

NOTA BIOGRÁFICA

Depois de concluída a licenciatura em Microbiologia na Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa do Porto, iniciei o meu percurso profissional numa área em que aliava conhecimentos técnicos a uma componente comercial bastante relevante. Tinha por função a promoção de uma linha de equipamentos e reagentes para Laboratório de Análises Clínicas (Públicos e Privados), fazendo depois toda a Gestão dos Clientes, numa empresa com dimensão ibérica.

Em 2011 mudei para uma multinacional com 400.000 empregados em todo mundo, atuando no mesmo mercado e com uma linha de produto semelhantes aos da experiência profissional anterior. Atualmente possui uma carteira de clientes mais alargada e sou *Key Account Manager*.

O interesse que tenho pela área comercial, gestão de clientes, *Customer Relationship Management*, fez com que em 2009 entrasse para o Mestrado em Gestão Comercial. Com a candidatura a este Mestrado procurei obter novos conhecimentos e complementar o que tenho aprendido durante a carreira profissional.

AGRADECIMENTOS

A realização desta tese é o reflexo de um longo percurso com dedicação e esforço.

À Professora Doutora Ana Brochado, orientadora desta tese, pelo apoio, críticas e sugestões relevantes, e principalmente pela sua persistência.

A todas as pessoas que me incentivaram e apoiaram a concluí-la.

Agradeço a todos os participantes do questionário, sem os quais esta tese não seria possível.

.

RESUMO

Introdução: Este estudo procurou investigar quais os fatores que levam a população em Portugal a optarem por cuidados de saúde públicos ou cuidados de saúde privados. Numa época em que os gastos com os cuidados de saúde têm uma preponderância elevada no orçamento familiar e em que os Serviços Públicos de Saúde têm administrações hospitalares profissionalizadas e com objetivos claros de os tornar sustentáveis do ponto de vista económico, é relevante investigar o que determina esta tomada de decisão.

Objetivo: Investigar quais os fatores mais relevantes na procura e escolha de cuidados de saúde públicos e cuidados de saúde privados.

Método: A amostra foi constituída por 351 participantes com idades compreendidas entre os 18 e 82 anos que responderam online a um questionário composto por 24 questões. Os dados foram analisados com recurso ao programa SPSS (v.22).

Resultados: Os resultados mostram que grande parte dos inquiridos recorrem a serviços privados de saúde, com particular ênfase nas consultas e que quase todos os seus utilizadores têm seguro de saúde ou equivalente. O sistema nacional de saúde destaca-se pela utilização ao nível dos exames, vacinas e também em situação de urgência, em particular se as situações forem mais graves. A qualidade do corpo clínico, tempo de espera e variedade de exames disponíveis foram as características que os inquiridos consideraram como mais importantes na escolha de um hospital. Ainda um outro resultado indicou que os rendimentos disponíveis mais elevados estão relacionados com a utilização mais frequente de serviços de saúde privados.

Conclusão: Os resultados apontam para a necessidade de se ter em conta fatores como corpo clínico, tempo de espera, variedade de exames, gravidade da situação, ter seguro de saúde e rendimentos disponíveis no processo de escolha de um hospital do sistema público ou privado.

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to investigate which factors are important for the Portuguese people to choose between public or private health care. Nowadays, when health care expenditure have great importance on family budget and Public Health Services have professionalized hospital administrations with clear purposes of making them economically sustainable, it's relevant to investigate what determines this decision.

Objective: Investigate the most relevant factors in searching and choosing public or private healthcare.

Method: Sample was constituted by 351 participants aged between 18 and 82 years old that answered an online questionnaire composed by 24 questions. Data was analysed on SPSS (v.22).

Results: Results show that a significant part of the participants attend to private health care, particularly regarding to medical appointments and that almost all of its users have health insurances or similar contracts. Public health care stands out due to their attendance on diagnostic exams, vaccines, and also emergency situations, particularly, the grave ones. Medical staff quality, waiting time and variety of diagnostics exams were the characteristics that participants highlighted as the most important ones when choosing a hospital. Results also showed that higher family income is related with greater attendance at private health care hospitals.

Conclusion: Results point out the necessity of following medical staff quality, waiting time, variety of diagnostics exams, gravity of the situation, health insurance, and family income as important determinants of the decision process when choosing public or private health care.

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	VI
ÍNDICE DE TABELAS.....	VI
1. INTRODUÇÃO	7
2. SETOR DA SAÚDE EM PORTUGAL.....	9
2.1. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E CONCEITUALIZAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE EM PORTUGAL	9
2.1.1. SNS – Conceitos	10
2.1.2. O Setor Privado da Saúde em Portugal.....	11
2.2. CARACTERIZAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE EM PORTUGAL.....	14
2.2.1. Indicadores demográficos e socioeconómicos	14
2.2.2. Indicadores de saúde	16
2.3. EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE GESTÃO	17
2.4. EVOLUÇÃO NUMA PERSPETIVA DE GESTÃO.....	19
2.5. DETERMINANTES NA PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE.....	21
2.5.1. Utentes dos cuidados de saúde.....	21
2.5.2. Determinantes e prestadores de cuidados de saúde	22
2.6. COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR EM SAÚDE	25
3. METODOLOGIA.....	29
3.1. OBJETIVO GERAL E HIPÓTESES	29
3.2. INSTRUMENTO	31
3.3. POPULAÇÃO ALVO E PROCESSO E AMOSTRAGEM.....	33
3.4. MÉTODOS ESTATÍSTICOS	34
4. RESULTADOS.....	35
4.1. PARTICIPANTES.....	35
4.2. ANÁLISES DESCRITIVAS.....	37
4.3. ANÁLISES INFERENCIAIS	42
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
6. CONCLUSÃO	56
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
8. ANEXO	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nível de utilização SNS e serviço privado.....	37
Gráfico 2. Nível de utilização do SNS e serviço privado por tipo de utilização	38
Gráfico 3. Tipo de Serviço de saúde a que recorreu nos últimos seis meses	40
Gráfico 4. Realização de exames complementares ou encaminhamento para outros serviços ou especialistas	41
Gráfico 5. Utilização de serviços de saúde privados.....	45
Gráfico 6. Relação entre seguro de saúde e rendimento	46
Gráfico 7. Relação entre a utilização dos serviços de saúde privados e rendimento	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra	36
Tabela 2. Análise de satisfação com os serviços de saúde	39
Tabela 3. Frequência dos subsistemas de saúde	39
Tabela 4. Grau de importância das características de um hospital	43
Tabela 5. Escolha do tipo de serviço perante as situações/problemas de saúde.....	44

1. INTRODUÇÃO

O setor da saúde está a sofrer fortes mudanças em Portugal. O estado recua, enquanto a iniciativa privada tende a avançar. Os operadores privados apostam cada vez mais no mercado de saúde, em alternativa ao polémico encerramento de unidades de saúde públicas ou em consequência do aumento dos utentes com seguro (Sakellarides, 2007).

O aumento da procura de cuidados de saúde privados tem tido taxas de crescimento graduais, que conduzem a uma evolução do setor privado. Esta evolução irá traduzir-se na abertura de novos hospitais, clínicas e, conseqüentemente uma maior inovação. Num mercado ainda pequeno como o português, é relativamente fácil identificar os principais operadores privados no setor da saúde. A evolução destas empresas no mercado e a relevância que têm assumido nos últimos anos são conseqüências de um desenvolvimento marcante e progressivo na prestação de cuidados na área da saúde (Moura, 2006).

Para Dinis (2008), a possível insustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, motivada pelo envelhecimento da população e pela constante inovação técnica e científica, poderá ter como conseqüência a crescente privatização do setor da saúde.

O mesmo autor afirma que a concorrência entre os principais operadores torna-se visível devido ao aumento de oportunidades de negócio, e a uma constante procura de uma maior inovação de tecnologias, infraestruturas e equipamentos. Existe no entanto uma cooperação entre os Serviços Privados de Saúde e os Serviços Públicos de Saúde. Esta cooperação é visível, por exemplo, nos programas para redução de listas de espera para cirurgias e na oferta de cuidados de saúde oral.

Por estes motivos, e tendo como ponto de partida estas reflexões, torna-se importante analisar e estudar quais os determinantes na procura de cuidados de saúde públicos e cuidados de saúde privados.

Isto significa que, conseguir analisar e avaliar o comportamento dos consumidores de saúde, é uma questão primordial para o desenvolvimento de estratégias comerciais que visam a atração destes consumidores.

No capítulo 1 será analisado o setor da saúde em Portugal, fazendo um enquadramento histórico e uma conceitualização do setor em Portugal. É realizada uma caracterização do setor da saúde em Portugal, tendo por base indicadores demográficos, socioeconómicos e indicadores de saúde. É também abordada a evolução dos modelos de gestão no Serviço Nacional de Saúde.

Ao longo da revisão de literatura tornou-se necessário fazer referência a estudos realizados, que permitiram verificar quais os determinantes na procura de cuidados de saúde.

No capítulo 2 é discutido o objetivo geral e as hipóteses de investigação, tendo por base a revisão de literatura efetuada. Está descrito o processo de construção do questionário utilizado nesta investigação, assim como a caracterização da amostra em estudo e as opções efetuadas nos métodos estatísticos utilizados.

No capítulo 3 são apresentados os resultados desta pesquisa.

O capítulo 4 apresenta a discussão dos resultados, fazendo uma análise dos resultados obtidos e comparando-os com a literatura.

Para finalizar, é apresentada a conclusão deste trabalho, fazendo-se uma síntese dos resultados. Posteriormente, são apresentadas algumas limitações metodológicas deste estudo e é apresentada uma recomendação para futuros estudos de investigação relacionados com este tema.

2. SETOR DA SAÚDE EM PORTUGAL

O acesso aos cuidados de saúde é um direito universal e fundamental de qualquer pessoa. Neste sentido, a saúde tem vindo a assumir um valor cada vez mais importante para a sociedade na medida em que é essencial para a qualidade de vida e para a vida das pessoas (Berlinguer, 2008).

Neste panorama, o sistema de saúde de um país e a sua organização são fatores determinantes do estado de saúde da sua população. O setor da saúde em Portugal baseia-se numa oferta pública e privada de cuidados de saúde, sendo constituído por três sistemas: o Serviço Nacional de Saúde (SNS); subsistemas de saúde público-privada; e seguros de saúde voluntários (Barros e Simões, 2007).

2.1. Enquadramento histórico e conceitualização do setor da saúde em Portugal

Como referido anteriormente, os serviços de prestação de cuidados de saúde em Portugal, encontram-se, atualmente, à responsabilidade do Estado Português, o qual através do Serviço Nacional de Saúde (SNS) assegura a proteção na saúde de todos os cidadãos portugueses. No entanto, antes de 1979, a necessidade de cuidados médicos eram assegurados pelas famílias, instituições privadas e médico-sociais da Federação de Caixa de Previdência (Ministério da Saúde, 2010a).

Numa perspetiva histórica, as principais reformas do sistema de saúde português englobam a Lei nº 2120, de 19 de Julho de 1963, a qual atribui ao Estado, entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que não possam ser entregues à iniciativa privada. Neste campo, também passou a ser responsabilidade do Estado, o desenvolvimento de iniciativas e instituições particulares.

Ao longo da década de 1970, muito devido às alterações sociopolíticas da época, ocorreram reformas nas políticas de saúde muito importantes. No final do Estado Novo, em 1971, de forma a diminuir barreiras ao acesso de cuidados médicos, quer no financiamento, quer no acesso físico, foi determinado pelo Decreto-Lei nº 413/71, de 27

de Setembro, o direito à saúde a todos os cidadãos (Observatório Português do Sistema de Saúde, 2001). Adicionalmente, também em 1971, o Ministério da Saúde reestruturou os serviços de saúde em duas estruturas funcionais: os Centros de Saúde e os Hospitais.

Em 1976, a Constituição da República Portuguesa reconheceu o direito universal à saúde. Como consequência, em 1979 foi consagrado pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, o SNS, com o objetivo de conferir proteção na saúde acessível a todos os cidadãos (nacionais e estrangeiros) independentemente das suas condições económicas e sociais (Ministério da Saúde, 2010a).

De forma a regular os serviços públicos de saúde, em 1990 é aprovada a Lei das Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, Diário da República n.º 195/90 – Série I) que veio reforçar a necessidade de equidade no acesso aos cuidados de saúde, bem como, a responsabilidade conjunta da sociedade, dos cidadãos e do Estado na proteção da saúde (Ministério da Saúde, 2010a).

Ao longo dos últimos anos, o sistema de saúde em Portugal tem vindo a sofrer diversas alterações legislativas, sendo de salientar, um passo importante na reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro (Ministério da Saúde, 2010a).

2.1.1. SNS – Conceitos

O SNS resultante da Lei nº56/79 de 15 de Setembro é constituído por serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados secundários e continuados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas). Os principais órgãos que compõem o Serviço Nacional de Saúde são (Deloitte, 2011):

Legisladores: essencialmente, o partido que está no Governo, com base em projetos de lei colocados para aprovação na Assembleia da República.

Reguladores: asseguram um acesso equitativo e com qualidade aos cuidados de saúde, e fiscalizam a execução das políticas de saúde definidas e a prestação de cuidados aos

cidadãos. De entre os vários órgãos, incluem-se: Alto Comissariado da Saúde; Direção-Geral da Saúde; Entidade Reguladora da Saúde.

Entidades gestoras: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), responsável por administrar os recursos humanos, financeiros, instalações, equipamentos e sistemas de informação do SNS; Administração Regional de Saúde (ARS) responsável por garantir o acesso das populações à prestação de cuidados de saúde, em cada região.

Financiadores: o financiamento da saúde em Portugal é executado por entidades de natureza quer pública (Estado) quer privada (seguros de saúde e subsistemas), e particular (população).

Prestadores: os prestadores de cuidados de saúde, englobam-se, principalmente em: Prestadores Públicos de Cuidados de Saúde (Cuidados de Saúde Primários; Cuidados Hospitalares; e Cuidados Continuados); e Prestadores Privados e Sociais de Cuidados de Saúde.

2.1.2. O Setor Privado da Saúde em Portugal

Ao longo das últimas décadas, tornou-se evidente a necessidade de alterações na gestão e organização do setor da saúde em Portugal, de forma a melhorar a sua efetividade e eficiência. Neste sentido, com a publicação da Lei de Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do SNS de 1993, o setor privado assumiu um novo papel mais preponderante na área da saúde, incluindo a gestão privada de instituições de saúde.

De acordo com Tountas *et al.* (2005), o aumento da procura pelo setor privado da saúde, resulta do elevado investimento financeiro em tecnologias de ponta, o que se reflete na elevada qualidade dos serviços dos hospitais privados, acrescentando ainda que a insatisfação dos consumidores face aos serviços de saúde públicos levam ao crescimento do setor privado.

Adicionalmente ao elevado financiamento no setor privado, fatores como: a mobilidade de recursos humanos do SNS para o setor privado; os melhores rendimentos económicos dos médicos no sector privado; os incentivos ao desenvolvimento de unidades privadas e a contratualização do sector privado pelo setor público; e o

estabelecimento de vários programas especiais do setor público com recurso à contratualização privada; têm resultado no aumento significativo da oferta privada de serviços de saúde (Oliveira, 2010).

Oliveira (2010) também salienta que o sucesso da oferta privada, deriva do facto de ser predominantemente especializada; por outras palavras, o SNS, regra geral, presta cuidados hospitalares agudos, cuidados primários e cuidados materno-infantis enquanto o setor privado presta consultas de especialidade, cuidados dentais e serviços de diagnóstico.

Atualmente testemunha-se uma maior preocupação pelos utentes, em tomarem decisões mais informadas sobre a prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, o recurso ao setor privado, deriva da procura por uma melhor qualidade na prestação de serviços de saúde, que pode ser determinada por um melhor nível de conforto nas atividades de hospitalização, pela resposta rápida aos doentes cirúrgicos, ou, até, pelo acesso a resultados de boa qualidade na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (Ribeiro, 2009). É de salientar que o sector privado de saúde português, também se encontra beneficiado pelas limitações do setor público, como a fraca cobertura em algumas especialidades, como no caso da saúde oral ou a acessibilidade condicionada, por longas listas de espera (Ribeiro, 2009).

Assim, a ineficiência generalizada relativamente à prestação de cuidados de saúde no SNS, e até mesmo, a falta de cobertura integral em algumas áreas, como a saúde oral, diálise renal, análises clínicas, fisioterapia ou serviços de radiologia, têm vindo a contribuir para um aumento significativo da procura pelo setor privado.

Como resultado do panorama acima referido, cerca de um quarto da população portuguesa, encontra-se coberta por um subsistema de saúde público ou privado (Barros e Simões, 2007). Os subsistemas de saúde consistem em seguros de saúde públicos ou privados que representam uma cobertura adicional à proporcionada pelo SNS, e estão dependentes ou pertencem a uma determinada categoria profissional ou ocupacional. No setor público, assume principal destaque a Assistência na Doença aos Servidores civis do Estado (ADSE), e no setor privado, os da Portugal Telecom, CTT e SAMS (Barros e Simões, 2007).

Existem ainda os seguros de saúde voluntários, que permitem usufruir de serviços privados de saúde, mas nos quais os utentes podem ter de suportar todas as despesas inerentes. No ano de 2012 (dados preliminares), a despesa a cargo das próprias famílias pesou 31,7% no total da despesa corrente em saúde, considerando o agente financiador (ERS, 2014).

Numa nota estatística, em 2008, 18,3% dos cidadãos em Portugal, possuíam seguro de saúde. Também é de referir que o setor privado de saúde é administrado por quatro principais grupos com 80% do mercado da saúde privada (Grupo HPP, Grupo Espírito Santo, Grupo Trofa Saúde e José Mello Saúde), os quais evidenciaram em 2009, um crescimento de 42,5% face ao ano de 2008 (Mendes, 2010).

2.2. Caracterização do setor da saúde em Portugal

2.2.1. Indicadores demográficos e socioeconómicos

O enquadramento socioeconómico de um país e da sua população encontra-se intrinsecamente relacionado com a qualidade do seu sistema de saúde, que por sua vez, nalgumas vertentes, também determina as próprias características socioeconómicas do país.

Neste contexto, Portugal tem vindo a sofrer extensas modificações socioeconómicas ao longo das últimas décadas resultantes de marcos históricos como o final do Estado Novo ou a Adesão à União Europeia, que contribuíram para a melhoria considerável da qualidade de saúde, e consequentemente, de vida da população em geral (Campos, 2008).

As últimas projeções demográficas, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatísticas (INE), demonstram um aumento da população portuguesa nos últimos anos, estimando que população residente em Portugal seja de 10,6 milhões de pessoas. Aliado ao aumento da população, também demonstrou um aumento de 35% na população com idade igual ou superior a 65 anos e uma diminuição em quase 21% da população com idade inferior a 25 anos (INE, 2008).

De acordo com os últimos indicadores demográficos indicados no estudo “Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010” (Ministério da Saúde, 2010b), esperança de vida à nascença em Portugal Continental aumentou 2,1 anos entre 2001 e 2009. Desde 2004, aproximou-se 47,1% da meta estabelecida para 2010 (81 anos).

Esta evolução demográfica acarreta repercussões bem patentes na pirâmide etária de Portugal, como se pode constatar na Figura 1.

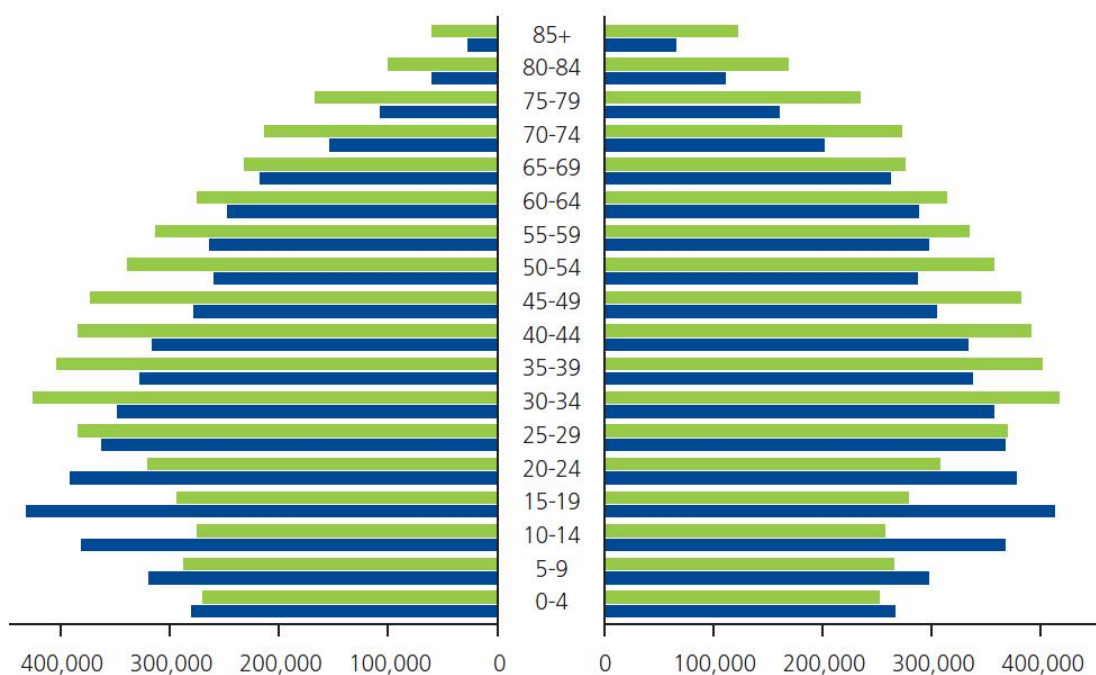


Figura 1. Distribuição etária da população em 1991 e 2008 (adaptado de Deloitte, 2011).

■ 2008 ■ 1991

Este panorama demográfico, caracterizado pela diminuição da natalidade e pelo aumento da esperança média de vida, levanta algumas preocupações referentes à sustentabilidade do sistema de saúde. Por um lado o aumento da população idosa requer maior despesa em saúde, e por outro, a diminuição da população ativa também pode implicar a obtenção de menos receitas para o sistema de saúde.

Adicionalmente aos indicadores demográficos, outras características socioeconómicas como as condições de vida, os rendimentos, a educação, etc., também são importantes para a análise do setor da saúde. Neste campo, os últimos dados apontam para uma contínua desaceleração do crescimento económico em Portugal, passando de 1,9% em 2007 para -2,7% em 2009 (OECD, 2006).

Para agravar esta situação, o desemprego tem vindo a aumentar significativamente ao longo dos últimos meses, estando a taxa situada nos 13,9% no segundo trimestre de 2014 (INEa, 2014).

2.2.2. Indicadores de saúde

Os indicadores de saúde têm demonstrado uma melhoria considerável nos cuidados de saúde prestados à população. O número de Médicos especialistas por 100 000 habitantes em Portugal Continental aumentou 11,9% entre 2004 e 2009. No que concerne ao número de Médicos de Saúde Pública por 100 000 habitantes, constata-se que este aumentou 4,7% entre 2001 e 2009 em Portugal Continental (Ministério da Saúde, 2010b).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (2010) o número de consultas médicas por habitante, por ano (Centros de Saúde e Hospitais) aumentou 17,9% entre 2004 e 2008.

2.3. Evolução dos modelos de gestão

Nos últimos 40 anos, os diferentes contextos sócio económicos e políticos, aliados ao desenvolvimento tecnológico acelerado, contribuíram para inúmeras transformações e atualizações no sistema de saúde português.

Como já foi previamente mencionado, desde a década de 70, tem-se verificado um esforço sustentado para melhorar a saúde e os serviços de saúde, através do financiamento da saúde, da expansão da prestação de cuidados de saúde, e do empenho em melhorar a organização e gestão do SNS (Sousa, 2009).

Numa perspetiva evolutiva, a configuração atual do modelo de gestão teve como marco histórico inicial, a reforma aplicada ao SNS intitulada de “nova gestão pública - new public management (NPM)” entre 1995 e 2001, período no qual foram exploradas e desenvolvidas novas formas de gestão, mais flexível e autónoma, de “empresas públicas” (Sousa, 2009: 888). De acordo com Sousa (2009), esta reforma também permitiu a adoção de sistemas de remuneração associada ao desempenho, novas práticas de contratualização, critérios de qualidade e infraestruturas de informação.

Por outras palavras, o modelo de gestão tradicional, burocrático, inflexível, e impessoal que coloca em causa a produtividade num contexto socioeconómico em mutação constante, foi substituído por um NPM profissionalmente especializado, com uma visão económica nas organizações públicas governamentais de forma a otimizar o desempenho do sector público (Rego, 2008).

Sendo o sistema de saúde português uma organização complexa devido a pluralidade de técnicos de saúde e de tipos de serviços prestados, nos últimos anos foram introduzidos mecanismos de organização e gestão internos de forma a adaptar o setor da saúde às necessidades da sociedade (Observatório Português dos Sistemas da Saúde, 2009).

Neste contexto, com a aprovação da Lei nº 27/2002 de 8 Novembro de 2002, foram estruturados quatro modelos de gestão e estatutos jurídicos:

- “Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos, nos termos do n.º 2 do artigo anterior”.

No que concerne aos diferentes modelos de gestão, é de salientar o fato de Rego e Nunes (2009) defenderem que o primeiro modelo indicado, o Sector Público Administrativo (SPA), apresenta como principais deficiências comparativamente aos restantes, a ausência de um sistema de incentivos, o que pode provocar a falta de empenho profissional, e custos agravados pela ineficiência e desresponsabilização generalizada dos órgãos de gestão.

O modelo de sistema de saúde atual, com o objetivo de otimizar a eficiência e eficácia dos serviços prestados, adotou a gestão partilhada de recursos com base na criação de uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, a SMPS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E, que tem por missão “(...) centralizar, otimizar e racionalizar a aquisição de bens e serviços e disponibilizar serviços de logística, possuindo competências em matéria de estratégia de compras, procedimentos pré-contratuais, contratação pública, logística interna, pagamentos e monitorização de desempenho” (Decreto-Lei nº 19/2010 de 22 Março).

Em síntese, os modelos de gestão do setor da saúde têm vindo a evoluir com base em pressupostos de administração empresarial, adotando conceitos de gestão inovadores, numa perspetiva de racionalizar os meios humanos e materiais, bem como satisfazer os clientes.

2.4. Evolução numa perspetiva de gestão

O sistema de saúde tem como principal objetivo garantir a qualidade, a eficácia, a equidade e a acessibilidade nos cuidados de saúde para toda a população, mas o contexto sócio demográfico marcado pelo aumento da esperança de vida e envelhecimento progressivo da população portuguesa, agravado pelo contexto atual da economia portuguesa, caracterizado pelo elevado valor do défice orçamental e a dependência de financiamento externo, têm colocado em causa a sustentabilidade financeira do SNS.

Neste panorama, diversos autores apontam deficiências relativas à ineficiência e desperdício de recursos humanos e matérias no SNS. De acordo com Nunes (2009), o desperdício de recursos financeiros no SNS atinge pelo menos 25% do montante afeto à saúde.

Nas últimas décadas, a despesa com a saúde subiu de 2,5% em 1970 a 8,8% em 2000 e a cerca de 9,9% em 2006 do PIB, sendo de salientar que, em 2007, grande parte do financiamento da saúde (52,5%) foi absorvida pelos hospitais (OECD, 2009). No entanto, nos últimos anos, a despesa corrente em saúde tem diminuído, sendo que em 2013 continuou a diminuir mas menos acentuadamente do que em 2012 (-6,6%). Em percentagem do Produto Interno Bruto, a despesa corrente em saúde representou 8,9% em 2013. Os resultados preliminares para 2013 apontam para um ligeiro aumento da importância relativa da despesa corrente pública face à despesa corrente privada (66,0%) (INEb, 2014).

A fim de preservar um sistema de saúde social, solidário e universal, os modelos de gestão têm de evoluir no sentido de adotarem medidas que permitam a sua sustentabilidade económica e financeira.

Escoval (2008) aponta como principal medida para uma evolução sustentada do sistema de saúde, a eficácia na distribuição de recursos, para um melhor investimento na promoção da saúde e prevenção da doença.

Também Ferreira *et al.* (2010), defende que a evolução do sistema de saúde, deve passar pelo desenvolvimento de modelos de gestão orientados para eficiência sob

o ponto de vista económico, ou seja, para a melhoria da eficiência na utilização dos recursos financeiros e dos meios humanos e materiais, para aumentar a produtividade da prestação de serviços de saúde.

É de ressaltar que embora a subsistência de um sistema de saúde universal se baseie na eficiência da gestão dos recursos e na rentabilização das valências prestadoras de cuidados de saúde, esta eficiência tem como objetivo primordial o serviço social de natureza pública e não a obtenção de lucro (Nunes *et al.*, 2009). Assim, segundo Thomsom *et al.* (2008), o modelo mais adequado do sistema de saúde deverá eficiente, por um lado, sob o ponto de vista económico, de forma a garantir a sustentabilidade do SNS e, por outro lado, sob o ponto de vista social, de forma a garantir a equidade nos cuidados de saúde.

2.5. Determinantes na procura de cuidados de saúde

Os determinantes na procura de cuidados de saúde representam um dos focos principais abordados nas políticas de saúde. Contrariamente ao que se poderia pensar, não se trata apenas de uma “procura” e “oferta” de prestação de cuidados, mas sim de um processo complexo e multifacetado.

De uma forma sucinta, de acordo com Travassos e Martins (2004), os determinantes da utilização dos serviços de saúde incluem:

- Necessidade de saúde: características relacionadas com problemas de saúde;
- Usuários das prestações de saúde: características demográficas; geográficas, socioeconómicas, culturais;
- Prestadores de cuidados de saúde: características demográficas, características profissionais (especialidades, experiência, tipo de prática) e características de pagamento;
- Organização e disponibilidade de recursos: características da oferta;
- Contexto político-jurídico: tipo de sistema de saúde; tipo de seguro de saúde, regulamentação profissional e do sistema, etc.

Em síntese, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser compreendidos através da interação de três elementos essenciais: os utentes, os prestadores de cuidados de saúde e o sistema de saúde, os quais serão abordados mais detalhadamente de seguida.

2.5.1. Utentes dos cuidados de saúde

Um estudo realizado pela OCDE (2004) demonstrou que além da necessidade clínica, existem fatores que determinam o recurso aos cuidados de saúde, como as características socioeconómicas.

Neste sentido, a utilização dos serviços de saúde é condicionada pelas condições socioeconómicas das pessoas, na medida em que estas se repercutem na sua educação, ocupação ou habitação. Assim, de acordo com Furtado e Pereira (2010) existem duas características principais que podem influenciar a utilização dos cuidados de saúde: fatores de predisposição e fatores capacitantes.

Os fatores de predisposição influenciam as convicções e atitudes nos cuidados de saúde, por outras palavras, influenciam a perceção de necessidade e utilização de serviços de saúde. Estes fatores englobam as características educacionais e culturais, bem como, a etnia, as redes sociais e familiares, entre outros.

Já os fatores de capacitação, como o rendimento económico mensal, ou a localização de residência, representam os meios necessários para as pessoas acederem aos serviços de saúde.

Também Mackenbach *et al.* (2008) defendem que o contexto socioeconómico, cultural, etc. do usuário determina o acesso aos cuidados de saúde, sendo de salientar que estes autores defendem que os grupos economicamente mais desfavorecidos apresentam maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Abreu (2012) afirma que a probabilidade de utilizar os serviços de saúde aumenta de acordo com o nível de rendimento e diminui quando aumenta o co-pagamento em qualquer estrato social.

Davoud *et al.* (2013) referem que existem diversos fatores que determinam a escolha dos serviços de saúde tais como: qualidade do serviço; custos; e condições económicas, sociais e culturais. Taylor *et al.* (2004) corrobora esta opinião quando afirma que a acessibilidade, qualidade, reputação, e tempo de espera são condições determinantes na seleção do hospital. Coulter *et al.* (2005) acrescenta ainda a probabilidade de sucesso (no caso por exemplo de uma cirurgia), relação entre o hospital e os médicos e cumprimento das normas de higiene.

2.5.2. Determinantes e prestadores de cuidados de saúde

Como já referido anteriormente, a prestação de cuidados de saúde em Portugal baseia-se numa oferta pública e privada (Barros e Simões, 2007). Deste modo, os profissionais de saúde operam em prestadores públicos, privados e sociais de saúde,

sendo que os primeiros se dividem em: “Cuidados de Saúde Primários, prestados na sua grande maioria nos centros de saúde e nas unidades de saúde familiar; Cuidados Hospitalares, caracterizados por um maior grau de diferenciação face aos cuidados primários; e Cuidados Continuados, cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência” (Deloitte, 2011: 25-26).

No que concerne aos profissionais de saúde, os principais fatores que influenciam o recurso aos cuidados de saúde são: demográficos, formação, experiência e tipo de prática profissional e atitudes (Travassos e Martins, 2004).

Já as principais características que determinam o acesso aos prestadores públicos, privados e sociais de saúde do sistema de saúde português, são: proximidade, disponibilidade, custos, e qualidade (Furtado e Pereira, 2010).

- Proximidade: a localização geográfica influencia a acessibilidade física das pessoas aos prestadores de cuidados de saúde;
- Disponibilidade: a adequação do carácter dos serviços de saúde facilita ou condiciona o recurso aos cuidados de saúde.
- Custos: a despesa da utilização dos serviços de saúde, como consultas, exames médicos ou medicação, influencia a utilização dos serviços de saúde. É de ressaltar que os custos podem ser suportados pela posse de seguros de saúde ou subsistemas públicos (por exemplo, ADSE);
- Qualidade: a qualidade dos serviços prestados, bem como o funcionamento dos mesmos (horários, sistema de marcação de consultas), também são fundamentais na decisão de utilização de serviços de saúde.

Com base nas características previamente expostas, denota-se que os determinantes que influenciam a utilização do sistema de saúde envolvem obstáculos temporais e geográficos (tempo de espera e distância), organizacionais, financeiros e relativos à qualidade da prática médica.

É necessário salientar o facto de que, em Portugal, os prestadores públicos de cuidados de saúde estão diversas vezes associados aos obstáculos acima mencionados. Neste sentido, a desconfiança relativamente à eficiência do SNS, no que diz respeito aos meios de diagnóstico, à falta de especialidades médicas, ou até à estrutura organizacional dos prestadores de saúde, aliado ao aumento consecutivo do custo da saúde pública (taxas moderadoras), tem vindo a influenciar os usuários a recorrerem a seguros de saúde e a utilizarem os prestadores privados de saúde, apesar destes serem mais dispendiosos (Lopes, 2010).

Esta realidade é corroborada pelos dados estatísticos, que demonstram que o setor privado de saúde apresentou em 2009 um aumento das receitas de 42,5%, face ao ano anterior, 2008, faturando em 2009, 694 milhões de euros (Mendes, 2010).

Assim, com base em tudo o exposto, verifica-se que o recurso aos cuidados de saúde é um processo multifatorial, sendo influenciado por um conjunto de determinantes que incluem, tanto as características sócio demográficas e económicas das pessoas, como as características relacionadas com a oferta da prestação de cuidados de saúde (proximidade, recursos oferecidos, etc.), podendo estas últimas influenciar mais a utilização dos serviços de saúde.

2.6. Comportamento do consumidor em saúde

Como em todas as áreas, para uma correta avaliação de um mercado, temos de ver qual o comportamento que os potenciais consumidores podem assumir, e segundo Hoyer & Macinnis (1997), o comportamento do consumidor é resultado do conjunto de decisões dos consumidores no que se refere à aquisição, ao consumo e à disposição de bens, serviços, tempo e ideias por unidades humanas de tomada de decisão sobre o tempo.

“O campo do consumidor é interdisciplinar; é composto por pesquisadores de várias áreas diferentes que compartilham o interesse no modo como as pessoas interagem no mercado” (Solomon, 2002, p.44).

Para Boone e Kurtz (1998) o comportamento do consumidor deve ser analisado segundo os seguintes passos de decisão:

- Reconhecimento do problema ou oportunidade de compra;
- Procura de informações;
- Avaliação das alternativas de solução;
- Decisão de compra;
- Ato e compra;
- Avaliação pós-compra.

Neste sentido, segundo Kotler e Armstrong (1999) existem quatro grupos de fatores que influenciam o comportamento do consumidor:

- Fatores culturais: a cultura e a classe social exercem uma função decisiva no comportamento do consumidor, na medida em que a cultura influencia o comportamento do indivíduo, sendo representada pelo conjunto de valores a que o ser humano é exposto desde infância. A classe social é como se organizam as

sociedades, no qual compartilham valores, interesses e comportamentos idênticos, sendo definidos pela ocupação, renda, educação e riqueza;

- Fatores pessoais: as características pessoais, como a idade, fase da vida, ocupação e situação económica, isto é fatores sócio demográficos influenciam também o comportamento do consumidor, visto que interfere na sua forma de pensar;
- Fatores sociais: grupos de referência, como a família, vizinhos, e as posições que ocupam nesses grupos: os papéis e *status*, influenciam nos comportamentos do consumidor;
- Fatores psicológicos: os fatores psicológicos também influenciam o consumidor, como motivação, percepção, aprendizagem, crenças, atitudes, entre outros, sendo que a percepção é o processo pelo qual as pessoas selecionam, organizam e interpretam informações para formarem uma imagem significativa do mundo. Como tal, envolve pensamentos e sentimentos que os indivíduos experienciam e as suas ações no processo de consumo, envolvendo interações e trocas com o ambiente.

Assim, quanto maior for o conhecimento que os profissionais de marketing têm sobre a forma como as interações influenciam os consumidores, melhor poderão satisfazer as necessidades e desejos desse público (Peter e Olson, 2009).

Neste sentido, um dos fatores que influenciam a saúde é o consumismo em exagero, que se constitui como uma das maiores preocupações do século, no qual a população está sujeita a manifestar problemas de ansiedade generalizada no ato de comprar, depressão e comportamentos obsessivo compulsivos que, se não tratados, têm tendência a agravar-se (Torres, 2007).

Segundo Solomon (2002), uma das premissas principais que é importante ter em conta, é a de que os consumidores na maioria das vezes não compram produtos pela sua funcionalidade, mas sim pelo que estes significam, isto é, a função do produto é importante, mas existe um conjunto de outros fatores que levam os indivíduos a optarem por uma marca ou produto em detrimento de outros.

Quando se trata do mercado hospitalar, é importante ter consciência que o consumidor não é quem toma a decisão, sendo que quem decide é o médico, ou mesmo que seja o paciente a tomar a decisão, é fortemente influenciado pelo profissional de saúde (Hermes, 2001).

Assim, segundo Cobra (2001 citado por Silva, 2005) o ponto de partida para estudar o comportamento do consumidor de um produto ou serviço de saúde é importante ter em contas as seguintes premissas:

- A compra de serviços de saúde é racional, ou seja, tem em conta as necessidades eminentes ou urgentes;
- O consumidor de serviços de saúde normalmente é influenciado. Sendo assim, é importante trabalhar as pessoas formadoras de opinião, como líderes de comunidade, representantes de religiões, associações ligadas à “terceira idade”, e etc., fazendo-lhes ver, principalmente a qualidade técnica e o bom atendimento a pessoas do serviço;
- O comportamento de um consumidor de saúde faz parte de um processo interligado entre necessidade e possibilidade, ou seja, as necessidades de atendimento estão restritas às possibilidades oferecidas pelo mercado, pela capacidade dos usuários, dos planos e seguros de saúde;

Como tal, as decisões do consumidor sofrem influências externas (ambiente de marketing, económico, tecnológico, político e cultural) e internas (ao considerar as suas próprias características culturais, psicológicas e pessoais). O processo de tomada de decisão de compra segue uma ordem, muitas vezes, inconsciente, através das etapas de reconhecimento das necessidades ou problemas, procura de informação, avaliação das alternativas, decisão em si e avaliação e comportamento pós compra (Duschitz, 2010, p.26).

Churchill *et al.* (1987) verificaram a existência de alguma controvérsia sobre o comportamento dos consumidores ser o mesmo, quer estejam a adquirir um produto físico ou não físico. Os serviços prestados pelas diferentes unidades de saúde, não sendo tangíveis, são mais difíceis de avaliar do que os bens de consumo. Peyrot, Cooper e

Schnopf (1993), afirmam que os consumidores têm maior dificuldade em medir a qualidade dos serviços aos quais recorrem.

Kotler (1994) afirma que o estudo do cliente permite compreender o comportamento do consumidor de forma a estudar um fenómeno ou mesmo a corrigir possíveis falhas de comunicação.

A globalização devido ao desenvolvimento das tecnologias da informação, desenvolve transformações profundas em todos os estratos da sociedade, levando a mudanças no comportamento dos consumidores, criando novos hábitos de consumo, novas necessidades, deixando-as mais criteriosas e exigentes em relação aos produtos (Aragão *et al.* sd).

Sanaie (2004) afirma que o estudo do comportamento do consumidor é uma parte importante do marketing, pois é necessário conhecer bem as necessidades e expectativas dos consumidores.

3. METODOLOGIA

3.1. Objetivo geral e Hipóteses

O objetivo geral deste trabalho é o de perceber o que leva os utentes a optarem por cuidados de saúde privados ou por cuidados de saúde públicos, e a que variáveis e comportamentos as Unidades de Saúde deverão dar relevância, por forma a tornarem-se cada vez mais rentáveis e com um maior número de serviços prestados.

Tendo por base a revisão da literatura efetuada, as hipóteses definidas no estudo foram as seguintes:

H1: A qualidade do corpo clínico é decisiva na escolha de Cuidados de Saúde Públicos e Cuidados de Saúde Privados. Coulter *et al* (2005) e Angelopoulon *et al* (1998) afirmam que a reputação dos médicos é essencial para a escolha dos utentes.

H2: As experiências passadas e recomendações de amigos/familiares são importantes no tipo prestador de Cuidados de Saúde escolhido. Miller (2005) e Adama *et al* (2009) demonstraram que a experiência que os utentes vivenciaram e as recomendações de amigos/familiares tem relevância na escolha do tipo de Cuidados de Saúde pelos utentes.

H3: A atenção ao paciente, a qualidade das infra-estruturas e o tempo de espera são relevantes na escolha do tipo de cuidado de saúde. Coulter *et al* (2005) refere que o tempo de espera é relevante na escolha. Taylor & Coupland (2004) e Dixon *et al* (2010) observaram que a qualidade é o fator mais importante na escolha dos serviços de saúde.

H4: Em situações urgentes os utentes preferem recorrer a cuidados de saúde públicos. Oliveira (2010) conclui que os utentes recorrem a Cuidados de Saúde Públicos quando necessitam de cuidados hospitalares resultantes de situações agudas, ao passo que utilizam o setor privado para consultas de especialidade e serviços de diagnóstico.

H5: No caso de Patologias graves os utentes preferem recorrer a cuidados de saúde públicos. Halansa e Nandakumar (2009), referem que no caso de doenças graves a maior parte dos indivíduos utiliza o setor público.

H6: Utentes com Seguro de Saúde utilizam preferencialmente os cuidados de saúde privados. O estudo de Behboudi (2001) mostra que pacientes com seguro de saúde preferem ser hospitalizados em hospitais privados.

H7: Rendimentos mensais do agregado familiar mais elevados têm impacto positivo na contratação de seguro de saúde e escolha de cuidados de saúde privados em comparação com rendimentos mais baixos. No estudo de Eira (2010) 62% dos inquiridos considera o preço dos cuidados de saúde importante tendo em conta o rendimento mensal bruto do agregado familiar.

3.2. Instrumento

Após a definição das hipóteses de investigação foi elaborado um questionário que visava responder às mesmas de forma clara e objetiva (Hill & Hill, 2009).

Para esse efeito foi construído um questionário composto por um total de 17 questões (cf. Anexo), algumas das quais se desdobravam em grupos de afirmações para resposta a escala de Likert. A formulação das questões teve como orientação a resolução das hipóteses em estudo, bem como a revisão bibliográfica realizada e ainda as orientações de Hill e Hill (2009).

Da primeira à quinta questão utilizou-se uma escala nominal que permite clarificar se os inquiridos conhecem os Serviços de Saúde (público e privado), se os utilizam e que tipos de serviço utilizam nos diferentes Serviços de Saúde.

Na sexta questão pretende-se saber se os inquiridos estão satisfeitos com os Serviços de Saúde que tem ao seu dispor e qual a perceção que tem sobre a forma como os Hospitais Públicos são geridos.

Na sétima questão, os inquiridos são convidados a clarificar o seu estado de saúde atual.

As questões oitava e nona permitiram saber se os inquiridos possuem seguro de saúde ou subsistema de saúde.

Da questão décima à décima segunda, foi pedido aos inquiridos para responderem sobre qual ou quais os tipos de Serviços de Saúde que utilizam.

A décima terceira questão permite perceber qual o grau de satisfação com o atendimento recebido no último Serviço de Saúde a que os inquiridos recorreram, e a décima quarta questão pretende determinar se os inquiridos foram encaminhados para outro serviço ou especialista, após a última visita a um Serviço de Saúde.

A décima quarta questão permite identificar os motivos que levam os inquiridos a escolher determinado Serviço de Saúde e é composto por 11 items, avaliados numa escala de Likert de 5 pontos, em que 1 significa nada importante e 5 muito importante.

Os motivos considerados foram adaptados a partir do trabalho de Eira (2010), são os seguintes: “Experiência passada”, “Recomendação de amigo ou familiar”, “Localização”, “Indicação de médico”, “Acordo com seguro de saúde ou subsistema de saúde”, “Corpo clínico (médicos)”, “Atenção ao utente”, “Variedade de exames disponíveis”, “Qualidade das infraestruturas”, “Tempo de espera” e “Inovação.

Na décima sexta questão são colocadas ao inquirido diferentes situações patológicas, com diferentes graus de gravidade e urgência. Para cada uma das situações, o inquirido deverá responder se recorreria a um Serviço Público ou Serviço Privado de Saúde. As situações patológicas foram adaptadas de Chatziarsenis (2001).

Por último, na décima sétima questão foram analisados os fatores demográficos e sócio económicos.

3.3. População alvo e processo e amostragem

As perguntas colocadas aos inquiridos foram efetuadas, como referido acima, via Internet em formato digital, a pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os géneros e classes sociais diversas.

No que diz respeito à seleção de dados, o método escolhido foi não probabilístico, ou seja, a investigação foi realizada por conveniência (Malhotra, 2006), uma vez que todas as pessoas inquiridas foram-no porque tinham acesso à Internet e se disponibilizaram para responder. O tipo de amostragem utilizado foi o “snowball”, que tem como vantagens o baixo custo e a rapidez, embora limite a extrapolação dos dados (Hill & Hill, 2009). Este método consiste na disseminação dos inquéritos por intermédio dos inquiridos, que depois de responderem “recrutam” novos elementos e assim sucessivamente, criando um efeito de “bola de neve”, que permite recolher dados mais rapidamente (Hill & Hill, 2009).

3.4. Métodos estatísticos

Os dados foram tratados estatisticamente com o programa SPSS v.22 (IBM Corporation, 2013). Para as estatísticas descritivas foram calculadas frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão. O teste qui-quadrado foi utilizado para a comparação de proporções independentes e o teste de McNemar para a comparação de proporções relacionadas entre si. Foi ainda utilizado o teste de Friedman para comparar variáveis quantitativas emparelhadas e o teste Wilcoxon para verificar as diferenças, par a par, entre estas variáveis. O nível de significância para rejeição de H0 foi mantido em 5%.

4. RESULTADOS

4.1. Participantes

Neste estudo foram recolhidos os dados de 351 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos, com média de 32.11 anos (D.P.=10.47). Do total de inquiridos, 58,97 % dos inquiridos pertenciam ao sexo feminino e 41,03% ao sexo masculino. A Tabela 1 sumaria os resultados obtidos.

Segundo a Nomenclatura das Unidades Territoriais de nível II (NUT's II), 74% dos inquiridos tinham origem ou residência no Norte de Portugal, e uma percentagem muito aproximada tinha nesta região o seu local de trabalho ou de estudo. Relativamente à profissão dos inquiridos, 65,24% trabalhavam por conta de outrem e 18,80% eram estudantes.

A maioria dos inquiridos era solteiro (aproximadamente 60%), tendo sido encontrados aproximadamente 37% de casados ou a viver em união de facto. O intervalo para o rendimento mensal médio do agregado familiar com mais expressão na amostra foi o intervalo que se situa entre os 1.000 e 1.999 € com cerca de 40% dos casos.

Grande parte dos inquiridos possuía formação superior (79,49%), sendo que 40% tinha licenciatura e os restantes Pós graduação, Mestrado ou Doutoramento.

A idade média dos inquiridos foi de 32,11 anos (D.P.=10,47).

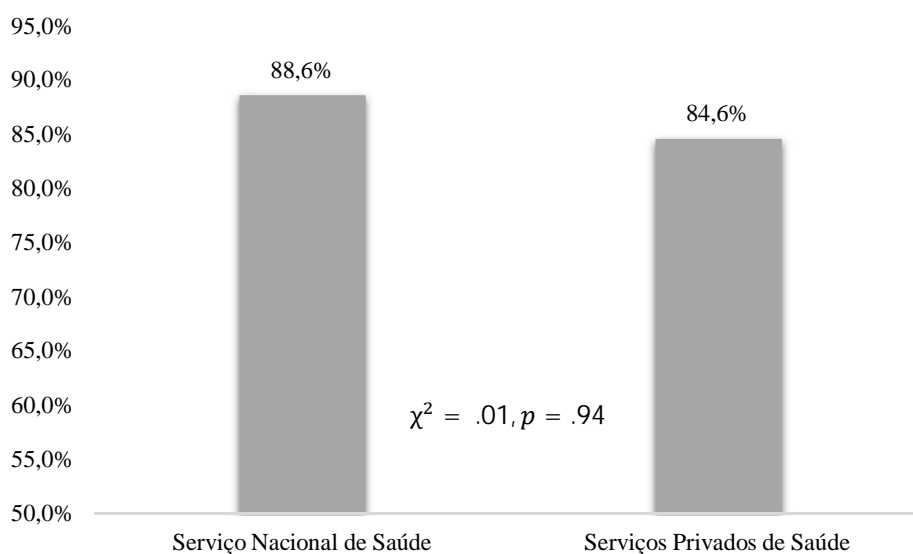
Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	144	41,03%
Feminino	207	58,97%
NUTS II		
	<i>Origem/Residência</i>	<i>Trabalho/Estudo</i>
Norte	262 74,64%	268 76,35%
Centro	45 12,82%	34 9,69%
Lisboa	39 11,11%	44 12,54%
Outros	5 1,44%	5 1,52%
Profissão		
Trabalhador/a por conta de outrem	229	65,24%
Trabalhador/a por conta própria	20	5,70%
Industrial	2	0,57%
Profissional Liberal	11	3,13%
Estudante	66	18,80%
Doméstica	3	0,85%
Desempregado/a	13	3,70%
Reformado/a	7	1,99%
Estado civil		
Solteiro	210	59,83%
Casado/União de Facto	130	37,04%
Outros	11	3,12%
Rendimento Médio Mensal Agregado Familiar		
Inferior a 500 €	14	3,99%
500 - 999 €	65	18,52%
1000 - 1999 €	140	39,89%
2000 - 2999 €	64	18,23%
3000 - 4999 €	47	13,39%
Superior a 5000 €	21	5,98%
Habilitações literárias		
Até 9º Ano	9	2,55%
10º-12º Ano	40	11,40%
Curso Profissional/Artístico	5	1,42%
Curso médio/Frequência Universitária/Bacharelato	18	5,13%
Licenciatura	137	39,03%
Pós-Graduação	44	12,54%
Mestrado	81	23,08%
Doutoramento	17	4,84%
Idade	M= 32,11	D.P.= 10,47

4.2. Análises Descritivas

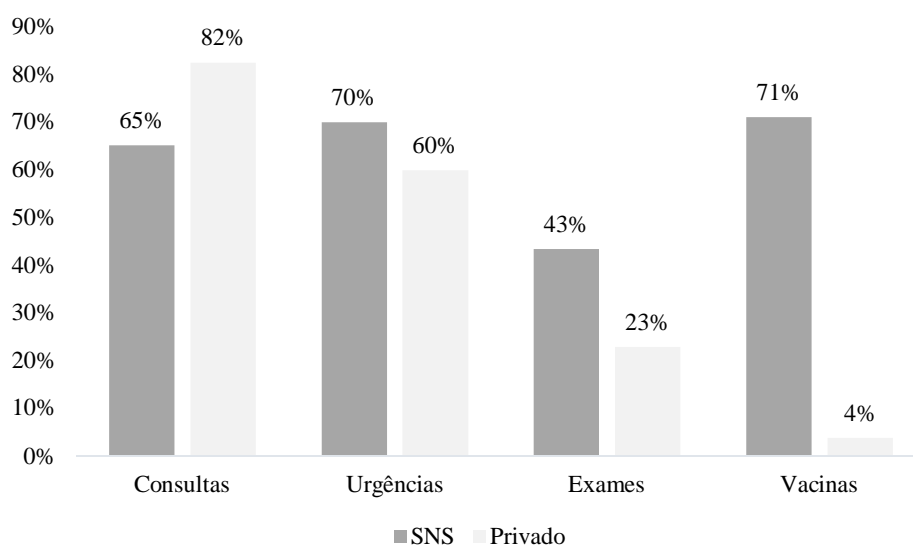
Nesta secção é feita uma caracterização da opinião dos elementos da amostra acerca de vários aspetos que gravitam em torno do SNS e também dos Serviços Privados de Saúde. Todos os elementos da amostra (n= 351) referiram conhecer o SNS e destes, 311 (88,6%) utiliza-o. No que aos Serviços Privados se refere os resultados foram aproximados, com utilização por parte de 297 participantes (84,6%). Não foram encontradas diferenças ao nível da proporção de utilização de ambos os serviços ($\chi^2 = 0,01$, p= n.s.) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Nível de utilização SNS e serviço privado



No que se refere à utilização dos tipos de serviço (Gráfico 2) os resultados sugerem taxas de utilização significativamente diferentes (medidas com o Teste McNemar) ao nível das consultas, com mais utilização no privado (82% vs 65%, $p < .001$), urgências, com mais utilização no SNS (70% vs 60%, $p < .001$), exames, com mais utilização do SNS (43% vs 23%, $p < .001$) e vacinas com domínio quase absoluto do SNS (71% vs 4%, $p = 0,004$).

Gráfico 2. Nível de utilização do SNS e serviço privado por tipo de utilização



Ao nível da satisfação com os serviços de saúde, cujas questões variaram numa escala de Likert (1 – Discordo plenamente até 5 – Concordo plenamente) os resultados apontam para satisfação dos participantes com os hospitais privados (M= 3,5, D.P.= 0,67), hospitais públicos (M= 3,40, D.P.= 0,92) e com os serviços de saúde ao dispor (M= 3,40, D.P.= 1,04). Relativamente à perceção da satisfação pela população (M= 2,63, D.P.= 0,98), utilização de recursos (M= 2,42, D.P.= 0,90) e administração dos hospitais públicos (M= 2,35, D.P.= 0,94) os resultados apontam para níveis reduzidos de satisfação (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Análise de satisfação com os serviços de saúde

Satisfação com os serviços de saúde	M	D.P.
A população está satisfeita pelos serviços de saúde que recebe.	2,63	0,98
Estou satisfeito/a pelos serviços de saúde ao meu dispor.	3,40	1,04
Em Portugal os Hospitais Públicos são bem administrados.	2,35	0,94
Os recursos disponibilizados e utilizados para os Serviços de Saúde são bem aplicados.	2,42	0,90
Os Hospitais Públicos prestam um bom serviço.	3,40	0,92
Os Hospitais Privados prestam um bom serviço.	3,65	0,67

Grande parte dos inquiridos possuía seguro ou subsistema de saúde (n= 181, 51,6%). Destes, 175 reportaram qual o subsistema contratado. A Tabela 3 mostra que a ADSE é o subsistema mais frequente (22,9%), seguido pelo Multicare (22,9%), Medis (17,1%) e Advancecare (14,3%). Todos os restantes obtiveram frequências inferiores a 10%.

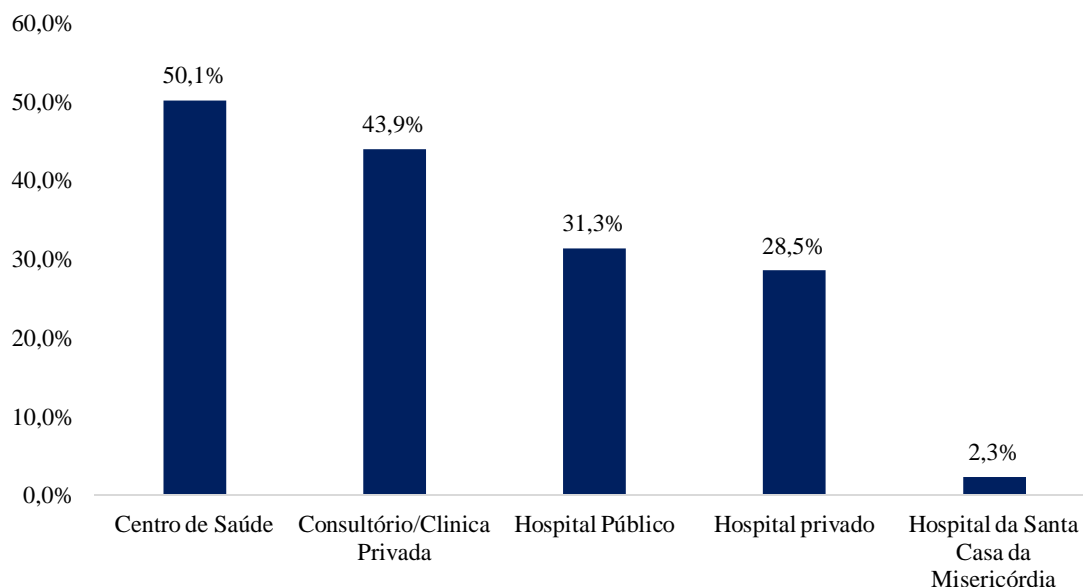
Tabela 3. Frequência dos subsistemas de saúde

Subsistema	n	%
ADSE	40	22,9%
Multicare	39	22,3%
Medis	30	17,1%
Advancecare	25	14,3%
SAMS	11	6,3%
PT-ACS	8	4,6%
Allianz	7	4,0%
Plano Saúde Consigo	5	2,9%
Tranquilidade – SANOS	4	2,3%
Medicare	2	1,1%
Outros	4	2,4%

A maioria dos participantes (n= 276, 78,6%) tinha recorrido a algum serviço de saúde nos últimos seis meses. O mais frequente foi o Centro de Saúde (50,1%), seguido

pelos Consultório/Clínica privada (43,9%), Hospital Público (31,3%), Hospital Privado (28,5%) e por fim Hospital da Santa Casa da Misericórdia (2,3%) (Gráfico 3).

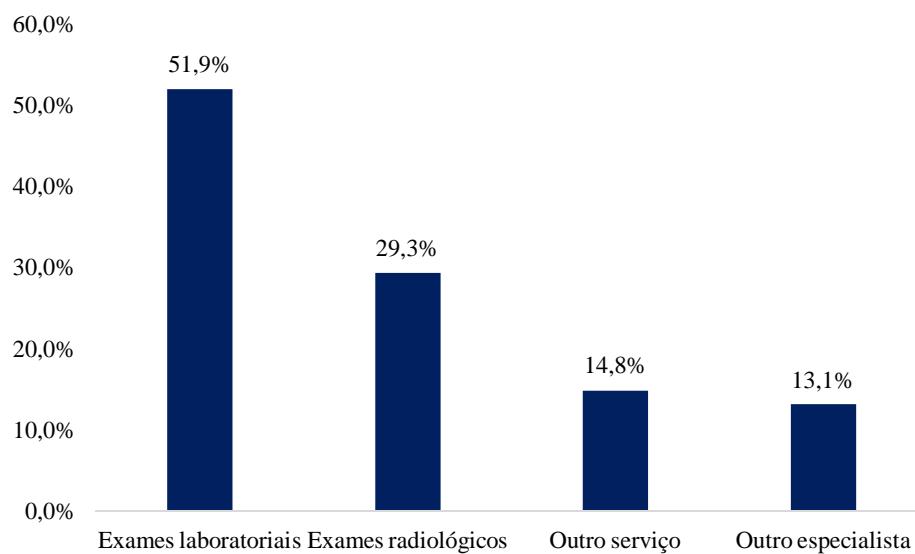
Gráfico 3. Tipo de Serviço de saúde a que recorreu nos últimos seis meses



A satisfação com o atendimento nesta última visita variou entre o regular (22,8%), bom (48,1%) e muito bom (24,8%).

Relativamente aos exames complementares realizados ou encaminhamento para outro serviço/especialista o Gráfico 4 mostra que mais de metade dos inquiridos realizou exames laboratoriais (51,9%), perto de um terço (29,3%) realizou exames radiológicos, cerca de 15% foi encaminhado para outro serviço e 13,1% para outro especialista.

Gráfico 4. Realização de exames complementares ou encaminhamento para outros serviços ou especialistas



O estado de saúde atual, reportado pelos inquiridos variou fundamentalmente entre o regular (21,4%), bom (54,1%) e muito bom (18,8%).

4.3. Análises Inferenciais

No que se refere às características para a escolha de um hospital (Tabela 4), o grau de importância atribuído aos parâmetros avaliados foi elevado em todos os casos, não tendo sido encontradas diferenças significativas entre eles. Não obstante pode referir-se que o Corpo clínico (M= 3,96, D.P.= 0,89), Tempo de espera (M= 3,96, D.P.= 0,87) e Variedade de exames disponíveis (M= 3,89, D.P.= 0,87) foram os três fatores mais importantes. Por outro lado, apesar de também importantes, a Inovação (M= 3,48, D.P.= 0,91), Localização (M= 3,48, D.P.= 0,89) e Recomendação de amigo ou familiar (M= 3,24, D.P.= 0,83) foram os que obtiveram pontuação média mais baixa. A realização do teste de Friedman confirmou a existência de diferenças significativa ao longo dos vários parâmetros analisados (283,24, $p < .001$). Para além disso, a realização de testes de Wilcoxon para amostras emparelhadas salientou a existência de diferenças significativas, em particular entre os quatro primeiros parâmetros (Corpo clínico, tempo de espera, variedade de exames disponíveis e experiência passada) e os três últimos parâmetros (Inovação, Localização e Recomendação de amigo ou familiar).

Estes resultados confirmam a Hipótese 1, que aponta o Corpo clínico como um dos principais fatores na escolha do hospital e confirmam parcialmente a Hipótese 2, já que apesar de serem importantes, as recomendações de amigos e familiares não se encontram no topo das prioridades por parte dos inquiridos. Relativamente à Hipótese 3, esta foi confirmada ao nível do tempo de espera, que se conotou, como um dos três fatores de escolha mais importantes ao nível dos cuidados de saúde e parcialmente confirmada ao nível da qualidade das infra-estruturas (quinto fator mais importante) e atenção ao utente (sexto fator mais importante).

Tabela 4. Grau de importância das características de um hospital

Características	M	D.P.
Corpo clínico (médicos)	3,96	0,89
Tempo de espera	3,96	0,87
Variedade de exames disponíveis	3,89	0,87
Experiência passada	3,8	0,92
Qualidade das infra-estruturas	3,72	0,83
Atenção ao utente (simpatia, etc)	3,69	0,79
Indicação do médico	3,68	0,88
Acordo com Seguro de Saúde ou Subsistema de Saúde	3,53	1,18
Inovação	3,48	0,91
Localização	3,48	0,89
Recomendação de amigo ou familiar	3,24	0,83

Quanto à escolha do tipo de serviço mediante a situação ou problema de saúde (Tabela 5) destaca-se que, em todos os casos os inquiridos preferem o SNS. Em particular, 86% dos inquiridos afirmam que escolheriam o SNS em caso de suspeita de reação alérgica a picada de abelha. No mesmo sentido, 84,6% dos inquiridos referiram que escolheriam o SNS em caso de dor severa no centro do peito, palpitações cardíacas e dispnéia durante 15 minutos. Sentir dores na parte inferior direita do abdómen com náuseas e febre também se afigura como uma forte razão para recorrer ao SNS por parte de 78,1% dos inquiridos. Ainda neste sentido, ter o tornozelo inchado e não conseguir colocar o peso do corpo sobre ele é também razão para recorrer ao SNS por parte de 75,8% dos participantes. Ter os olhos vermelhos e o nariz a pingar (57,3%), estar com dores de cabeça à dois dias (56,4%) e estar com vertigens e fadiga há uma semana (53%) foram as situações que menos suscitaram preferência pelo SNS em detrimento de hospitais privados. Estes resultados apontam para preferência pelo SNS em todas as circunstâncias, em particular pelas mais graves, com diferenças de proporção estatisticamente significativas, medidas pelo teste qui-quadrado. Estes resultados permitem confirmar as hipóteses 4 e 5 que se referem à preferência pelo SNS em caso de situações mais urgentes ou graves.

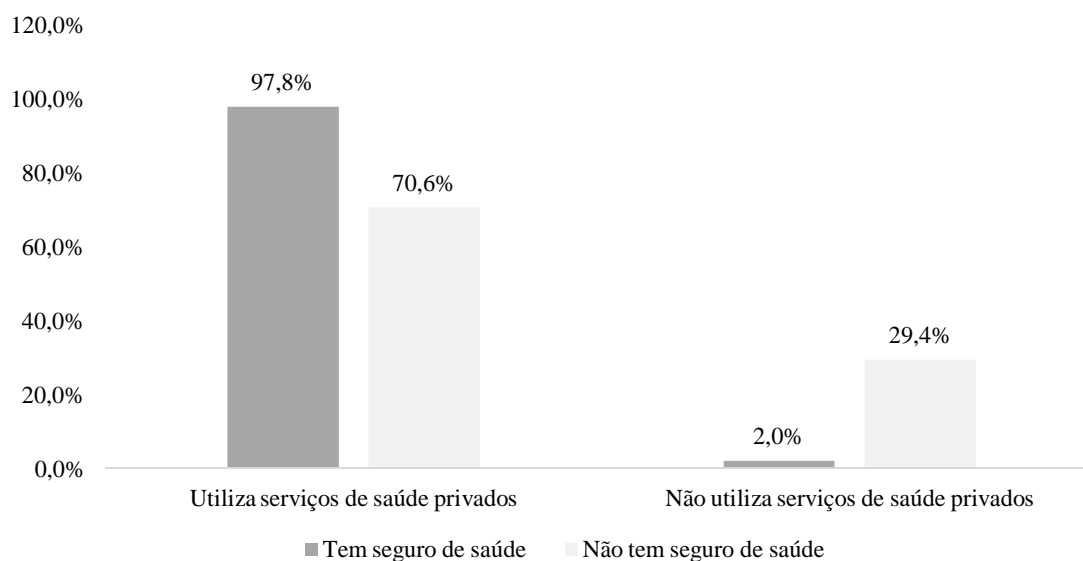
Tabela 5. Escolha do tipo de serviço perante as situações/problemas de saúde

Perante as seguintes situações, a que tipo de serviço recorreria?	SNS n (%)	Privado n (%)	p-valor (χ^2)
Está com 38,4 °C (febre), sente fadiga, tem dores no corpo e tosse seca há 2 dias.	228 (65%)	123 (35%)	34,41; p<.001*
Tropeçou, o seu tornozelo está inchado e não consegue colocar o peso do seu corpo sobre ele.	266 (75,8%)	85 (24,2%)	93,34; p<.001*
Encontra vestígios de sangue na urina.	208 (59,3%)	143 (40,7%)	12,04; p<.001*
Está com dores na parte inferior direita do abdómen, a aumentarem nas últimas 6 horas. Tem náuseas e febre ligeira (38°C).	274 (78,1%)	77 (21,9%)	110,57; p<.001*
Tem uma dor severa no centro do peito, palpitações cardíacas e dispneia durante 15 minutos.	297 (84,6%)	54 (15,4%)	168,23; p<.001*
Está constipado. Tem dores num ouvido há três horas. São três horas da manhã (madrugada).	235 (67%)	116 (33%)	40,35; p<.001*
Está com vertigens e fadiga há uma semana.	186 (53%)	165 (47%)	1,26; .26
Tem os olhos vermelhos e o nariz a "pingar" (pior do que nunca).	201 (57,3%)	150 (42,7%)	7,41; .01*
Foi picado por uma abelha há 15 minutos. Agora a sua garganta e lábios estão inchados, estando o seu corpo inteiro coberto de manchas.	302 (86%)	42 (14%)	182,36; p<.001*
Quando urina, arde. Nas últimas 8 horas, tem vontade de urinar a cada 10 minutos.	206 (58,7%)	145 (41,3%)	10,60; .02*
Está com dores de cabeça há 2 dias.	198 (56,4%)	153 (43,6%)	5,77; p<.001*
Está com dores de garganta e febre de 39,6 °C durante 2 dias. São 19 horas (final de tarde).	227 (64,7%)	124 (35,3%)	30,23; P<.001*

*Denota resultado estatisticamente significativo

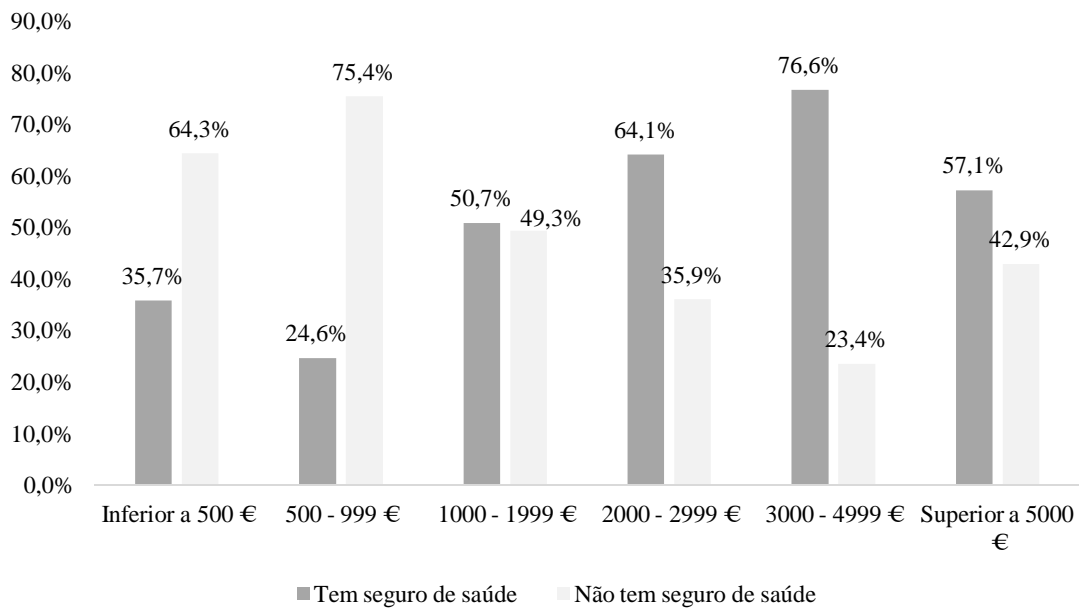
Em relação à utilização dos serviços de saúde privados a grande maioria dos inquiridos que têm seguro de saúde utiliza serviços de saúde privados (97,8%), percentagem mais elevado do que os que utilizam sem ter seguro de saúde (70,6%) (Gráfico 5). Esta diferença de proporções foi estatisticamente significativa, de acordo com o teste qui-quadrado (p<.001), o que confirma a hipótese 6.

Gráfico 5. Utilização de serviços de saúde privados



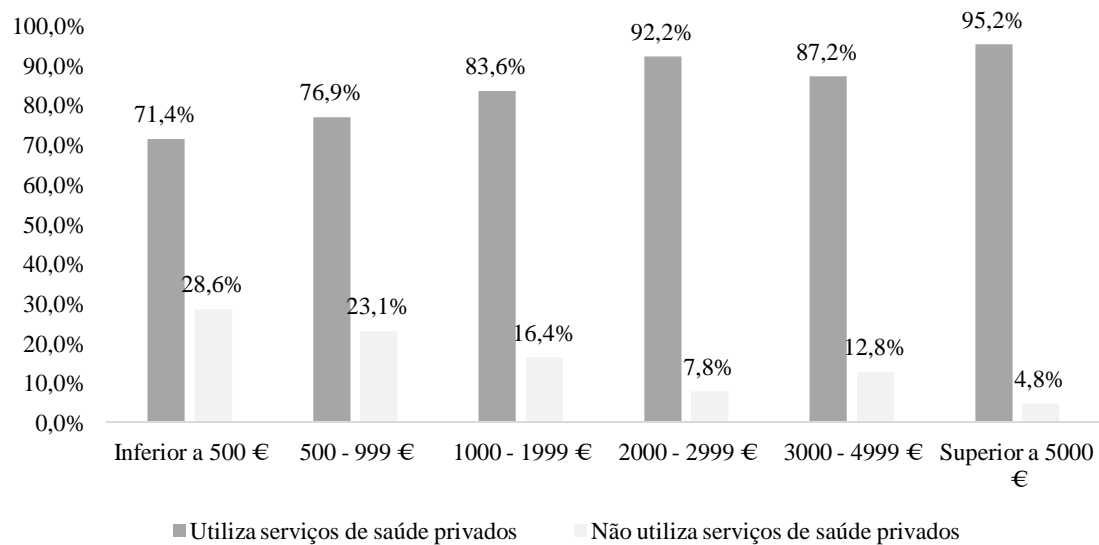
Relativamente à relação entre o rendimento do agregado familiar e a contratualização de seguros de saúde os resultados apontam uma tendência crescente destes seguros em rendimentos mais elevados. O Gráfico 6 mostra que os inquiridos com rendimentos até 999 euros não têm, na sua maioria, seguro de saúde. A partir do intervalo de 1000 a 1999 euros a tendência inverte-se e a partir daí a maior parte dos inquiridos refere ter seguro de saúde. A estatística de qui-quadrado, com resultado estatisticamente significativo confirma a associação entre ambas as variáveis ($p < .001$).

Gráfico 6. Relação entre seguro de saúde e rendimento



Por fim, quanto à relação entre o rendimento do agregado familiar e a utilização dos serviços de saúde privados o Gráfico 7 mostra uma tendência entre a utilização e o aumento de rendimento, bem como o contrário. Também aqui a estatística de qui-quadrado, com resultado estatisticamente significativo confirma a associação entre ambas as variáveis ($p < .001$). Este resultado, bem como o anterior (da relação entre rendimento e seguros de saúde) permitem confirmar a Hipótese 7.

Gráfico 7. Relação entre a utilização dos serviços de saúde privados e rendimento



5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise dos resultados pode concluir-se que todos os indivíduos conhecem o SNS embora nos últimos 6 meses quando recorreram a serviços de saúde utilizaram tanto o setor público como o privado ou ambos. Importa todavia compreender quais são os fatores que influenciam essa decisão e se há uma exclusiva preferência de um ou outro setor, dando resposta às hipóteses anteriormente apresentadas.

Em relação à influência do nível de rendimento na escolha de serviços privados pode-se afirmar que indivíduos com rendimentos mais elevados tendem a optar por cuidados de saúde privados. As pessoas com rendimentos inferiores a €99 escolhem maioritariamente o SNS, todavia, na análise em geral da população estudada, a maior parte concorda que, quer os Hospitais Públicos quer os Hospitais Privados, prestam um bom serviço.

De acordo com o estudo “The Rand Health Insurance Experiment”, desenvolvido por Newhouse *et al* (1993), a população com menor rendimento tende a consumir menos cuidados de saúde, não pela ausência de necessidade mas pela dificuldade do pagamento. Também Eira (2010) refere que a maioria dos inquiridos considera o preço dos cuidados de saúde importante tendo em conta o rendimento mensal bruto do agregado familiar.

Os resultados vão também de encontro ao sugerido por Halansa e Nandakumar (2009) que afirmaram que os indivíduos com rendimentos mais elevados preferem a utilização de cuidados de saúde privados e que quem utiliza os serviços públicos é sensível aos preços, sendo que as pessoas consideradas pobres são as que menos utilizam os serviços privados. Jannati *et al.* (2013) demonstrou que existe relação entre o rendimento familiar, os custos hospitalares e a seleção do serviço corroborando a opinião de Jones *et al.* (2006) quando afirma que a probabilidade de ter um seguro de saúde e utilizar os serviços privados aumenta proporcionalmente ao salário.

Ainda assim, existem estudos que não apoiam estes resultados. Para Coulter *et al.* (2005) e Davoud *et al.* (2013) os fatores económicos são secundários na escolha de cuidados de saúde. Aliás, no estudo de Davoud *et al.* (2003), realizado no “Private

Hospital of Tehran University of Medical Science”, os fatores económicos (rendimento pessoal e custos de tratamento) foram os que obtiveram uma menor expressividade podendo considerar-se secundários. Todavia, o rendimento pessoal é mais importante em comparação com os custos de tratamento. Segundo Moreira e Barros (2009) o nível de rendimento tem efeito positivo mas pouco significativo na escolha de cuidados de saúde.

A qualidade do corpo clínico é um determinante considerado preponderante na escolha entre o SNS e os serviços privados, apoiando Coulter *et al.* (2005) e Angelopoulon *et al.* (1998) quando afirmam que a reputação dos médicos é essencial para essa escolha. Estes resultados vão de encontro aos esperados uma vez que a experiência e reputação dos médicos, enfermeiros e técnicos proporciona segurança aos utentes. Varmaghani (2007) considera que a escolha entre um hospital público ou privado se baseia na presença de médicos experientes no serviço. Não obstante, a presença de bons profissionais não se limita ao setor público, afirmando Ribeiro (2009) que é um mito pensar que apenas os hospitais públicos prestam um bom serviço, realçando a qualidade dos privados, uma vez que os profissionais que neles trabalham, exercem frequentemente funções em ambos os setores e por isso a qualidade é garantida pela mesma postura, dedicação e modo de atuação.

No estudo de Davoud *et al.* (2013) os fatores relacionados com a qualidade do corpo clínico, que incluem a relação paciente-médico; presença do médico; reputação do mesmo; competências e experiência dos enfermeiros e boa conduta e disponibilidade dos enfermeiros foram os que assumiram maior relevância. O “MORI Social Research Institute” (2004, citado por Miller e May, 2006) também concluiu que existem três fatores importantes na escolha do hospital: a reputação do estabelecimento, a distância hospital-casa, e a reputação dos médicos.

As experiências passadas e as recomendações de amigos/familiares ao contrário do expectável demonstrou-se menos importante do que outros determinantes como a qualidade do corpo clínico, tempo de espera e variedade de exames disponíveis. Não obstante, a experiência passada continua a ser importante na tomada de decisões apoiando, em parte, Miller (2005) e Adama *et al.* (2009) quando demonstraram que a

experiência que os utentes vivenciaram e as recomendações de amigos/familiares tem relevância na escolha do tipo de cuidados de saúde. Também Jackson *et al.* (2001) defende que experiências positivas em anteriores internamentos ou tratamentos é um fator determinante na escolha, apesar de no presente estudo essa experiência não assumir um papel tão relevante, apesar de ser muito mais importante do que as “recomendações de amigos/familiares” que ficou em último lugar de acordo com o grau de importância atribuído.

De acordo com a análise dos questionários mais de metade dos indivíduos (51.6%) possui um seguro ou subsistema de saúde. No estudo de Eira (2010) 71% dos inquiridos que utilizaram instituições de saúde têm seguro de saúde, sendo este um valor superior ao verificado no presente estudo. Assim, apoia-se o anteriormente exposto na revisão da literatura quando se afirma que cerca de um quarto da população Portuguesa, para além de ser beneficiária do SNS está coberta por um subsistema de saúde e/ou seguro de saúde. Como não é possível prever quando se está doente, nem quais serão os custos dos tratamentos os seguros surgem como um instrumento de minimização da incerteza e do risco. Os consumidores ao estarem protegidos utilizam os serviços privados de saúde a maioria das vezes, porém, não deixam de utilizar o SNS, embora, o acesso a cuidados privados seja facilitado pela subscrição de um seguro de saúde (Ribeiro, 2009) e isso os leve a escolher diretamente esse tipo de cuidados (Barros e 2007).

Como uma boa parte da população Portuguesa possui seguro, é dada importância às instituições que possuam acordos, permitindo beneficiar de melhores preços e mais rapidez no atendimento (Eira, 2010). Ainda assim, este autor demonstra, que à medida que o rendimento aumenta a preocupação com o preço dos serviços não diminui, no entanto, os indivíduos com rendimentos brutos mensais do agregado superiores a €6650, valorizam menos este ponto. A acrescentar que a maioria dos titulares de seguro de saúde considera o preço muito importante na tomada de decisões.

Face aos resultados apresentados pode concluir-se que o número de indivíduos que recorrem a consultas no sector privado é superior aos que recorrem ao sector público. Silva (2009) indica a proporção de consultas de especialidade no setor privado

para o ano de 2005, sendo que a medicina dentária é a que assume maior relevância, seguida da ginecologia e oftalmologia. Ribeiro (2009) ainda realça o facto de o SNS não dar cobertura a certas especialidades como é o caso da medicina dentária, levando os utentes a utilizarem os serviços privados nesses casos, aumentando assim a percentagem de consultas nestes serviços. É também de realçar a procura dos serviços de saúde privados para procedimentos que não são efetuados no SNS como é o caso das cirurgias estéticas. O seguro complementar conduz a um aumento do consumo de consultas, mais significativo para níveis intermédios de consumo do que para níveis elevados (Moreira e Barros, 2009). A aditar que a marcação de consultas no setor privado é mais rápida justificando-se assim os resultados apresentados. Ainda assim, as consultas de especialidade no setor público assumem alguma expressividade pois a referenciação é feita pelos médicos de clínica geral no âmbito do SNS.

Relativamente aos exames a maioria dos indivíduos utilizam o SNS. Em alguns casos as pessoas que utilizam os serviços privados para efeitos de diagnóstico fazem-no porque existem convenções entre instituições privadas e o Estado. Barros e Simões (2007) referem que o setor privado providencia um grande número de serviços de diagnóstico e terapêutica através destas convenções. Não obstante, o recurso ao SNS para a realização de exames ainda é expressiva, uma vez que muitos exames são requeridos pelos médicos nas consultas de especialidade realizando-se nos próprios hospitais. A variedade de exames foi considerada uma característica bastante importante na escolha do hospital, com média superior à indicação do médico e até às experiências passadas. Um estabelecimento que possua equipamentos/recursos para a realização de vários exames é uma mais-valia pois evita deslocações a outros estabelecimentos, aumentando o bem-estar do utente.

Para administração de vacinas a maioria dos indivíduos utiliza o SNS até porque a maioria das vacinas está incluída no Programa Nacional de Vacinação (PNV). A restante percentagem pode justificar-se com a necessidade ou desejo de tomar vacinas não incluídas no PNV como é o caso da vacina contra o cancro do colo do útero para raparigas com idade superior a 13 anos, escolhendo serviços privados que a administrem.

Internacionalmente, o estudo de Behboudi (2001) mostra que pacientes com seguro de saúde preferem ser hospitalizados em hospitais privados, mas Jannati *et al.* (2013), no seu estudo sobre os fatores que influenciam a escolha entre um hospital público e um privado no Irão, e Halansa e Nandakumar (2009) no seu estudo sobre os fatores que determinam a escolha na Jordânia, concluíram que não existe relação significativamente estatística entre a seleção do hospital e o indivíduo ser titular de um seguro complementar.

As pessoas abrangidas por seguros de saúde recorrem com mais facilidade aos cuidados de saúde privados contribuindo para o desenvolvimento destes serviços (Deloitte, 2011).

Relativamente à atenção ao paciente, qualidade e tempo de espera, esta última foi a que obteve um grau de importância mais relevante na escolha de um hospital apesar das outras características também se situarem nas primeiras seis (de acordo com o grau de importância). Em Portugal, não é desconhecida a polémica dos tempos e longas listas de espera para marcação de consultas e cirurgias sendo este um resultado esperado. Ribeiro (2009) reforça o descontentamento dos utentes em relação ao SNS pela acessibilidade condicionada, utentes sem médico de família, e tempo de espera longo para marcação de consultas, conforme referido. Em geral, neste estudo, as pessoas encontram-se descontentes com os serviços que recebem mas considera-se satisfeita com os serviços ao seu dispor, considerando que os Hospitais públicos estão mal administrados e discordando quando se afirma que os recursos são bem aplicados. Em 2001, o estudo realizado pela Equipa de Missão para a Organização e Funcionamento da Administração do Estado, concluiu que a maioria dos inquiridos se mostrou satisfeito quando utilizou o SNS (Lourenço, 2008), comprovando em parte os resultados apresentados.

Baganha *et al.* (2002) consideram que os recursos continuam a ser escassos e desadequados às necessidades da população e as opiniões recolhidas pela Deloitte (2011) permitem refletir sobre os principais problemas no sector da saúde. Os resultados apoiam os da presente investigação, uma vez que os inquiridos consideram que os hospitais públicos estão mal administrados e os recursos mal distribuídos, realçando-se a ausência de planeamento estratégico; planeamento e gestão de recursos humanos

desadequados; falta de informação com qualidade; modelo organizacional e de gestão desadequado; insustentabilidade financeira; desigualdades e má qualificação do acesso. Estes pontos resultam no descontentamento dos utentes face ao SNS. Os resultados do estudo efetuado pela OCDE revelaram que em Portugal a probabilidade de ter uma consulta médica apresenta um índice elevado de iniquidade, sendo apenas ultrapassado pelos EUA, México e Finlândia (Van Doorslaer e Masseria, 2004).

A satisfação resulta da avaliação efetuada em função das necessidades percebidas, expectativas e resultados obtidos podendo influenciar a forma como o utente procura os cuidados de saúde e por isso a atenção dada ao utente é importante. Os resultados relacionados com este fator vão de encontro a Dixon *et al.* (2010) que concluiu que a simpatia dos funcionários também é considerada importante. Nos hospitais abordados por Janatti *et al.* (2003) os enfermeiros, no hospital público, têm comportamentos menos adequados em relação ao paciente devido à sobrecarga de trabalho e por isso estes preferem os hospitais privados, quando avaliada esta característica.

Voltando ao tempo de espera, em Espanha, os elevados tempos de espera também são um problema nos sistemas públicos de saúde (Connil *et al.*, 2011), sendo também um problema em cerca de metade dos países da OCDE (Hurst e Siciliani, 2003).

No Brasil, os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (Giovanella *et al.*, 2009).

Coulter *et al.* (2005) observou que o tempo de espera, existência de parque de estacionamento e serviços adicionais também são importantes na escolha e Taylor *et al.* (2004) consideraram que é mais importante a acessibilidade, qualidade e reputação do hospital comparativamente a fatores como o tempo de espera. Janatti *et al.* (2013) apoia os autores anteriormente referenciados quando afirma que a qualidade afeta a escolha e por isso é o fator mais importante na escolha do hospital privado em detrimento do público.

Asefzadeh (2003, citado por Janatti *et al.*, 2003) acrescenta ainda, que existe uma relação significativamente estatística entre escolher um hospital privado e receber cuidados de alta qualidade. Esta ideia é apoiada por Ribeiro (2009) quando afirma que os estabelecimentos privados têm que ser licenciados pelo Estado e os seus serviços estão muitas vezes certificados ou em processo de certificação de acordo com normas internacionais como a ISO 9001:2008 (Certificação de Sistemas de Gestão da Qualidade), o que não significa necessariamente que os serviços públicos não tenham qualidade.

Como verificado na interpretação dos resultados todos os indivíduos preferem o SNS em caso de urgência denotando-se que a utilização do serviço público de urgência é superior à utilização do serviço privado. Esta situação verifica-se pois os inquiridos consideram que os serviços públicos podem responder melhor em situações de emergência/urgência e em situações graves. Situações como a *dor severa no centro do peito, palpitações cardíacas e dispneia durante 15 minutos*, são consideradas graves, tem frequências relativas elevadas para a escolha de serviços públicos.

Oliveira (2010) concluiu que os utentes recorrem a cuidados de saúde públicos quando necessitam de cuidados hospitalares resultantes de situações agudas, ao passo que utilizam o setor privado para consultas de especialidade e serviços de diagnóstico. De destacar que os casos urgentes são maioritariamente encaminhados para hospitais públicos como comprovou Janatti *et al.* (2013).

Teixeira (2010) refere que uma minoria dos utentes das urgências do Hospital de Santo António recorreram a outros serviços antes da ida a esse hospital. De destacar que a denominação “outros” inclui outros hospitais públicos e outras entidades de saúde privadas, podendo então afirmar-se que o número de utentes que recorre ao setor privado não é significativo.

Na Croácia apesar da corrupção associada aos serviços de saúde os croatas preferem utilizar os serviços públicos porque todos os cuidados hospitalares e a maioria dos cuidados de internamento ficam a cargo do Estado e ainda porque a maioria da população está abrangida por um sistema de segurança social que cobre a maioria dos cuidados médicos (Radin, 2013).

Em todas as situações patológicas descritas existe uma preferência pelos serviços públicos sendo que nas situações mais graves, a frequência é superior. Vários estudos revelam que o tipo e a severidade da doença afeta a seleção do tipo de cuidado de saúde (Jannati *et al.*, 2013). Halansa e Nandakumar (2009) referem que no caso de doenças graves a maior parte dos indivíduos utiliza o setor público.

Por último, mas não menos importante, é claro que a utilização dos serviços de saúde está diretamente relacionada com o estado geral de saúde do indivíduo. Neste estudo a maioria dos indivíduos considera o seu estado de saúde atual como “Bom”, podendo traduzir-se numa necessidade mais reduzida de adquirir cuidados de saúde.

6. CONCLUSÃO

Os determinantes na procura de cuidados de saúde são claramente influenciados pela necessidade, características demográficas, geográficas e socioeconómicas bem como pelas características da oferta e tipo de oferta, conforme o anteriormente exposto na revisão da literatura. Assim, tornou-se importante investigar quais os determinantes na procura de cuidados de saúde públicos e privados, tornando-se este o objetivo do presente estudo.

Conclui-se então que os utentes são heterogéneos relativamente às suas preferências, destacando-se que as tradicionais variáveis socioeconómicas e demográficas, apesar de continuarem a ser importantes cada vez mais são ultrapassadas por outros fatores que influenciam o comportamento de consumo, como a qualidade do corpo clínico, reputação do serviço, variedade de exames disponíveis, entre outros. Na saúde a avaliação é mais difícil porque se trata de um serviço e não de um bem, contudo este consumo é racional, e naturalmente a necessidade está restrita às possibilidades oferecidas pelo mercado.

Os principais resultados deste estudo apontam que a maioria dos inquiridos está satisfeita com os serviços de saúde, quer privados quer públicos, utilizando os dois tipos de serviço. Mais de metade dos participantes possui seguro de saúde e consequentemente utiliza os serviços de saúde privados já que pagam esses serviços. Esses indivíduos tendem a ter rendimentos mais elevados, conforme verificou Eira (2010), contribuindo para o desenvolvimento deste setor (Deloitte, 2011). Os serviços de saúde públicos são preferidos no caso de situações urgentes ou patologias graves, principalmente por se considerar que estes possuem respostas mais rápidas. As características mais determinantes na escolha de um hospital são a qualidade do corpo clínico, o tempo de espera e a variedade de exames disponíveis, apoiando Coulter *et al.* (2005) e Angelopoulon *et al.* (1998) quando afirmam que a reputação dos médicos é essencial para essa escolha. As recomendações de amigos/familiares surgem como um dos fatores menos importantes, contrariando um pouco as expectativas, já que os fatores sociais normalmente influenciam as escolhas.

Assim confirma-se que os determinantes na escolha dos cuidados de saúde resultam de uma interação dos utentes, prestadores de saúde e sistema de saúde.

Os gestores hospitalares deverão saber quais os critérios para que um hospital seja considerado bom pelos pacientes e o que é que os pacientes esperam de um hospital. Deverão ser identificados os aspetos mais importantes para os pacientes e quais as questões que resultam das suas reclamações.

Por tudo isto, é importante que no futuro as organizações hospitalares comecem a ver o paciente também como cliente, de forma a satisfazê-lo, e não simplesmente a atendê-lo. Também é importante que o comportamento do paciente seja responsável, não seguindo apenas a opinião do médico, tendo sempre em conta diversos aspetos e informação no momento da compra já que os fatores psicológicos como a perceção e a motivação influenciam claramente o comportamento.

Relativamente às limitações deste estudo pode apontar-se o viés relativo ao tipo de amostragem utilizado. A amostra não foi escolhida de forma aleatória, o que traz evidentes desvantagens para a pesquisa. Pelo facto de se ter recorrido à técnica de amostragem por conveniência não é possível realizar extrapolação dos resultados. Com este método de amostragem existem elementos da população que não podem ser escolhidos, enviesando o estudo (Pestana e Gageiro, 2005).

Em trabalhos futuros sugere-se a exploração dos determinantes, na escolha entre os dois tipos de serviço, quando os indivíduos padecem de doenças crónicas, com diferentes níveis de gravidade, objetivando-se perceber de que forma uma doença diagnosticada para toda a vida influencia o padrão de comportamento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M.C.S.M. (2012), “Taxas Moderadoras e a Racionalização da Procura de Cuidados de Saúde”, Tese de Mestrado em Gestão e Saúde, Universidade Nova de Lisboa.
- Andersen R. (1995), “Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?” *Journal of Health and Social Behavior*, Vol, 36, pp. 1-10.
- Aragão, R. J. C., Neto, S. P. S. e Vilas Boas, A. A. (sd), Gestão Estratégica de uma Indústria Farmacêutica de Sucesso. III SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. RJ, Brasil, http://www.aedb.br/seget/artigos06/619_ModeloSeget_Pfifer.pdf, acessado em 10 de setembro de 2012.
- Baganha, M.I. e J.S. Ribeiro (2002), “O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional”, Paperback, Oficina do CES, Nº 182, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Barros, P.P. e J.A. Simões (2007), “Portugal: Health System Review”, *Health Systems in Transition*, Vol. 9, Nº 5, pp.1-140.
- Becker, H.S. (1993), *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Ed. Huctec.
- Behboudi, F. (2001), “Effective factors on selection of governmental or private hospital with surgical patients”, *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, Vol. 9, Nº 35/36, pp. 34-40.
- Berlinguer, G. (2008), *Globalização, Equidade e Saúde*, II Fórum Regional de Saúde do Algarve. Escola Superior de Saúde de Faro, 29 de Maio de 2008. Faro.
- Bogdan, R. e S. Biklen (1994), *Investigação qualitativa em educação*, Porto: Porto Editora, 1994.
- Boone, L. e D. Kurtz (1998), *Marketing Contemporâneo*, Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.

- Borg, W. R. e Gall, M. D. (1983), *Educational research*, New York: Longman.
- Campos, A. C. (2008), *Reformas da Saúde – o fio condutor*, Coimbra: Almedina.
- Chatziarsenis, M., Makri, E., Sapouna-Chatziarsenis, W., Fioretos, M., Faresjö, T., Trell, E. e Lionis, C. (2001), Care preferences in a Cretan community with integrated hospital/general practice services, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 14, Nº 5, 189-192.
- Churchill, Jr. e Peter, J. P. (2000), *Marketing: criando valor para o cliente*, São Paulo: Saraiva.
- Cohen, L. e Manion, L. (1990), *Métodos de Investigación Educativa*, Madrid: Editorial.
- Conill, E.M., Giovanella, L. e Almeida, P. F. (2011), “Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16, Nº 6, pp. 2783-2794.
- Coulter, A., Maistre, N. e Henderson, L. (2005), “Patients’ experience of choosing where to undergo surgical treatment: Evaluation of London Patient Choice Scheme”, Picker Institute, pp.1-100.
- Davoud, A., Mohammad, P., Ali, T., Hosein, A. e Ghorban, S. (2013), “Determinants of the choice of private hospitals by patients”, *HealthMED*, Vol. 7, Nº 5, pp. 1629-1623.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República nº 38 – Série I.
- Decreto-Lei nº 19/2010 de 22 Março. Diário da República nº 56 – Série I.
- Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro de 1971. Diário da República nº 228 – Série I
- Deloitte Touche Tohmatsu Limited. (2011). *Saúde em análise - Uma visão para o futuro*. Lisboa: Deloitte Consultores, S.A.

- Dinis, A. (2008), “Saúde privada, integração sofisticada”, IP – *Espaços, Edifícios, Empresas*, pp. 14-22.
- Dixon, A., Robertson, R. e Appleby, J. (2010), “Patient Choice: How patients choose and how providers respond”, The King’s Fund, pp. 1-215.
- Duschitz, C. C. (2010), “Comportamento do consumidor da classe média quanto a serviços de medicina diagnóstica”, Dissertação de Mestrado em Administração da Universidade Federal de Rio Grande Sul.
- Eira, A.A. (2010), “A Saúde em Portugal- A procura de cuidados de saúde privados”, Tese de Mestrado em Economia, Faculdade de Economia do Porto.
- ERS (2014), “Os Cartões de Saúde em Portugal”, Entidade Reguladora da Saúde, pp. 1-99.
- Escoval, A. (2008), *Financiamento, Inovação e Sustentabilidade*. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar,
- Ferreira, P.L. *et al.* (2010), “O valor dos cuidados primários. Perspectiva dos utilizadores das USF – 2009”, Lisboa: Ministério da Saúde.
- Furtado, C. e J. Pereira (2010), “*Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*”. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- GIL, A. (1999), “*Métodos e técnicas em pesquisa social*”, São Paulo: Atlas.
- Giovanella, L. *et al.* (2009), “Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 14, Nº 3, pp. 783-794.
- Halasa, Y. e A.K. Nandakumar (2009), “Factors determining choice of health care provider in Jordan”, *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 15, Nº 4, pp. 959-968.

- Hermes, G. C. (2001), “Avaliação do Grau de Satisfação do Médico na Utilização dos Recursos que lhe Disponibiliza o Hospital Mão de Deus”, Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Federal de Rio Grande Sul.
- Hill, M. & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hitshopi, G. (2009), “Why patients sometimes choose a private hospital over NHS”, <http://ezinearticles.com/?Why-Patients-Sometimes-Choose-a-Private-Hospital-Over-the-NHS&id=3015983>, acessado em 17 de setembro de 2014.
- Hoyer, W. e D. Macinnis (1997), *Consumer Behavior*, Boston: Houghton Mifflin Company.
- Hurst, J. e L. Siciliani (2003), “Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries”, *DELSA/ELSA/WD/HEA*, Vol. 6, pp. 1-54.
- IBM Corporation (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corporation.
- INE (2008). *Anuário Estatístico de Portugal, 2008*. Lisboa: INE, I.P.
- INE (2014a), “Taxa de desemprego (Série 2011 - %) por Sexo, Grupo etário e Nível de escolaridade mais elevado completo; Trimestral”, http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005599&seITab=tab0, acessado em 16 de setembro de 2014.
- INE (2014b), “Conta Satélite da Saúde – Base 2011, 2010 – 2013Pe”, http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUE_Sdest_boui=211355422&DESTAQUESmodo=2, acessado em 16 de setembro de 2014.
- Jackson, J. L., Chamberlain, J. e Kroenke, K. (2001), “Predictions of patient satisfaction”, *Soc Scie Med*, Vol. 52, Nº 4, pp. 609-620.

- Janatti, A., Bahrami, M. A., Gholizadeh, M., Alizadeh, L. e Khodayari, M. T. (2013), “A Survey of Factors Affecting Patients’ Decision in Selecting Governmental and Private Hospitals in Tabriz, Iran”, *Journal of Tourism Research & Hospitality*, Vol. 2, Nº 1, pp. 1-4.
- Jones, A.M., Koolman, X. e Doorslaer, E. V. (2006), “The Impact of Having Supplementary Private Health Insurance on the Use of Specialists”, *Annales d’Économie et de Statistique*, Vol. 83/84, pp. 251-275.
- Kotler, P., e Armstrong, G. (1999), *Princípios de Marketing*, Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.
- Lei nº 2120, de 19 de Julho de 1963. Diário da República nº 169/63 – Série I.
- Lei nº 27/2002 de 8 Novembro de 2002. Diário da Republica nº 258/2002 – Série A.
- Lei nº 48/90 de 24 de Agosto de 1990. Lei das Bases da Saúde. Diário da República nº 195/90 – Série I.
- Lei nº 56/79 de 15 de Setembro. Diário da República nº 214 - Série I.
- Lopes, Â.F.S (2010). “Programa de avaliação e selecção de fornecedores em prestadores de cuidados de saúde: O caso Trofa Saúde”, Faculdade de Ciências e Tecnologia. Universidade de Coimbra.
- Lourenço, B.M.M. (2008), “A Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde Primários”, Tese de Mestrado em Trabalho Social, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.
- Ludke, M. e A. Marli (1986), *Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas*, São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Lda.
- Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskan, A. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M. e Kunst, E. (2008), “European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries”, *N Engl J Med*, Vol. 358, pp.2468-2481.

- Malhotra, N. (2006), *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. 4 ed., Porto Alegre: Bookman.
- Mendes, D. (1 de Fevereiro de 2010), *Privados faturam 700 milhões com a saúde em 2009*, Diário de Notícias, pp. 2.
- Mendes, Susana (2005), SPSS: o outro lado da Estatística., <http://www.estm.ipleiria.pt/files/f1166.1.pdf>, acessido em 12 de setembro de 2012.
- Miller, L. e D. May (2006), “Patient choice in the NHS: How critical are facilities services in influencing patient choice?”, *Facilities*, Vol. 24, Nº 9/10, pp. 354-364.
- Ministério da Saúde (2010a), “História do Serviço Nacional de Saúde”, <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>, acessido em 27 de julho de 2012.
- Ministério da Saúde (2010b), *Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010*, Lisboa: Ministério da Saúde.
- Moreira, D. (2007), *Teorias e Práticas de Investigação*, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Artes Gráficas.
- Moreira, S. e P.P. Barros (2009), “O impacto da dupla cobertura na utilização de cuidados de saúde”, Banco de Portugal, pp. 205-227.
- Moura, M. (2006), “Mudanças na gestão dos sistemas de saúde – o modelo Canadiano”, *Jornal Português de Gastrenterologia*, Vol. 13, nº2, pp. 105-110.
- Newhouse, J. (1993), *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Cambridge: Harvard University Press.
- Nunes, R. (2009), *Regulação da saúde*, Porto: Vida Económica.
- Nunes, R., Rego, G. e Brandão, C. (2009), Healthcare regulation as a tool for public accountability. *Medicine, Healthcare and Philosophy*, Vol. 12, pp. 257-264.

- Observatório Português do Sistema de Saúde (2001), *Conhecer os caminhos da saúde: relatório de primavera do OPSS*, Lisboa: OPSS.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009), *Relatório de Primavera 2009 - 10 anos OPSS, 30 anos SNS. Razões para continuar*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e da Universidade de Évora.
- OECD (2006), *OECD Health Data 2006: statistics and indicators for 30 countries*, Paris: OECD.
- OECD (2009), *OECD Health Data 2009: Statistics and Indicators for 30 Countries*, Paris: OECD.
- Oliveira, M. (2010), “Evolução da oferta” in *30 anos do serviço nacional de saúde*, J. Simões, pp. 271-296. Coimbra: Almedina.
- Peter, J. e J. Olson (2009), *Comportamento do Consumidor e Estratégia de Marketing*, São Paulo: McGraw Hill.
- Quivy, R. e L. Campenhoudt (2005), *Manual de investigação em ciências sociais*, Lisboa: Gradiva.
- Radin, D. (2013), “Does corruption undermine trust in health care? Results from public opinion polls in Croatia”, *Social Science & Medicine*, Vol. 98, pp. 46-53.
- Rego, G. e R. Nunes (2009), “Hospital Fundação Estatal. Unidade Curricular de Administração Hospitalar”, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Rego, G. (2008), *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde*, Porto: Vida Económica.
- Ribeiro, J. M. (2009), *Saúde – A liberdade de escolher*, Lisboa: Gradiva.

- Sakellarides, C. (2007), “Gestão da mudança e planeamento estratégico em saúde - guia para um investimento consequente.” *In Investir em saúde - contributos dos fundos estruturais comunitários em Portugal e no sector da saúde*. Lisboa: Gabinete de Gestão do Saúde XXI. pp. 25-36.
- Sanaie, A. (2004), “Study of customers prefers in choosing a TV using a hierarchical analysis technique”. *Journal of Administrative Sciences and Economics*, Vol. 17, N° 3, pp. 41-56.
- Silva, S. F. (2005), *Marketing de Serviço: fundamentos, análises e prática no setor de saúde*, Maceió: EdUfal.
- Solomon, M. R. (2002), *O comportamento do consumidor*, Porto Alegre: Bookman
- Sousa, P.A.F. (2009) “O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios”, *Acta Paul Enferm*, Vol. 22, pp. 884-894.
- Taylor, R., Pringle, M. e Carol, C. (2004), “Implications Of Offering “Patient Choice” For Routine Adult Surgical Referrals”, Project Final Report, University of Nottingham.
- Teixeira, L.F.J.B. (2010), “Porque é que os doentes se deslocam ao Serviço de Urgência? Estudo sobre as atitudes que os doentes tomam antes de se deslocarem ao Serviço de Urgência”, Tese de Mestrado integrado em Medicina, Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar.
- Thomsom, S., Foubister, T. e Mossialos, E. (2008), *Health care financing in the context of social security, Report prepared for DG Internal Policies of the Union*, Brussels: European Parliament.
- Torres, F. (01 de Janeiro de 2007), “Viciados em compras”, <http://www.midiaesaude.com.br>, acessido em 16 de setembro de 2012.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E. e Souliotis, K. (2005), “The “unexpected” growth of the private health sector in Greece”, *Health Policy*, Vol. 74, pp. 167-180.

- Travassos, C. e M. Martins, “Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde”, *Cad. Saúde Pública*, Vol. 20, Nº 190-198.
- Tuckman, B. (2005), *Manual de investigação em educação*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Van Doorslaer, E. e C. Masseria (2004), “Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries”, *Health Working Paper*, Vol. 5, pp. 1-88.
- Varmaghani, M. (2007), “The survey of effective factors on selection of governmental or private hospital in Tehran”, Department of health management and economics, Tehran university of medical sciences.
- Vergara, S. (1997), *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*, São Paulo: Atlas, 1997.
- Vilelas, J. (2009), *Investigação – o processo de construção do conhecimento*, Lisboa: Edições Sílabo.

8. ANEXO

Inquérito para Mestrado em Gestão Comercial

1- Conhece o Serviço Nacional de Saúde?

Sim ___ Não ___

2- Utiliza o Serviço Nacional de Saúde?

Sim ___ Não ___

3- Que tipo de serviço utiliza do Serviço Nacional de Saúde?

Consultas ___ Urgências ___ Exames ___ Vacinas ___

4- Utiliza os Serviços Privados de Saúde?

Sim ___ Não ___

5- Que tipo de serviço utiliza dos Serviços Privados de Saúde?

Consultas ___ Urgências ___ Exames ___ Vacinas ___

6- Assinale com uma cruz (X) por frase:

	Discordo plenamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1- A população está satisfeita pelos serviços de saúde que recebe.					
2- Estou satisfeito/a pelos serviços de saúde ao meu dispor.					
3- Em Portugal os Hospitais Públicos são bem administrados.					
4- Os recursos disponibilizados e utilizados para os Serviços de Saúde são bem aplicados.					
5- Os Hospitais Públicos prestam um bom serviço.					
6- Os Hospitais Privados prestam um bom serviço.					

7- Como classificaria o seu estado de saúde actual?

Muito mau ___ Mau ___ Regular ___ Bom ___ Muito bom ___

8- Possui seguro de saúde ou algum sub-sistema de saúde?

Sim ___ Não ___

9- Se respondeu Sim na pergunta anterior, por favor identifique o sub-sistema de saúde que possui

10- Recorreu nos últimos 6 meses a algum serviço de Saúde?

Sim ___ Não ___

11- Se respondeu Sim na pergunta anterior, a que tipo de serviço de saúde recorreu?

Público ___ Privado ___ Ambos ___

12- Em que tipos de Serviços procurou atendimento?

Centro de Saúde (USF) ___ Hospital Público ___ Hospital Privado ___ Consultório
Privado/Clinica Privada ___ Hospital Santa Casa da Misericórdia ___

13- Da última vez que recorreu a um Serviço de Saúde ficou satisfeito/a pelo atendimento/tratamento recebido?

Muito mau ___ Mau ___ Regular ___ Bom ___ Muito bom ___

14- Realizou exames complementares de diagnóstico e/ou foi encaminhado para outro serviço ou especialista?

Exames laboratoriais ___ Exames radiológicos ___ Outro serviço ___
Outro especialista ___

15- Que grau de importância atribui aos seguintes aspectos na escolha de um Hospital:

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Bastante importante	Muito importante
Experiência passada					
Recomendação de amigo ou familiar					
Localização					
Indicação do médico					
Acordo com Seguro de Saúde ou Subsistema de Saúde					
Corpo clínico (médicos)					
Atenção ao utente (simpatia, etc)					
Variedade de exames disponíveis					
Qualidade infra-estruturas					
Tempo de espera.					
Inovação					
Outro _____					

16- Perante as seguintes situação, a que tipo de serviço de saúde recorreria?

	Serviço Público	Serviço Privado
1- Está com 38,4 °C (febre), sente fadiga, tem dores no corpo e tosse seca há 2 dias.		
2- Tropeçou, o seu tornozelo está inchado e não consegue colocar o peso do seu corpo sobre ele.		
3- Encontra vestígios de sangue na urina.		
4- Está com dores na parte inferior direita do abdómen, a aumentarem nas últimas 6 horas, Tem náuseas e com uma febre ligeira (38 °C)		
5- Tem uma dor severa no centro do peito, palpitações cardíacas e dispneia durante 15 minutos.		
6- Está constipado. Tem dores num ouvido há 3 horas. São 3 horas da manhã (madrugada).		
7- Está com vertigens e fadiga há uma semana.		
8- Tem os olhos vermelhos e o nariz a “pingar” (pior do que nunca).		
9- Foi picado por uma abelha há 15 minutos. Agora a sua garganta e lábios estão inchados, estando o seu corpo inteiro coberto de manchas.		
10- Quando urina, arde. Nas últimas 8 horas, tem vontade de urinar a cada 10 minutos.		
11- Está com dores de cabeça há 2 dias.		
12- Está com dores de garganta e febre de 39,6 °C durante 2 dias. São 19 horas (final de tarde).		

17- Questões Demográficas:

Sexo: Masculino ___ Feminino ___

Concelho de origem/residência: _____

Concelho de trabalho/estudo: _____

Profissão:

Trabalhador por conta de outrem ___ Trabalhador por conta própria ___ Industrial ___
 Profissional Liberal ___ Estudante ___ Doméstica ___ Desempregado ___

Estado Civil:

Solteiro ___ Casado/União Facto ___ Viúvo ___ Separado ___ Divorciado ___

Rendimento Médio Mensal do Agregado Familiar:

<500€ ___ 500-999€ ___ 1000-1999€ ___ 2000-2999€ ___ 3000-4999€ ___ >5000€ ___

Habilitações:

Primária Incompleta ___ Primária ___ 6º. Ano ___ 9º. Ano ___ 10º-12º Ano ___
 Curso Profissional/Artístico ___ Curso médio/Freq. Universitária/Bacharelato ___ Licenciatura ___
 Pós-Graduação ___ Mestrado ___ Doutoramento ___