54
	Igual	26	48.1	
	Facilitado	24	44.4	
Tempo de resposta	Insuficiente	11	20.4	n = 54
	Suficiente	43	79.6	
Grau de satisfação com a consulta à distância	Insatisfeito	3	5.6	n = 54
	Pouco Satisfeito	3	5.6	
	Satisfeito	27	50	
	Muito Satisfeito	21	38.9	

Tabela 4 – Satisfação com a nova metodologia de consulta (continuação).

Variável em estudo	Categorias da Variável	Contagens: frequência absoluta	Percentagens: frequência relativa (%)	Estatísticas Descritivas para variáveis numéricas: média, mediana, desvio-padrão
Preferência de seguimento	Indo ao hospital	20	37	n = 54
	À distância	34	63	
Motivo pela preferência Consulta à distância: opção <i>menos idas ao hospital</i>	Não escolheu esta opção	9	26.5	n = 34
	Escolheu esta opção	25	73.5	
Motivo pela preferência Consulta à distância: opção <i>mais económico</i>	Não escolheu esta opção	15	42.9	n = 34
	Escolheu esta opção	19	57.1	
Motivo pela preferência Consulta à distância: opção <i>Não estou à espera para ser atendido</i>	Não escolheu esta opção	17	50	n = 34
	Escolheu esta opção	17	50	
Motivo pela preferência Consulta à distância: opção <i>Sinto-me mais vigiado</i>	Não escolheu esta opção	19	57.1	n = 34
	Escolheu esta opção	15	42.9	
Motivo pela preferência Consulta indo ao hospital	Contacto direto com os profissionais de Saúde	11	55	n = 20
	Fico mais tranquilo	9	45	
	Não gosto de modernices	0	0	
Qualidade da consulta à distância face à presencial	Melhor	17	31.5	n = 54
	Igual	28	51.9	
	Pior	9	16.7	
Segurança no sistema de consulta à distância	Não	3	5.6	n = 54
	Sim	51	94.4	
Confiança no sistema de consulta à distância	Não	6	11.1	n = 54
	Sim	48	88.9	
Continuidade a longo prazo	Presencial	6	11.1	n = 54
	À distância	48	88.9	

**Tabela 5 – Estudo de correlação entre as diversas variáveis e o acesso aos profissionais de saúde e o grau de satisfação com a consulta à distância (são apresentados somente as variáveis das quais se obtiveram resultados estatisticamente significativos).**

Variáveis		Acesso aos Profissionais de Saúde		Valor de p (teste exato de Fisher)
		Dificultado	Igual/Facilitado	
Idade (Anos)	22-64	0 (0%)	32 (100%)	<b>0.023</b>
	65-82	4 (18.2%)	18 (81.8%)	
Tempo de resposta	Insuficiente	3 (27.3%)	8 (72.7%)	<b>0.023</b>
	Suficiente	1 (2.3%)	42 (97.7%)	
Grau de satisfação com a consulta à distância	Insatisfeito/Pouco satisfeito	2 (33.3%)	4 (66.7%)	<b>0.057<sup>1</sup></b>
	Satisfeito/Muito satisfeito	2 (4.2%)	46 (95.8%)	
Qualidade da consulta à distância face à presencial	Melhor/Igual	1 (2.2%)	44 (97.8%)	<b>0.012</b>
	Pior	3 (33.3%)	6 (66.7%)	
Continuidade a longo prazo	Presencial	2 (33.3%)	4 (66.7%)	<b>0.057<sup>1</sup></b>
	À distância	2 (4.2%)	46 (95.8%)	
<b>Grau de satisfação com a consulta à distância</b>				
		Insatisfeito/Pouco satisfeito	Satisfeito/Muito satisfeito	
Tempo de Implante do dispositivo (Anos)	0.2-7.1	2 (4.8%)	40 (95.2%)	<b>0.018</b>
	7.2-14	4 (33.3%)	8 (66.7%)	
Informação sobre a realização da consulta é suficiente	Não	4 (25%)	12 (75%)	<b>0.056<sup>2</sup></b>
	Sim	2 (5.3%)	36 (94.7%)	
Tempo de resposta	Insuficiente	4 (36.4%)	7 (63.6%)	<b>0.012</b>
	Suficiente	2 (4.7%)	41 (95.3%)	
Qualidade da consulta à distância face à presencial	Melhor/Igual	2 (4.4%)	43 (95.6%)	<b>0.005</b>
	Pior	4 (44.4%)	5 (55.6%)	

1 – 0.010 através do teste Qui-Quadrado; 2 – 0.035 através do teste Qui-Quadrado;

**Tabela 6 – Estudo de correlação entre as diversas variáveis e a escolha das opções de preferência da consulta à distância – *Menos idas ao hospital, Mais económico, Não estou à espera para ser atendido e Sinto-me mais vigiado* (são apresentados somente as variáveis das quais se obtiveram resultados estatisticamente significativos).**

Variáveis		Motivo de preferência da consulta à distância: opção <i>Menos idas ao hospital</i>		Valor de p (teste exato de Fisher)
		Não	Sim	
Distância (Km)	2.9-16.4	5 (17.9%)	23 (82.1%)	<b>0.031</b>
	16.5-29.9	4 (66.7%)	2 (33.3%)	
Dispensa no trabalho	Não	4 (15.4%)	22 (84.6%)	<b>0.017</b>
	Sim	5 (62.5%)	3 (37.5%)	
<b>Motivo de preferência da consulta à distância: opção <i>Mais económico</i></b>				
<b>Não Sim</b>				
Distância (Km)	2.9-16.4	9 (32.1%)	19 (67.9%)	<b>0.004</b>
<b>Motivo de preferência da consulta à distância: opção <i>Não estou à espera para ser atendido</i></b>				
<b>Não Sim</b>				
Idade (Anos)	22-64	8 (36.4%)	14 (63.6%)	<b>0.035</b>
	65-82	9 (75%)	3 (25%)	
Habilitações Literárias	Ensino básico	11 (73.3%)	4 (26.7%)	<b>0.018</b>
	Ensino secundário ou superior	6 (31.6%)	13 (68.4%)	
Meio de transporte	A pé / Viatura própria	16 (59.3%)	11 (40.7%)	<b>0.043</b>
	Outros transportes	1 (14.3%)	6 (85.7%)	
<b>Motivo de preferência da consulta à distância: opção <i>Sinto-me mais vigiado</i></b>				
<b>Não Sim</b>				
Distância (Km)	2.9-16.4	19 (67.9%)	9 (32.1%)	<b>0.004</b>
	16.5-29.9	0 (0%)	6 (100%)	
Dispensa no trabalho	Não	17 (65.4%)	9 (34.6%)	<b>0.054<sup>1</sup></b>
	Sim	2 (25%)	6 (75%)	

**Tabela 7 – Estudo de correlação entre as diversas variáveis e a classificação da qualidade da consulta à distância face à presencial (são apresentados somente as variáveis das quais se obtiveram resultados estatisticamente significativos).**

Variáveis		Qualidade da consulta à distância face à presencial		Valor de p (teste exato de Fisher)
		Melhor/Igual	Pior	
Informação sobre a realização da consulta é suficiente	Não	10 (62.5%)	6 (37.5%)	<b>0.014</b>
	Sim	35 (92.1%)	3 (7.9%)	
Segurança no sistema de consulta à distância	Não	3 (50%)	3 (50%)	<b>0.051<sup>1</sup></b>
	Sim	42 (87.5%)	6 (12.5%)	
Confiança no sistema de consulta à distância	Não	1 (33.3%)	2 (66.7%)	<b>0.069<sup>2</sup></b>
	Sim	44 (86.3%)	7 (13.7%)	
Continuidade a longo prazo	Presencial	2 (33.3%)	4 (66.7%)	<b>0.005</b>
	À distância	43 (89.6%)	5 (10.4%)	

1 – 0.020 através do teste Qui-Quadrado ; 2 – 0.017 através do teste Qui-Quadrado