



Preditores de Tomada de Decisão na Saúde – O caso dos setores Público vs. Privado

David Pato Ferreira

Dissertação apresentada para cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Gestão Aplicada (Applied Management) na Universidade Católica Portuguesa.

Março de 2024

Dissertação escrita sob a supervisão do Professor Doutor Sérgio Moreira.

Resumo

Num contexto onde os pacientes desempenham um papel ativo nas suas jornadas de cuidados de saúde, procurando organizações que atendam às suas necessidades e valores individuais, compreender os fatores que influenciam as decisões dos pacientes é crucial para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados de saúde.

Diante dessa problemática, esta tese de mestrado procura explorar e analisar os determinantes das escolhas dos pacientes no acesso aos cuidados de saúde, visando trazer clareza sobre a dinâmica entre pacientes e organizações de saúde, bem como a relação entre comportamento do consumidor e tomada de decisão em saúde.

Assim, o objetivo foi identificar os principais fatores que influenciam as decisões dos pacientes ao escolher organizações de saúde, contribuindo assim para o conhecimento na gestão e políticas de saúde. O estudo também procurou responder a questões específicas, como a influência de características socioeconómicas na preferência por prestadores de saúde públicos ou privados, o impacto da frequência de utilização dos serviços de saúde e a importância da rapidez de acesso na escolha do setor privado.

Embora seja desafiador comparar os resultados com outros sistemas de saúde devido à singularidade do sistema português, a ausência de estudos na área ressalta a relevância desta pesquisa. Em suma, este trabalho visa fornecer *insights* valiosos para que as organizações de saúde possam adaptar suas estratégias e serviços às necessidades e preferências dos pacientes.

Palavras-Chave: Sistemas de Saúde; Cuidados de Saúde; Experiência do Paciente; Tomada de Decisão.

Abstract

In a context where patients play an active role in their healthcare journeys, seeking organizations that cater to their individual needs and values, understanding the factors influencing patient decisions is crucial for improving the quality of care and health outcomes.

Faced with this challenge, this master's thesis aims to explore and analyze the determinants of patient choices in accessing healthcare, seeking to elucidate the dynamics between patients and healthcare organizations, as well as the relationship between consumer behavior and decision-making in healthcare.

The objective is to identify the key factors influencing patient decisions when choosing healthcare organizations, thus contributing to knowledge in healthcare management and policy. The study also seeks to address specific questions, such as the influence of socioeconomic characteristics on the preference for public or private healthcare providers, the impact of healthcare service utilization frequency, and the importance of access speed in choosing the private sector.

While comparing results with other healthcare systems is challenging due to the uniqueness of the portuguese system, the absence of studies in the area underscores the relevance of this research. In summary, this work aims to provide valuable insights for healthcare organizations to adapt their strategies and services to meet the needs and preferences of patients.

Keywords: Healthcare Systems; Healthcare; Patient Experience; Decision Making.

Agradecimentos

Neste percurso, que culmina nesta tese, muitos foram aqueles que se cruzaram no meu caminho e que de uma forma ou de outra, contribuíram para aqui chegar. Nomear uns, e esquecer outros será sempre um exercício injusto. Injusto, mas inevitavelmente necessário.

Começo assim, por agradecer ao Professor Sérgio Moreira pela paciência, disponibilidade e amizade ao longo dos últimos meses. Sem a sua orientação e suporte teria sido seguramente uma tarefa muito mais difícil.

Depois, agradecer à minha família, aos meus amigos e colegas que ao longo destes anos, muito me ouviram e muito me apoiaram para que fosse possível aqui chegar.

Agradecer também, em especial, aos meus pais Rute e Paulo, e à minha irmã, Rita. Foram eles, desde sempre, a força motriz por detrás dos meus (parcos) sucessos, os maiores apoiantes das minhas (pequenas) conquistas e sobretudo os meus (melhores) críticos e apoiantes. Obrigado por nunca deixarem de acreditar em mim. É uma honra escrever esta linha da nossa história familiar.

Finalmente agradecer à minha mulher, Ana Maria, pela forma paciente, tolerante e compreensiva como foi o grande pilar que sustenta esta família, e é, em grande medida, a responsável por nunca ter desistido.

Termino dedicando todo este trabalho à minha filha, Maria Clara. Na esperança que encontre nele inspiração, mas sobretudo o exemplo, de que com esforço, dedicação e perseverança, tudo é possível, se ao nosso lado estiverem aqueles que gostam de nós (mesmo aqueles que nos estão a observar das estrelas).

Glossário de Siglas

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CS – Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

IDC - Indicadores de Desempenho Contratualizados

IDG - Índice de Desenvolvimento Global

INE - Instituto Nacional de Estatística

IOM - Instituto de Medicina

MCDTs - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PPP – Parceria Público Privada

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidades Locais de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

Tabela de Conteúdos

Resumo.....	2
Abstract	3
Agradecimentos.....	4
Glossário de Siglas.....	5
Tabela de Conteúdos	6
Índice de tabelas e figuras	7
Introdução	8
Revisão de Literatura	10
Organização de Sistemas de Saúde	10
Sistema de Saúde Português.....	13
Serviço Nacional de Saúde.....	14
Prestadores Privados de Cuidados de Saúde	15
Comportamento do Consumidor	16
Processo de Tomada de Decisão – <i>Decision Making Processes</i>	18
Comportamento do Consumidor e Processo de Tomada de Decisão em Saúde	19
Metodologia	23
Amostra.....	23
Procedimento.....	25
Desenho do Questionário	26
Resultados	29
Caracterização dos utentes	29
Caracterização da utilização do sistema de saúde	29
Caracterização de Preferência dos Sistemas de Saúde	37
Satisfação com o Sistema de Saúde em Portugal	53
Discussão.....	54
Conclusões	58
Referências	59
Anexo	63

Índice de tabelas e figuras

Tabela 1 - Categorização dos Sistemas de Saúde.....	11
Tabela 4 - Variáveis Comportamento do Consumidor.....	17
Tabela 5 - Restrições Acesso Cuidados de Saúde em Portugal.....	20
Tabela 6 - Dicionário de Variáveis	26
Tabela 7 - Frequência Utilização Total	29
Tabela 8 - Frequência Utilização por setting.....	30
Tabela 9 - Idade e Frequência Utilização Total	31
Tabela 10 - ANOVA – Idade e Frequência Utilização Total	31
Tabela 11 - Idade e Frequência de Utilização por Sector.....	32
Tabela 12 - Género e Frequência total utilização.....	33
Tabela 13 - Género e Frequência por setting	33
Tabela 14 - Escolaridade e Frequência Utilização Total.....	34
Tabela 15 - Escolaridade e Utilização por Setor	34
Tabela 16 - Rendimento e Frequência de utilização	35
Tabela 17 - Frequência por rendimento percebido	36
Tabela 18 - Preferência por género	38
Tabela 19 - Preferência por Idade	39
Tabela 20 - Preferência por Escolaridade.....	40
Tabela 21 - Preferência por Rendimento.....	41
Tabela 22 - Preferência por Estrato Social.....	42
Tabela 23 - Preferência e Frequência Utilização.....	43
Tabela 24 - Rapidez Acesso por Preferência.....	45
Tabela 25 - Perceção de Presença por setor de cuidados de saúde	46
Tabela 26 - Preferência por serviço de saúde.....	47
Tabela 27 - Escolha por Serviço	48
Tabela 28 - Preferência e Escolha por tipo de Serviço.....	49
Tabela 29 - Preferência e Escolha - Consultas e Exames.....	50
Tabela 30 - Preferência e Escolha - Urgências.....	50
Tabela 31 - Preferência e Escolha - Internamento	51
Tabela 32 - Preferência e Escolha - Cirurgia Programada	51
Tabela 33 - Preferência e Escolha - Parto	52
Tabela 34 - Satisfação Serviços Saúde.....	53
Figura 1 - Total da % do PIB investido em Saúde - 2022.....	13
Figura 2 - % do PIB (investido em Saúde) com fonte de financiamento - 2022.....	14
Figura 3 - Dewey 5 Stage Decision Making Process	18
Figura 4 - Frequência por Género	23
Figura 5 - Caracterização da Amostra por Idade.....	23
Figura 6 - Caracterização Amostra por Educação.....	24
Figura 7 - Caracterização da Amostra por Situação de Emprego	24
Figura 8 - Caracterização da Amostra por Nível de Rendimentos.....	25
Figura 9 - Caracterização da Amostra por Estrato Social	25
Figura 10 - Modelo Conceptual	26
Figura 11 - Frequência de utilização por tipo de serviço médico.....	37
Figura 12 - Características Relevantes no Acesso a Cuidados de Saúde	44

Introdução

Num setor da saúde cada vez mais dinâmico, os pacientes/utentes/clientes têm, aos dias de hoje, maior autonomia e liberdade para escolher qual o prestador de cuidados de saúde que mais se alinha com as suas preferências e expectativas. Essa autonomia associada à natureza evolutiva dos cuidados centrados no doente, carecem de um conhecimento aprofundado dos fatores que influenciam as escolhas dos utentes/clientes, no que à escolha de prestadores diz respeito.

À medida que os sistemas de saúde se esforçam para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados dos doentes, a compreensão dos fatores que orientam as escolhas dos pacientes tornou-se crucial. Os pacientes não são apenas recetores passivos de cuidados de saúde, mas participantes ativos nas suas próprias jornadas de cuidados de saúde. Consequentemente, procuram organizações de saúde que atendam às suas necessidades, preferências e valores individuais. Fatores como a rapidez de acesso, reputação, qualidade do serviço, acessibilidade, integração de tecnologia e centralização no paciente surgem como críticos nos processos de tomada de decisão dos pacientes.

Assim, esta tese de mestrado procura explorar e analisar os *drivers* de decisão, que têm um papel central no seu processo de decisão, trazendo clareza sobre a intricada dinâmica entre os doentes e as organizações de saúde, bem como a relação entre comportamento do consumidor e tomada de decisão, no que à saúde diz respeito.

O principal objetivo desta tese passa por investigar os preditores da preferência dos doentes no acesso a cuidados de saúde, com uma abordagem compreensiva dos principais fatores influenciadores da tomada de decisão. Ao explorar as várias dimensões que moldam as preferências dos pacientes/clientes, este estudo visa contribuir para o corpo de conhecimento existente na gestão e políticas de saúde, fornecendo informações valiosas para as organizações de saúde otimizarem as suas estratégias e serviços.

Para atingir o objetivo da pesquisa, este estudo adotará uma abordagem de métodos mistos. Inicialmente, será realizada uma revisão sistemática da literatura relevante para identificar e sintetizar o conhecimento existente sobre o sistema de saúde português, sobre o processo de tomada de decisão e sobre motivadores e preditores do paciente para a escolha de organizações de saúde. A revisão abrangerá uma ampla gama de fontes, incluindo artigos académicos, relatórios da indústria e de organizações de

referência no panorama europeu e mundial. Posteriormente, os dados primários serão recolhidos por meio de um questionário a utentes, permitindo uma exploração aprofundada das perspetivas e experiências dos pacientes, bem como das suas preferências e perceções no acesso a cuidados de saúde.

Através da análise rigorosa dos dados recolhidos, este estudo tentará analisar quais os principais fatores/preditores do paciente que influenciam significativamente o seu processo de tomada de decisão ao escolher organizações de saúde. As descobertas contribuirão para uma compreensão aprofundada dos fatores que moldam as preferências dos pacientes, permitindo que as organizações de saúde adaptem as suas estratégias e serviços de acordo, bem como validar perceções acerca da tomada de decisão em saúde.

Nessa lógica, e com um Serviço Nacional de Saúde tendencialmente gratuito, com respostas de proximidade ao nível dos cuidados de saúde primários (USFs), e com uma resposta cada vez mais pujante de prestadores de cuidados de saúde privados, com tempos de acesso substancialmente menores, este estudo procura responder à seguinte questão central de investigação:

- **Existe algum preditor sociodemográfico do tipo de setting preferido e/ou escolhido (público vs. privado) pelo utente?**

No entanto, para além da questão suprarreferida, existem algumas questões secundárias que tentaremos dar resposta, como por exemplo:

- **É a preferência pelo *setting* (público vs. privado) influenciada pelo tipo de serviço que procura?**
- **É a rapidez de acesso o fator mais importante na preferência pelo sector privado?**

É na resposta a estas perguntas que reside o trabalho a desenvolver. Se por um lado, e face à singularidade do sistema português, será difícil do ponto de vista académico, encontrar referências bibliográficas que permitam comparar e discutir os resultados da nossa análise (nomeadamente com exemplos de zonas de referência como os Estados Unidos da América ou Reino Unido) também será igualmente verdade que a ausência de estudos na área valida em si mesmo a pertinência da discussão.

Revisão de Literatura

Organização de Sistemas de Saúde

Uma vez que um sistema de saúde (SS) “consiste em todas as organizações, pessoas e ações cuja intenção primária é promover, restaurar e manter comportamentos saudáveis” (OMS,2000) assume-se que pode ser visto como o agrupamento de recursos da sociedade, do Estado ou de simples grupos comunitários, com o objetivo de fornecimento de cuidados de saúde e de promoção de comportamentos saudáveis (Baganha et al., 2002).

Numa perspetiva mais detalhada e segundo Özer & Yildirim (2019), um sistema de saúde refere-se a todas atividades associadas a um serviço de saúde, em dimensões como a oferta, a procura, a gestão, os recursos, as organizações, o financiamento, a legislação e as políticas em saúde.

Neste contexto, e para os objetivos do estudo, importa compreender as definições *latu sensu* acima, mas sobretudo como estas se refletem na realidade da organização dos sistemas de saúde europeus e mundiais, e especialmente no sistema de saúde português.

Os Sistemas de Saúde podem ser classificados de acordo com muitas dimensões, não havendo uma taxonomia transversal e geralmente aceita para a categorização dos sistemas de saúde, criando dificuldades na análise de cada sistema, mas também na sua comparabilidade (Wendt et al., 2009a).

No entanto, e tal como refere do Nascimento (2015), numa análise mais pormenorizada surgem dimensões/categorizações “baseadas nas entidades que assumem o financiamento da prestação de cuidados (Estado, empresas privadas, sociedades mútuas de seguros, empresas privadas de seguros de saúde, organizações não-governamentais ou outras), na forma de organização e responsabilidade dos cuidados (e.g., importância do sector público, privado, sem fins lucrativos, papel dos profissionais de saúde e dos cuidadores informais) e no desenvolvimento e organização do exercício da prática clínica”.

Tabela 1 - Categorização dos Sistemas de Saúde

Autores	Dimensões	Tipos de Prestação de Cuidados de Saúde
Field (1973)	Propriedade (controlo) Autonomia dos profissionais de saúde	i. Sistema de saúde pluralista - Elevada percentagem de prestação de cuidados de saúde privados; - Médicos com elevada autonomia ii. Sistema de seguro de saúde - Elevado financiamento por terceiros; - Médicos com elevada autonomia; iii. Sistema de serviço de saúde - Maioritariamente detido pelo Estado; - Médicos com elevada autonomia; iv. Sistema de saúde socializado - Totalmente detido e regulado pelo Estado; - Médicos com pouca autonomia.
OCDE (1987)	Cobertura Financiamento Propriedade (detenção) da prestação de cuidados de saúde	i. Modelo de serviço de saúde nacional (National Health Service) - Cobertura universal; - Financiamento por impostos gerais; - Detenção pública da provisão de cuidados de saúde; ii. Modelo de seguro social (Social Insurance Model) - Cobertura universal; - Financiamento obtido por contribuições de seguros sociais; - Detenção pública e privada da provisão de cuidados de saúde; iii. Modelo de seguro privado - Cobertura, financiamento e provisão de seguros de saúde privados
Burau e Blank (2006)	Financiamento Prestação de serviço Propriedade (detenção)	i. Modelo de serviço de saúde nacional (National Health Service) ii. Modelo de seguro social (Social Insurance Model) iii. Modelo de seguro privado
Hassenteufel e Palier (2007)	Cobertura Financiamento	i. Sistema de seguro de saúde “Bismarckiano” ii. Sistema nacional de saúde “Beveregiano”
Wendt et al. (2009a)	Financiamento Provisão Regulação da Provisão e financiamento de serviços	i. Sistemas de cuidados de saúde estatal (state health care system), - Financiamento, provisão do serviço e regulação são de base estatal, ii. Sistemas de cuidados de saúde societal (societal health care systems) - Financiamento, provisão do serviço e regulação são assegurados por atores societais; iii. Sistemas de cuidados de saúde privados (private health care systems) - Financiamento, provisão do serviço e regulação são assegurados pelo mercado.

Fonte: adaptado de Wendt et al.(2009a)

Na tabela acima, o exercício de simplificação das várias taxonomias existentes de categorização dos sistemas de saúde, permite-nos avaliar a evolução do pensamento académico sobre o tema, sendo importante referir que no âmbito deste trabalho se optou pela sistematização defendida por Hassenteufel e Palier (2007), isto é, pela distinção entre “Sistemas Nacionais de Saúde (*National Health Systems, NHS*) designados como sistemas beveregianos (*Beveridge Systems*) e os Sistemas de Seguro de Saúde (*Health Insurance Systems*) ou Sistemas de Cuidados de Saúde baseados na Segurança Social (*Social Security Health Care Systems, SSH*) denominados com sistemas bismarckianos (*Bismarck Systems*)” (do Nascimento, 2015), sendo ainda relevante incluir um 3º sistema,

o modelo exclusivamente assente em seguros privados, tal como referido por Wendt (2009a), a que chamaremos Modelo de Mercado Livre.

Assim os três modelos de sistemas de saúde preconizados por Hassenteufel e Palier (2007) e reforçado por Odier (2010) são:

- **Modelo Beveridge** - sistema público tendencialmente gratuito, com origem no Reino Unido em 1944, onde o Estado tem a responsabilidade de gestão e de financiamento (através de impostos), e onde os cuidados de saúde são, na sua generalidade, prestados por entidades públicas (exceto em acordos específicos para gestão de unidades hospitalares, em regime de Parceria Público-Privada), assentando em 3 pilares: i) universalidade (cobertura do sistema a toda a população do país em questão); ii) unidade (diferentes tipos de resposta conforme a necessidade de saúde), iii) equidade (cuidados de saúde são prestados de acordo com a necessidade de cada utente, independentemente da sua situação económico-social;
- **Modelo Bismarck** – sistema de resposta em saúde, com origem na Alemanha em 1883, que assenta na existência de um seguro de saúde (social e/ou de cariz privado – sustentado através de contribuições dos trabalhadores e empregadores) e em que coexistem entidades públicas e privadas na prestação de cuidados de saúde, tendo o Estado um papel de regulamentação do sector, nomeadamente das seguradoras, dos custos para o utente, mas também na garantia da universalidade do acesso para todos os cidadãos;
- **Modelo de Mercado Livre** – sistema de saúde, de origem norte-americana e de inspiração liberal, financiado praticamente na totalidade por seguros de saúde privados, não garantindo universalidade de acesso ainda que com algumas exceções como o caso do *Medicare e Medicaid*, para pessoas mais vulneráveis (Odier, 2010), sendo que a cobertura é voluntária e da responsabilidade de cada cidadão.

No anexo 1, poderá ser encontrada uma tentativa de agregação dos diversos fatores diferenciadores entre os modelos mais clássicos, bem com de uma comparação entre sistemas para um melhor entendimento das diferenças ao nível de financiamento do sistema, da organização do mesmo, mas sobretudo das divergências ao nível de acesso aos cuidados de saúde, uma vez que se trata da área em maior enfoque neste estudo.

Ainda assim, importa estudar de forma compreensiva o sistema de saúde em Portugal, as suas valências e carências, que em parte podem ser fatores explicativos da tomada de decisão no acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes, mas também da sua diferenciação no contexto europeu.

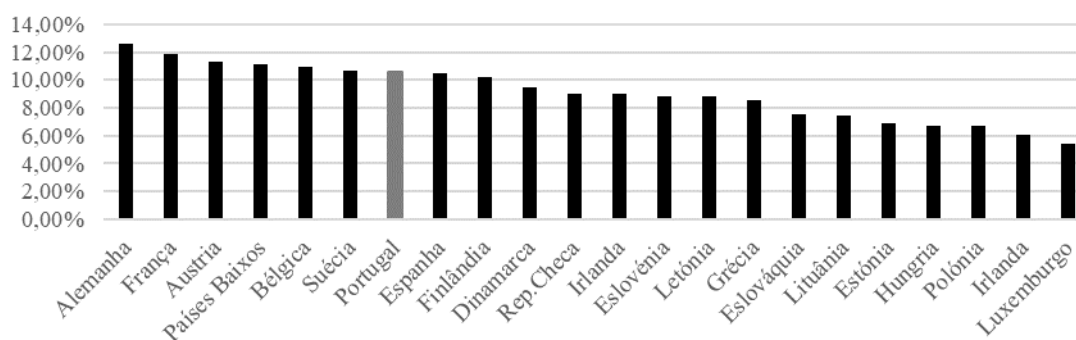
Sistema de Saúde Português

Com base no discutido no capítulo anterior, o Sistema Nacional de Saúde português é um dos *frameworks* de gestão em saúde, que almeja o equilíbrio entre os dois modelos clássicos (ainda que com uma origem marcadamente *beveridgiana*) sendo único no contexto europeu e o seu crescimento e desenvolvimento um assunto de discussão na comunidade científica, académica, mas também civil em Portugal.

Para que essa discussão seja assente em pressupostos corretos, e ainda que fora do âmbito desta tese, é importante entender a evolução da organização da prestação de cuidados de saúde em Portugal, podendo ser encontrado no Anexo 1, uma descrição mais detalhada dessa evolução.

Atualmente, o Sistema de Saúde Português é caracterizado por três sistemas sobrepostos e que coexistem no âmbito da prestação de cuidados de saúde: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e as unidades de saúde privadas e sociais, os subsistemas de saúde e os seguros de saúde públicos e privados (Simões *et al*, 2017). Assim, no seu todo, é composto por uma rede nacional de prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados, com ligações próprias, tanto ao Ministério da Saúde como aos cidadãos.

Figura 1 - Total da % do PIB investido em Saúde – 2022

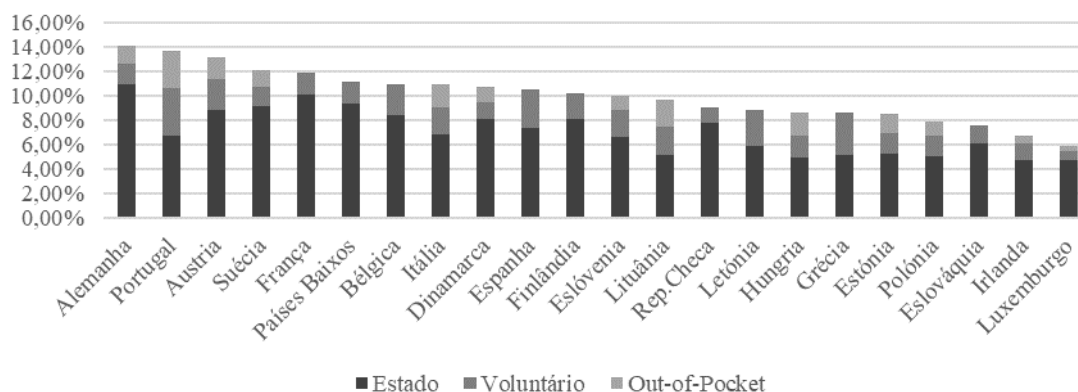


Fonte: adaptado de OCDE Health expenditure and financing: Health expenditure indicator

Importa ainda referir que face a esta organização do sistema de saúde, no contexto europeu, Portugal surge como o 7º país com maior investimento total (em % do PIB) da União Europeia, com 10.60% de alocação a gastos em saúde, como se verifica na Figura 1.

No entanto, se considerarmos apenas o investimento/financiamento público, isto é, oriundo do Orçamento do Estado, Portugal passa a ser apenas o 15º país da União Europeia, com 6.70% em percentagem do PIB. Esta realidade é largamente compensada pelo grande investimento voluntário e “*out-of-pocket*” dos cidadãos portugueses, que com 3.90% e 3.00% respetivamente, fazem de Portugal o país com maior investimento privado/voluntário, e o 2º em investimento global em saúde no contexto da União Europeia, tal como se verifica na Figura 2.

Figura 2 - % do PIB (investido em Saúde) com fonte de financiamento - 2022



Fonte: adaptado de OCDE Health expenditure and financing: Health expenditure indicator

Serviço Nacional de Saúde

O sector público, na figura do SNS, desempenha o papel central na prestação de cuidados de saúde através dos agrupamentos de centros de saúde (CS) e unidades de saúde familiares (USFs), unidades de saúde especializadas e hospitais (de Nascimento, 2015).

O sistema de saúde português é então assente, na sua maioria, num modelo do SNS no *National Healthcare System* britânico em que o “Estado procura assegurar a cobertura universal, geral e tendencialmente gratuita, mas é permitido o exercício livre

da medicina de forma complementar ou supletiva” (Campos Fernandes, 2015), i.e., com a complementaridade do sector privado e social na prestação de cuidados de saúde.

Prestadores Privados de Cuidados de Saúde

Desde o início dos anos 2000, que o número de prestadores de cuidados de saúde privados e/ou sociais têm incrementado de forma substancial, tendo esse crescimento sido acompanhado por um crescente investimento em saúde por parte do sector privado, ao contrário da evolução ocorrida nas décadas anteriores.

Do ponto de vista evolutivo, em 2021, dos 240 hospitais existentes em Portugal, 128 são referentes a prestadores privados de cuidados de saúde, i.e., em termos de volume de unidades, mais de 50% das unidades já fazem parte da rede privada (INE, 2023 – Estatísticas em Saúde), com uma grande representatividade dos grandes conglomerados em saúde, como o Grupo CUF, o Grupo Luz ou Lusíadas Saúde. No que refere à assistência clínica, os prestadores de cuidados de saúde privados, em 2021 realizaram mais 27.20% de exames complementares de diagnóstico em relação a 2020, receberam mais 27.00% de internamentos e realizaram mais 22.70% de consultas, comparando com o período anterior. (INE, 2023 – Estatísticas em Saúde)

Para perceber este desenvolvimento da **oferta privada**, os fatores contextuais da organização do sistema de saúde português são fundamentais, como (Mateus et al., 2017):

- Sistema de deduções fiscais para gastos em saúde;
- Preocupação em desenvolver alternativas para reduzir listas de espera;
- Incentivos ao desenvolvimento de serviços privados e a contratualização do sector privado pelo sector público (ex: PPP);
- Procura por parte dos profissionais de saúde de aumentarem a sua remuneração com a prestação de serviços;
- Mobilidade entre *setting* público e privado.

Já no que refere à **procura privada**, alguns dos fatores aceleradores do seu crescimento são (Mateus et al., 2017):

- a facilidade no acesso a resultados de elevada qualidade na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs);
- a rápida resposta cirúrgica;
- a procura por um melhor nível de conforto nos serviços de internamento;
- a cobertura alargada de algumas especialidades médicas.

O setor privado de cuidados de saúde ampliou as suas atividades através do desenvolvimento de uma rede de unidades prestadoras de cuidados de saúde em ambulatório, de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica, de cuidados continuados e ao nível hospitalar com uma rede em crescente expansão destinada, na maioria, a satisfazer a procura utentes/beneficiários de seguros privados ou subsistemas de saúde (Campos & Simões, 2011; Barros, 2010; Gonçalves, 2010).

Esta singularidade do Sistema de Saúde Português, alavancada no crescimento dos cuidados de saúde privados e do número de utentes com seguros de saúde privados, com 2.9 milhões de portugueses segurados por apólices de saúde (APS,2021), permite aos pacientes/utentes escolherem onde preferem aceder aos cuidados de saúde, com as diversas valências tanto do setor público como do setor privado.

É sobre o comportamento do consumidor e o seu processo de tomada de decisão que nos debruçaremos de seguida.

Comportamento do Consumidor

A área de comportamento do consumidor é bastante abrangente e com diversas variações na sua definição ao longo do tempo. Inicialmente e no âmbito desta tese, importa definir consumidor/paciente como a pessoa ou organização que identifica uma necessidade ou desejo, usa ou compra o produto/serviço e o elimina após finalizar o processo (Solomon, M.R. (2019). Assim de uma forma geral e simplista, comportamento do consumidor pode ser definido como as ações e decisões de compra (Khawaja et al, 2023). No entanto, para muitos autores, a definição é mais complexa e exaustiva, alargando-se a outros domínios comportamentais.

Para Valaskova et al. (2015), comportamento do consumidor define-se como “(...) um constante processo de tomada de decisão de procura, compra, utilização, avaliação e eliminação de produtos e serviços.”

Já para Lamb et al., (2012), por exemplo, comportamento do consumidor descreve como é que estes tomam as suas decisões de compra, utilização e eliminação de bens e serviços.

No entanto, e no âmbito desta tese, a definição que utilizaremos para a discussão em detalhe que se segue, face à sua abrangência, será a de Solomon, M.R. (2019), que define comportamento do consumidor como “o estudo do processo envolvido quando indivíduos ou grupos selecionam, compra, usam ou eliminam produtos, serviços, ideias ou experiências para satisfazer as suas necessidades e desejos. “

Nesta lógica, e tal como define Khawaja et al, 2023, compreender como é que os consumidores pensam, compra e usam produtos ou serviços é de grande complexidade, face à diversidade de fatores que influenciam o consumidor. Inclui-se estudar o que é que os consumidores compram/usam, porque é que compram/usam, como é que compram/usam e onde compram/usam.

Esta definição compreende, nesta perspetiva, várias dimensões que, no caso do comportamento do consumidor no acesso a cuidados de saúde, ganham particular relevância face à especificidade do serviço em causa (necessidade ou experiência, por exemplo).

O comportamento do consumidor é assim influenciado por fatores pessoais, psicológicos, sociais e culturais, que são fundamentais no processo de tomada de decisão e que se descrevem na tabela abaixo.

Tabela 2 - Variáveis Comportamento do Consumidor

Fatores	Variáveis	
Pessoais	género idade educação	profissão rendimento
Psicológicos	motivação perceção aprendizagem	crenças atitudes
Sociais	grupos referência família função social	status
Culturais	cultura subcultura classe social	

Fonte: adaptado de Khawaja et al, 2023

Para além da avaliação destes fatores na caracterização e análise do comportamento do consumidor, e no âmbito desta tese, torna-se fundamental discutir a

literatura de referência no que refere ao processo de tomada de decisão em geral, e no acesso aos cuidados de saúde em específico.

Processo de Tomada de Decisão – *Decision Making Processes*

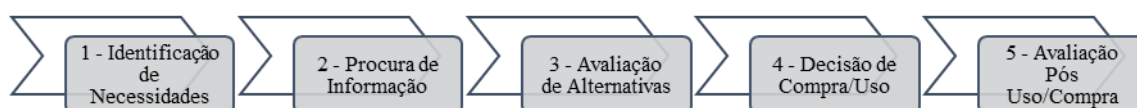
Tal como definido por Botti et al. (2022), “*todos os dias, em todos os momentos, os consumidores estão a fazer escolhas. Temos por um lado, os grandes momentos de escolha, como a compra da casa ou a escolha do emprego e por outro os pequenos momentos, que estão tão mecanizados na rotina que os indivíduos raramente os identificam como escolhas, como que caminho fazer para a escola dos filhos.*”

A um nível elementar, todos estes exemplos diários são escolhas e todas as escolhas têm restrições (Bone et al., 2014; Botti et al., 2008; Cheek et al., 2022), sendo que os indivíduos procuram liberdade para tomar decisões entre as várias opções de que dispõem com base no seu processo de tomada de decisão.

Assim podemos definir o processo de tomada de decisão como as ações e decisões que os indivíduos ou os agregados familiares fazem ao comprar/usar bens e serviços, englobando um largo número de atividades, inclusive identificar desejos e necessidades, procurar informação, avaliar alternativas e tomar a decisão final de compra/uso. (Khawaja et al, 2023).

Tal como defendem Bruner e Pomazal (1988), desde a sua introdução em 1910, por John Dewey, que o modelo *5 Stage Decision Making Process*, é comumente aceite como um dos pilares para a identificação das atividades que definem o processo de tomada de decisão

Figura 3 - Dewey 5 Stage Decision Making Process



Fonte: adaptado de Bruner e Pomazal (1988)

O primeiro passo é então fundamental para a compreender as necessidades dos consumidores que fundamentam a sua procura de informação (Pham et al. (2017), que

pode ser definida como o “*nível de empenho mental e físico que os consumidores colocam na procura e obtenção de informação*” (Paramasur e Roberts-Lombard, 2012) ou de forma mais simples, como o processo em que analisamos o ambiente em busca da informação apropriada para tomar uma decisão razoável (Solomon, M.R. (2019).

Ultrapassados estes passos, e adquirida toda a informação necessária, torna-se obrigatório a avaliação das várias alternativas com base nas suas características específicas que justificarão a decisão de compra/uso e conseqüentemente a sua satisfação ou insatisfação na avaliação final (Khawaja et al, 2023).

Definido que está o modelo de comportamento do consumidor, o seu processo de tomada de decisão e as atividades que compõem, importa agora estudar em maior detalhe a aplicabilidade destes conceitos no caso específico do uso/acesso/compra de bens e/ou serviços relacionados com cuidados de saúde.

Comportamento do Consumidor e Processo de Tomada de Decisão em Saúde

No complexo e em constante evolução cenário dos cuidados de saúde, compreender o comportamento do paciente é de suma importância. O estudo do “*comportamento do paciente em cuidados de saúde abrange uma exploração dos fatores que influenciam as decisões, escolhas e interações dos pacientes no sistema de saúde.*” (Campos Fernandes, 2015) Ao obter *insights* sobre o comportamento do paciente, os prestadores de cuidados de saúde, os legisladores e os investigadores podem projetar e implementar estratégias que promovam cuidados centrados no paciente, melhorem a satisfação do paciente e, em última análise, melhorem os resultados de saúde.

Assim, o comportamento do paciente/consumidor em cuidados de saúde é um “*conceito multidimensional influenciado por uma infinidade de fatores, incluindo variáveis sócio-culturais, emocionais, económicas e tecnológicas, englobando diversos aspetos, como o comportamento de procura de informação, os processos de tomada de decisão, a satisfação/fidelização do paciente, alfabetização em saúde e capacitação, além do impacto de fatores culturais e sociais nas escolhas de cuidados de saúde.*” (Bekker-Grob et al, 2020)

No âmbito desta tese, importa estudar especialmente o processo de tomada de decisão do paciente/consumidor. Tal como referem Chauhan e Campbell (2021), decisões em saúde requerem que os pacientes façam escolhas – devem escolher quando procurar

cuidados de saúde, onde procurar cuidados e em alguns casos, durante quanto tempo querem cuidados. Neste âmbito, a evidência sugere que as escolhas dos doentes são influenciadas por algumas variáveis, nomeadamente (Chauhan e Campbell (2021):

- custo;
- acesso;
- tempo de espera;
- continuidade de tratamento;
- características demográficas do paciente e do prestador de cuidados;
- informação disponível para tomar decisões.

Importa ainda referir que as escolhas dos pacientes têm também algumas limitações. Segundo Victoor et al (2011), *“as políticas que sublinham a importância da escolha do paciente tendem frequentemente a partir do princípio de que os pacientes consideram cuidadosamente todas as escolhas disponíveis e fazem escolhas «racionais»”,* mas no entanto existem evidências crescentes que contradizem esta assunção, sugerindo que *“raramente os pacientes possuem toda a informação pertinente, têm recursos ilimitados (tempo, dinheiro, capacidade cognitiva, etc), capacidade de medir as suas opções ou até manterem escolhas estáveis quando se lhes apresentam as opções.”* (Hibbard et al.1997, Kooreman and Prast 2010, Moseret al. 2010).

Para além das variáveis influenciadoras bem como das limitações ao processo de escolha por parte dos pacientes, importa ainda perceber os constrangimentos que derivam da organização do sistema de saúde em que se inserem.

Tabela 3 - Restrições Acesso Cuidados de Saúde em Portugal

Tipo de Escolha	Está Disponível (Sim/Não)?	As pessoas exercem escolhas? Há algumas limitações?
Escolhas acerca de cobertura		
Escolha de ter cobertura	Não	SNS é universal
Escolha de ter cobertura privada	Não	Cobertura privada é opcional
Escolha de organização seguradora	Sim	Apenas no sector privado
Escolha de prestador de cuidados		
Escolha de prestador de cuidados primários	Sim	Apenas no sector privado. No sector público, escolha é limitada à disponibilidade do profissional de saúde presente na unidade da área de residência do utente.

Acesso directo a especialistas	Sim	Apenas no sector privado. No sector público, acesso é feito apenas por referência dos cuidados de saúde primários
Escolha de Hospital	Sim	Apenas no sector privado
Escolha de ter tratamento no estrangeiro	Não	Tratamento no estrangeiro está condicionado a uma avaliação de um painel de profissionais de saúde
Escolha de tratamento		
Participação nas decisões de tratamento	Sim	É um direito do paciente.
Direito ao consentimento informado	Sim	É um direito do paciente.
Direito a pedir uma segunda opinião	Não	Apenas no sector privado.
Direito a informação sobre alternativas de tratamento	Sim	É um direito do paciente.

Fonte: adaptado de Portugal Health Review

Será, nesta fase, justo afirmar que o processo de tomada de decisão no acesso aos cuidados de saúde é caracterizado pelas variáveis influenciadoras, os fatores de constrangimento e pela organização do sistema de saúde. No entanto, existe uma macro variável importante no processo de tomada de decisão que não estava ainda considerada: a qualidade percebida dos serviços de saúde.

Segundo Victoor et al. (2012), os “*pacientes que procuram serviços de saúde de qualidade enquanto minimizam custos, comparam directamente preços e qualidade de diferentes prestadores escolhendo ativamente o que melhor satisfaz as suas necessidades*”. Nessa lógica, e para que os pacientes escolham o prestador que melhor satisfaz as suas necessidades, precisam de ter informação acerca da qualidade de cada prestador, usando para isso indicadores de qualidade (Fung et al, 2005).

Este conceito de qualidade em saúde pode variar em função de diversas perspetivas (individuais, dos grupos e organizacionais) incluindo no seu significado diferentes dimensões, atributos, fatores contextuais, dilemas, etc. (Campos Fernandes, 2015).

Muitos foram os modelos de definição de qualidade em saúde discutidos ao longo dos últimos anos, mas no âmbito desta tese, importa explorar em particular o modelo de 4 dimensões defendido por Ward et al (2005), com a inclusão de mais duas dimensões por Campos Fernandes (2005), que propõem que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde percebida pelo paciente se divida em:

1. Prestador de Cuidados – experiência do paciente com o profissional de saúde;
2. Pessoal – experiência do doente com outros profissionais;
3. Agendamento – marcação atempada de atos médicos;
4. Tempo de Espera – para o próximo agendamento e durante o ato em si;
5. Instalações – aspeto físico dos consultórios e das instalações em geral;
6. Interação – corte e relacionamento com os profissionais do prestador.

Em suma, o comportamento do consumidor/paciente e o processo de tomada de decisão no acesso aos cuidados de saúde, tem uma complexidade acrescida face a outros bens/serviços, interligando dimensões, limitações e organizações na otimização da decisão de acesso final, que variam consoante o *setting* e a resposta que se procura, mas também com base nas características individuais e coletivas de cada paciente (Ward et al, 2005).

Assim nos próximos capítulos propomo-nos a estudar e a validar alguns dos pressupostos aqui identificados, nomeadamente nas variáveis relevantes no acesso aos cuidados de saúde, a sua interligação com o tipo de sistema de saúde e/ou o tipo de resposta em saúde, tentando contribuir de forma sustentada para uma área ainda pouco discutida do ponto de vista académico, de forma a robustecer o conhecimento existente em Portugal sobre estes tópicos.

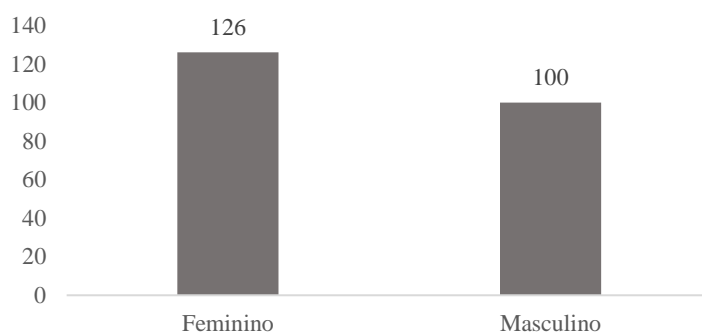
Metodologia

Amostra

De forma a testar o modelo conceptual e as perguntas de investigação definidas, foi desenhado um questionário (Anexo 1) que foi realizado por 285 pessoas. Das 285 pessoas que responderam ao questionário, apenas podem ser consideradas 226 respostas válidas, sendo que 59 respostas foram descartadas devido a respostas inválidas ou incompletas.

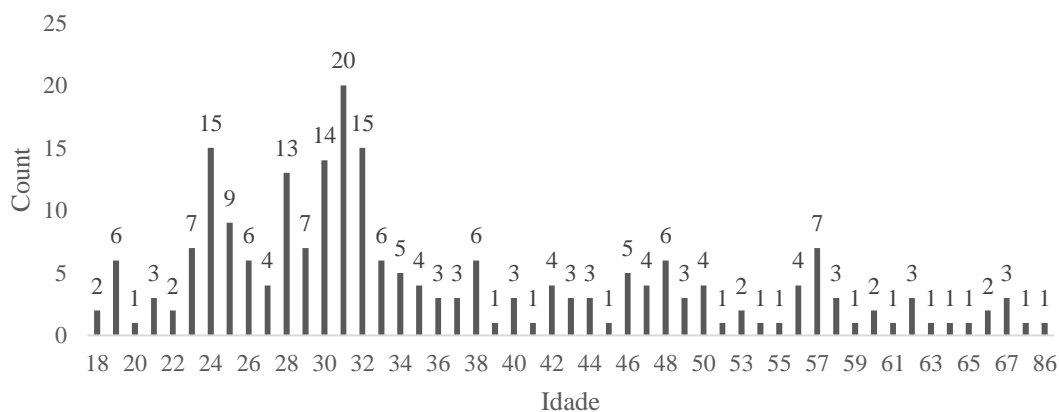
No que refere ao género, a amostra é praticamente igualitária, com 55.75% das respostas oriundas de participantes de género feminino e 44.25% de género masculino.

Figura 4 - Frequência por Género



Importa referir que a idade média dos participantes da amostra de 36.5 anos, tendo o participante mais novo 18 anos e o mais velho 86 anos de idade.

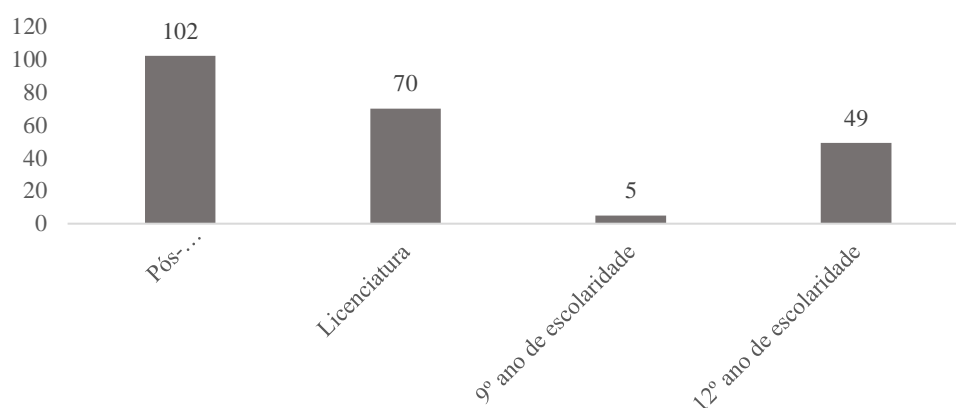
Figura 5 - Caracterização da Amostra por Idade



A maioria dos participantes da amostra, reside na Área Metropolitana de Lisboa (AML), com 82.30% das respostas, sendo o Centro a segunda região mais representada, com 11.50% das respostas.

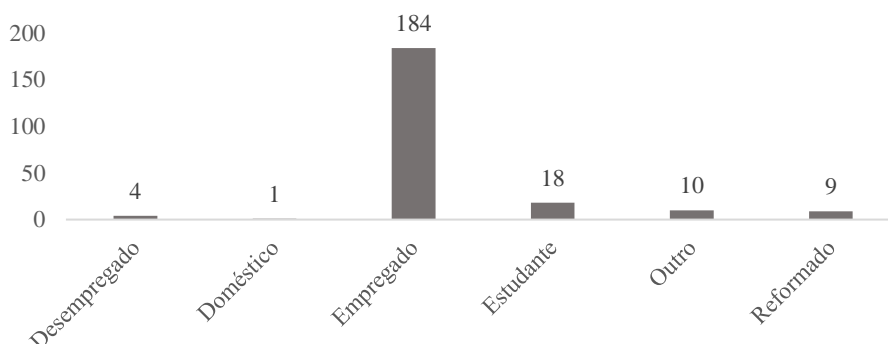
Outra das características sociodemográficas relevantes da amostra, é a distribuição dos participantes no que refere ao grau académico. Aproximadamente 76% da amostra tem algum tipo de grau de ensino superior (30.97% com Licenciatura e 45.13% com Mestrado ou superior), com aproximadamente 24% com 12º ano de escolaridade ou inferior.

Figura 6 - Caracterização Amostra por Educação



Das 226 respostas, a maioria dos participantes está com situação de empregado (81.42%), sendo que 7.96% se encontra como Estudante e aproximadamente 10% como Desempregado, Reformado ou Outro.

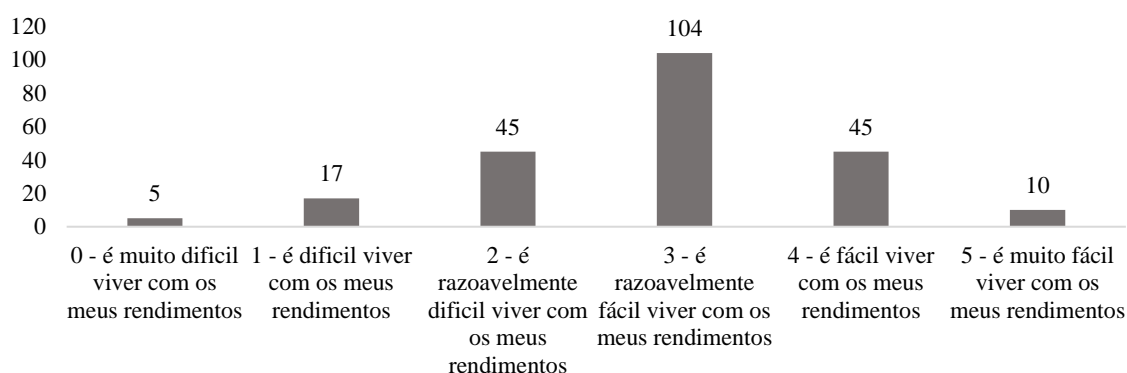
Figura 7 - Caracterização da Amostra por Situação de Emprego



No que refere ao rendimento disponível por parte dos participantes da amostra, 46.01% dos participantes considera ser razoavelmente fácil viver com os seus rendimentos (104 das 226 respostas), sendo que das 226 respostas válidas, 45 consideram

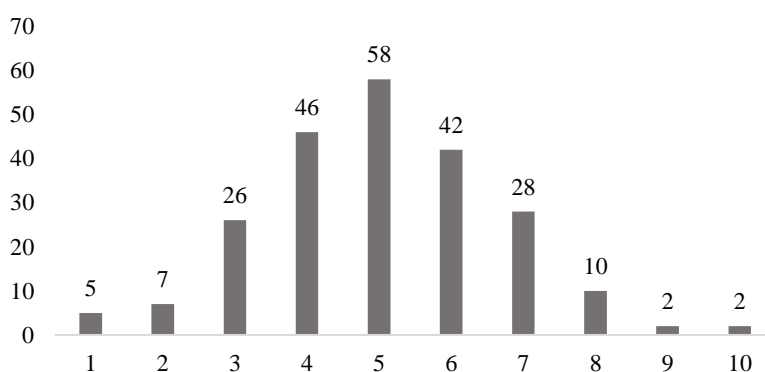
ser fácil viver com os rendimentos e 45 consideram razoavelmente difícil viver com os rendimentos mensais. Se agruparmos a resposta em 2 grupos (facilidade de viver com os rendimentos, e dificuldade em viver com os rendimentos), pode constatar que 70.35% dos participantes considera ter (relativa ou total) facilidade em viver com os rendimentos, e 29.65% considera ter (relativa ou total) dificuldade em viver com os seus rendimentos mensais.

Figura 8 - Caracterização da Amostra por Nível de Rendimentos



Finalmente, do ponto de vista de enquadramento social, utilizando a “*Social Ladder*” definida pelo European Social Survey, a maioria dos participantes da amostra situa-se nos patamares intermédios da escada social (4,5,6) com 64.60%. Importa ainda referir que 5 das 226 respostas se encontram no patamar superior da suprarreferida escada social (1), e 2 das 226 no patamar inferior da estratificação social (10).

Figura 9 - Caracterização da Amostra por Estrato Social



Procedimento

O questionário foi lançado no dia 14 de março de 2023 e permaneceu aberto para preenchimento até dia 05 de abril de 2023. Foi distribuído através de diferentes canais, como por exemplo redes sociais e redes de contactos informais, tendo sido pré-testado

com 5 participantes para garantir uma boa experiência de preenchimento. O questionário foi redigido e distribuído em português, tendo sido facultada a sua tradução caso fosse necessário para participantes estrangeiros residentes em Portugal, algo que não se verificou ser necessário. O tempo médio de resposta foi de aproximadamente, 22.70 minutos.

Desenho do Questionário

O estudo em questão consiste num questionário online, através da plataforma *web based* Qualtrics. O questionário é constituído por 6 secções, sendo a ordem da apresentação das questões definida com base no framework de Leeuw et al. (2008), começando por questões de *warmup*, passando para as questões centrais e *core* do estudo, terminando com perguntas de *cool down*. Importa ainda referir que as variáveis utilizadas neste estudo se basearam no modelo conceptual e nas perguntas de investigação suprarreferidas e que na análise de dados discutiremos em maior detalhe.

Figura 10 - Modelo Conceptual

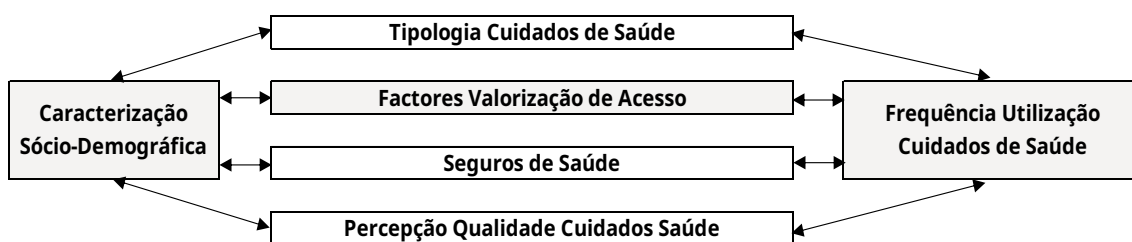


Tabela 4 - Dicionário de Variáveis

Construto	Variável	Medida
Sócio-Demográfico	Idade	18 a 100
	Género	Masculino/Feminino/Não-binário/Não responde
	Instrução Escolar	Nível de Escolaridade, do ensino básico a superior
	Residência	Zona de Residência com base na organização administrativa portuguesa
	Situação Profissional	Situação de emprego actual (ex: Empregado ou desempregado)
	Rendimento	Percepção de custo de vida com base nos rendimentos
	Escada Social	Enquadramento social por comparação com pares, com base no European Social Survey
Frequência e Tipologia de Cuidados de Saúde	Qtd. idas a Serviços Públicos	0 a 20+
	Qtd. idas a Serviços Privados	0 a 20+
	Tipologia Serviço Público	Escolha serviço visitado nos últimos 12 meses nos cuidados de saúde públicos (ex: Consultas ou exames; urgência, etc)
	Tipologia Serviço Privado	Escolha serviço visitado nos últimos 12 meses nos cuidados de saúde privados (ex: Consultas ou exames; urgência, etc)
Valorização Acesso	Importância de factores acesso	Likert Scale de 1 - Nada Importante a 5 - Totalmente Importante de rateio das características mais importantes no acesso a cuidados de saúde

	Presença de factores acesso	Likert Scale de 1 - Mais no Privado que no Público a 3 - Mais no Público que no Privado de rateio das características presentes nos cuidados de saúde
	Preferência tipologia serviço	Likert Scale de 1 - Total Preferência pelo Privado a 5 - Total Preferência pelo Público, por tipologia de serviço
	Escolha por tipologia serviço	Likert Scale de 1 - Não tenho Escolha, sou obrigado/a a ir ao Privado a 3 - Não tenho escolha, sou obrigado a ir ao Público, por tipologia de serviço
Seguros Saúde	Cliente Seguro Saúde	Existência de cobertura de seguro e origem da referida cobertura
	Escolha Seguro Saúde	Escolha de contratar pessoal ou empresarialmente um novo seguro de saúde
	Comportamento Seguro Saúde	Likert Scale de 1 - Discordo Totalmente a 5 - Concordo totalmente, para avaliar os factores que impactam contratação de seguros de saúde
Percepção Qualidade Serviços de Saúde	Satisfação com Serviços de Saúde	Likert Scale de 1 - Totalmente insatisfeito a 5 - Totalmente Satisfeito
	Satisfação com Serviços de Saúde no sector Público	Likert Scale de 1 - Totalmente insatisfeito a 5 - Totalmente Satisfeito
	Satisfação com Serviços de Saúde no sector Privado	Likert Scale de 1 - Totalmente insatisfeito a 5 - Totalmente Satisfeito

Assim, a primeira secção refere-se então à caracterização sociodemográfica dos participantes, sendo as questões utilizadas para esta análise, certificadas pela plataforma *Qualtrics*, mas também oriundas das melhores práticas de investigação académicas na área., consistindo no género, idade, instrução escolar, zona de residência, situação profissional, nível de rendimentos e status social.

A segunda secção, a que demos o nome de “Frequência e Tipologia de utilização de Serviços de Saúde”, tem como objetivo caracterizar a amostra em termos do número de vezes que se desloca a cada tipo de prestador de cuidados de saúde (Público ou Privado) e a cada tipologia de serviço recorre (p.e: consultas ou urgências).

Na terceira secção, com o nome “Valorização Acesso”, as questões criadas têm como objetivo avaliar a valorização de determinadas características no acesso a cuidados de saúde, divididas em 4 dimensões/perguntas específicas: importância, presença, preferência e escolha, sendo esta a secção core para responder às questões de investigação.

A quarta secção refere-se a uma análise mais detalhada e específica sobre “Seguros de Saúde”, com a caracterização da amostra em termos da prevalência de seguros de saúde, e nas razões para a sua contratação.

Na quinta e última secção, com o nome “Perceção Qualidade Serviços de Saúde”, os utentes da amostra tinham como desafio avaliar a sua satisfação com a prestação de cuidados de saúde em geral e depois em particular para cada um dos *settings* (Público vs. Privado), servindo também como perguntas finais e de encerramento do inquérito.

Análise de Resultados

Neste capítulo, apresentaremos os principais resultados do estudo efetuado, tendo por base a nossa amostra, as respostas obtidas, mas sobretudo as perguntas de investigação que estão na origem desta tese de mestrado.

Assim, importa ressaltar que na estratégia de análise, que se divide em 3 grupos (Caracterização da Utilização, Caracterização da Preferência e Satisfação) foi utilizada uma abordagem descritiva detalhada focada na identificação do perfil de preferência e escolha através de análise de frequências cruzadas das características sociodemográficas com os grupos de maior e menor preferência pelo privado, entre outras variáveis que se consideraram de interesse para o tema em causa.

Importa ainda dar nota de que dado o número de níveis para algumas das variáveis sociodemográficas e a dimensão reduzida da amostra dentro de cada um destes níveis, não são esperadas diferenças significativas no teste qui-quadrado para a maioria dos testes efetuados.

Caracterização dos utentes

Caracterização da utilização do sistema de saúde

Numa análise preliminar dos resultados obtidos, importa caracterizar os utentes presentes na amostra de acordo com as suas características e as suas escolhas/preferências/utilização no acesso aos cuidados de saúde.

No que refere à quantidade/frequência de utilização dos serviços de saúde, em média, os utentes utilizaram/frequentaram os cuidados de saúde (público e/ou privado) 7.02 vezes nos últimos 12 meses, sendo a utilização máxima de 29 vezes no mesmo período (ver tabela abaixo).

Tabela 5 - Frequência Utilização Total

	N	Intervalo	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Variância
Qt_total	226	29.00	.00	29.00	7.01	6.23	38.93
N válido (de lista)	226						

Ao analisar em maior detalhe a utilização dos serviços de saúde, verificamos que, em média, os utentes frequentam mais o sector privado do que o sector público (4.29 vezes e 2.73 vezes respetivamente, sendo que os “*super-users*” frequentaram no máximo 22 vezes no sector público e 20 vezes no sector privado (ver tabela abaixo)

Tabela 6 - Frequência Utilização por setting

	N	Intervalo	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Variância
Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde pública:	226	22	0	22	2.73	4.28	18.35
Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde privada:	226	20	0	20	4.29	4.45	19.81
N válido (de lista)	226						

Com base nestes resultados e aprofundando a caracterização dos utentes, decidiu-se testar qual a correlação entre a frequência de ida aos serviços de saúde e a idade dos utentes, isto é, se se **verifica que utentes mais velhos, são maiores utilizadores dos serviços de saúde.**

Assim, ao testar a independência (ANOVA) entre a média da idade dos utentes e a média da frequência de idas totais ao hospital (público e privado), verificou-se que a faixa etária que, em média, mais frequenta os serviços de saúde está entre os 31 e os 50 anos de idade (7,6 vezes nos últimos 12 meses), contrariando assim a percepção social de que com mais idade também aumenta a frequência de deslocações aos cuidados de saúde. Apesar da tendência, importa assim referir que não existe evidência estatística de que a média de frequência de utilização dos serviços de saúde varie consoante a idade ($p\text{-value} > .05$)

Tabela 7 - Idade e Frequência Utilização Total

	N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança para Média		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
18-30	89	6.43	6.43	.68	5.08	7.79	.00	28.00
31-50	100	7.60	6.50	.65	6.31	8.89	1.00	29.00
51-65	29	6.58	5.10	.95	4.64	8.52	.00	24.00
65+	7	6.85	3.76	1.42	3.37	10.33	2.00	14.00
Total	225	6.98	6.24	.41	6.16	7.80	.00	29.00

Tabela 8 - ANOVA – Idade e Frequência Utilização Total

	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	69.16	3	23.05	.59	.62
Nos grupos	8641.80	221	39.10		
Total	8710.96	224			

Quando de forma mais detalhada, avaliamos se estatisticamente o mesmo se aplica para os dois tipos de prestadores de serviços (Públicos e Privados), verificamos diferentes tendências. No caso dos serviços de saúde públicos, em média, os utentes que mais frequentam estão entre os 31 e os 50 anos (2.83 vezes nos últimos 12 meses) enquanto para os serviços privados, os utentes com maior frequência de utilização, em média, têm acima dos 65 anos de idade (5.14 vezes nos últimos 12 meses - ver tabela abaixo).

Tabela 9 - Idade e Frequência de Utilização por Sector

		N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança para Média		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde pública:	18-30	89	2.82	4.93	.52	1.78	3.86	0	22
	31-50	100	2.83	4.02	.40	2.03	3.63	0	22
	51-65	29	2.17	3.43	.64	.87	3.48	0	17
	65+	7	1.71	1.89	.71	-.03	3.46	0	4
	Total	225	2.71	4.28	.29	2.14	3.27	0	22
Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde privada:	18-30	89	3.62	4.21	.45	2.73	4.51	0	20
	31-50	100	4.77	4.94	.49	3.79	5.75	0	20
	51-65	29	4.41	3.62	.67	3.04	5.79	0	12
	65+	7	5.14	2.48	.94	2.85	7.44	2	10
	Total	225	4.28	4.46	.29	3.69	4.87	0	20

Já no que refere à frequência total de utilização dos cuidados de saúde por género, verificamos que em média, os utentes de género feminino utilizaram mais os serviços de saúde do que os do género masculino (7.57 e 6.32, nos últimos 12 meses, respetivamente).

No que refere à frequência de utilização por género em cada sector, verificamos que no *setting* privado, os utentes de género feminino frequentaram, em média, 4.71 vezes nos últimos 12 meses, e no *setting* público 2.86 vezes no mesmo período. Para os utentes do género masculino, a tendência é semelhante, com uma frequência de utilização média no sector privado de 3.75 vezes nos últimos 12 meses, e no sector público de 2.57 vezes no mesmo período.

Tabela 10 - Género e Frequência total utilização

	N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança para Média		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
Feminino	126	7.57	6.19	.55	6.48	8.66	.00	29.00
Masculino	100	6.32	6.26	.63	5.08	7.56	.00	28.00
Total	226	7.02	6.24	.42	6.19	7.84	.00	29.00

Tabela 11 - Género e Frequência por setting

		N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança para Média		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde pública:	Feminino	126	2.86	3.98	.36	2.16	3.56	0	22
	Masculino	100	2.57	4.66	.47	1.65	3.49	0	22
	Total	226	2.73	4.29	.29	2.17	3.29	0	22
Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde privada:	Feminino	126	4.71	4.98	.44	3.84	5.59	0	20
	Masculino	100	3.75	3.64	.36	3.03	4.47	0	20
	Total	226	4.29	4.45	.29	3.70	4.87	0	20

Verificadas as frequências de utilização por idade e género, importa também efetuar uma breve análise das mesmas variáveis por grau de escolaridade. Nesse sentido verifica-se que, em média, os maiores utilizadores dos cuidados de saúde são os utentes com o 9º ano de escolaridade (11.00 vezes nos últimos 12 meses) e os que menos recorrem aos serviços de saúde, os com o 12º ano de escolaridade (5.81 vezes nos últimos 12 meses).

Quando analisamos, por setor, a frequência de utilização dos cuidados de saúde, verificamos uma tendência diferente da acima referida. No que refere ao setor privado, os utentes que, em média, mais frequentam os serviços de saúde são os com 9º ano de escolaridade (6.40 vezes nos últimos 12 meses) e os que menos frequentam os com o

12ºano de escolaridade (2.84 vezes nos últimos 12 meses). Mas no que refere ao setor público, apesar de os maiores utilizadores serem os utentes com o 9º ano de escolaridade (4.60 vezes nos últimos 12 meses), verifica-se que os menos frequentadores dos serviços de saúde públicos são os utentes com Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento (2.44 vezes nos últimos 12 meses). Nesta análise, verifica-se de forma evidente uma diferença no comportamento dos utentes com base na sua escolaridade, com diferenças entre o acesso ao setor privado e setor público.

Tabela 12 - Escolaridade e Frequência Utilização Total

	N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança para Média		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
9º ano de escolaridade	5	11.00	8.72	3.89	.18	21.82	2.00	24.00
12º ano de escolaridade	49	5.82	6.06	.86	4.08	7.56	.00	28.00
Licenciatura	70	7.54	5.82	.69	6.16	8.93	.00	29.00
Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento	102	7.04	6.44	.64	5.77	8.30	.00	27.00
Total	226	7.02	6.24	.42	6.19	7.84	.00	29.00

Tabela 13 - Escolaridade e Utilização por Setor

		N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança para Média		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde pública:	9º ano de escolaridade	5	4.60	7.09	3.17	-4.21	13.41	0	17
	12º ano de escolaridade	49	2.98	5.01	.72	1.54	4.42	0	22
	Licenciatura	70	2.84	3.83	.46	1.93	3.76	0	22
	Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento	102	2.44	4.08	.40	1.64	3.24	0	22
	Total	226	2.73	4.28	.29	2.17	3.29	0	22
	9º ano de escolaridade	5	6.40	5.77	2.58	-.77	13.57	0	12

Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde privada:	12º ano de escolaridade	49	2.84	3.48	.49	1.84	3.84	0	20
	Licenciatura	70	4.70	4.28	.51	3.68	5.72	0	20
	Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento	102	4.60	4.80	.48	3.65	5.54	0	20
	Total	226	4.29	4.45	.29	3.70	4.87	0	20

No que refere à relação entre a situação profissional e a frequência de utilização dos serviços de saúde, existe uma limitação a essa análise, uma vez que 184 utentes dos 226 totais, estão na situação de Empregado e, portanto, abordagens comparativas são potencialmente enviesadas.

Finalmente, outra das análises relevantes no âmbito desta tese é a relação entre a frequência de utilização e os rendimentos dos utentes, de forma a verificar a **perceção de que utentes com maiores rendimentos tendem a frequentar mais os serviços privados de saúde.**

Nesse sentido, verificamos que no que respeita à frequência de utilização dos cuidados de saúde, os utentes que consideram difícil viver com os seus rendimentos, em média, frequentaram os cuidados de saúde 6.59 vezes nos últimos 12 meses, enquanto os que consideram fácil viver com os seus rendimentos frequentaram, em média, 7.19 vezes no mesmo período, isto é, utentes com maiores rendimentos tiveram, em média, maior afluência aos cuidados de saúde.

Tabela 14 - Rendimento e Frequência de utilização

	N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança para Média		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior	o	o
1 - é difícil viver com os meus rendimentos	67	6.59	6.07	.74	5.12	8.08	.00	28.00
2 - é fácil viver com os meus rendimentos	159	7.19	6.32	.50	6.21	8.18	.00	29.00
Total	226	7.02	6.24	.42	6.19	7.84	.00	29.00

Mas face a estes resultados, importa avaliar se o mesmo comportamento dos utentes se verifica para ambos os setores de igual forma.

Assim verificamos em que, em média, os utentes para quem é fácil viver com os seus rendimentos frequentaram cuidados de saúde 4.56 vezes nos últimos 12 meses no setor privado e 2.64 vezes no setor público, isto é, existe uma **tendência para que utentes com maior perceção de rendimento frequentem mais o setor privado que o público.**

O mesmo se pode analisar ao verificar que dentro dos utentes que utilizam o setor público, em média, quem tem menores rendimentos percecionados frequentou mais vezes os cuidados de saúde do que quem tem maior rendimento (2.96 e 2.64 nos últimos 12 meses respetivamente), ao contrário da tendência verificada para aqueles que frequentam o setor privado onde quem tem maior rendimento percecionado, frequenta mais os cuidados de saúde (4.56 vs 3.64 nos últimos 12 meses)

Tabela 15 - Frequência por rendimento percecionado

		N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança para Média		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde pública:	1 - é difícil viver com os meus rendimentos	67	2.96	4.08	.49	1.96	3.95	0	22
	2 - é fácil viver com os meus rendimentos	159	2.64	4.37	.35	1.95	3.32	0	22
	Total	226	2.73	4.29	.29	2.17	3.29	0	22
Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde privada:	1 - é difícil viver com os meus rendimentos	67	3.64	4.55	.56	2.53	4.75	0	20
	2 - é fácil viver com os meus rendimentos	159	4.56	4.39	.35	3.87	5.25	0	20
	Total	226	4.29	4.45	.29	3.70	4.87	0	20

Após a análise da frequência geral e por setor, dos cuidados de saúde e a sua relação com as características sociodemográficas dos utentes, importa também analisar

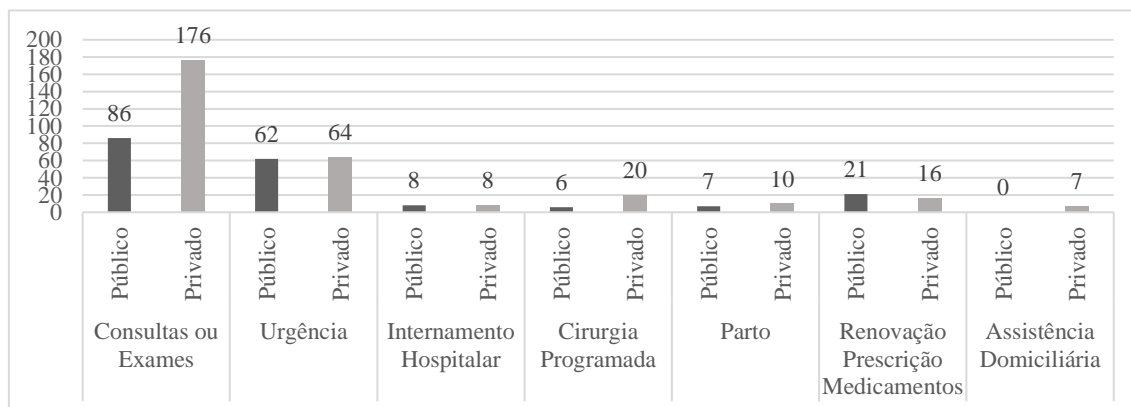
as diferenças nestas frequências de utilização tendo por base os tipos de serviço procurado por cada utente.

Ao comparar a frequência de utilização de cada serviço no setor público e no setor privado, verificamos que a maior frequência de utilização dos cuidados de saúde se faz para Consultas ou Exames, com 262 idas nos últimos 12 meses, e para episódios de Urgência com 126 utilizações dos cuidados de saúde no mesmo período.

Com base nestes dados, importa ainda referir que existem diferenças relevantes entre o setor público e privado por tipo de serviço. No caso das Consultas e Exames, 67.20% da frequência é no setor privado, enquanto na Urgência a tendência é menos acentuada com 50.80% da utilização a pertencer ao setor privado.

Assim, verifica-se que, do ponto de vista da frequência de utilização, os utentes procuram mais, e de forma comparativamente relevante, o setor privado para Consultas/Exames e Cirurgia Programada, enquanto para episódios de Urgência, Internamento Hospitalar, Parto e Renovação de Prescrição de Medicamentos a tendência, apesar da maior frequência de utilização no setor privado, é menos acentuada.

Figura 11 - Frequência de utilização por tipo de serviço médico



Caracterização de Preferência dos Sistemas de Saúde

No subcapítulo anterior caracterizámos os utentes com base na frequência dos serviços de saúde e das variáveis que se podem relacionar com essa utilização.

No entanto e no âmbito desta tese, o processo de escolha e preferência por diferentes tipos de cuidados de saúde é ainda mais relevante, uma vez que é sobre estes

que incide a maioria da discussão pública em Portugal, mas também sobre a qual se debruça a maioria da investigação académica na Europa.

Preferência e Fatores sociodemográficos

Antes de mais, de forma a testar a principal pergunta de investigação desta tese de mestrado, foi necessário calcular uma variável geral da preferência dos utentes (Media_Preferencia) e com base nesta, criar clusters de utentes (por preferência pelo setor privado ou público). Para a criação destes clusters, foi utilizado o método não-hierárquico de criação de clusters, dando origem a 2 clusters (Pref_Publico e Pref_Privado).

Criados os 2 grupos de preferência entre os utentes, foi possível testar a sua relação com as variáveis sociodemográficas, procurando evidência da existência de preditores de preferência no acesso aos cuidados de saúde.

No que refere ao género, verificamos uma ligeira tendência pela **maior preferência pelo setor privado pelos utentes do género feminino (61%) quando comparados com os utentes de género masculino (60%)**, sem que, tal como referido anteriormente, essa correlação tenha significância estatística (**p-value=.87**)

Tabela 16 - Preferência por género

		Número de caso de cluster		Total	
		Pref_Publico	Pref_Privado		
Indique o seu género:	Feminino	Contagem	49	77	126
		% em Indique o seu género:	38.9%	61.1%	100.0%
	Masculino	Contagem	40	60	100
		% em Indique o seu género:	40.0%	60.0%	100.0%
Total	Contagem	89	137	226	
	% em Indique o seu género:	39.4%	60.6%	100.0%	

No que refere à preferência tendo por base a idade dos utentes, foi também necessário agregar as idades em classes, de forma a facilitar o teste estatístico e a sua compreensão. Assim, verificamos que existe uma **tendência relevante de maior**

preferência pelo privado por parte dos utentes entre os 31 e os 50 anos de idade (65%), sendo que 85% dos utentes que preferem o setor privado estão abaixo dos 50 anos de idade, isto é, apesar da não significância estatística (p-value = . 0,71) existe uma **forte tendência para quanto mais jovem é o utente maior a probabilidade de preferir o setor privado.**

Tabela 17 - Preferência por Idade

Idade_Classe		Número de caso de cluster		Total
		Pref_Publico	Pref_Privado	
18-30	Contagem	37	52	89
	% em Idade_Classe	41.6%	58.4%	100.0%
31-50	Contagem	35	65	100
	% em Idade_Classe	35.0%	65.0%	100.0%
51-65	Contagem	13	16	29
	% em Idade_Classe	44.8%	55.2%	100.0%
65+	Contagem	3	4	7
	% em Idade_Classe	42.9%	57.1%	100.0%
Total	Contagem	88	137	225
	% em Idade_Classe	39.1%	60.9%	100.0%

Para além do género e da idade, existe também, na sociedade civil, a perceção de que maior escolaridade corresponde a uma maior preferência pelo setor privado, ou seja, de que setor público é geralmente preferido por utentes com menores habilitações académicas. Ao analisar a relação entre as variáveis de escolaridade e de preferência, verificamos que essa perceção está parcialmente validada na nossa amostra (face à limitação do teste qui-quadrado referida anteriormente (p-value=.78)), onde existe uma **forte tendência de preferência pelo setor privado para níveis mais elevados de escolaridade (76% dos utentes com o Ensino Superior preferem o setor Privado).**

No entanto, importa ainda verificar que o nível de escolaridade onde a tendência de **preferência pelo setor privado é mais acentuada é para utentes com o 12º ano de escolaridade (63%),** isto é, apesar da maioria dos utentes com preferência pelo setor privado ter o Ensino Superior, esta preferência também se verifica noutros níveis de habilitação académica.

Tabela 18 - Preferência por Escolaridade

			Número de caso de cluster		
			Pref_Publico	Pref_Privado	Total
Indique o seu nível de instrução escolar:	9º ano de escolaridade	Contagem	3	2	5
		% em Indique o seu nível de instrução escolar:	60.0%	40.0%	100.0%
	12º ano de escolaridade	Contagem	18	31	49
		% em Indique o seu nível de instrução escolar:	36.7%	63.3%	100.0%
	Licenciatura	Contagem	27	43	70
		% em Indique o seu nível de instrução escolar:	38.6%	61.4%	100.0%
	Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento	Contagem	41	61	102
		% em Indique o seu nível de instrução escolar:	40.2%	59.8%	100.0%
Total		Contagem	89	137	226
		% em Indique o seu nível de instrução escolar:	39.4%	60.6%	100.0%

Verificadas que está a tendência da preferência com base na idade, género e escolaridade, e uma vez que a situação profissional e a zona de residência não nos permitem, por pouca representatividade da resposta (81% dos utentes estão na situação de “Empregado” e 83% dos utentes vivem na Área Metropolitana de Lisboa) comparar preferências, é de fundamental importância, no âmbito desta tese, a análise da preferência segundo uma variável que é comumente apontada como crítica no acesso a cuidados de saúde, o rendimento.

De forma a discutir a preferência com base no rendimento dos utentes de forma agregada, foi necessário recodificar as 6 respostas possíveis da variável “Rendimentos”, em duas categorias (“Difícil viver com rendimentos” e “Fácil viver com rendimentos”), facilitando a sua compreensão.

Assim, é possível verificar que **para maior nível de rendimento, mais forte a tendência de preferência pelo setor privado (61.60% dos utentes que consideram fácil viver com os seus rendimentos preferem o setor privado)**, validando a perceção de que o rendimento influencia a preferência dos utentes por um dos dois setores. Ainda assim, seria expectável uma maior diferença de preferência para os dois níveis de

rendimento, mas mesmo para os utentes que consideram difícil viver com os seus rendimentos, verificamos uma preferência, em média, maior pelo setor privado (58.20%).

No que refere à relação entre o rendimento e a preferência, podemos então afirmar que maior rendimento corresponde a uma maior tendência de preferência pelo setor privado, mas mesmo para níveis de rendimento mais baixo, esta tendência, ainda que menos acentuada, mantém-se.

Tabela 19 - Preferência por Rendimento

			Número de caso de cluster		Total
			Pref_Publico	Pref_Privado	
Rend_Recode	Difícil viver com rendimentos	Contagem	28	39	67
		% em Rend_Recode	41.8%	58.2%	100,0%
	Fácil viver com rendimentos	Contagem	61	98	159
		% em Rend_Recode	38.4%	61.6%	100,0%
Total	Contagem		89	137	226
	% em Rend_Recode		39.4%	60.6%	100,0%

Finalmente, e no que respeita à pergunta de investigação base desta tese, importa ainda analisar a preferência dos utentes com base na sua posição na escada social (“*Social Ladder*”), ou seja, se existem tendências relevantes na preferência por setores com base no enquadramento social dos utentes.

Para a análise desta variável, foi utilizado o mesmo racional da variável Rendimento, agrupando em duas categorias os utentes com base no seu posicionamento na escala social, de forma a avaliar e discutir de forma mais agregada a sua tendência de preferência entre setores.

No entanto, com base na nossa amostra, essa tendência não se verifica, uma vez que, em média, **os utentes de menor estrato social demonstram maior tendência de preferência pelo setor privado (62%) do que aqueles que se colocam num estrato social mais elevado (60%).**

Tabela 20 -Preferência por Estrato Social

			Número de caso de cluster		Total	
			Pref_Publico	Pref_Privado		
EscadaSocial_Recode	Maior Estrato Social	Contagem	57	85	142	
		% em EscadaSocial_Recode	40.1%	59.9%	100.0%	
	Menor Estrato Social	Contagem	32	52	84	
		% em EscadaSocial_Recode	38.1%	61.9%	100.0%	
	Total	Contagem		89	137	226
		% em EscadaSocial_Recode		39.4%	60.6%	100.0%

Preferência e Utilização serviços de saúde

Avaliada a relação entre fatores sociodemográficos e a preferência entre setores no acesso aos cuidados de saúde, importa também analisar a relação entre a preferência entre cuidados de saúde e a frequência com que se recorre a estes.

De forma a analisar de forma mais detalhada a relação entre estas duas variáveis, decidiu-se separar a análise da relação entre preferência por setores e a frequência de utilização inicialmente pelo setor público e depois pelo setor privado.

Assim verifica-se que, com base na frequência do setor público, existe uma relação entre essa frequência e o setor preferido, com **51% dos utentes que, em média, frequentaram o setor público pelo menos 1 vez nos últimos 12 meses, a preferirem o mesmo setor (p-value<.001), isto é, podemos afirmar que existe evidência estatística da correlação entre a frequência de utilização e a preferência dos utentes, no caso do setor público.**

No entanto, e neste caso, importa ressaltar que no nível de utilização mais frequente no setor público (entre 1 e 5 vezes), a preferência de utilização dos utentes recai sobre o setor privado (52.90%), isto é, apesar de recorrerem mais ao setor público, em média, preferem o setor privado.

Tabela 21 - Preferência e Frequência Utilização

Freq_Publico_Recode			Número de caso de cluster		Total
			Pref_Publico	Pref_Privado	
Nenhuma Vez	Contagem		20	71	91
	% em Freq_Publico		22.0%	78.0%	100.0%
Entre 1 e 5 vezes	Contagem		48	54	102
	% em Freq_Publico		47.1%	52.9%	100.0%
Entre 6 e 10 vezes	Contagem		10	9	19
	% em Freq_Publico		52.6%	47.4%	100.0%
Entre 11 e 15 vezes	Contagem		5	2	7
	% em Freq_Publico		71.4%	28.6%	100.0%
Entre 16 e 20 vezes	Contagem		2	0	2
	% em Freq_Publico		100.0%	0.0%	100.0%
Mais que 20 vezes	Contagem		4	1	5
	% em Freq_Publico		80.0%	20.0%	100.0%
Total	Contagem		89	137	226
	% em Freq_Publico		39.4%	60.6%	100.0%

No caso da relação entre a frequência de utilização e a preferência pelo setor privado, verificamos que a tendência ainda é mais acentuada, com **64.21% dos utentes que frequentou o setor privado pelo menos 1 vez nos últimos 12 meses, a preferir o setor privado (p-value=.019), ou seja, existe evidência estatística de que maior utilização do setor privado, tem correlação com a preferência pelo mesmo.**

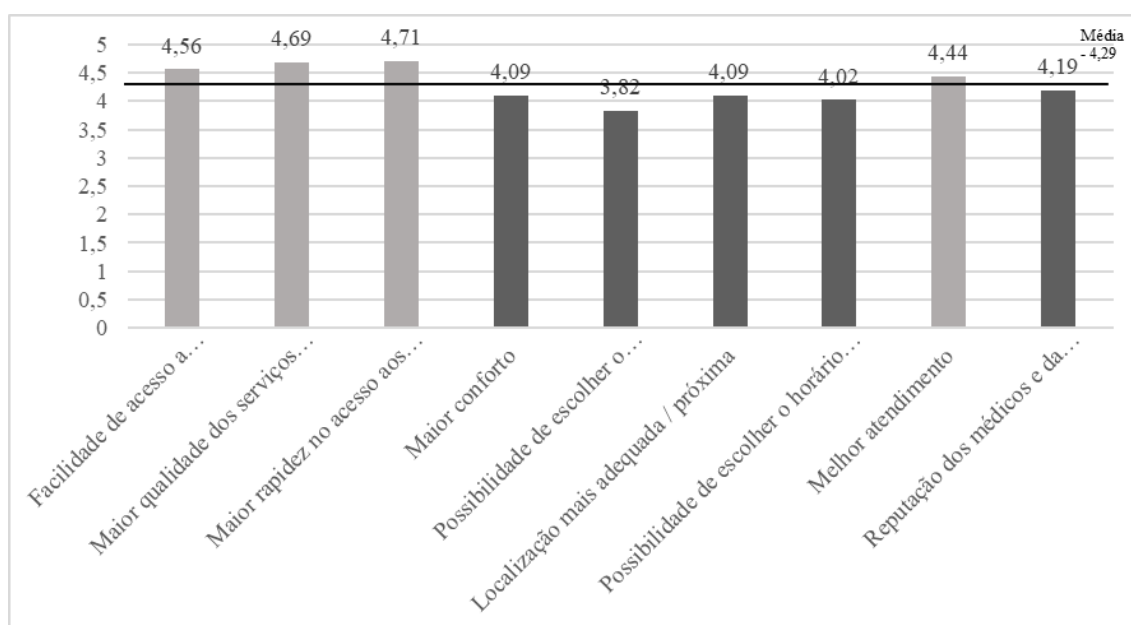
Esta tendência é ainda mais evidente para as frequências de utilização mais elevadas, com 85% dos “*super-users*” (mais de 11 vezes nos últimos 12 meses) a preferir o setor privado, isto é, quanto mais vezes frequentam o setor, em média, maior é a preferência pelo mesmo.

Assim, verifica-se que para ambos os setores, existe evidência estatística de relação entre as variáveis frequência de utilização e preferência, sendo esta tendência mais marcada para o setor privado.

Características dos Serviços de Saúde para os Utentes

Assim, no que respeita à importância de cada fator na escolha do serviço de saúde (0 – Nada Importante até 5 – Totalmente Importante), verificamos que, em média, a **rapidez de acesso a cuidados de saúde é o mais relevante para os utentes (4.71)**, seguido da maior qualidade dos serviços prestados (4.69) e da facilidade de acesso a serviços/exames (4.56). Por outro lado, a **possibilidade de escolher o médico/prestador é o fator, em média, menos relevante na escolha dos cuidados de saúde (3.82)**, sendo que o conforto (4.09), o horário de atendimento (4.02), a qualidade do atendimento (4.44), e a localização (4.09) se encontram também abaixo da média geral (4.29).

Figura 12 - Características Relevantes no Acesso a Cuidados de Saúde



Características dos Serviços e Preferência dos Utentes

Importa, e no âmbito das perguntas de investigação desta tese, verificar se a preferência dos utentes é impactada pela valorização das características discutidas acima, isto é, se existem características que sejam mais relevantes para a preferência dos utentes.

Desse modo e verificando a tendência entre as diversas características e a preferência entre público e privado por parte dos utentes, vemos que **98.77% dos utentes que preferem o setor privado consideram a Rapidez de Acesso muito importante, seguido da Qualidade dos Serviços Prestados com 97.54% e da Facilidade de Acesso a Serviços/Exames com 92.64%.**

No caso da preferência pelo setor público, verificamos que os utentes consideram tão importante a rapidez como a facilidade de acesso e a qualidade dos serviços prestados, não destacando nenhuma das características como acontece com os utentes que preferem o setor privado.

Tabela 22 - Rapidez Acesso por Preferência

			Preferencia_PrivPub		Total
			Pref_Priv	Pref_Publ	
Rapidez_Acesso	Não Importante	Contagem	0	1	1
		% em Rapidez	0.0%	100.0%	100.0%
	Neutro	Contagem	2	2	4
		% em Rapidez	50.0%	50.0%	100.0%
	Importante	Contagem	161	55	216
		% em Rapidez	74.5%	25.5%	100.0%
Total	Contagem	163	58	221	
	% em Rapidez	73.8%	26.2%	100.0%	

Perceção Existência entre setor dos utentes

Verificadas as características dos serviços de saúde e a sua importância para os utentes, importa analisar a perceção de “existência” nos *settings* público e privado, isto é, para cada característica procurada pelo utente, a perceção deste, de que a mesma se encontra disponível nos cuidados de saúde (1-Mais no Privado que no Público, 2 – Igual em Ambos, 3 – Mais no Público que no Privado).

Assim, e em média, os utentes consideram que as **características relevantes se encontram mais presentes nos cuidados de saúde privados do que nos públicos (1.33)**, e que para nenhuma característica se verifica uma média acima de 1.91, isto é, em média, **todas as características importantes estão mais presentes no setor privado do que no público.**

No entanto, a tendência verificada não é igual para todas as dimensões da análise. Em média, os utentes consideram que a **característica mais presente nos serviços privados é a maior rapidez de acesso (1.04)**, seguida de maior conforto (1.08) e da possibilidade de escolher o prestador/médico (1.09), terminando com a possibilidade de

escolher o horário de atendimento (1.12) e a facilidade de acesso a serviços e exames (1.17).

Por outro lado, a **localização adequada surge como a característica com maior tendência de equilíbrio entre público e privado (1.91)**, seguido da maior qualidade de serviços prestados (1.46) e da reputação do médico/instituição (1.41).

Tabela 23 - Percepção de Presença por setor de cuidados de saúde

	Facilidade e de acesso a serviços/exames	Maior qualidade dos serviços prestados	Maior rapidez no acesso aos cuidados de saúde	Maior conforto	Possibilidade de escolher o prestador /médico	: - Localização mais adequada / próxima	Possibilidade de escolher o horário a que sou atendido/ a	- Melhor atendimento	Reputação dos médicos e da instituição
Média	1.17	1.46	1.04	1.08	1.09	1.91	1.12	1.41	1.69
N	226	226	226	226	226	226	226	226	226
Erro Desvio	.44	.61	.19	.29	.29	.68	.32	.53	.64

Preferência (geral e por serviço) por setor dos Utentes

Feita a caracterização dos utentes no que à importância e percepção de existência de determinadas características no que aos serviços de saúde diz respeito, debruçar-nos-emos agora sobre a **preferência dos utentes pelo setor público ou privado** de forma geral, e por tipo de serviço procurado.

De forma a avaliar a preferência geral dos utentes pelo setor público e/ou privado, foi calculada uma variável (Media_Preferencia) através da média da preferência de todos os serviços, avaliados separadamente.

Assim, verificou-se que, em média, os **utentes têm maior preferência geral pelo setor privado do que pelo setor público (2.33)**.

No entanto e de forma a robustecer esta análise, no que às preferências diz respeito, importa verificar se existem diferenças relevantes nas tendências por tipo de serviço procurado pelos utentes.

Analisando as respostas dos utentes no que à sua preferência diz respeito, verifica-se então que, em média, o serviço onde a preferência pelo privado é mais evidente é nas Consultas e Exames (1.94), seguido pela Assistência Domiciliária (2.19) e pela Cirurgia Programada (2.24), terminando no Parto (2.27). Por outro lado, a Renovação da Prescrição de Medicamentos (2.91) é onde a tendência de preferência pelo setor privado se revela menos acentuada, bem como no caso das Urgências (2.40) ou do Internamento Hospitalar (2.36), todas acima da média de preferência suprarreferida.

Tabela 24 - Preferência por serviço de saúde

	Consultas ou exames	Urgência	Internamento hospitalar	Cirurgia Programada	Parto	Renovação de Prescrições Medicamentos	Assistência domiciliária
Média	1.94	2.40	2.36	2.24	2.27	2.91	2.19
N	226	226	226	226	226	226	226
Erro Desvio	1.22	1.52	1.43	1.39	1.35	1.39	1.18

Escolhas por Serviço e Setor dos Utes

Finalmente na caracterização das várias dimensões que compõem as preferências dos utentes no acesso aos cuidados de saúde, importa ainda analisar a perceção de capacidade de escolha, isto é, se os utentes de uma forma geral e para cada tipo de serviço, têm igual opção de escolha por ambos os setores (capacidade de acesso).

Para que fosse possível esta análise geral da capacidade de escolha entre o setor público e/ou privado, foi calculada uma variável (Media_Escolha) através da média da capacidade de escolha de todos os serviços, avaliados separadamente, tal como tínhamos realizado para a análise das preferências acima.

Assim verificamos que, em média, os utentes **têm opção de escolha no acesso a cuidados de saúde, isto é, tanto podem escolher ir ao setor privado como ao setor público (1.98).**

No entanto, para efeitos de análise mais robusta do comportamento dos utentes, importa verificar se a tendência de capacidade de escolha se aplica a todos os serviços testados.

Desse modo, verificamos que existe um grande equilíbrio junto da média, com os utentes a considerar que **para a maioria dos serviços tem capacidade de escolha entre público e privado**. Ainda assim, verificamos que, em média, para as Consultas e Exames (1.85) e para a Assistência Domiciliária (1.81) existe uma menor capacidade de escolha, tendo de recorrer ao setor privado. Por outro lado, verificamos que, em média, existe para as Urgências (2.07) e para o Internamento (2.08) uma ligeira tendência de maior necessidade de recorrer ao setor público.

Tabela 25 - Escolha por Serviço

	Consultas ou exames	Urgência	Internamento hospitalar	Cirurgia Programada	Parto	Renovação de Prescrições Medicamentosos	Assistência domiciliária
Média	1.85	2.07	2.08	2.00	2.04	2.03	1.81
N	226	226	226	226	226	226	226
Erro Desvio	.51	.44	.52	.58	.43	.52	.66

Preferência e Escolha por tipo de serviço

Para analisar a relação entre a preferência e a escolha dos utentes com base no tipo de serviço que procuram, foi necessário cruzar as suas preferências e a sua capacidade de escolha para cada uma das soluções procuradas, ainda que, do ponto de vista geral, possamos afirmar que há evidência estatística de correlação positiva entre as médias da preferência e da escolha ($R=.54$), isto é, **a escolha dos utentes é influenciada positivamente pela sua preferência**.

Tabela 26 - Preferência e Escolha por tipo de Serviço

	Média Preferência	Desvio padrão	Áreas de assistência médica, a que tenha recorrido numa unidade de saúde pública	Áreas de assistência médica, a que tenha recorrido numa unidade de saúde privada:	Média Escolha
R (Preferência vs. Escolha)	-	-			0.54
Preferência a recorrer ao serviço público vs privado: - Consultas ou exames	1.94	1.22	86	176	1.85
Preferência a recorrer ao serviço público vs privado: - Urgência	2.40	1.52	62	64	2.07
Preferência a recorrer ao serviço público vs privado: - Internamento hospitalar	2.36	1.43	8	8	2.08
Preferência a recorrer ao serviço público vs privado: - Cirurgia Programada	2.24	1.39	6	20	2.00
Preferência a recorrer ao serviço público vs privado: - Parto	2.27	1.35	7	10	2.04
Preferência a recorrer ao serviço público vs privado: - Renovação de Prescrições Medicamentos	2.91	1.39	21	16	2.03
Preferência a recorrer ao serviço público vs privado: - Assistência domiciliária	2.19	1.17	0	7	1.81

No entanto, o comportamento da relação entre a preferência e a escolha não é uniforme, e varia consoante o tipo de serviço a que recorre o utente. De forma a analisar com detalhe essas diferenças, descreveremos serviço a serviço essa dinâmica e o que dela se pode retirar.

No caso das **Consultas e Exames**, verificamos que, em média, e de uma forma geral, **os utentes consideram ter opção de escolha entre público e privado (72.10%), independentemente da sua preferência**, isto é, a sua escolha é com base na sua preferência e não nas limitações do seu processo de decisão. Importa ainda reforçar que para aqueles que consideram ter opção de escolha entre o setor público e privado, no caso de Consultas e Exames, 65.03% prefere o setor privado, 9.82% prefere o setor público e 25.15% tem igual preferência entre setores.

Tabela 27 - Preferência e Escolha - Consultas e Exames

			Não tenho escolha, sou obrigado/a a ir ao Privado	Tenho escolha, tanto posso ir ao privado como ao público	Não tenho escolha, sou obrigado/a a ir ao Público	
Pref_Consultas	Preferência	Contagem	46	106	5	157
	Privado	% em Pref_Cons	29.3%	67.5%	3.2%	100.0%
	Igual Preferência	Contagem	1	41	3	45
		% em Pref_Cons	2.2%	91.1%	6.7%	100.0%
	Preferência	Contagem	1	16	7	24
	Público	% em Pref_Cons	4.2%	66.7%	29.2%	100.0%
Total		Contagem	48	163	15	226
		% em Pref_Cons	21.2%	72.1%	6.6%	100.0%

Avaliando o comportamento para o serviço de **Urgências**, a **possibilidade de escolha independentemente da sua preferência, e vice-versa, é também relevante com 80.53% dos utentes a considerar que pode escolher livremente entre os dois setores**. Neste caso, para este tipo de serviço, evidencia-se um maior equilíbrio da preferência entre público e privado, com 25.27% dos utentes que têm igual possibilidade de escolha a preferir o setor público e 60.99% a preferir o setor público.

Tabela 28 - Preferência e Escolha - Urgências

			Não tenho escolha, sou obrigado/a a ir ao Privado	Tenho escolha, tanto posso ir ao privado como ao público	Não tenho escolha, sou obrigado/a a ir ao Público	
Pref_Urgencia	Preferência	Contagem	14	111	10	135
	Privado	% em Pref_Urg	10.4%	82.2%	7.4%	100.0%
	Igual Preferência	Contagem	0	25	5	30
		% em Pref_Urg	0.0%	83.3%	16.7%	100.0%
	Preferência	Contagem	0	46	15	61
	Público	% em Pref_Urg	0.0%	75.4%	24.6%	100.0%
Total		Contagem	14	182	30	226
		% em Pref_Urg	6.2%	80.5%	13.3%	100.0%

No que refere ao Internamento, a **tendência é semelhante à evidenciada nas Consultas e Exames, com os utentes, em média a considerarem que têm opção de escolha entre público e privado (72.60%)**. Neste caso, para os utentes que consideram ter opção de escolha, 55.48% prefere o setor privado, e 17,68% o setor público, ou seja, há uma maior preferência pelo setor privado para quem procura o serviço de Internamento, mas menos evidente do que no caso das Urgências ou das Consultas e Exames.

Tabela 29 - Preferência e Escolha - Internamento

		Não tenho escolha, sou obrigado/a a ir ao Privado		Tenho escolha, tanto posso ir ao privado como ao público		Não tenho escolha, sou obrigado/a a ir ao Público	
Pref_Internamento	Preferência Privado	Contagem	19	91	12	122	
		% em Pref_Interna	15.6%	74.6%	9.8%	100.0%	
	Preferência Igual	Contagem	3	44	12	59	
		% em Pref_Interna	5.1%	74.6%	20.3%	100.0%	
Preferência Público	Contagem	0	29	16	45		
	% em Pref_Interna	0.0%	64.4%	35.6%	100.0%		
Total	Contagem	22	164	40	226		
	% em Pref_Interna	9.7%	72.6%	17.7%	100.0%		

Relativamente à **Cirurgia Programada verifica-se uma tendência menos vincada de liberdade de escolha dos utentes com 66.40% dos utentes a considerar que têm opção de escolha entre setor público e privado**, com 58.67% desses a preferirem o setor privado para Cirurgia Programada vs. 14,00% a preferir o setor público.

Tabela 30 - Preferência e Escolha - Cirurgia Programada

		Não tenho escolha, sou obrigado/a a ir ao Privado		Tenho escolha, tanto posso ir ao privado como ao público		Não tenho escolha, sou obrigado/a a ir ao Público	
Pref_Cirurgia	Preferência Privado	Contagem	31	88	13	132	
		% em Pref_Ciru	23.5%	66.7%	9.8%	100.0%	

Igual Preferência	Contagem	5	41	10	56
	% em Pref_Ciru	8.9%	73.2%	17.9%	100.0%
Preferência Público	Contagem	2	21	15	38
	% em Pref_Ciru	5.3%	55.3%	39.5%	100.0%
Total	Contagem	38	150	38	226
	% em Pref_Ciru	16.8%	66.4%	16.8%	100.0%

Paralelamente, relativamente ao tipo de serviço **Parto**, voltamos a verificar uma tendência significativa para a liberdade de escolha entre público e privado, com 81.41%, com mais de 50% dos utentes a preferir o Privado mesmo tendo opção de escolha.

Tabela 31 - Preferência e Escolha - Parto

		Não tenho escolha, sou obrigado/a a ir ao Privado	Tenho escolha, tanto posso ir ao privado como ao público	Não tenho escolha, sou obrigado/a a ir ao Público		
Pref_Parto	Preferência Privado	Contagem	16	101	9	126
		% em Pref_Par	12.7%	80.2%	7.1%	100.0%
Igual Preferência		Contagem	0	53	11	64
		% em Pref_Par	0.0%	82.8%	17.2%	100.0%
Preferência Público		Contagem	0	30	6	36
		% em Pref_Par	0.0%	83.3%	16.7%	100.0%
Total		Contagem	16	184	26	226
		% em Pref_Par	7.1%	81.4%	11.5%	100.0%

Para efeitos desta tese e tendo por base à ausência de resultados estatisticamente relevantes, considerámos a análise do comportamento para os serviços de Renovação de Medicamentos e Assistência Domiciliária como alinhada com as restantes variáveis.

Assim, importa reforçar que na generalidade dos serviços e da sua relação com a preferência/escolha se denotam diferenças e tendências significativas, demonstrando que a preferência e a capacidade de escolha dos utentes variam consoante o serviço que procuram e a noção de disponibilidade que têm dos mesmos.

Satisfação com o Sistema de Saúde em Portugal

Após caracterizarmos os utentes no que respeita à utilização e dimensões de preferência diz respeito, como parte do seu processo de tomada de decisão, importa também analisar a sua satisfação com os serviços de saúde.

No que respeita à **satisfação geral com os serviços de saúde em Portugal, em média, os utentes estão satisfeitos com os cuidados (3.09)**. No entanto, se analisarmos a satisfação dos utentes por setor, verificamos que existe, em média, **um sentimento de insatisfação com os serviços públicos (2.26) e por oposição, um sentimento de satisfação com o setor privado (3.69)**. Com base nesta análise, é seguro afirmar que a satisfação geral positiva com os serviços de saúde em Portugal, assenta na experiência positiva nos serviços privados.

Tabela 32 - Satisfação Serviços Saúde

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Como avalia o seu grau de satisfação com os serviços de saúde em geral em Portugal? -	225	1	5	3.09	.86
Como avalia o seu grau de satisfação com os serviços de saúde públicos em Portugal? -	226	1	5	2.26	.96
Como avalia o seu grau de satisfação com os serviços de saúde privados em Portugal? -	226	1	5	3.69	.86
N válido (de lista)	225				

Assim, concluída a análise e caracterização dos utentes da amostra, e tendo por base algumas das questões que advém do trabalho até aqui desenvolvido, mas também as perguntas de investigação desta tese, iremos agora aprofundar as relações entre as variáveis aqui descritas e quais as conclusões, face ao comportamento do consumidor e organização dos cuidados de saúde em Portugal, que importa discutir em maior detalhe.

Discussão

Neste capítulo iremos discutir os resultados da análise de dados, mas principalmente, discutir as perguntas de investigação inicialmente definidas, com base na revisão de literatura efetuada e a sua comparação com os *outcomes* do inquérito efetuado.

Assim, a pertinência do tema, bem como a intrincada relação entre as variáveis em estudo, trouxe complexidade à análise dos resultados obtidos e bem assim, tendo por base a limitação da nossa análise, a interpretação e discussão dos resultados é focada na identificação de padrões/tendências independentemente da sua significância estatística.

Desta forma, verificou-se, ao contrário da expectativa inicial, uma **clara preferência dos utentes pelos serviços de saúde privados** tendo por base uma tendência para a **existência de fatores sociodemográficos relevantes no processo de tomada de decisão**. Esta preferência dos utentes, para além dos fatores sociodemográficos, está ainda **relacionada com os serviços que cada um procura, mas também com as características dos serviços de saúde e pela liberdade de escolha que cada paciente tem entre o setor público e privado**.

É sobre esta relação multidisciplinar e a sua relação com as perguntas de investigação desta tese que nos debruçaremos de seguida.

Existem preditores sociodemográficos do tipo de *setting* preferido (público/privado), mas não são óbvios, nem todos iguais.

Na sequência da análise da tendência da preferência com base nas características sociodemográficas (reforçando a limitação dos testes estatísticos do qui-quadrado) e dando resposta à principal pergunta de investigação desta tese, podemos afirmar que existem fatores sociodemográficos que demonstram uma **forte tendência de maior preferência por um setor específico, neste caso o setor privado**.

Aliás, podemos afirmar que fatores como o género, a escolaridade, o rendimento e o estrato social dos utentes levam a diferentes tendências de preferência, validando o pressuposto defendido por Bekker-Grob et al, 2020 de que “*o comportamento do paciente/consumidor em cuidados de saúde é um conceito multidimensional influenciado por uma infinidade de fatores, incluindo variáveis sócio-culturais, emocionais, económicas e tecnológicas (...)*”.

No entanto nem todos os fatores tem o mesmo efeito de tendência sobre a preferência dos cuidados de saúde. No caso da nossa amostra verificou-se que, ao contrário da expectativa e da percepção na comunidade, o **fator com maior efeito de tendência sobre a preferência pelo setor privado, não é o rendimento, mas sim a escolaridade.**

É justo inferir assim, que **utentes com maior literacia tendencialmente preferem o setor privado**, o que aliás é defendido por Chauhan e Campbell (2021), que defendem que *“um dos principais fatores relevantes no acesso aos cuidados de saúde é a informação disponível sobre esses cuidados, mas mais relevante, a capacidade dos utentes de a analisarem.”*

Outra das dimensões importantes na preferência por setor, face à expectativa inicial, mas sobretudo numa perspetiva de projeção do futuro os cuidados de saúde em Portugal, é a influência da idade dos utentes na tendência. Ao verificarmos que os **utentes na faixa etária abaixo dos 50 anos são os que, em média, mais preferem o setor privado, perspetiva-se um crescimento ainda mais acentuado deste setor tal como tem acontecido nos últimos anos (INE, 2023).**

Finalmente e analisando o pressuposto que subjaz ao modelo de organização de saúde em Portugal, e especificamente no caso do SNS, como resumido por de Nascimento (2015), de tendencial gratuitidade e universalidade no acesso aos cuidados de saúde, seria de esperar uma maior preferência pelo setor público para utentes de estratos sociais mais baixos, face a limitações nos recursos para aceder a serviços privados.

No entanto, essa realidade não se verifica na nossa amostra, que contraria em larga medida todas as percepções, **com os utentes de estratos sociais mais baixos e de menor rendimento a demonstrarem também preferência pelo setor privado**, face ao setor público. Aliás no caso do estrato social, a preferência pelo setor privado é maior para utentes com maiores dificuldades de inserção social do que para os de estratos sociais mais elevados.

Os fatores sociodemográficos são assim preditores de uma maior tendência de preferência entre setores, com o género, a escolaridade, a idade e o rendimento a assumirem particular relevância neste contexto.

Os utentes não escolhem sempre da mesma maneira, e variam a sua preferência com base no serviço que procuram.

Tal como define Khawaja et al, 2023, o processo de tomada de decisão são “*as ações e decisões que os indivíduos ou os agregados familiares fazem ao comprar/usar bens e serviços, englobando um largo número de atividades, inclusive identificar desejos e necessidades, procurar informação, avaliar alternativas e tomar a decisão final de compra/uso.*”, e no caso em estudo, **esta alteração de comportamento dos consumidores/utilizadores consoante a necessidade identificada, é visível na diferente tendência da preferência do utente consoante o tipo de serviço que procura.**

No caso da preferência do setor privado ou público no acesso aos cuidados de saúde, **os utentes têm tendência a preferir de forma acentuada o setor privado no caso de Consultas/Exames e de forma menos acentuada, por exemplo no caso das Urgências, apesar de terem liberdade de escolha entre ambos os *settings*.**

A preferência com base nos serviços que procuram é então influenciada pela perceção de que, num determinado setor, esses serviços estão mais ou menos presentes, com maior ou menor qualidade. No caso da nossa amostra, este valida a ideia de que os utentes, tendo por base o defendido por Victoor et al. (2012), “*procuram serviços de saúde de qualidade enquanto minimizam custos, comparam diretamente preços e qualidade de diferentes*”, ou seja, em diferentes serviços existem diferentes tipos de qualidade, que influenciam a escolha dos utentes.

Importa então discutir o conceito de qualidade, ou seja, quais as características que influenciam a preferência entre setores dos utentes.

A rapidez de acesso é a característica mais importante na preferência pelo sector privado, mas não é a única relevante.

Na avaliação de importância das diversas características dos cuidados de saúde, por parte dos utentes, e ao contrário do defendido por Campos Fernandes (2005) - propõe que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde percecionada pelo paciente se divida em 6 dimensões, sendo a mais relevante a experiência do paciente com o profissional de saúde - foi evidente a valorização da rapidez de acesso como o fator mais importante na

preferência entre setores, seguido da qualidade dos serviços prestados e da facilidade de aceder a serviços/exames.

Esta diferença, pode ser explicada pelo que Victoor et al. (2012), defende como fatores de constrangimento, isto é, “*fatores externos à tomada de decisão do utente que condicionam e restringem a sua preferência*”. No caso português, a incapacidade de resposta do SNS de forma atempada para serviços não urgentes (com Consultas ou Exames), é percecionada, como aqui se verifica como um “detrator” da qualidade do setor, influenciando a preferência dos utentes pelo setor privado, onde a capacidade de resposta rápida é mais evidente.

No entanto, **a preferência pelo setor privado, como suprarreferido, não é exclusivamente explicada pela maior rapidez de acesso, contrariando a ideia de que, aos dias de hoje, se ambos os setores tivessem a mesma capacidade de resposta, *ceteris paribus*, a preferência seria maior pelo setor público.** Aquilo que aliás se verifica, é que para a generalidade das características relevantes, os **utentes já consideram estarem mais presentes no setor privado do que no setor público, tornando evidente o desafio que toda a organização de saúde em Portugal terá nos anos vindouros.**

Conclusões

Em conclusão, a análise dos dados revelou uma tendência acentuada dos utentes por serviços de saúde privados em Portugal, contrariando as expectativas iniciais e destacando a complexidade das dinâmicas sociodemográficas nesse contexto.

Fatores como género, escolaridade, rendimento e idade foram identificados como preditores significativos dessa preferência, ressaltando a influência multifacetada sobre as escolhas dos utentes.

Além disso, a variação na preferência com base no tipo de serviço procurado indica uma ponderação cuidadosa por parte dos utentes, que levam em consideração não apenas a qualidade dos serviços, mas também a rapidez de acesso e a facilidade de obtenção de cuidados.

Esses resultados apontam para desafios significativos para o setor de saúde público em Portugal, que precisa de lidar não apenas com a procura imediata dos utentes, mas também com a necessidade de melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços oferecidos.

Assim, a compreensão destes padrões de preferência é crucial para o desenho de políticas de saúde mais eficazes e equitativas, que atendam às necessidades da população.

Portanto, é imperativo que os decisores políticos e os profissionais de saúde considerem de forma holística os fatores que influenciam as escolhas/preferências dos usuários e trabalhem para melhorar tanto o acesso quanto a qualidade dos serviços de saúde, visando garantir um sistema de **saúde mais inclusivo, eficiente e resiliente para todos os cidadãos portugueses.**

Referências

- Baganha, Maria et al. (2002), O setor da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional - Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Baumeister, R. F., Sparks, E. A., Stillman, T. F., & Vohs, K. D. (2008). Free will in consumer behavior: Self-control, ego depletion, and choice. *Journal of Consumer Psychology*, 18(1). <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2007.10.002>
- Biddle, L., Wahedi, K., & Bozorgmehr, K. (2020). Health system resilience: A literature review of empirical research. *Health Policy and Planning*, 35(8). <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa032>
- Botti, S., & Iyengar, S. S. (2006). The dark side of choice: When choice impairs social welfare. In *Journal of Public Policy and Marketing* (Vol. 25, Issue 1). <https://doi.org/10.1509/jppm.25.1.24>
- Botti, S., Iyengar, S. S., & McGill, A. L. (2023). Choice freedom. In *Journal of Consumer Psychology* (Vol. 33, Issue 1). <https://doi.org/10.1002/jcpy.1325>
- Bruner, G.C. and Pomazal, R.J. (1988), "Problem recognition: the crucial first stage of the consumer decision process", *Journal of Services Marketing*, Vol. 2 No. 3, pp. 43-53. <https://doi.org/10.1108/eb024733>
- Campos Fernandes, A. (2015). A Combinação Público-Privado em Saúde: Impacto no desempenho do sistema e nos resultados em saúde no contexto português.
- Chauhan, A., & Campbell, C. (2021). Risk, trust and patients' strategic choices of healthcare practitioners. *Sociology of Health and Illness*, 43(1). <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13198>
- de Almeida Simoes, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(2).
- de Bekker-Grob, E. W., Donkers, B., Bliemer, M. C. J., Veldwijk, J., & Swait, J. D. (2020). Can healthcare choice be predicted using stated preference data? *Social Science and Medicine*, 246. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112736>
- do Nascimento, G. G. S. (2015). Os cuidados continuados de saúde em Portugal: perspectiva internacional, experiência do paciente na transição e sobrecarga dos cuidadores informais.

- Fridell, M., Edwin, S., von Schreeb, J., & D.Saulnier, D. (2020). Health System Resilience: What are we talking about? A scoping review mapping characteristics and keywords. *International Journal of Health Policy and Management*, 6–16.
- Fung C, Elliott M, Hays R, Kahn K, Kanouse D, McGlynn E, et al: Patients'preferences for technical versus interpersonal quality when selecting a primary care physician. *Health Serv Res* 2005, 40;957–977
- Gaston-Breton, C., Sørensen, E. B., & Thomsen, T. U. (2020). “I want to break free!” How experiences of freedom foster consumer happiness. *Journal of Business Research*, 121. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.07.035>
- Hassenteufel, P. e B. Palier (2007), Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems, *Social Policy & Administration*, 41(6), 574-596.
- Hibbard, J.H., Slovic, P. and Jewett, J.J. (1997) Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research, *The Milbank Quarterly*, 75, 3, 395–414
- Khawaja, S., Zia, T., Sokic, K., & Qureshi, F. H. (2023). The impact of emotions on consumer behaviour: Exploring gender differences. *Journal of Marketing and Consumer Research*. <https://doi.org/10.7176/JMCR/88-05>
- Kooreman, P. and Prast, H. (2010) What does behavioral economics mean for policy? Challenges to savings and health policies in the Netherlands, *De Economist*, 158, 2, 101–22
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2015). *Marketing management* (15th ed.). Pearson.
- Lamb, C.W., Hair, J.F., McDaniel, C. (2012), *Essentials of Marketing*. South-Western: Cengage Learning
- Lourenço, A. (2022). A Portrait of the State of Healthcare in Portugal: “Health at a Glance 2021.” *Acta Medica Portuguesa*, 35(2). <https://doi.org/10.20344/amp.17875>
- Mateus, A. (2017). *Setor Privado da Saúde em Portugal*.
- Menear, M., Blanchette, M. A., Demers-Payette, O., & Roy, D. (2019). A framework for value-creating learning health systems. *Health Research Policy and Systems*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0477-3>
- Moser, A., Korstjens, I., van der Weijden, T. and Tange, H. (2010) Themes affecting health-care consumers' choice of a hospital for elective surgery when

receiving web-based comparative consumer information, *Patient Education and Counseling*, 78, 3, 365–71

- OECD (2023), "Health expenditure and financing: Health expenditure indicators", OECD Health Statistics (database), <https://doi.org/10.1787/data-00349-en> (accessed on 13 July 2023).
- Özer, Ö., & Yildirim, H. H. (2019). Investigation of sustainability and financial sustainability concepts in the health system. *Business & Management Studies: An International Journal*, 6(4). <https://doi.org/10.15295/bmij.v6i4.311>
- Parumasur, S.B., Roberts-Lombard, M. (2012), *Consumer Behaviour*. 2nd ed. Kenwyn: Juta.
- Peter, J. P., & Olson, J. C. (2020). *Consumer behavior and marketing strategy* (11th ed.). McGraw-Hill Education.
- Pham, T., Lingard, H., Wakefield, R. and Zhang, R., (2017). Training Transfer as the Result of Rational DecisionMaking Process. *EPiC Series in Education Science*, 1, pp.476-488;
- Pyone, T., Smith, H., & van den Broek, N. (2017). Frameworks to assess health systems governance: A systematic review. In *Health Policy and Planning* (Vol. 32, Issue 5). <https://doi.org/10.1093/heapol/czx007>
- Solomon, M. R. (2019). *Consumer behavior: Buying, having, and being* (13th ed.). Pearson;
- Valaskova, K., Kramarova, K., & Bartosova, V. (2015). Multi criteria models used in Slovak consumer market for business decision making. *Procedia Economics and Finance*, 26, 174–182. [https://doi.org/10.1016/s2212-5671\(15\)00913-2](https://doi.org/10.1016/s2212-5671(15)00913-2)
- Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: A scoping review. In *BMC Health Services Research* (Vol. 12, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-272>
- Wendt, C. (2009b), Mapping European healthcare system: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare, *Journal of European Social Policy*, 19, 432:445.

- Wendt, C., Frisina, L. e H. Rothgang (2009a), Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison, *Social Policy & Administration*, 43(1), 70-90.
- White, K., Habib, R., & Hardisty, D. J. (2019). How to SHIFT consumer behaviors to be more sustainable: A literature review and guiding framework. *Journal of Marketing*, 83(3). <https://doi.org/10.1177/0022242919825649>

Anexo

Anexo 1

Contexto Histórico do Sistema de Saúde Português

A organização do Sistema de Saúde Português, até inícios da década de 1970, e ao contrário do que acontecia na generalidade dos países europeus que percecionavam os cuidados de saúde às suas populações como um dever estatal, baseava-se na intervenção governamental apenas ao nível da promoção e fiscalização da prestação de cuidados de saúde por entidades privadas. Nesta fase o sistema era maioritariamente composto por serviços aglomerados e sobrepostos onde as Misericórdias e os serviços médico-sociais da Federação da Caixa de Previdência ocupavam lugares centrais de acção clínica. (da Silva Almeida, 2018)

Após o 25 de Abril de 1974, muitas reformas legislativas foram alargando a prestação de cuidados de saúde, como a consagração do direito à saúde para todos os cidadãos (Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro), a criação do Ministério da Saúde e da Assistência (Decreto-Lei nº 414/71 de 27 de setembro) ou a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1974 (Simões & Fronteira, 2021) reforçado pela consagração do direito à saúde na Constituição da República Portuguesa de 1976.

Características dos Sistemas de Saúde

Dimensões	Modelo Beveregiano	Modelo Bismarckiano
Financiamento	- Taxação/ Impostos gerais	- Contribuições sociais aplicadas aos salários
	- Sem cobertura total dos custos dos cuidados de saúde; - Diminuta diferença entre a despesa pública e os custos com os cuidados prestados; - Existência de copagamento pelo paciente dos cuidados de saúde	- O custo dos cuidados de saúde é coberto pelas despesas de saúde (70% das despesas com a saúde devem-se à remuneração dos profissionais de saúde); - Maior despesa estatal com o internamento
Prestação de Cuidados (organização e poder de decisão)	- Forte organização da oferta dos cuidados; - A oferta é limitada quando comparada com a dos sistemas de seguro de saúde.	- Vasta oferta de cuidados de saúde e consequente maior escolha pelo paciente.
	- Forte regulamentação pelas autoridades públicas (de âmbito nacional, no caso de Inglaterra e local, dos países nórdicos).	- Negociação entre os gestores dos fundos de seguros de saúde e os representantes dos profissionais médicos (e.g., Alemanha)
Regulação da provisão e financiamento	- Elevado grau de garantia e equidade no acesso ao sistema; - Baixos custos para o utilizador; - Qualidade dos cuidados prestados pode ser posta em causa; - Morosidade e longas listas de espera nos cuidados especializados.	- A possibilidade de escolha do paciente promove a diversificação de cuidados; - Garantia da qualidade dos cuidados; - Elevados custos com os cuidados; - Desigualdade no acesso aos cuidados.
	- Acesso a todos os cidadãos legalizados	- Direcionado essencialmente aos trabalhadores e seus dependentes; - Acesso garantido pelos seguros pessoais
	- Controlo da circulação de pacientes dentro do sistema	- Liberdade de escolha do médico e várias especialidades.
	- Financiamento do sistema <i>a priori</i> (definição anual dos montantes e sua alocação aos prestadores de cuidados).	- Financiamento do sistema <i>a posteriori</i>

Países adotantes de sistemas de prestação de cuidados de saúde	Suécia	Alemanha
	Noruega	França
	Dinamarca	Áustria
	Finlândia	Bélgica
	Reino Unido	Luxemburgo
	Itália	Holanda (parcialmente)
	Espanha	Suíça (parcialmente)
	Portugal (“quási híbrido”) Grécia (“quási híbrido”)	Maioria dos países da Europa Central e Oriental (parcialmente)

Fonte: adaptado de de Nascimento (2015)

Sistemas de Saúde Comparados

País	Papel do Estado	Papel dos Seguros Privados
Dinamarca	SNS; Regulação, planeamento e financiamento pelo governo nacional e prestação pelos municípios.	42% da população compra seguros complementares (e.g. benefícios não cobertos) e alguma cobertura suplementar (acesso a prestadores privados)
Reino Unido	SNS	11% da população compra cobertura suplementar para um melhor acesso
França	Sistema de seguro social compulsório, com todas as funções de seguro incorporadas	95% da população compra seguros para cobertura complementar;
Alemanha	Sistema de seguro social compulsório; pessoas com alto rendimento podem optar por cobertura privada (opting-out).	15% da população fez o opting-out do seguro compulsório; há alguma cobertura complementar (e.g. copagamentos) e suplementar
Itália	SNS; financiamento e definição de pacote de benefícios mínimos pelo governo nacional; planeamento, regulação e provisão de cuidados pelos governos regionais.	10% da população compra seguros complementares ou suplementares:
Suécia	SNS; Regulação, supervisão e algum financiamento pelo governo nacional; responsabilidade pela maior parte do financiamento e da compra/prestação é desenhada ao nível dos municípios.	6% da população com cobertura suplementar disponibilizada por empregadores para rápido acesso a especialistas e cuidados não urgentes

Fonte: adaptado de Augusto Mateus, 2017 – dados com base em Commonwealth Fund (2020), International Profiles Of Health Care Systems

Anexo 2

Questionário

Tomada de Decisão Acesso Cuidados de Saúde

Início do bloco: Consentimento Informado

CI

Obrigado pelo interesse em se tornar parte desta investigação. O seu contributo é muito importante.

Este questionário é parte integrante da investigação da dissertação de David Pato Ferreira no âmbito do Mestrado em Gestão Aplicada, realizado na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

O objetivo desta pesquisa é avaliar as perceções da População Portuguesa em relação aos serviços de saúde públicos e privados em Portugal.

A sua participação no estudo é voluntária, e pode optar por terminar a sua participação no estudo a qualquer momento.

O questionário tem uma duração aproximada de 10m. Os dados recolhidos serão anónimos e utilizados apenas no contexto do presente trabalho de dissertação.

Se necessitar de algum esclarecimento antes ou depois da participação no estudo, contacte o autor do estudo David Pato Ferreira através do email s-dnferreira@ucp.pt.

▼ Li as instruções e concordo em participar neste estudo (1) ... Não concordo em participar neste estudo (2)

Fim do bloco: Consentimento Informado

Início do bloco: Caracterização Sócio-Demográfica

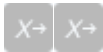


Genero Indique o seu género:

- Feminino (0)
 - Masculino (1)
 - Não binário (2)
 - Não sabe / Não responde / Não aplicável (999)
-



Idade Indique a sua idade:



Instrucao Indique o seu nível de instrução escolar:

- Sem instrução escolar (1)
 - 4º ano de escolaridade (2)
 - 9º ano de escolaridade (3)
 - 12º ano de escolaridade (4)
 - Licenciatura (5)
 - Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento (6)
 - Não sabe / Não responde / Não aplicável (999)
-



Residencia Indique a sua zona de residência atual:

- Norte (1)
 - Área Metropolitana do Porto (2)
 - Centro (3)
 - Área Metropolitana de Lisboa (4)
 - Alentejo (5)
 - Algarve (6)
 - Madeira (7)
 - Açores (8)
 - Não sabe / Não responde / Não aplicável (999)
-



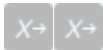
Profissao Indique a sua situação profissional atual:

- Empregado (1)
 - Desempregado (2)
 - Doméstico (3)
 - Estudante (4)
 - Reformado (5)
 - Outro (6)
 - Não sabe / Não responde / Não aplicável (999)
-



Rendimentos Em que grau o seu rendimento mensal lhe permite ter um vida confortável (sendo 0 - é muito difícil viver com os meus rendimentos e 5 - é muito fácil viver com os meus rendimentos):

- 0 - é muito difícil viver com os meus rendimentos (0)
 - 1 - é difícil viver com os meus rendimentos (1)
 - 2 - é razoavelmente difícil viver com os meus rendimentos (2)
 - 3 - é razoavelmente fácil viver com os meus rendimentos (3)
 - 4 - é fácil viver com os meus rendimentos (4)
 - 5 - é muito fácil viver com os meus rendimentos (6)
-



Escada Social Imagine que a escada na figura é a representação de como Portugal está organizado:

- No topo da escada estão as pessoas que têm maiores rendimentos, maior escolaridade, os melhores empregos e o máximo respeito.
- No fundo da escada estão as pessoas com menos rendimentos, com menor escolaridade, com maus empregos ou sem emprego, e com o mínimo respeito.

Agora, pense na sua família. Onde colocaria a sua família nesta escada?

- 1 (1)
- 2 (2)
- 3 (3)
- 4 (4)
- 5 (5)
- 6 (6)
- 7 (7)
- 8 (8)
- 9 (9)
- 10 (10)

Fim do bloco: Caracterização Sócio-Demográfica

Início do bloco: Frequência Utilização



QtPublico Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde **pública**:

▼ Nenhuma vez (0) ... 20 ou mais (22)

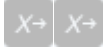


QtPrivada Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde **privada**:

▼ Nenhuma vez (0) ... 20 ou mais (20)

Apresentar esta pergunta:

If Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde pública: != Nenhuma vez

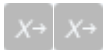


AreasPub Nos últimos 12 meses, indique quais as áreas de assistência médica, a que tenha recorrido numa unidade de saúde **pública**:

- Consultas ou exames (1)
- Urgência (2)
- Internamento hospitalar (3)
- Cirurgia Programada (4)
- Parto (5)
- Renovação de Prescrições Medicamentos (6)
- Assistência domiciliária (7)
- Não sabe / Não responde / Não aplicável (999)

Apresentar esta pergunta:

If Nos últimos 12 meses, quantas vezes se deslocou a uma unidade de saúde privada: != Nenhuma vez

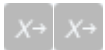


AreasPriv Nos últimos 12 meses, indique quais as áreas de assistência médica, a que tenha recorrido numa unidade de saúde **privada**:

- Consultas ou exames (1)
- Urgência (2)
- Internamento hospitalar (3)
- Cirurgia Programada (4)
- Parto (5)
- Renovação de Prescrições Medicamentos (6)
- Assistência Domiciliária (7)
- Não sabe / Não responde / Não aplicável (999)

Fim do bloco: Frequência Utilização

Início do bloco: Valorização Acesso



Importancia Quando precisa de recorrer a um serviço de saúde, qual o grau de importância que atribui a cada uma das seguintes características:

	1 - Nada importante (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5 - Totalmente Importante (5)
Facilidade de acesso a serviços/exames (Acesso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maior qualidade dos serviços prestados (Qualidade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maior rapidez no acesso aos cuidados de saúde (Rapidez)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maior conforto (Conforto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possibilidade de escolher o prestador/médico (Escolha)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Localização mais adequada / próxima (Localizacao)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possibilidade de escolher o horário a que sou atendido/a (Horario)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melhor atendimento (Atendimento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reputação dos médicos e da instituição (Reputacao)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Presença Em que grau considera que cada uma das seguintes características está presente nos serviços de saúde públicos / privados:

	Mais no Privado que no Público (1)	Igualmente em ambos (2)	Mais no Público que no Privado (3)
Facilidade de acesso a serviços/exames (Facilidade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maior qualidade dos serviços prestados (Qualidade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maior rapidez no acesso aos cuidados de saúde (Rapidez)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maior conforto (Conforto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possibilidade de escolher o prestador/médico (Escolha)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Localização mais adequada / próxima (Localizacao)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possibilidade de escolher o horário a que sou atendido/a (Horario)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melhor atendimento (Atendimento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reputação dos médicos e da instituição (Reputacao)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Preferencia Imaginando que necessita de recorrer a um dos seguintes serviços de saúde, indique em que grau tem preferência a recorrer ao **serviço público vs privado**:

	1 - Total Preferência pelo Privado (1)	2 (2)	3 - Igual preferência (3)	4 (4)	5 - Total Preferência pelo Público (5)
Consultas ou exames (Consultas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urgência (Urgencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internamento hospitalar (Internamento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirurgia Programada (Cirurgia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto (Parto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renovação de Prescrições Medicamentos (Medicamentos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistência domiciliária (Domiciliaria)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Escolha Imaginando que necessita de recorrer a um dos seguintes serviços de saúde, indique em que grau tem opção de escolha entre recorrer ao **serviço público vs privado**:

	Não tenho escolha, sou obrigado/a a ir ao Privado (1)	Tenho escolha, tanto posso ir ao privado como ao público (2)	Não tenho escolha, sou obrigado/a a ir ao Público (3)
Consultas ou exames (Consultas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urgência (Urgencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internamento hospitalar (Internamento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirurgia Programada (Cirurgia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto (Parto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renovação de Prescrições Medicamentos (Medicamentos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistência domiciliária (Domiciliaria)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

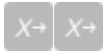
Fim do bloco: Valorização Acesso

Início do bloco: Seguros Saúde



SeguroSaude Tem, atualmente, algum seguro de saúde?

- Não (0)
 - Sim, seguro suportado pelo próprio ou familiar (1)
 - Sim, seguro suportado pela entidade patronal (2)
 - Sim, ambos (3)
 - Não sabe / Não responde / Não aplicável (999)
-



ContrSegSaude Nos últimos 12 meses pensou em contratar algum seguro de saúde?

- Não (0)
 - Sim, seguro suportado pelo próprio ou familiar (1)
 - Sim, seguro suportado pela entidade patronal (2)
 - Sim, ambos (3)
 - Não sabe / Não responde / Não aplicável (999)
-

Apresentar esta pergunta:

If Tem, atualmente, algum seguro de saúde? != Não

And Tem, atualmente, algum seguro de saúde? != Não sabe / Não responde / Não aplicável

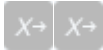


EscSegSaude Em que grau concorda com cada umas das seguintes afirmações sobre a contratação do seguro de saúde atual? "Eu tenho seguro de saúde porque..."

	1 - Discordo totalmente (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5 - Concordo totalmente (5)
... o custo não é suportado diretamente por mim. (Custo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... o custo é acessível. (Acessível)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... tem uma variedade grande de coberturas. (Cobertura)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... tem plafonds / limites de capital adequados. (Plafond)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... dá acesso a serviços não prestados pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS). (Naoprestados)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... dá acesso a serviços com melhor qualidade do que os serviços prestados no SNS. (Melhorqualidade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... tem maior rapidez no acesso aos cuidados de saúde. (Rapidez)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... tem uma vasta rede de prestadores da seguradora. (Prestadores)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... confio nesta seguradora. (Confianca)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

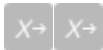
Fim do bloco: Seguros Saúde

Início do bloco: Percepção Qualidade Serviços Saúde



Satisfacaogeral Como avalia o seu grau de satisfação com os **serviços de saúde em geral** em Portugal?

	1	2	3	4	5	
	1 (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5 (5)	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito



Satisfacaopub Como avalia o seu grau de satisfação com os **serviços de saúde públicos** em Portugal?

	1	2	3	4	5	
	1 (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5 (5)	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito



Satisfacaopriv Como avalia o seu grau de satisfação com os **serviços de saúde privados** em Portugal?

	1 (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5 (5)	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito

Fim do bloco: Percepção Qualidade Serviços Saúde