

MESTRADO

GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os Determinantes Socioeconómicos e Demográficos na Procura de Seguros de Saúde com Cobertura de Parto em Portugal

Ana Manuel Borges Mamede

M

2025



FACULDADE DE ECONOMIA



Os Determinantes Socioeconómicos e Demográficos na Procura de Seguros
de Saúde com Cobertura de Parto em Portugal

Ana Manuel Borges Mamede

DISSERTAÇÃO
MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Orientado por:
Professor Doutor Ricardo Oliveira Braga Moreira Biscaia

2025

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desta dissertação e para a conclusão deste ciclo de estudos.

Em particular, agradeço ao Professor Doutor Ricardo Oliveira Braga Moreira Biscaia, meu orientador, pelo apoio, disponibilidade e orientação prestada ao longo de todo o processo de investigação. A sua experiência, rigor científico e incentivo foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

De igual modo, manifesto o meu profundo agradecimento à Professora Doutora Susana Maria Sampaio Pacheco Pereira de Oliveira, pelo acompanhamento, disponibilidade e apoio ao longo de todo o percurso do mestrado, cuja dedicação e incentivo foram essenciais para a minha evolução académica.

Agradeço também à minha família e amigos pelo incentivo constante, paciência e compreensão demonstrados durante este percurso académico.

Resumo

Em Portugal, tem-se verificado um aumento significativo na procura por seguros de saúde, associado à valorização de cuidados de saúde mais céleres, personalizados e abrangentes face ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Entre as várias coberturas disponíveis, a de parto tem vindo a assumir crescente destaque, pois garante um conjunto de serviços essenciais durante a gravidez, o parto e o período pós-parto, fases críticas para a saúde da mulher e do recém-nascido.

A decisão de adquirir um seguro de saúde com cobertura de parto é influenciada por fatores socioeconómicos e demográficos, como rendimento, escolaridade, idade, região de residência, estado civil, situação profissional e composição familiar. Estes fatores afetam não só a capacidade financeira para a adesão, mas também as preferências e perceções sobre a qualidade dos cuidados de saúde, particularmente na escolha entre o setor público e privado.

O principal objetivo desta dissertação é identificar os fatores socioeconómicos e demográficos que influenciam a procura de seguros de saúde com cobertura de parto em Portugal. Pretende-se, ainda, compreender quais os aspetos mais valorizados pelas mulheres na decisão de adquirir este tipo de apólice, bem como a sua perceção sobre os cuidados de saúde materna prestados pelo sistema público e privado. Para tal, foi aplicado um questionário, permitindo analisar a influência das variáveis individuais.

Os resultados contribuem para uma compreensão aprofundada dos fatores que condicionam a escolha de cobertura de parto e fornecem informação relevante para o desenvolvimento de políticas de saúde e produtos de seguro mais adequados às necessidades das mulheres em idade fértil.

Palavras-chave: seguros de saúde, cobertura de parto, saúde materna, fatores socioeconómicos, fatores demográficos, sistema público e privado.

Abstract

In Portugal, there has been a significant increase in the demand for health insurance, associated with the population's preference for faster, more personalized, and comprehensive healthcare compared to the National Health Service. Among the various coverages available, maternity coverage has been gaining growing importance, as it ensures a set of essential services during pregnancy, childbirth, and the postpartum period critical phases for the health of both the mother and the newborn.

The decision to acquire health insurance with maternity coverage is influenced by socioeconomic and demographic factors such as income, education, age, region of residence, marital status, employment situation, and family composition. These factors affect not only the financial capacity for subscription but also personal preferences and perceptions regarding the quality of healthcare, particularly when choosing between the public and private sectors.

The main objective of this dissertation is to identify the socioeconomic and demographic factors that influence the demand for health insurance with maternity coverage in Portugal. It also aims to understand which aspects are most valued by women when deciding to acquire this type of policy, as well as their perception of maternal healthcare provided by the public and private systems. To achieve this, a questionnaire survey was applied, allowing the analysis of the influence of individual variables.

The findings contribute to a deeper understanding of the factors that shape the choice of maternity coverage and provide relevant information for the development of health policies and insurance products better suited to the needs of women of childbearing age.

Keywords: health insurance, maternity coverage, maternal health, socioeconomic factors, demographic factors, public and private healthcare

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Lista de Tabelas	viii
Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico.....	3
1.1. Serviço Nacional de Saúde.....	3
1.2. Panorama Socioeconómico de Portugal.....	4
1.3. Panorama Demográfico de Portugal.....	6
1.4. Seguros de Saúde em Portugal.....	8
1.4.1. Os Seguros de Saúde com Cobertura de Parto	9
1.5. Cuidados de Saúde Privados em Portugal.....	12
1.5.1. Maternidades Privadas.....	13
1.6. Cuidados e vigilância da Gravidez em Portugal	14
1.7. Fatores Socioeconómicos na Procura por Seguros de Saúde com Cobertura de Parto ..	16
1.8. Fatores Demográficos na Procura por Seguros de Saúde com Cobertura de Parto	18
1.9. Estudos Comparativos e Tendências Internacionais.....	19
2. Enquadramento Metodológico	22
2.1. Objetivo do Estudo.....	22
2.2. Recolha de dados.....	22
2.3. Variáveis selecionadas.....	22
2.3.1. Variável dependente.....	23
2.3.2. Variáveis independentes	23
2.4. Hipóteses e Métodos Estatísticos	25
3. Resultados.....	28
3.1. Caracterização da amostra	28
3.2. Apresentação de resultados	32

4. Discussão	39
5. Conclusão	42
Referências bibliográficas	44
Anexos	52
Questionário.....	53

Siglas e Abreviaturas

ARS - Administração Regional de Saúde

CRP - Constituição da República Portuguesa

DGS - Direção Geral da Saúde

ERS - Entidade reguladora da saúde

IG - Índice Gestacional

INE - Instituto Nacional de Estatística

ISF - Índice Sintético de Fecundidade

PIB - Produto Interno Bruto

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SRS - Serviços Regionais de Saúde

SSV - Seguros de Saúde Voluntários

UE - União Europeia

Lista de Tabelas

Tabela I - Análise descritiva das variáveis dependentes

Tabela II - Análise descritiva das variáveis independentes

Tabela III - Análise das razões para ter ou não ter Seguro de Saúde com cobertura de parto e da Avaliação dos Cuidados Prestados no SNS e no Setor Privado

Tabela IV - Avaliação da qualidade dos cuidados: comparação entre grupo SNS e grupo não SNS

Tabela V - Avaliação da qualidade dos cuidados: comparação entre grupo privado e grupo não privado

Tabela VI – Resultados da análise univariada - regressão logística

Tabela VII - Resultados da análise multivariada - regressão logística

Introdução

Nos últimos anos, observou-se um aumento significativo na procura por seguros de saúde privados em Portugal. Este crescimento reflete uma valorização crescente por parte da população de um atendimento mais rápido, personalizado e com uma cobertura mais ampla do que aquela proporcionada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Dentro deste contexto, destaca-se a cobertura de parto, a qual tem vindo a ser cada vez mais procurada, pelas mulheres, uma vez que abrange um conjunto de serviços essenciais durante a gravidez, o parto e a recuperação pós-parto. Estes períodos são críticos para a saúde da mulher e do recém-nascido, constituindo uma fase de especial vulnerabilidade que exige cuidados médicos adequados e, frequentemente, mais céleres.

A decisão de contratar um seguro de saúde com esta cobertura específica está relacionada com diversos fatores socioeconómicos e demográficos. Entre os quais se destacam o nível de rendimento, o grau de escolaridade, a idade, a localização geográfica e a composição familiar. (Afonso, 2019).

Estes fatores não só determinam a capacidade financeira para aceder aos seguros de saúde, mas também influenciam as preferências pessoais e a perceção da qualidade dos cuidados prestados, especialmente no que se refere à assistência durante a maternidade. De acordo com Afonso (2019), a escolha entre hospitais públicos e privados é influenciada por múltiplos fatores, em particular pelas vantagens já referidas do setor privado, como a qualidade e a confiança nos profissionais.

Apesar da relevância do tema, observa-se que a literatura científica em Portugal é ainda escassa no que toca a estudos que analisam de forma integrada como os fatores socioeconómicos e demográficos influenciam a procura por seguros de saúde com cobertura de parto. De acordo com a Constituição da República Portuguesa, todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde, garantida por um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito. Contudo, na prática, este direito nem sempre se concretiza de forma eficaz, especialmente no que diz respeito à saúde materna. Nos últimos anos, têm-se verificado constrangimentos significativos nas urgências, segundo a Revista da Ordem dos Médicos (2022), a crise nas urgências do SNS tem tido particular expressão na

área da obstetrícia, marcada pelo encerramento temporário de serviços e pela escassez de especialistas, sobretudo na região de Lisboa.

A presente dissertação tem como objetivo principal identificar os fatores socioeconómicos e demográficos que influenciam a procura de seguros de saúde com cobertura de parto em Portugal, assim como, compreender quais os aspetos mais valorizados pelas mulheres na decisão de adquirir este tipo de apólice, bem como a sua perceção sobre os cuidados de saúde materna prestados pelo sistema público e privado. Para atingir estes objetivos, a análise terá por base a aplicação de um inquérito por questionário como instrumento de recolha de dados, permitindo identificar os fatores mais relevantes na decisão de aquisição deste tipo de seguro, com cobertura de parto. Pretende-se averiguar se determinantes individuais variáveis como a idade, o estado civil, a região de residência, a situação profissional, o rendimento, a escolaridade, as preferências e perceções influenciam diretamente a escolha de aquisição deste tipo de seguro.

A dissertação encontra-se organizada em cinco capítulos. Depois da introdução, no primeiro capítulo, encontra-se o enquadramento teórico; no segundo capítulo, o enquadramento metodológico; no terceiro capítulo apresentam-se os resultados alcançados; no quarto capítulo a discussão de resultados e por fim, no quinto capítulo existe uma síntese conclusiva onde são resumidas as principais ilações retiradas com o estudo.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Serviço Nacional de Saúde

A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através da Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, constituiu um marco institucional no modelo de provisão de cuidados de saúde em Portugal, concretizando o princípio constitucional do direito à proteção da saúde. Estruturado segundo o modelo Beveridge, o SNS assume uma configuração integrada, com funções simultâneas de financiamento, regulação e prestação de cuidados, sendo maioritariamente financiado por receitas fiscais. Este modelo visa assegurar o acesso universal, geral e tendencialmente gratuito à população residente, promovendo a equidade tanto na utilização dos serviços como na distribuição do esforço financeiro (Simões, 2010).

Antes da implementação do SNS, o setor da saúde era dominado por operadores privados e instituições de solidariedade social, como as Misericórdias, oferecendo uma cobertura limitada e desigual. A transição para um sistema público centralizado permitiu uma ampla expansão do acesso aos cuidados e uma melhoria substancial nos indicadores de saúde ao longo das últimas décadas, evidenciada, por exemplo, pelo aumento da esperança média de vida e pela redução das taxas de mortalidade infantil e geral. Estes avanços são explicáveis pela conjugação do aumento do investimento público em saúde com reformas estruturais orientadas para a eficiência e qualidade dos cuidados prestados (Barros et al., 2011; Simões et al., 2017; Santana, 2002).

Apesar da sua importância enquanto bem público meritório, o SNS opera num sistema misto, coexistindo com outras fontes de financiamento da saúde. Estas incluem os subsistemas de saúde públicos e privados (como a ADSE), os seguros de saúde voluntários e os pagamentos diretos das famílias (*out-of-pocket*), que representam uma componente significativa do total das despesas em saúde (Barros et al., 2011; Simões et al., 2017).

Esta estrutura mista reflete, por um lado, a necessidade de complementaridade face às limitações do sistema público e, por outro, a crescente procura dos consumidores por maior rapidez e qualidade na prestação de cuidados.

Contudo, o SNS enfrenta desafios estruturais crescentes. A transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento da população, associada à transformação do perfil

epidemiológico das doenças, com predomínio das doenças crónicas, à incorporação de inovação tecnológica intensiva em capital e à mobilidade geográfica dos profissionais e utentes, impõe pressão acrescida sobre os recursos públicos e exige reformas organizacionais e de financiamento (Simões et al., 2017; OECD, 2023; Santana, 2000; Costa et. al, 2020).

Adicionalmente, persistem desigualdades no acesso geográfico e temporal aos cuidados. Estudos identificam uma concentração dos serviços de saúde nos distritos do litoral, particularmente nas áreas metropolitanas, o que se traduz em assimetrias regionais significativas (Costa, et. al, 2020). Por outro lado, segundo Mota (2023) os tempos de espera representam uma ineficiência relevante e a morosidade no acesso compromete a qualidade percebida pelos utentes assim como aumenta os riscos de agravamento clínico.

Neste contexto, a sustentabilidade financeira e a eficiência do SNS tornam-se objetivos centrais das políticas públicas, exigindo uma gestão racional dos recursos, a revisão dos modelos de contratualização e financiamento, e o reforço dos mecanismos de regulação.

1.2. Panorama Socioeconómico de Portugal

O contexto socioeconómico português constitui um elemento central para compreender a procura de seguros de saúde com cobertura de parto. As condições de rendimento, emprego, educação e padrões de consumo em saúde moldam as opções das famílias e influenciam a forma como estas recorrem ao setor privado e ao seguro de saúde.

Portugal, localizado na Europa, apresenta atualmente uma economia em recuperação, marcada por uma taxa de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) moderada. Apesar da melhoria dos indicadores desde a crise económica de 2008, a disparidade de rendimentos entre regiões, classes sociais e grupos etários permanece uma realidade. Em 2023, o PIB per capita português foi de 25.275 euros, valor significativamente inferior à média da União Europeia, que se situava nos 38.000 euros (INE, 2024). Esta diferença ilustra desigualdades económicas persistentes que afetam diretamente a capacidade das famílias de recorrerem ao setor privado e influencia a procura por seguros de saúde.

O rendimento médio das famílias tem registado crescimento nas últimas décadas, embora continue abaixo da média europeia. Persistem, contudo, desigualdades significativas na distribuição do rendimento, refletidas em indicadores como o índice de Gini e a taxa de risco de pobreza, que permanecem elevados no contexto europeu. Em 2023, 16,6% da população estava em risco de pobreza (INE 2024).

A nível territorial, observa-se uma forte disparidade entre o litoral, onde se concentram os maiores rendimentos, e o interior, marcado por valores mais baixos e oportunidades económicas mais limitadas.

O mercado de trabalho português caracteriza-se por uma dualidade entre trabalhadores com vínculos estáveis e um número expressivo de trabalhadores em situações de maior precariedade. Em setores de maior qualificação e em grandes empresas, os seguros de saúde surgem frequentemente como benefício laboral, ampliando o acesso. Em contrapartida, trabalhadores em setores com baixos salários ou vínculos instáveis enfrentam maiores dificuldades em suportar os custos de um seguro de saúde individual, reforçando a desigualdade no acesso.

O nível de escolaridade da população tem vindo a aumentar de forma significativa, com mais indivíduos a concluir o ensino superior. Este fator está associado a uma maior literacia em saúde e à capacidade de avaliar riscos e benefícios da contratação de seguros. Famílias com maior escolaridade tendem a valorizar mais a previsibilidade e o conforto no parto, aumentando a probabilidade de procurarem seguros com esta cobertura. Por outro lado, grupos com menor escolaridade enfrentam barreiras de informação e de recursos, o que limita a sua participação neste mercado.

Também os padrões de consumo em saúde refletem mudanças relevantes. Embora o SNS assegure acesso universal, verifica-se uma procura crescente de serviços privados, sobretudo em consultas médicas, exames e cuidados obstétricos. O financiamento privado em saúde representa uma parcela significativa da despesa total, com maior incidência entre famílias de rendimento médio-alto que procuram rapidez, personalização e conforto. Em 2022, o setor privado representava 27,6% do financiamento, mas quase metade da prestação de cuidados de saúde (Observatório da Despesa em Saúde, 2025).

De acordo com o Observatório dos Seguros de Saúde (2023), são sobretudo as famílias de maior rendimento, localizadas nas áreas urbanas, que têm maior capacidade de contratar seguros privados, enquanto as famílias de classe média e baixa continuam a depender predominantemente do SNS.

A crise económica, apesar da recuperação desde 2014, resultou em cortes significativos nos gastos públicos, afetando o SNS e potenciando a privatização de diversos serviços de saúde. Neste contexto, as seguradoras privadas exploraram novas oportunidades de mercado. Segundo Ćurak et al. (2021), este movimento tem resultado numa adesão crescente aos seguros de saúde privados, sobretudo entre mulheres em idade fértil, que procuram garantir um parto mais rápido e com condições de qualidade superior.

Finalmente, importa salientar a penetração crescente do setor segurador no país. Este crescimento reflete-se sobretudo nas áreas urbanas e em famílias de rendimento médio e alto, que procuram alternativas ao setor público para garantir maior rapidez, previsibilidade e conforto nos cuidados, incluindo na área da maternidade.

Em síntese, o contexto socioeconómico português é marcado por desigualdades de rendimento, precariedade laboral, disparidades regionais e um PIB per capita inferior à média europeia. Em paralelo, verifica-se uma tendência de crescimento da adesão a seguros de saúde privados, impulsionada tanto pelas limitações do SNS como pela procura de maior qualidade e conforto nos cuidados, especialmente na área da maternidade e do parto.

1.3. Panorama Demográfico de Portugal

A estrutura demográfica de Portugal tem vindo a mudar substancialmente ao longo das últimas décadas, marcada pelo envelhecimento da população, pela queda nas taxas de natalidade e por uma crescente emigração (INE, 2020). De acordo com o INE (2024), o país apresenta uma das taxas de natalidade mais baixas da União Europeia, com 8,1 nados-vivos por mil habitantes em 2023, valor inferior à média europeia de 9,0.

Em 2024, a taxa bruta de natalidade voltou a cair, fixando-se em 7,9 nados-vivos por mil habitantes. Também a taxa de fecundidade permanece abaixo do nível de substituição, situando-se em 1,40 filhos por mulher (INE, 2025).

Outro fenómeno relevante é o adiamento da maternidade. A idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho tem aumentado de forma consistente, atingindo os 31,7 anos em 2024 (INE, 2025), refletindo o adiamento da maternidade por motivos económicos, profissionais e sociais. Este fenómeno contribui para uma maior procura de cuidados diferenciados durante a gravidez e o parto, já que gestações em idades mais avançadas estão frequentemente associadas a maior preocupação com a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Paralelamente, o aumento da esperança média de vida, atualmente 83,96 anos para as mulheres e 78,73 para os homens (INE, 2025), reforça o envelhecimento populacional e altera a estrutura etária do país. O índice de envelhecimento, que compara a população idosa com a população jovem, atingiu 192,4 em 2024 (INE, 2025).

A mortalidade infantil manteve-se baixa, mas registou uma ligeira subida para 3,0 óbitos por mil nados-vivos em 2024 (INE, 2025). O que desloca o foco dos cuidados materno-infantis para aspetos relacionados com a qualidade do parto e os cuidados pós-natais, fatores que motivam muitas famílias a recorrer a seguros de saúde privados.

A emigração constitui igualmente um elemento central na evolução demográfica portuguesa. A saída de jovens em idade ativa para outros países europeus reduziu o peso relativo da população jovem e acentuou o envelhecimento, com impacto direto no equilíbrio intergeracional e na procura de cuidados médicos.

Também as transformações nas estruturas familiares influenciam a procura por seguros de saúde. Em Portugal, à semelhança de outros países da União Europeia, tem-se verificado um aumento das famílias monoparentais e das uniões de facto (INE, 2020), fenómenos mais visíveis em áreas urbanas onde o custo de vida é elevado e a oferta de serviços privados é mais alargada. Nestes contextos, os seguros de saúde com cobertura de parto representam uma alternativa atrativa para garantir condições adequadas durante a gravidez e o parto.

Por fim, a distribuição geográfica da população evidencia fortes contrastes. As áreas metropolitanas de Lisboa e Porto concentram não só a maioria da população em idade fértil, mas também a principal oferta de hospitais privados, criando condições mais favoráveis à contratação de seguros de saúde. Pelo contrário, no interior do país, marcado

pelo despovoamento e envelhecimento acentuado, a procura por este tipo de seguros é naturalmente mais reduzida.

Em síntese, em 2024, Portugal apresenta um panorama demográfico de envelhecimento acelerado, baixa fecundidade, maternidade tardia, emigração jovem e forte concentração urbana, fatores que reduzem o mercado potencial para seguros de saúde com cobertura de parto. Ao mesmo tempo, aumentam a relevância da qualidade, previsibilidade e conforto nos cuidados materno-infantis, justificando o recurso a seguros privados em determinados segmentos populacionais.

1.4. Seguros de Saúde em Portugal

Os seguros de saúde constituem instrumentos contratuais estabelecidos entre uma entidade seguradora e um segurado, mediante os quais a primeira se compromete a cobrir determinados riscos de saúde em troca do pagamento de um prémio.

Os seguros de saúde voluntários (SSV), enquadrados no ramo não vida, mais especificamente no sub-ramo de doença, podem ser contratados de forma individual, quando dirigidos a um único beneficiário, ou em grupo, abrangendo agregados familiares ou conjuntos organizados de pessoas. Na maioria dos casos, a idade máxima para a subscrição destes seguros é de 60 anos.

Em Portugal, o mercado de SSV é bastante diversificado, com operadores como Multicare, AdvanceCare e Médis a oferecerem várias modalidades. O valor do prémio é calculado com base no risco individual, considerando variáveis como a idade e o historial clínico. Em contrapartida, as seguradoras comparticipam os custos de cuidados médicos, incluindo consultas, exames, cirurgias e internamentos. Estes seguros funcionam como mecanismos de mitigação do risco financeiro associado à doença ou acidente e atuam frequentemente de forma complementar ao SNS, oferecendo vantagens como rapidez no acesso e liberdade de escolha.

Os SSV podem seguir três modelos operacionais: o sistema de reembolso, o sistema convencionado e o sistema misto, sendo fundamental a leitura atenta das condições

contratuais, que incluem prémios, períodos de carência, copagamentos, franquias e exclusões.

Ao longo dos últimos anos tem-se verificado um aumento progressivo no volume de seguros privados voluntários subscritos pela população. O SNS, ao não ser capaz de garantir plenamente o apoio às necessidades em saúde, leva os cidadãos a procurar formas alternativas de proteção, o que significa que uma redução da cobertura do SNS num determinado período tenderá a dar lugar a um aumento da subscrição de seguros de saúde privados no futuro (Barros & Costa, 2022).

Segundo o Observatório dos Seguros de Saúde, da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, os seguros de saúde em Portugal já cobrem mais de quatro milhões de pessoas, correspondendo a um crescimento de 3,6% face a 2023.

1.4.1. Os Seguros de Saúde com Cobertura de Parto

Os seguros de saúde podem incluir, nas suas apólices, cobertura específica para parto, abrangendo situações como o parto vaginal, a cesariana e a interrupção involuntária da gravidez. Esta cobertura, no entanto, está geralmente sujeita a um período de carência superior ao das restantes coberturas, sendo habitualmente fixado em 365 dias, o que significa que só poderá ser utilizada após esse intervalo temporal desde a contratação da apólice.

A abrangência da cobertura de parto varia consoante a seguradora e o plano contratado, mas, de forma geral, inclui um conjunto alargado de serviços associados à gravidez e ao nascimento. Entre estes encontram-se as consultas médicas de seguimento da gravidez, ecografias, análises clínicas e, sobretudo, os cuidados hospitalares no momento do parto. A hospitalização cobre os encargos com a assistência médica multidisciplinar necessária, a utilização das instalações hospitalares (como a sala de partos ou o bloco operatório), a medicação e os consumíveis utilizados, bem como as diárias de internamento da mãe e do recém-nascido. Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento na procura por seguros de saúde com cobertura de parto, esta tendência é explicada pelas vantagens já referidas

dos seguros de saúde privados, nomeadamente no acesso e qualidade percebida dos cuidados.

A área da obstetrícia no SNS tem enfrentado uma crise marcada pela escassez de especialistas e pelo encerramento temporário de serviços, o que tem gerado fortes constrangimentos nas urgências. Como resposta, foi introduzida a pré-triagem telefónica obrigatória nas urgências de obstetrícia e ginecologia (Portaria n.º 325/2024/1, de 13 de dezembro), na tentativa de diminuir os constrangimentos existentes. De igual modo, a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) (2024) sublinha que o encerramento frequente de serviços públicos de obstetrícia gera insegurança e imprevisibilidade, levando muitas mulheres a procurar no setor privado maior estabilidade e personalização no acompanhamento. Paralelamente, relatórios nacionais indicam que a capacidade global de resposta do SNS não tem acompanhado o aumento da procura, com impacto também nos cuidados materno-infantis (CFP, 2024).

Esta cobertura é amplamente valorizada, por assegurar acesso a cuidados médicos de qualidade durante todas as fases, desde a gravidez até ao pós-parto.

Segundo dados da Pordata, no ano 2015, os hospitais públicos detinham aproximadamente 85,5% dos partos e apenas 14,5% dos partos ocorriam num hospital privado. Até 2023 o cenário nacional era de um crescimento de partos no sector privado (18,2%), ganhando terreno aos hospitais do setor público, cujo valor observado foi de 81,8% (Pordata, 2024).

Em Portugal, o mercado dos seguros de saúde tem vindo a transformar-se de forma significativa, impulsionado pela crescente procura por cuidados médicos mais acessíveis em termos de tempo de espera e qualidade percebida. Embora o SNS assegure o parto enquanto serviço público universal, existem limitações estruturais, nomeadamente a escassez de recursos humanos e os tempos de espera prolongados, que levam muitas mulheres e famílias a recorrer ao setor privado como alternativa.

De acordo com a Associação Portuguesa de Seguradores, a procura por seguros de saúde tem evidenciado um crescimento contínuo, nomeadamente com cobertura de parto, a gravidez e o parto são momentos críticos em que as famílias procuram mais proteção e qualidade, levando ao aumento da adesão a seguros que incluam esta cobertura. Estes seguros, ao integrarem cuidados especializados e possibilitarem um acompanhamento mais

célere, contribuem para que a vivência da gravidez e do parto decorra em condições de maior segurança e conforto, promovendo o bem-estar da mãe e do recém-nascido. De acordo com Costa (2015) o aumento da procura pelo setor privado está fortemente associado à percepção de maior qualidade, confiança nos profissionais, rapidez no atendimento e melhores condições de infraestrutura, em contraste com as limitações atribuídas ao hospital público. Complementarmente, Mateus & Associados (2017) reforçam que o crescimento do setor privado da saúde em Portugal se explica não só pela procura de maior conforto, rapidez de resposta e qualidade percebida, mas também pela oferta de serviços pouco disponíveis no SNS e pelos incentivos fiscais associados às despesas em saúde.

Portugal é conhecido pelo seu sistema de saúde universal, o SNS, que oferece cobertura para toda a população, incluindo cuidados na área da maternidade. No entanto, a qualidade e a disponibilidade dos serviços públicos variam de acordo com a região, e as desigualdades no acesso sobretudo para a população do interior são um problema persistente (Rocha, 2021). De acordo com Rocha (2021), as áreas urbanas, como Lisboa e Porto, têm melhores condições de acesso aos cuidados médicos devido à presença de hospitais e clínicas privadas, enquanto as áreas rurais enfrentam dificuldades com tempos de espera mais longos e uma menor disponibilidade de recursos médicos.

As desigualdades territoriais no acesso aos cuidados de saúde são particularmente evidentes na área da maternidade, uma vez que a concentração destes serviços em grandes centros urbanos e o consequente encerramento de unidades em zonas de menor densidade populacional têm limitado significativamente a acessibilidade das grávidas aos cuidados materno-infantis (Rocha, 2021). Tais constrangimentos do sistema público, aliados a tempos de espera elevados e à percepção de insuficiente qualidade, têm contribuído para que muitos cidadãos optem pela subscrição de seguros de saúde privados, motivados pela expectativa de obter maior celeridade, qualidade e segurança no acesso a serviços considerados essenciais, como a obstetrícia (Associação Portuguesa de Seguradores [APS], s.d.).

1.5. Cuidados de Saúde Privados em Portugal

Nos últimos anos, o setor privado de saúde em Portugal tem demonstrado um crescimento consistente, refletindo tanto a evolução da procura quanto a melhoria nos padrões de qualidade dos serviços prestados. Embora o SNS continue a ser a principal fonte de cuidados primários e cuidados hospitalares, fatores como o maior conforto, a rapidez no atendimento e uma relação mais próxima entre utentes e profissionais de saúde têm sido apontados como determinantes para a fidelização de clientes e para o crescimento do setor privado da saúde. Em Portugal, Mateus & Associados (2017) destacam que a expansão do setor privado resulta não apenas da procura de maior qualidade técnica e eficiência, mas também da valorização da conveniência e da flexibilidade no acesso. A nível internacional, Benoit et al. (2012) evidenciam que o setor privado é frequentemente associado a serviços mais personalizados e a um acompanhamento mais atento, fatores que reforçam a atratividade desta alternativa em contextos onde o público é percecionado como insuficiente. Acresce que, como refere Eira (2010), a crescente procura pelos serviços privados deve-se também à elevada qualidade dos serviços prestados, ao investimento em tecnologias de ponta, ao aumento do número de médicos no setor e à capacidade dos hospitais privados para realizarem procedimentos complexos. A aposta em equipamentos hospitalares modernos tem sido estratégica para atrair clientes, oferecendo maior rapidez e qualidade. Paralelamente, os consumidores de cuidados de saúde estão hoje mais informados, mais exigentes e menos dispostos a entregar totalmente o controlo da sua saúde a médicos ou instituições, o que reforça a procura pelo setor privado.

O crescimento do setor privado de saúde em Portugal também é impulsionado pelo crescimento económico do país, que possibilita maior capacidade de consumo por parte da população, assim como das fragilidades do sistema público. A oferta de serviços mais rápidos, especializados e com horários flexíveis torna estas unidades uma alternativa cada vez mais procurada.

Em 2022, o mercado privado de saúde foi dominado por quatro grandes grupos, nomeadamente o Grupo CUF, o Grupo Luz Saúde, o Grupo Lusíadas e o Grupo Trofa Saúde, que se destacam pela sua significativa presença no setor e pelo crescimento acelerado que vêm experimentando nos últimos anos. Esses grupos são responsáveis por

grande parte dos cuidados prestados no setor privado e possuem uma vasta rede de unidades hospitalares espalhadas por todo o país.

1.5.1. Maternidades Privadas

A procura por cuidados privados na gravidez tem aumentado substancialmente nos últimos anos em Portugal, principalmente por quem procura uma experiência de parto mais personalizada, melhores condições e segurança emocional (Kacprzyk et al., 2024).

A cobertura de parto por planos de seguros de saúde privados tem se tornado cada vez mais comum, especialmente em decorrência da procura por maior conforto e rapidez no atendimento, que muitas vezes não é possível no sistema público.

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em 2021, foram identificadas 22 maternidades privadas de um total de 61 em Portugal. Dessas, destacam-se as maternidades dos quatro principais grupos privados de saúde, como a CUF Descobertas e CUF Porto (Grupo CUF), Lusíadas Lisboa e Lusíadas Amadora (Grupo Lusíadas), Luz Saúde Lisboa (Grupo Luz Saúde) e Casa de Saúde da Boavista no Porto, todas com um volume anual de partos superior a 1.000. Esta procura crescente por cuidados pré-natais privados é impulsionada pela insatisfação com o sistema público, que enfrenta diversos desafios e pela restrição na escolha tanto do tipo de parto quanto do médico obstetra.

A dimensão afetivo-relacional no contexto da saúde materna tem ganhado crescente importância, pois muitas grávidas desejam um acompanhamento médico que garanta atenção personalizada e uma relação de confiança com os profissionais de saúde. Esse tipo de cuidado é mais comum nos serviços privados, que procuram atender a essas expectativas, oferecendo uma experiência mais tranquila e segura às grávidas. A possibilidade de escolher o tipo de parto, como a cesariana, é outro fator que contribui para a maior procura pelos serviços privados. Em 2021, a taxa de cesariana em unidades privadas foi significativamente superior à observada nas unidades do SNS, com 65,9% contra 30,7%, refletindo a preferência das mulheres pelo controle sobre o processo de parto (ERS, 2023).

1.6. Cuidados e vigilância da Gravidez em Portugal

A história dos cuidados obstétricos em Portugal remonta ao início do século XX, com a criação das primeiras maternidades nas principais cidades, contrariando a predominância dos partos domiciliares. Até 1960, cerca de 80% dos nascimentos ainda ocorriam em casa, mas a partir de 1985 os partos domiciliares tornaram-se residuais (Santos, 2018). A evolução consolidou-se com a Política Nacional de Saúde, que priorizou a promoção da saúde da mulher, a prevenção de doenças e o acesso a cuidados especializados, reduzindo significativamente a mortalidade materna e infantil.

Atualmente, Portugal apresenta bons indicadores de saúde materno-infantil, com elevada cobertura de consultas pré-natais e cerca de 81,8% dos partos realizados no sistema público de saúde, de acesso universal e gratuito. O Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal, lançado em 1989 foi um marco na reorganização dos cuidados, ao classificar maternidades em quatro grupos segundo a sua capacidade, concentrando as de maior dimensão em hospitais com mais de 1.500 partos anuais. Esta centralização aumentou a qualidade e segurança dos cuidados, mas criou desigualdades de acesso, sobretudo em zonas rurais afastadas dos grandes centros.

Nos últimos anos, a escassez de profissionais em algumas regiões tem provocado o encerramento temporário de urgências obstétricas e blocos de partos, gerando pressão adicional sobre o SNS e levando muitas mulheres a procurar o setor privado. Este cenário evidencia as disparidades no acesso e sublinha a necessidade de um sistema público robusto que assegure cuidados de qualidade a todas as mulheres, independentemente da sua localização.

A gravidez inicia-se com a fecundação e implantação de um óvulo no útero e termina com o nascimento do recém-nascido, correspondendo a cerca de 40 semanas de gestação e sendo considerada de termo. Trata-se de um processo fisiológico que sustenta o desenvolvimento fetal e prepara o corpo para o parto, marcado por mudanças físicas e emocionais vividas de forma distinta por cada mulher.

Historicamente, a experiência da gravidez e do parto evoluiu significativamente: até à década de 1960, cerca de 80% dos nascimentos ocorriam em casa, mas em 2020 apenas 1,3% mantinham essa prática (Santos, 2018). Atualmente, a maioria das gravidezes é

acompanhada por profissionais de saúde em centros de saúde e hospitais, com exames e consultas ajustados ao risco gestacional.

- Realizar a 1ª consulta, o mais precocemente possível e até às 12 semanas de gravidez (1ºT de gravidez);
- Realizar as consultas de vigilância pré-natal, após a 1ª consulta:
 - a cada 4-6 semanas até às 30 semanas;
 - a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas;
 - a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto.

Imagem I – Consultas recomendadas durante a gravidez.

Fonte: Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco.

Na primeira consulta deve ser avaliado o risco, permitindo definir um plano de vigilância adequado. Considera-se gravidez de baixo risco quando não se identificam fatores de morbilidade materna, fetal ou neonatal, sendo o risco

reavaliado em todas as consultas, dado o seu caráter dinâmico. Nestes casos, o esquema de consultas de vigilância pré-natal de rotina prevê idealmente doze consultas (Imagem I) e três ecografias principais (Imagem II), nas quais são avaliados parâmetros como número de fetos,

Ecografias Obstétricas

1º Trimestre:	entre as 11 e as 13 semanas+6 dias
2º Trimestre:	entre as 20 e as 22 semanas+6 dias
3º Trimestre:	entre as 30 e as 32 semanas+6 dias

Imagem II – Rastreio ecográfico.

Fonte: Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco.

1º Trimestre <13 semanas	
1.	Citologia Cervical - Conforme recomendações do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010 para as mulheres não grávidas
2.	Tipagem ABO e fator Rh D
3.	Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)
4.	Hemograma completo
5.	Glicémia em jejum
6.	VDRL
7.	Serologia Rubéola - IgG e IgM (se desconhecido ou não imune em consulta pré-concepcional)
8.	Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (se desconhecido ou não imune em consulta pré-concepcional)
9.	Ac VIH 1 e 2
10.	AgHBs
11.	Urocultura com eventual TSA
2º Trimestre	
18-20 Semanas	
12.	Serologia Rubéola - IgG e IgM, nas mulheres não imunes
24-28 Semanas	
13.	Hemograma completo
14.	PTGO c/ 75g (colheita às 0h, 1h e 2 horas)
15.	Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (nas mulheres não imunes)
16.	Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)
3º Trimestre	
32-34 Semanas	
17.	Hemograma completo
18.	VDRL
19.	Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (nas mulheres não imunes)
20.	Ac. VIH 1 e 2
21.	AgHBs (nas grávidas não vacinadas e cujo rastreio foi negativo no 1º trimestre)
35-37 Semanas	
22.	Colheita (1/3 externo da vagina e ano-retal) para pesquisa de streptococcus β hemolítico do grupo B

Imagem III – Rastreio analítico.

Fonte: Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco.

atividade cardíaca, biometria, localização da placenta e quantidade de líquido amniótico. Para além dos exames ecográficos existem rastreios analíticos, a serem realizados ao longo da gravidez (Imagem III).

Apesar da abrangência do acompanhamento prestado no setor público, muitas mulheres optam por recorrer ao setor privado, sobretudo pela percepção de maior liberdade de escolha e o maior controlo sobre o parto, em contraste com o setor público, onde várias referem não se sentir à vontade para questionar procedimentos médicos (Afonso, 2019). No setor privado, destaca-se a possibilidade de realizar consultas mais frequentes, a maior facilidade na marcação e a escolha de um médico que acompanha toda a gravidez, garantindo assim maior continuidade e personalização. A isto acresce a possibilidade de efetuar um maior número de ecografias, bem como o acesso a exames complementares adicionais, como ecografias 3D/4D e rastreios genéticos mais abrangentes. Outro fator diferenciador é a possibilidade de escolher um obstetra que acompanha a gravidez e está presente no parto.

Relativamente às condições hospitalares, os hospitais privados oferecem quartos individuais ou familiares, maior conforto para a grávida e para o acompanhante e a possibilidade de prolongar o internamento por mais dias, caso seja necessário ou desejado. Para além disso, a realização de cesarianas é mais facilmente aceite no setor privado, mesmo sem indicação clínica formal, o que reforça a percepção de maior controlo por parte da mulher em todo o processo. Neste contexto, embora em países como o Canadá a privatização dos cuidados pós-parto esteja associada a custos acrescidos e a desigualdades de acesso, o setor privado apresenta algumas vantagens para as mulheres que conseguem recorrer a estes serviços. Entre os benefícios identificados encontram-se o acompanhamento mais personalizado, a rapidez no acesso, a maior conveniência e conforto, bem como a possibilidade de assegurar a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, aspetos muitas vezes apontados como insuficientes no sistema público. Contudo, Benoit et al. (2012) sublinham que estas vantagens estão fortemente condicionadas pela capacidade financeira das famílias, o que reforça a existência de um sistema a duas velocidades que privilegia os estratos sociais de maior rendimento.

1.7. Fatores Socioeconómicos na Procura por Seguros de Saúde com Cobertura de Parto

A literatura tem demonstrado que a procura por seguros de saúde privados é fortemente condicionada por fatores socioeconómicos, nomeadamente aqueles que incluem cobertura

de parto. Entre os principais determinantes destacam-se o rendimento, o nível de escolaridade, a situação profissional e a classe social.

De acordo com Christiansen et al. (2001), tanto o rendimento como o nível de escolaridade aumentam significativamente a probabilidade de adesão, evidência que é igualmente confirmada por Ćurak et al. (2021), os quais sublinham o papel central destas variáveis na explicação da procura. A Associação Portuguesa de Seguradores (s.d.) acrescenta que os agregados com maior capacidade financeira tendem a valorizar de forma mais imediata os benefícios associados a serviços de saúde mais céleres e de qualidade superior, reforçando a sua propensão para contratar seguros.

Também Barros et al. (2011) observam que, em Portugal, a utilização de seguros de saúde privados se concentra sobretudo entre os estratos sociais de rendimento mais elevado, que procuram complementar a cobertura universal do SNS com maior liberdade de escolha e redução dos tempos de espera. Neste sentido, o rendimento surge como o fator mais decisivo, já que famílias com maiores recursos económicos apresentam uma maior capacidade para suportar os custos de seguros privados, revelando assim uma maior propensão para a sua contratação (Wilson, 2014). Esta tendência é particularmente relevante no caso da cobertura de parto, dado que os custos associados a partos em instituições privadas são elevados e constituem um obstáculo adicional para famílias com rendimentos mais baixos.

A escolaridade é igualmente considerada determinante, pois níveis académicos mais elevados estão associados a uma maior literacia em saúde, favorecendo uma compreensão mais aprofundada dos benefícios dos seguros e conduzindo a uma maior probabilidade de contratação de coberturas mais completas (Yagi et al., 2021).

O emprego formal é outro fator relevante, na medida em que aumenta a probabilidade de posse de seguro, tanto pela maior estabilidade financeira associada ao vínculo laboral, como pelo facto de, em alguns contextos, os seguros serem oferecidos como benefício pelos empregadores (Shao et al., 2022). Adicionalmente, a exposição à informação, medida pelo acesso a meios de comunicação como televisão e rádio, também se revelou significativa, já que promove uma maior consciencialização das vantagens do seguro e facilita a decisão de adesão (Shao et al., 2022).

Segundo, Ćurak et al. (2021), verifica-se uma maior adesão entre mulheres em situação económica mais favorável, que valorizam aspetos como a relação interpessoal, o respeito e as condições de conforto. Adicionalmente, a qualidade percebida do sistema público de saúde exerce um efeito de substituição, reduzindo a procura por seguros privados quando esta é considerada elevada.

Em síntese, a literatura indica que os fatores socioeconómicos mais determinantes da procura por seguros de saúde são o rendimento, a escolaridade, a inserção no mercado de trabalho formal e o acesso à informação, reforçando que a proteção privada é sobretudo procurada por indivíduos e famílias com maior capital económico, educativo e social.

1.8. Fatores Demográficos na Procura por Seguros de Saúde com Cobertura de Parto

A par dos fatores socioeconómicos, os fatores demográficos assumem igualmente um papel central na decisão de aquisição de seguros de saúde com cobertura de parto, destacando-se variáveis como a idade, o estado civil e o local de residência. A literatura evidencia que, à medida que as mulheres envelhecem, a procura por cuidados de saúde relacionados com a gravidez tende a intensificar-se, refletindo a preocupação com os riscos acrescidos associados a partos em idades mais avançadas (Mills et al., 2011). Do ponto de vista clínico, a gravidez em idades maternas mais elevadas está associada a um maior número de consultas, exames complementares e intervenções, o que traduz a necessidade de vigilância e monitorização contínua do risco obstétrico (Mills & Lavender, 2010; Kenny et al., 2013).

Também o estado civil constitui um determinante relevante, sendo demonstrado por Weldenbet et al. (2021) que as mulheres casadas apresentam uma probabilidade significativamente superior de possuir seguro de saúde quando comparadas com as solteiras. Tal realidade encontra justificação no contexto do planeamento familiar e da constituição da família, no qual a salvaguarda da saúde da mãe e do recém-nascido assume particular importância. No caso português, a Associação Portuguesa de Seguradores (s.d.) confirma esta tendência ao sublinhar que a cobertura de parto se encontra entre as mais procuradas nos seguros, refletindo a preocupação das famílias em fase de maternidade ou

planeamento reprodutivo com a qualidade, celeridade e conforto no acesso aos cuidados de saúde.

Outro fator que exerce influência significativa é o local de residência. De acordo com Weldesenbet et al. (2021), a posse de seguro de saúde varia em função da idade, do estado civil e do meio de residência, sendo mais elevada entre mulheres mais velhas, casadas e residentes em áreas urbanas. Estudos realizados por Ćurak et al. (2021) corroboram esta evidência, salientando que o facto de viver em áreas urbanas aumenta de forma significativa a propensão para a contratação de seguros privados.

De acordo com Ćurak et al. (2021), a adesão a seguros de saúde privados voluntários é mais elevada entre mulheres, de idade ligeiramente superior, que valorizam dimensões como a relação interpessoal, o respeito e o conforto nos cuidados.

1.9. Estudos Comparativos e Tendências Internacionais

A análise comparativa da literatura internacional evidencia que a procura por seguros de saúde é influenciada por determinantes comuns, ainda que com variações consoante os contextos nacionais. A decisão de contratar um seguro de saúde com esta cobertura específica está intrinsecamente relacionada a diversos fatores socioeconómicos e demográficos. Estudos mostram que tanto em África como em contextos europeus e norte-americanos, a procura por seguros de saúde maternos é fortemente condicionada por fatores como o rendimento, o grau de escolaridade, a idade, o estado civil e a residência urbana (Seid & Ahmed, 2021; Kessy et al., 2024; Imo et al., 2022; Mulenga et al., 2017). Todavia, enquanto nos países africanos as barreiras estruturais e financeiras limitam fortemente a adesão, nos contextos europeus e nos Estados Unidos as diferenças resultam sobretudo da interação entre as expectativas de qualidade e conforto e os modelos de financiamento e organização dos sistemas de saúde (Barros et al., 2011; APS, s.d.; Herrera-Araujo & Rochaix, 2020; Kacprzyk et al., 2024; Kozhimannil et al., 2012).

Nos países europeus, observa-se que fatores como o rendimento e a escolaridade estão fortemente associados à adesão, reforçando o peso das desigualdades socioeconómicas no acesso a este tipo de proteção (Christiansen et al., 2001; Ćurak et al., 2021). Em Portugal,

por exemplo, a utilização de seguros privados é particularmente frequente entre os estratos de maior rendimento, funcionando como complemento ao SNS, sobretudo pela perceção de maior rapidez e qualidade no atendimento (APS, s.d.; Barros, Machado & Simões, 2011). Em França, verifica-se uma segmentação entre setores, dado que as maternidades públicas se localizam em áreas menos populosas, enquanto as privadas tendem a instalar-se em zonas urbanas mais densas, competindo essencialmente entre si, as escolhas das mulheres refletem, assim, atributos não relacionados com o preço, como a proximidade, a perceção de segurança e a qualidade (Herrera-Araujo & Rochaix, 2020). Na Polónia, embora muitas grávidas recorram a serviços privados na expectativa de cuidados mais atentos, os estudos demonstram que essa opção não se traduz em maior satisfação ou melhores resultados clínicos, sendo a experiência de parto influenciada sobretudo pelo comportamento dos profissionais, pelas condições do ambiente e pelas intervenções médicas. Não obstante, famílias de classe média e alta, que procuram uma experiência de parto mais confortável ou personalizada, continuam a constituir um público-alvo relevante para as seguradoras (Kacprzyk et al., 2024).

Nos países africanos, a cobertura de seguros de saúde entre mulheres em idade reprodutiva permanece reduzida, embora em expansão. Investigações realizadas em diferentes regiões evidenciam que a idade mais elevada, o estado civil, a residência urbana, a escolaridade, o emprego formal e o nível de rendimento são determinantes significativos da posse de seguro (Weldesentbet et al., 2021; Shao et al., 2022). No Gabão, a implementação de um regime obrigatório de seguro de saúde aumentou o acesso a consultas pré-natais, mas a persistência de tempos de espera prolongados, a escassez de medicamentos e falhas logísticas compromete a perceção de qualidade dos cuidados, condicionando a confiança das grávidas no sistema público. Neste sentido, estudos como o de Sanogo, Fantaye e Yaya (2020) demonstram que a perceção da qualidade do sistema público, seja real ou subjetiva, influencia diretamente a decisão de procurar alternativas privadas, incluindo seguros com coberturas específicas, como a de parto.

Nos Estados Unidos, as tendências analisadas entre 2000 e 2009 revelam um declínio da cobertura privada entre mulheres em idade reprodutiva, acompanhado por uma maior dependência do Medicaid, programa de saúde social para famílias e indivíduos de baixa renda e recursos limitados, em particular no caso das grávidas. Estes resultados evidenciam não apenas o impacto das políticas públicas no padrão de cobertura, mas também a

vulnerabilidade acrescida de grupos sociais com menor rendimento e educação (Kozhimannil et al. 2012). Em países com sistemas de saúde predominantemente privados, como os Estados Unidos, a procura por seguros de saúde com cobertura de maternidade é substancialmente mais elevada, devido ao custo acrescido do atendimento hospitalar e ao carácter segmentado do sistema. Herrera-Araujo e Rochaix (2020) concluem que a procura por seguros de saúde com cobertura de maternidade está diretamente relacionada com o modelo de financiamento da saúde em cada país, sendo mais expressiva em contextos onde a cobertura pública é limitada ou sobrecarregada.

Em termos globais, verifica-se uma tendência clara: os seguros de saúde privados são mais procurados por indivíduos com maior capital económico e educativo, residentes em áreas urbanas e, no caso da maternidade, por famílias em fase de planeamento ou com filhos pequenos, que procuram garantir acesso célere, seguro e de qualidade aos cuidados materno-infantis. Todavia, as evidências da Polónia, de França e do Gabão demonstram que a perceção da qualidade dos cuidados, bem como a configuração da oferta pública e privada, desempenham também um papel determinante na definição dos padrões de procura.

2. Enquadramento Metodológico

2.1. Objetivo do Estudo

Este estudo tem como principal objetivo identificar os fatores socioeconómicos e demográficos que influenciam a procura de seguros de saúde com cobertura de parto em Portugal. Pretende-se, ainda, compreender quais os aspetos mais valorizados pelas mulheres na decisão de adquirir este tipo de apólice, bem como a sua perceção sobre os cuidados de saúde materna prestados pelo sistema público e privado.

2.2. Recolha de dados

A base de dados utilizada neste estudo foi construída a partir das respostas obtidas através de um inquérito por questionário, aplicado a mulheres residentes em Portugal, com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos. O questionário foi implementado na plataforma LimeSurvey e esteve disponível de 31 de julho a dia 3 de setembro de 2025. Com vista a minimizar o viés associado a uma amostra por conveniência e a maximizar o número de respostas, foram tentadas diversas ferramentas de recolha: A divulgação institucional pela comunidade académica da Universidade do Porto, a difusão por meio de redes interpessoais e profissionais, bem como a disseminação junto de instituições e associações ligadas à área em estudo, tendo resposta positiva apenas das “Conversas com Barriguinhas”. A participação no estudo foi voluntária, anónima e confidencial. As participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e o tratamento dos dados.

O questionário foi composto por questões de natureza fechada e de escala ordinal, abrangendo as seguintes dimensões: dados demográficos, situação socioeconómica, saúde e gravidez, seguro de saúde e perceções e preferências relativamente aos cuidados de saúde materna.

2.3. Variáveis selecionadas

A procura por seguros de saúde com cobertura de parto é determinada por vários indicadores e espera-se que, por isso, vários fatores socioeconómicos e demográficos possam influenciar essa procura.

2.3.1. Variável dependente

A variável dependente “procura de seguro de saúde com cobertura de parto” foi construída a partir de três questões do inquérito, “Tem seguro de saúde com cobertura de parto?”, “No passado, já teve seguro de saúde com cobertura de parto?”, “Pretende contratar um seguro de saúde com cobertura de parto em futuras situações de gravidez?”.

Considerou-se procura (1) quando a resposta foi afirmativa a pelo menos uma das questões, e não procura (0) quando todas as respostas foram negativas. Esta opção permitiu integrar diferentes dimensões de adesão (atual, passada ou potencial), assegurando maior robustez estatística e evitando redundâncias entre variáveis altamente relacionadas.

Construiu-se uma variável dependente dicotômica para captar a procura em todas as fases da experiência materna — posse atual, posse passada ou intenção futura. Uma única resposta afirmativa foi suficiente para classificar como ‘procura’, integrando assim mulheres com experiência de gravidez passada, presente ou planeada. Esta abordagem garante uma visão mais completa do comportamento materno face ao seguro de saúde com cobertura de parto.

2.3.2. Variáveis independentes

Para analisar os determinantes da procura por seguros de saúde com cobertura de parto, foram definidas variáveis independentes, explicativas, organizadas em grupos, abrangendo informações de caráter socioeconómico, demográfico e relativas às preferências individuais.

As variáveis demográficas, como a idade, o estado civil e região de residência e socioeconómicas, como, o nível de escolaridade, situação profissional e rendimento, foram selecionadas por poderem influenciar a procura por este tipo de seguro. A regressão logística permitiu avaliar de forma individual e conjunta o efeito de cada uma destas dimensões sobre a probabilidade de adesão. No caso da idade, embora todas as participantes se encontrem em período fértil, admitiu-se que mulheres mais jovens poderiam demonstrar maior interesse em aderir, por estarem mais próximas de uma gravidez potencial, enquanto as mais velhas tenderiam a procurar menos. Admitiu-se ainda

que o estado civil de casada ou união de facto se associe a maior estabilidade e, consequentemente, maior adesão; que mulheres residentes em regiões centrais e urbanas apresentem maior procura; que níveis mais elevados de escolaridade estejam relacionados a maior probabilidade de procura, em virtude da maior literacia em saúde; que situações profissionais estáveis se associem a maior procura; e que rendimentos superiores favoreçam a adesão, pela maior capacidade financeira para suportar os custos associados.

A variável idade foi considerada de forma contínua, abrangendo participantes entre os 18 e os 45 anos.

Quanto ao estado civil, o objetivo foi verificar se as participantes casadas ou em união de facto apresentam maior propensão para adquirir seguros de saúde com cobertura de parto, em comparação com as não casadas. Para isso, foram consideradas as categorias: “Solteira”, “Casada/União de facto”, “Divorciada” e “Viúva”.

A região de residência e a identificação de sede de distrito, permitiu distinguir áreas urbanas de áreas suburbanas/rurais.

O nível de escolaridade foi ordenado segundo o grau de ensino mais elevado concluído, com as categorias: “Ensino básico”, “Ensino secundário”, “Licenciatura”, “Mestrado” e “Doutoramento”.

Solicitou-se às participantes que indicassem a situação profissional de forma a aferir o vínculo do ponto de vista socioeconómico, sendo classificado como: “Trabalhador por conta de outrem”, “Trabalhador independente”, “Desempregado”, “Estudante” ou “Sem atividade por opção”.

Por fim, o escalão do rendimento mensal líquido do agregado familiar. Caso vivessem sozinhas, com amigos ou familiares, considerou-se apenas o seu próprio rendimento; se vivessem com o marido ou parceiro, indicou-se o rendimento total de ambos. Os valores foram agrupados em seis categorias: “<1000€”, “1000–1500€”, “1501–2000€”, “2001–3000€”, “3001–4000€” e “>4000€”.

Para além dessas variáveis, foram incluídas as variáveis que permitem analisar as perceções e preferências relativamente aos cuidados de saúde materna.

Quanto às preferências foram avaliados três aspectos, tanto para o SNS como para o privado, avaliação das consultas, ecografias e aulas de preparação para o parto, do parto e internamento e do acompanhamento pós-parto.

No âmbito das preferências relativamente aos cuidados de saúde materna, foram analisados dois conjuntos de fatores, correspondentes ao setor privado e ao setor público. No setor privado, as preferências avaliadas incluíram: qualidade e segurança dos cuidados, rapidez e acessibilidade no atendimento, conforto das instalações, autonomia na decisão (incluindo a escolha do tipo de parto), a possibilidade de escolha do profissional de saúde, experiências negativas prévias ou falta de confiança no SNS e a possibilidade de cuidados personalizados. Estes aspectos refletem dimensões frequentemente apontadas na literatura como vantagens associadas ao setor privado, nomeadamente a personalização da experiência, a rapidez no acesso e a perceção de maior qualidade dos serviços (Donabedian, 1988; Dixon et al., 2010; Kruk et al., 2018).

No setor público, foram considerados fatores como: preço do seguro, período de carência do mesmo, preferência explícita pelo SNS e ausência de intenção de engravidar no curto prazo. Estes critérios remetem para aspectos identificados na literatura como determinantes da utilização do setor público, em particular o fator custo, a confiança institucional e a satisfação com os serviços prestados (Donabedian, 1988; Kruk et al., 2018).

Assim, as preferências foram testadas de forma a captar os principais determinantes identificados na literatura para a escolha entre setor público e privado, garantindo que as dimensões analisadas correspondiam às motivações reais relatadas pelas mulheres no contexto da saúde materna.

2.4. Hipóteses e Métodos Estatísticos

Os modelos de regressão estatística constituem instrumentos que permitem analisar a relação entre uma variável dependente e uma ou mais variáveis explicativas. Os coeficientes estimados traduzem a variação esperada na variável dependente por cada unidade de alteração verificada na variável independente ou explicativa.

A análise estatística foi realizada com recurso ao software IBM SPSS Statistics (versão 30), adotando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para toda a inferência estatística realizada na dissertação.

A análise iniciou-se com estatística descritiva, utilizada para caracterizar a amostra e descrever a distribuição das respostas, através do cálculo de frequências, médias e desvios-padrão.

Posteriormente, foram aplicados testes de inferência estatística, recorrendo ao teste t de Student para comparar médias de variáveis contínuas entre grupos e ao teste do qui-quadrado de Pearson para avaliar associações entre variáveis categóricas, nomeadamente a preferência pelo local de parto. Seguidamente, foi utilizada regressão logística binária, considerando como variável dependente a procura de seguro de saúde com cobertura de parto (1 = sim; 0 = não). A análise foi realizada, numa primeira fase, através de modelos univariados, que permitiram avaliar o efeito de cada variável de forma isolada, e, posteriormente, através de um modelo multivariado, que possibilitou estimar o efeito ajustado de cada variável, controlando a influência das restantes.

Com o objetivo de simplificar a análise estatística e facilitar a interpretação dos resultados, algumas variáveis foram recodificadas. O estado civil foi reorganizado em duas categorias (casada/união de facto e solteira/divorciada/viúva), o distrito foi recodificado em quatro categorias correspondentes às grandes regiões do país (Norte, Centro, Lisboa e Sul/Ilhas), a escolaridade foi agrupada em três níveis (básico/secundário, licenciatura e mestrado/doutoramento) e a situação profissional foi reorganizada em duas categorias (trabalhador por conta de outrem/trabalhador independente e desempregado/estudante/sem atividade por opção). Também foram incluídas na análise as variáveis idade e rendimento, por serem consideradas determinantes da procura de seguros de saúde na literatura.

Adicionalmente, foi feita a distinção entre partos realizados no SNS e em instituições privadas, uma vez que representam contextos organizacionais distintos, com diferenças relevantes em termos de acesso, financiamento e modelo assistencial. Esta separação permitiu comparar a perceção das mulheres relativamente à qualidade dos cuidados em cada contexto e identificar possíveis desigualdades na satisfação com os serviços obstétricos.

Após a definição das variáveis e dos métodos estatísticos, apresenta-se de seguida a caracterização da amostra utilizada no estudo.

2.5. Amostra

A amostra final, composta por respostas completas e consideradas válidas, foi constituída por 278 participantes.

Segundo os Resultados Definitivos dos Censos 2021, residiam em Portugal à data do momento censitário, dia 19 de abril de 2021, 10 343 066 pessoas (4 920 220 homens e 5 422 846 mulheres).

Segundo o estudo de 2021 do INE, existe pouco mais de um milhão e meio de mulheres entre os 18 e os 45 anos em Portugal. Assim sendo o tamanho da população é de um milhão e meio, correspondendo a uma população infinita.

Considerando que a população de interesse é de um milhão e meio, para que se possa fazer inferências da amostra à população é necessário ter uma amostra estatisticamente significativa, assim sendo seria necessária uma amostra de aproximadamente 200 pessoas, para obtenção de resultados com um nível de confiança de 95%.

Importa, no entanto, ressaltar que, no presente estudo, a amostra utilizada foi obtida na sua maioria por conveniência, o que limita a possibilidade de generalização dos resultados a toda a população.

3. Resultados

3.1. Caracterização da amostra

Foram recolhidos 415 questionários, dos quais 137 foram desconsiderados por estarem incompletos, resultando numa amostra final de 278 participantes do sexo feminino ($n = 278$), com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos ($M = 33,03$; $DP = 7,06$). Apenas os questionários devidamente preenchidos foram considerados válidos para análise.

A análise estatística dos dados foi efetuada recorrendo ao software IBM SPSS Statistics, versão 30.

A Tabela I e II apresentam a análise descritiva das variáveis, expressa através de frequências absolutas e relativas, com o objetivo de caracterizar a amostra. Na tabela I observa-se que a maioria das participantes declarou possuir um seguro de saúde (79,9%), sendo que, entre estas, 63,5% referiram ter cobertura de parto. Além disso, 63,5% das participantes detinham seguro de saúde com cobertura de parto, 63,5% já o haviam possuído no passado e 64,7% manifestaram intenção de o contratar no futuro.

Tabela I - Análise descritiva das variáveis dependentes

Variável	Categoria	n	%
Possui subsistema/seguro de saúde?	Sim	222	79,9
	Não	56	20,1
Seguro tem cobertura de parto?	Sim	141	63,5
	Não	81	36,5
No passado, já teve seguro de saúde com cobertura de parto?	Sim	87	63,5
	Não	50	36,5
Pretende contratar um seguro de saúde com cobertura de parto, no futuro?	Sim	112	64,7
	Não	61	35,3
Procura de seguro de saúde com cobertura de parto	Sim	205	74
	Não	73	26

Para efeitos de regressão logística, foi criada a variável dicotómica procura de seguro de saúde com cobertura de parto, apresentada na Tabela I.

Esta variável considera procura (1) sempre que a resposta foi afirmativa a pelo menos uma das dimensões (atual, passada ou intenção futura), e não procura (0) quando todas as respostas foram negativas. Verificou-se que a percentagem de procura foi de 74%.

Tabela II - Análise descritiva das variáveis independentes

Variável	Categoria	n	%
Idade	Média	33,03	-
Nacionalidade	Portuguesa	228	81,7
	Outra	51	18,3
Estado Civil	Solteira	124	44,4
	Casada/União de facto	147	52,7
	Divorciada	7	2,5
	Viúva	1	0,4
Região de residência	Norte	211	75,6
	Centro	37	13,3
	Lisboa	24	8,6
	Sul e ilhas	7	2,5
Concelho é sede de distrito?	Sim	112	40,1
	Não	160	57,3
	Sem resposta	7	2,5
Escolaridade	Ensino básico	1	0,4
	Ensino secundário	51	18,3
	Licenciatura	130	46,6
	Mestrado	93	33,3
	Doutoramento	4	1,4
Situação profissional	Trabalhador por conta de outrem	199	71,3
	Trabalhador independente	33	11,8

Variável	Categoria	n	%
Rendimento do agregado	Desempregado	5	1,8
	Estudante	40	14,3
	Sem atividade por opção	2	0,7
	<1000€	33	11,8
	1000–1500€	66	23,7
	1501–2000€	63	22,6
	2001–3000€	51	18,3
	3001–4000€	34	12,2
	>4000€	32	11,5
Já esteve grávida?	Sim	137	49,3
	Não	141	50,7
Número de nados vivos	Média	1,39	-
Local do parto	Hospital público	62	45,3
	Hospital privado	58	42,3
	Ambos	12	8,8
	Outros	5	3,6
Está atualmente grávida?	Sim	25	9
	Não	253	91
Pretende engravidar no futuro?	Sim	173	62,2
	Não	105	37,8
Preferência de local de parto futuro	Hospital público	82	29,5
	Hospital privado	145	52,2
	Não tem preferência por hospital público ou privado	51	18,3

Na análise da tabela II, dados socioeconómicos e demográficos, verifica-se que a média de idade da amostra é de 33 anos. A maioria das participantes é portuguesa (81,7%) e encontram-se sobretudo casadas ou em união de facto (52,9%). Constatou-se que a maior proporção das participantes residia no Norte do país (75,6%). Considerando o total da

amostra, 40,1% das participantes residem em concelhos que são sede de distrito, o que traduz uma presença relevante em áreas urbanas.

Relativamente às características socioeconómicas, destaca-se o elevado nível de escolaridade, com 46,6% das participantes a possuir licenciatura. Quanto à situação profissional, a maioria (71,3%) é trabalhador por conta de outrem. No que se refere ao rendimento agregado mensal, o escalão com maior representatividade corresponde a 1000-1500€ (23,7% da amostra).

No domínio da saúde e gravidez, 49,3% das participantes já tinha experienciado pelo menos uma gravidez, com uma média de 1,39 nados vivos por mulher. Entre estas, 45,3% realizou o parto em hospital público, 42,3% em hospital privado e 8,8% em ambos os tipos de instituição. Quanto à preferência futura, 52,2% das inquiridas indicaram o hospital privado como a sua escolha.

Tabela III - Análise das razões para ter ou não ter Seguro de Saúde com cobertura de parto e da Avaliação dos Cuidados Prestados no SNS e no Setor Privado

Variável	Média	DP
<u>Importância atribuída a razões para ter seguro de saúde com cobertura de parto:</u>		
Qualidade e segurança dos cuidados	4,45	0,95
Rapidez e acessibilidade	4,61	0,76
Conforto das instalações	4,48	0,82
Escolha do profissional	4,50	0,81
Cuidados personalizados	4,45	0,81
Falta de confiança no SNS	3,03	1,40
<u>Importância atribuída a razões para não ter seguro de saúde com cobertura de parto:</u>		
Preço	3,58	1,4
Período de carência	3,18	1,43

Variável	Média	DP
Prefiro SNS	3,33	1,38
Não planeio gravidez	3,03	1,70
<u>Opinião sobre o SNS:</u>		
Consultas/ecografias/aulas de preparação para o parto	3,41	1,01
Parto/internamento	3,4	1,04
Pós-parto	3,01	1,17
<u>Opinião sobre o setor privado:</u>		
Consultas/ecografias/aulas de preparação para o parto	4,08	0,9
Parto/internamento	4	0,97
Pós-parto	3,85	1,01

No que respeita às razões para ter seguro, destacam-se os fatores relacionados com a rapidez e acessibilidade ($M=4,61$; $DP=0,757$), a escolha do profissional ($M=4,50$; $DP=0,814$) e a qualidade e segurança dos cuidados ($M=4,45$; $DP=0,947$), todos com médias muito elevadas (tabela III).

Por outro lado, as principais razões apontadas para não ter seguro prendem-se com o preço ($M=3,58$; $DP=1,400$) e preferem o SNS ($M=3,33$; $DP=1,382$), revelando barreiras económicas e preferenciais.

Na avaliação do SNS, as pontuações foram mais baixas, sobretudo no pós-parto ($M=3,01$; $DP=1,168$), enquanto no setor privado as médias são consistentemente mais altas, com destaque para as consultas/ecografias ($M=4,08$; $DP=0,900$). Estes resultados reforçam a perceção de maior qualidade atribuída ao setor privado.

3.2. Apresentação de resultados

Associações entre variáveis categóricas - Análise qui-quadrado de Pearson

No que diz respeito às preferências futuras, observou-se que 61,3% das mulheres que tiveram parto no SNS escolheriam novamente o SNS, enquanto 96,6% das que tiveram parto no privado manifestaram intenção de voltar ao privado, sem casos de indiferença. As mulheres com experiência em ambos os setores apresentaram maior heterogeneidade de respostas, com 58,3% a preferirem o privado, 25% o SNS e 16,7% a manterem-se indiferentes.

O teste do qui-quadrado de Pearson ($\chi^2=73,487$; $p<0,001$), confirmou a existência de uma associação estatisticamente significativa entre o local do parto realizado e a preferência para partos futuros. Estes resultados evidenciam que a experiência prévia constitui um fator determinante na formação das preferências das mulheres, moldando de forma consistente as suas escolhas subsequentes relativamente ao local do parto.

Conclui-se que as mulheres que tiveram parto no privado apresentam elevada fidelização (96,6%), enquanto as que tiveram parto no SNS estão mais distribuídas entre as opções, ainda que a maioria (61,3%) mantenha a preferência pelo SNS.

Avaliação da qualidade dos cuidados -Teste t de Student

A análise comparativa evidenciou diferenças significativas na perceção da qualidade dos cuidados entre quatro grupos: mulheres que tiveram parto no SNS (grupo SNS) e aquelas sem experiência direta que o avaliaram (grupo não SNS), bem como mulheres que tiveram parto em instituições privadas (grupo privado) e as que, sem experiência nesse setor, também o classificaram (grupo não privado). A avaliação contemplou três dimensões específicas: consultas, ecografias e aulas de preparação para o parto, parto e internamento, e acompanhamento pós-parto.

A análise evidencia que as mulheres com experiência direta no SNS manifestam uma perceção globalmente mais positiva da qualidade dos cuidados em comparação com aquelas que apenas o avaliaram sem contacto direto. Esta tendência é consistente em todas as dimensões analisadas. Destaca-se que a dimensão mais valorizada é a do parto e internamento, enquanto o acompanhamento pós-parto surge como a menos bem avaliada, revelando um possível ponto crítico a considerar na melhoria da qualidade. Assim, os

resultados sugerem que a vivência prática no setor público contribui para uma valorização mais favorável dos serviços prestados. Estes achados encontram-se sintetizados na tabela IV.

Tabela IV - Avaliação da qualidade dos cuidados: comparação entre grupo SNS e grupo não SNS

Dimensão avaliada	Grupo SNS (M ± DP)	Grupo Não SNS (M ± DP)	Valor p
Índice global	3,74 ± 0,94	3,04 ± 0,88	<0,001
Consultas de preparação para o parto	3,92 ± 0,93	3,14 ± 1,07	<0,001
Parto e internamento	3,98 ± 0,98	3,14 ± 1,00	<0,001
Acompanhamento pós-parto	3,31 ± 1,36	2,83 ± 1,06	0,025

De forma semelhante, a análise demonstra que as mulheres com experiência direta em instituições privadas atribuíram uma perceção globalmente mais positiva da qualidade dos cuidados em comparação com aquelas que apenas avaliaram o setor sem contacto direto. Esta tendência verifica-se de forma consistente em todas as dimensões analisadas. Destaca-se que a dimensão mais valorizada é a do parto e internamento, enquanto o acompanhamento pós-parto surge como a menos bem classificada, embora ainda com uma avaliação bastante favorável. No seu conjunto, estes resultados reforçam que a vivência prática no setor privado está associada a uma perceção mais favorável da qualidade dos cuidados obstétricos. Estes achados encontram-se resumidos na tabela V.

Tabela V - Avaliação da qualidade dos cuidados: comparação entre grupo Privado e grupo não privado

Dimensão avaliada	Grupo Privado (M ± DP)	Grupo Não Privado (M ± DP)	Valor p
Índice global	4,39 ± 0,82	3,68 ± 0,99	<0,001
Consultas de preparação para	4,41 ± 0,92	3,91 ± 1,04	0,004

Dimensão avaliada	Grupo Privado (M ± DP)	Grupo Não Privado (M ± DP)	Valor p
o parto			
Parto e internamento	4,50 ± 0,82	3,64 ± 1,12	<0,001
Acompanhamento pós-parto	4,26 ± 0,95	3,51 ± 1,11	<0,001

Quando comparados diretamente os dois setores, as análises de amostras emparelhadas mostraram que as mulheres avaliaram significativamente melhor o setor privado do que o SNS no índice global de qualidade dos cuidados (diferença média = -0,70; $p < 0,001$). O intervalo de confiança [-0,856; -0,549] confirmou a robustez desta diferença, e a correlação entre as avaliações dos dois setores foi nula e não significativa, indicando que a perceção da qualidade no SNS não está associada à perceção da qualidade no privado. Assim, a análise global reforça que as avaliações atribuídas ao privado são significativamente mais elevadas do que as atribuídas ao SNS.

Regressão logística – Análise univariada

A análise de regressão logística univariada (Tabela VI) mostrou que a idade não constitui um preditor estatisticamente significativo da posse ou intenção de adquirir seguro de saúde com cobertura de parto ($B = -0,018$; $\text{Exp}(B) = 0,983$; $p = 0,368$), sugerindo que cada ano adicional de idade reduz ligeiramente a probabilidade de ter seguro, mas sem relevância estatística.

Relativamente ao estado civil, também não se verificou associação estatisticamente significativa com o desfecho ($B = -0,194$; $\text{Exp}(B) = 0,824$; $p = 0,478$). Apesar de o modelo indicar que solteiros, divorciados ou viúvos teriam menor probabilidade de ocorrência do evento em comparação com casados/união de facto, esta diferença não é estatisticamente relevante.

No que respeita à variável região, observou-se uma tendência de associação com o desfecho, que não atingiu significância estatística ao nível de 5% ($B = -0,310$; $\text{Exp}(B) = 0,733$; $p = 0,068$). De igual modo, residir ou não em sede de distrito não apresentou

associação significativa ($B = -0,086$; $\text{Exp}(B) = 0,918$; $p = 0,761$), não se verificando diferenças relevantes na procura.

No que se refere à escolaridade, agrupada em três categorias, não apresentou associação estatisticamente significativa ($B = 0,283$; $\text{Exp}(B) = 1,328$; $p = 0,137$). Embora a razão de probabilidades aponte para que níveis mais elevados de escolaridade possam estar associados a uma maior probabilidade de ter seguro, tal diferença não se revelou significativa.

A situação profissional apresentou associação marginalmente significativa com o desfecho ($B = -0,571$; $\text{Exp}(B) = 0,565$; $p = 0,093$), sugerindo menor probabilidade de ocorrência entre indivíduos desempregados, estudantes ou sem atividade, quando comparados com trabalhadores. No entanto, esta diferença não atingiu significância estatística ao nível de 5%.

Por fim, o rendimento revelou-se um preditor estatisticamente significativo ($B = 0,238$; $\text{Exp}(B) = 1,269$; $p = 0,012$). Cada aumento de uma unidade no escalão de rendimento associa-se a um acréscimo de cerca de 27% na probabilidade de possuir ou pretender seguro de saúde com cobertura de parto, sendo este efeito estatisticamente robusto (IC95% [1,054–1,527]). Este resultado confirma a influência das condições económicas na adesão a seguros de saúde, corroborando a evidência da literatura que identifica o rendimento como um dos principais determinantes do acesso e da procura.

Tabela VI – Resultados da análise univariada - regressão logística

Variável	B	S.E.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)
Idade	-0.018	0.020	0.811	1	0.368	0.983	0.946 - 1.021
Estado civil (2 cat.)	-0.194	0.273	0.504	1	0.478	0.824	0.483 - 1.407
Região	-0.310	0.170	3.341	1	0.068	0.733	0.526 - 1.023
Sede de distrito	-0.086	0.282	0.092	1	0.761	0.918	0.528 - 1.596

Variável	B	S.E.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)
Escolaridade (3 cat.)	0.283	0.191	2.211	1	0.137	1.328	0.914 - 1.929
Situação profissional (2 cat.)	-0.571	0.340	2.822	1	0.093	0.565	0.290 - 1.100
Rendimento	0.238	0.094	6.347	1	0.012	1.269	1.054 - 1.527

Regressão logística – Análise multivariada

Na análise multivariada (Tabela VII), a regressão logística binária mostrou que a idade foi um preditor estatisticamente significativo da posse ou intenção de adquirir seguro de saúde com cobertura de parto ($B = -0,069$; $OR = 0,933$; $IC95\%: 0,889-0,980$; $p = 0,006$). Este resultado indica que, a cada ano adicional de idade, a probabilidade de adesão diminui cerca de 6,7%, sugerindo que mulheres mais velhas têm menor propensão para possuir ou pretender seguro com esta cobertura.

O estado civil não apresentou associação estatisticamente significativa com o desfecho ($B = -0,173$; $OR = 0,841$; $p = 0,609$), sugerindo que ser casada/união de facto ou solteira/divorciada/viúva não influencia de forma relevante a decisão de adesão ao seguro.

De forma semelhante, a escolaridade, agrupada em três categorias, também não revelou efeito estatisticamente significativo ($B = 0,077$; $OR = 1,080$; $p = 0,720$). Apesar de a razão de probabilidades apontar para um ligeiro aumento da probabilidade de adesão entre indivíduos com maior escolaridade, esta diferença não foi significativa.

Por outro lado, o rendimento manteve-se estatisticamente significativo no modelo ajustado ($B = 0,291$; $OR = 1,338$; $IC95\%: 1,070-1,673$; $p = 0,011$). Cada aumento de uma unidade no escalão de rendimento associa-se a um acréscimo de cerca de 33,8% na probabilidade de possuir ou pretender seguro de saúde com cobertura de parto, reforçando a importância das condições económicas como determinantes da adesão.

A variável residir em sede de distrito não apresentou associação estatisticamente significativa com a variável dependente ($B = -0,145$; $OR = 0,865$; $p = 0,627$), sugerindo que o local de residência não influencia de forma relevante a decisão de adesão ao seguro.

Por fim, a situação profissional apresentou efeito estatisticamente significativo ($B = -0,841$; $OR = 0,431$; $IC95\%$: 0,189–0,986; $p = 0,046$). Indivíduos desempregados, estudantes ou sem atividade, têm cerca de 57% menos probabilidade de possuir ou pretender seguro de saúde com cobertura de parto em comparação com trabalhadores por conta de outrem ou independentes, salientando o papel da estabilidade profissional na decisão de adesão.

De forma global, o modelo multivariado identificou idade, rendimento e situação profissional como os principais preditores da procura de seguro de saúde com cobertura de parto, permitindo concluir que mulheres mais velhas e aquelas que não se encontram ativamente empregadas apresentam menor probabilidade de adesão, enquanto níveis mais elevados de rendimento aumentam de forma significativa essa probabilidade.

Tabela VII - Resultados da análise multivariada - regressão logística

Variável	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)
Idade	-0.069	0.025	7.579	1	0.006	0.933	0.889-0.980
Estado civil (2 cat.)	-0.173	0.337	0.262	1	0.609	0.841	0.434-1.630
Escolaridade (3 cat.)	0.077	0.214	0.128	1	0.720	1.080	0.710-1.642
Rendimento	0.291	0.114	6.506	1	0.011	1.338	1.070-1.673
Sede de distrito	-0.145	0.298	0.236	1	0.627	0.865	0.482-1.552
Situação profissional (2 cat.)	-0.841	0.422	3.969	1	0.046	0.431	0.189-0.986

De seguida, são analisadas as convergências e divergências com estudos prévios e debatidas as principais implicações dos achados.

4. Discussão

Os resultados obtidos não revelam consonância total com as previsões teóricas apresentadas na revisão da literatura, uma vez que, entre os fatores socioeconómicos e demográficos analisados, apenas a idade, o rendimento do agregado e a situação profissional se destacaram como estatisticamente significativos para a procura de seguros de saúde com cobertura de parto. No que se refere à idade, verificou-se que cada ano adicional reduz a probabilidade de adesão ao seguro. Este resultado pode estar relacionado com o facto de muitas mulheres mais velhas já se encontrarem acima da idade média do primeiro parto (31,7 anos em 2024 – INE, 2025) e, em muitos casos, já terem tido experiência prévia no SNS. Tal como se observou, 61,3% das mulheres que tiveram parto no SNS manifestaram intenção de voltar a recorrer ao mesmo setor, o que poderá reduzir a perceção de necessidade de contratar seguro privado em idades mais avançadas. Além disso, idades mais elevadas estão frequentemente associadas a maior número de comorbilidades, e o SNS pode ser percecionado como o local mais adequado para lidar com situações clínicas mais complexas ou de maior gravidade.

Relativamente ao estado civil e ao nível de escolaridade, não se observaram efeitos estatisticamente significativos. Apesar de o modelo indicar probabilidade ligeiramente superior de adesão entre mulheres casadas ou em união de facto e entre indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados, estas diferenças podem não ter atingido significância estatística devido à relativa homogeneidade da amostra, na qual cerca de 82% das participantes possuem licenciatura ou grau superior. Estes resultados sugerem que, quando existem recursos financeiros disponíveis, a decisão sobre a contratação de seguro é tomada de forma semelhante, independentemente da situação conjugal ou da escolaridade.

O rendimento revelou-se um dos principais determinantes da procura, com escalões mais elevados associados a maior probabilidade de possuir ou pretender seguro de saúde com cobertura de parto. Este resultado confirma a influência das condições económicas na adesão e está em consonância com estudos nacionais e internacionais (Wilson, 2014; Colombo & Tapay, 2004) que identificam a capacidade económica como preditor crucial do acesso ao setor privado.

No que se refere ao local de residência, viver ou não em sede de distrito não se mostrou determinante para a procura de seguro. Este resultado pode refletir a crescente

disponibilidade de unidades privadas fora das sedes de distrito, a facilidade de deslocação para cuidados de saúde e a própria composição da amostra, que poderá não representar de forma uniforme todas as regiões, atenuando possíveis diferenças geográficas.

Relativamente à situação profissional, indivíduos desempregados, estudantes ou sem atividade apresentaram menor propensão para contratar este tipo de seguro em comparação com trabalhadores. Este resultado está de acordo com Shao et al. (2022), que associam a estabilidade profissional e o rendimento regular a uma maior probabilidade de adesão, reforçando o papel da segurança laboral como fator de decisão.

De forma global, observou-se que 74% das participantes possuem ou manifestam intenção de contratar seguro de saúde com cobertura de parto, evidenciando uma procura elevada por este tipo de serviço e sugerindo uma perceção clara de valor associada à cobertura privada. Os principais motivos apontados foram a rapidez e acessibilidade, a possibilidade de escolha do profissional, o conforto e os cuidados personalizados, tal como apontado por Afonso (2019).

Os resultados relativos à satisfação com os cuidados de saúde demonstram que o setor privado apresenta níveis de satisfação superiores aos do SNS, em linha com o reportado pela literatura. Contudo, verificou-se que a perceção de quem utiliza o SNS é mais positiva do que a de quem não o utiliza, o que confirma a análise de Pita Barros (2013), que identificou uma satisfação efetiva superior à imagem transmitida na opinião pública.

Apesar da relevância dos achados, este estudo apresenta algumas limitações. A amostra foi obtida maioritariamente por conveniência, o que pode introduzir viés de seleção. A distribuição geográfica concentrou-se maioritariamente no Norte do país, limitando a representatividade nacional. Além disso, os dados são autorreportados, sujeitos a enviesamentos de memória e de desejabilidade social, e a natureza transversal do estudo apenas permite identificar associações e não relações de causalidade.

Ainda assim, os resultados oferecem contributos relevantes para o setor da saúde. A identificação do rendimento e da situação profissional como principais determinantes reforça a necessidade de políticas que promovam maior equidade no acesso aos cuidados materno-infantis. Reforçar a capacidade assistencial do SNS, reduzir tempos de espera e melhorar o acompanhamento pós-parto são medidas que podem mitigar o recurso forçado

ao setor privado. Do lado das seguradoras, existe espaço para desenvolver produtos mais acessíveis e flexíveis, adequados às diferentes realidades económicas. Finalmente, campanhas de literacia em saúde poderiam apoiar decisões mais informadas, garantindo que a escolha do local de parto resulte de preferência e não de necessidade.

5. Conclusão

Este estudo teve como principal objetivo identificar os fatores socioeconómicos e demográficos que influenciam a procura de seguros de saúde com cobertura de parto em Portugal e compreender os aspetos mais valorizados pelas mulheres na decisão de adquirir este tipo de apólice, bem como a sua perceção sobre os cuidados de saúde materna prestados pelo sistema público e privado. Utilizou-se um inquérito por questionário e aplicaram-se testes de qui-quadrado, teste t de Student e regressão logística, obtendo-se 278 respostas válidas. Apesar de a amostra permitir uma análise exploratória representativa, a seleção por conveniência limita a generalização dos resultados e poderá introduzir viés de seleção. Ainda assim, os dados obtidos fornecem informação pertinente e podem servir de base para futuras investigações com metodologias mais robustas.

Os resultados mostram que o rendimento do agregado familiar e a situação profissional são os determinantes mais relevantes para a adesão, confirmando o papel das condições económicas como barreira ou facilitador do acesso a esta proteção. A idade apresentou associação inversa, sugerindo menor procura em idades mais avançadas, possivelmente pela experiência prévia no SNS ou pela perceção de que este é mais adequado para situações clínicas complexas.

Verificou-se que fatores subjetivos como rapidez, acessibilidade, escolha do profissional e conforto são amplamente valorizados, levando muitas famílias a realizar um esforço adicional para garantir cobertura privada, apesar das restrições orçamentais. A influência da região de residência não foi estatisticamente significativa, embora se observe tendência associada à maior concentração de maternidades privadas nas áreas metropolitanas, o que pode reforçar desigualdades geográficas no acesso.

Estes resultados reforçam a importância de políticas públicas que atenuem desigualdades no acesso aos cuidados materno-infantis e que promovam confiança no SNS, bem como a oportunidade para seguradoras e hospitais privados desenvolverem produtos e estratégias que respondam às necessidades reais das famílias e explorem o potencial de mercado em regiões menos servidas.

Considerando as limitações deste estudo, recomenda-se que futuras investigações recorram a amostras probabilísticas, idealmente estratificadas por região e variáveis socioeconómicas,

de modo a garantir maior representatividade e robustez estatística. Seria também relevante a realização de estudos longitudinais, que permitam acompanhar a evolução das preferências das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo. Isso possibilitaria observar mudanças desde a fase pré-gravidez até ao pós-parto. Adicionalmente, seria pertinente analisar a relação custo-benefício da contratação de seguros de saúde com cobertura de parto e avaliar o valor que as famílias atribuem a diferentes características das apólices. A exploração de desigualdades regionais e socioeconómicas poderá ainda beneficiar do uso de modelos estatísticos que considerem diferenças entre regiões e da integração de dados administrativos com informação qualitativa.

A integração destas dimensões é essencial para apoiar o desenvolvimento de políticas públicas mais equitativas e estratégias privadas mais ajustadas, garantindo um acesso justo e informado aos cuidados de saúde materna.

Referências bibliográficas

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, disponível em <https://www.acss.min-saude.pt/#acss>.
- Afonso, V. C. E. (2019). Fatores que influenciam a tomada de decisão na escolha de um hospital público ou hospital privado para o parto. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/96282/1/RUN%20-%20Trabalho%20Final%20CEAH%20-%20Vera%20Cristina%20Entrudo%20Afonso.pdf>
- Almeida, A., et al. (2018). "A procura por seguros de saúde privados em Portugal." Revista Portuguesa de Saúde Pública, 37(3), 212-218.
- Alves, F. (2009) O regime de contrato de seguro de saúde no Direito Português. Instituto de Seguros de Portugal.
- Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP), disponível em <http://aphp-pt.org/>.
- Associação Portuguesa de Seguradores. (s.d.). Os seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde português (pp. 42–44). Lisboa: APS.
- Akhtar S, Ahmed Z, Nair KS, Mughal YH, Mehmood A, Rehman W, Idrees S. Effect of Socioeconomic Factors on the Choice of Health care Institutions for Delivery Care. Open Access Maced J Med Sci [Internet]. 2022 Sep. 2 [cited 2023 Nov. 13]; 10(E):1571-8. Disponível em <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/10394>.
- Barros, P., Costa, E. (2022) Seguros de saúde privados no sistema de saúde português: mitos e factos, observatório da despesa em saúde.
- Barros, P. P., Machado, S. R., & Simões, J. A. (2011). Portugal. Health system review. Health Systems in Transition, 13(4), 1–156. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22222781/>
- Barros, P. P. (2006) Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos. Edições Almedina, SA.

- Barros, P. P. e Gomes, J. P. (2002), Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português, Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.
- Benoit, C., Stengel, C., Phillips, R. et al. Privatisation & marketisation of post-birth care: the hidden costs for new mothers. *Int J Equity Health* 11, 61 (2012). Disponível em <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-61>
- Colombo F, Tapay, N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and cost for individuals and health systems. OECD (2004).
- Conceição, A. F. F. (2019). Procura da atividade seguradora em Portugal, Grécia e Itália. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa].
- Constituição da República Portuguesa - CRP - Artigo 64.º, disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49467775>.
- Costa-Font, J. e Garcia, J. (2003), Demand for Private Health Insurance: How Important Is the Quality Gap, *Health Economics*.
- Costa, C., Tenedório, J. A., & Santana, P. (2020). Disparities in geographical access to hospitals in Portugal. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 9(10), 567. Disponível em <https://doi.org/10.3390/ijgi9100567>
- Costa, J. F. S. (2015). Avaliação da perceção da qualidade do serviço: Comparação entre hospital público e privado Lisboa: ISCTE-IUL, 2015. Dissertação de mestrado. Disponível em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/11824>
- Conselho das Finanças Públicas. (2024). Evolução do desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2023. CFP. <https://www.cfp.pt/pt/publicacoes/sectores-das-administracoes-publicas/evolucao-do-desempenho-do-servico-nacional-de-saude-em-2023>
- Ćurak, M., Kovač, D., & Poposki, K. (2021). The drivers of voluntary private health insurance demand in European countries. *Ekonomska misao i praksa*, (2), 599–616
- Christiansen, t.; Lauridsen, j. & Kamper-joergensen, f., 2001. Demand for Private Health Insurance and Demand for Health Care by Privately Insured in Denmark –

With a Specific View to Equity. Odense: Department of Public Health, University of Southern Denmark. (mimeo.)

- Direcção-Geral da Saúde (DGS), disponível em www.dgs.pt.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012–2016: Mais saúde para todos (Versão completa). Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/PNS-2012-2016-Versao-Completa.pdf>
- Direcção Geral da saúde (DGS). (2015) Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco
- Direito da Saúde, disponível em <https://www.spms.min-saude.pt/direito-da-saude/>.
- Dixon, A., Robertson, R., Appleby, J., Burge, P., Devlin, N., & Magee, H. (2010). Patient choice: How patients choose and how providers respond. The King's Fund. Disponível em <https://www.kingsfund.org.uk/publications/patient-choice>
- Doetsch JN, Marques SCS, Krafft T, Barros H. Impact of macro-socioeconomic determinants on sustainable perinatal health care in Portugal: a qualitative study on the opinion of healthcare professionals and experts. BMC Public Health. 2021 Jan 25;21(1):210.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? JAMA, 260(12), 1743–1748. Disponível em <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Eira, A. de A. (2010). A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados. Tese de Mestrado em Economia, Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26931>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Informação de monitorização sobre acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia e partos (dados de 2021)*. ERS. Disponível em https://www.ers.pt/media/micix0ed/im_obstetr%C3%ADcia_02-2023.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS) - Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, disponível em <https://ers.pt/media/e4idqkij/direito-de-acesso-a-cuidados-de-sa%C3%BAdade-a-igualdade-no-acesso-aos-cuidados-de-sa%C3%BAdade.pdf>.
- Estatísticas de Seguros. (2022). Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

- Guiomar, J. F. dos R. (2010). *Os seguros de saúde voluntários: o perfil dos utilizadores e determinantes da procura*. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Herrera-Araujo, D., & Rochaix, L. (2020). Competition between Public and Private Maternity Care Providers in France: Evidence on Market Segmentation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7846.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2025, 30 de maio). *Tábuas completas de mortalidade para Portugal: 2022–2024*. Lisboa: INE. Disponível em: <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2025, 18 de junho). *Estimativas da população residente em Portugal: 2024*. Lisboa: INE. Disponível em: <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2025, 29 de abril). *Estatísticas Vitais*. Lisboa: INE. Disponível em: <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024, 23 de setembro). *Contas Nacionais Anuais 2022 (versão final) e 2023 (versão preliminar), base 2021*. Lisboa: INE. Disponível em <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024, 3 de dezembro). *Rendimento e condições de vida 2024*. Lisboa: INE. Disponível em: <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). *Estatísticas Demográficas – 2020*. Lisboa: INE. Disponível em: <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). *Estatísticas Demográficas – 2023*. Lisboa: INE. Disponível em: <https://www.ine.pt>
- Kacprzyk, H., Węgrzynowska, M., Baranowska, B., Polomski, P., Balaam, M. (2024). Does financing for private maternity services improve birth experiences in Poland? A mixed-methods study of the Babies Born Better Survey. *European Journal of Midwifery*, 8 November, 1-9.
- Kessy, S. A., Tibenderana, J. R., Gimonge, J., & Moshi, F. V. (2024). Determinants of healthcare insurance coverage among women of reproductive age in Tanzania: A multilevel mixed effect analysis. *PloS one*, 19(12), e0302806. Disponível em <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302806>
- Kozhimannil, K. B., Abraham, J. M., & Virnig, B. A. (2012). National trends in health insurance coverage of pregnant and reproductive-age women, 2000 to 2009. *Women's Health Issues*, 22(2), e135–e141.

- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... & Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Lei n.º 56/79 de 15 de setembro. Diário da República, I Série, n.º 214 (1979). Cria o Serviço Nacional de Saúde. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>
- Mateus, A. & Associados. (2017). Sector privado da saúde em Portugal. Estudo Millennium bcp. Disponível em https://ind.millenniumbcp.pt/pt/negocios/financiamento/documents/sector_privado_saude_pt.pdf
- Mills, T. A., Lavender, R., Lavender, T. (2011). Advanced maternal age. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 21(4), 107–111.
- Mota, C. (2023). Qualidade dos serviços: O Serviço Nacional de Saúde Português. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/377570791_Qualidade_dos_Servicos_O_Servico_Nacional_de_Saude_Portugues
- Mulenga, J. N, Bwalya, B. B, & Gebremeskel, Y. (2017) Demographic and socio-economic determinants of women's health insurance coverage in Zambia. *Epidemiology Biostatistics and Public Health* Volume 14 (Number 1). Disponível em https://www.researchgate.net/publication/315755383_Demographic_and_socio-economic_determinants_of_women's_health_insurance_coverage_in_Zambia
- Norma DGS; Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério NORMA: 001/2023.
- Observatório da Despesa em Saúde. (2025). *As relações entre sector público e privado na saúde*. Lisboa: Nova Information Management School / Ministério da Saúde.
- Observatório dos Seguros de Saúde. (2023). *Resultados do Inquérito à População – 2023*. Lisboa: Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF).
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), Portugal: Perfil de saúde do país 2021, Estado da saúde na EU, OCDE, Paris/ Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas.

- OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponível em https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/7a7afb35-en.pdf
- Ordem dos Médicos. (2022). Revista da Ordem dos Médicos, (226), julho/agosto. Lisboa: Ordem dos Médicos. Disponível em <https://staging.ordemdosmedicos.pt/files/pdfs/ZYmC-ROM226.pdf>
- Paula Santana and Ricardo Almendra, “The health of the Portuguese over the last four decades”, *Méditerranée* [Online], 130 | 2018.
- Pimenta M, Pinto L, Milhinhos C, Ayres-de-Campos D. Vigilância pré-natal de rotina. In: Protocolos de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (Ayres-de-Campos D, Pinto L: eds) Lidel, Lisboa 2022:5-12.
- Pintassilgo S, Santos MJDS, Trindade I, Neves DM. Home Birth in Portugal—A Comprehensive Analysis Based on Official Statistical Data. Social Sciences. 2023; 12(6):314. Disponível em <https://doi.org/10.3390/socsci12060314>
- Ramalho C, Ayres-de-Campos DOS. Critérios para vigilância da gravidez em consulta hospitalar. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal (Montenegro N, Rodrigues T, Ramalho C, Ayres-de-Campos D: eds) Lidel, Lisboa 2014:3-5.
- Rocha, J. I. R. N. da. (2021). *Acesso aos cuidados de saúde: A saúde como pilar de desenvolvimento regional – NUTE III Alto Alentejo* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa].
- Santana P. (2000). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. Social science & medicine (1982), 50(7-8), 1025–1036. Disponível em [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00352-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00352-4)
- Santana, P. (2002). Poverty, social exclusion and health in Portugal. Social Science & Medicine, 55(1), 33–45. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00218-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00218-0)
- Santos, M. (2018) Can the unequal access to home birth be framed as a source of inequalities? A comparison between Portugal and Denmark. Portuguese Journal of Social Science, 17(3), 335–347. Disponível em https://doi.org/10.1386/pjss.17.3.335_1.

- Sanogo, N.A., Fantaye, A.W. & Yaya, S. Beyond coverage: a qualitative study exploring the perceived impact of Gabon's health insurance plan on access to and quality of prenatal care. *BMC Health Serv Res* 20, 483 (2020).
- Seguros de saúde, disponível em <https://sicnoticias.pt/pais/2022-12-19-Ha-20-anos- apenas-14-dos-portugueses-tinham-seguro-de-saude---agora-sao-quase-40-b3334967>.
- Seid, A., & Ahmed, M. (2021). Association between health insurance enrolment and maternal health care service utilization among women in Ethiopia. *BMC public health*, 21(1), 2329. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12105-9>
- Shao, L., Wang, Y., Wang, X., Ji, L., & Huang, R. (2022). Factors associated with health insurance ownership among women of reproductive age: A multicountry study in sub-Saharan Africa. *PLOS ONE*, 17(4), e0264377.
- Simões, J., & Correia de Campos, A. (2011). *O Percurso da Saúde. Portugal na Europa*. (Olhares Sobre a Saúde). Almedina.
- Simões J. 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde (2010).
- Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health System Review. *Health systems in transition*, 19(2), 1–184. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28485714/>
- Pereira, M., & Silva, A. (2019). Seguros de saúde privados em Portugal: O impacto da crise económica. Lisboa: Editora Saúde Pública.
- Pordata (2024). Partos nos Hospitais, por Tipo de intervenção. Disponível em <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/saude/prestadores-de-cuidados-de-saude/partos-nos-hospitais-por-tipo-de-intervencao>
- Portaria n.º 325/2024/1, de 13 de dezembro Diário da República n.º 242/2024, Série I de 2024-12-13. Ministério da saúde. Lisboa
- Portaria n.º 325/2024 – Regime de pré-triagem telefónica nas urgências de ginecologia e obstetrícia. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/325-2024-900079878>
- Vale P, Silva S. (2009) Os seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde português, Associação portuguesa de seguradoras.

- Weiland, M. ; Santana,P.; Costa, C.; Doetsch, J.; Pilot, E. Spatial Access Matters: An Analysis of Policy Change and Its Effects on Avoidable Infant Mortality in Portugal. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 1242.
- Weldesenbet, A. B., Kebede, S. A., Tusa, B. S., Alebel, A., & Ayalew, E. (2021). Health insurance coverage and its associated factors among reproductive-age women in East Africa: A multilevel mixed effects analysis. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 13, 443–453. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CEOR.S322087>
- Wilson, Filipa Barahona da Fonseca Valdez (2014). "Determinants of demand for voluntary private health insurance in Europe". Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão.
- Yagi, B. F., Luster, J. E., Scherer, A. M., Farron, M. R., Smith, J. E., & Tipirneni, R. (2022). Association of Health Insurance Literacy with Health Care Utilization: a Systematic Review. *Journal of general internal medicine*, 37(2), 375–389.

Anexos

Questionário

Critérios obrigatórios para inclusão no estudo

Género: feminino & Idade: entre os 18 e os 45 anos & Se tem ou pretende ter filhos

Mensagem de explicação do objetivo e política de privacidade:

"Exma. Senhora,

Este inquérito por questionário insere-se num estudo, decorrente da dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde da Faculdade de Economia do Porto. O objetivo é identificar os fatores socioeconómicos e demográficos que influenciam a procura de seguros de saúde com cobertura de parto em Portugal. Simultaneamente pretende-se compreender a perceção sobre os cuidados de saúde materna prestados pelo serviço nacional de saúde e nos hospitais privados.

O preenchimento do questionário terá a duração aproximada de 2 minutos.

O questionário encontra-se implementado numa plataforma interna disponibilizada pela U. Porto, a LimeSurvey, sendo esta a entidade responsável pela recolha e pelo armazenamento seguro dos dados. Durante o inquérito, não será solicitada qualquer informação que permita a sua identificação, garantindo-se que as suas respostas serão tratadas de forma anónima e estritamente confidencial. Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente a tratamento coletivo e estatístico, sendo utilizados apenas no âmbito deste estudo e para fins de investigação académica.”

☐ Declaro que estou devidamente informada sobre o objeto do estudo, e que a minha participação é voluntária, podendo interrompê-la a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificação.

Dados demográficos

I. Qual a sua Idade?

II. Qual a sua Nacionalidade?

III. Qual o seu Estado civil?

- Solteira.
- Casada/União de facto.
- Divorciada.
- Viúva.

IV. Qual o seu distrito de residência?

- Aveiro.
- Beja.
- Braga.
- Bragança.
- Castelo Branco.
- Coimbra.
- Évora.
- Faro.
- Guarda.
- Leiria.
- Lisboa.
- Portalegre.
- Porto.
- Santarém.
- Setúbal.
- Viana do Castelo.
- Vila Real.
- Viseu.
- Região Autónoma dos Açores.
- Região Autónoma da Madeira.

V. O Concelho onde reside é sede de distrito?

- Sim.
- Não.
- Sem resposta.

Situação Socioeconómica

VI. Qual o grau de escolaridade que completou até ao momento?

- Ensino básico.
- Ensino secundário.
- Licenciatura.
- Mestrado.
- Doutoramento.

VII. Qual a sua situação profissional?

- Trabalhador por conta de outrem.
- Trabalhador independente.
- Desempregado.
- Estudante.
- Sem atividade por opção.

VIII. Qual o rendimento mensal líquido, em média, em 2025, do agregado familiar?

Se viver sozinha, com os seus pais ou com amigos, indique apenas o seu rendimento. Se viver com o seu parceiro, indique o total dos dois.

- <1000€
- 1000-1500€
- 1501-2000€
- 2001-3000€
- 3001-4000€
- >4000€

Saúde e Gravidez

IX. Já esteve grávida?

- Sim.
- Não.

(se sim IX – responde pergunta X)

X. Número de nados vivos

(se sim IX – responde pergunta XI)

XI. Onde teve o(s) parto(s)?

- Hospital público.
- Hospital privado.
- Ambos.
- Outros.

XII. Está atualmente grávida?

- Sim.
- Não.

XIII. No futuro, pretende engravidar?

Sim

Não

Seguro de saúde

XIV. Possui algum subsistema de saúde ou seguro de saúde?

- Sim.
- Não.

(se sim XIV – responde pergunta XV)

XV. Tem seguro de saúde com cobertura de parto?

- Sim.
- Não.

(Se sim IX – responde pergunta XVI)

(se não XV – responde pergunta XVI)

XVI. No passado, já teve seguro de saúde com cobertura de parto?

- Sim.
- Não.

(se sim XIII – responde pergunta XVII)

(se não XV – responde pergunta XVII)

XVII. Pretende contratar um seguro de saúde com cobertura de parto em futuras situações de gravidez?

- Sim.
- Não.

Percepções e Preferências

(se sim XV ou XVI ou XVII – responde pergunta XVIII)

XVIII. Avalie cada uma das seguintes razões para ter optado/ querer optar por um seguro de saúde com cobertura de parto:

De 1 - Nada importante a 5 - Muito importante.

- Qualidade e segurança dos cuidados.
- Rapidez e acessibilidade no atendimento.
- Conforto das instalações.
- Autonomia na decisão, escolha do tipo de parto.
- Possibilidade de escolha do profissional de saúde.
- Falta de confiança ou experiência negativa no Serviço Nacional de Saúde.
- Cuidados personalizados.

(se não XV ou XVI ou XVII – responde pergunta XIX)

XIX. Avalie cada uma das seguintes razões para não ter optado por um seguro de saúde com cobertura de parto:

De 1 - Nada importante a 5 - Muito importante.

- Preço do seguro.
- Período de carência do seguro.
- Prefiro o serviço nacional de saúde.
- Não estou a pensar engravidar tão cedo.

XX. Considera que o serviço nacional de saúde oferece cuidados adequados durante a gravidez e parto?

- Sim.
- Não.
- Parcialmente.

XXI. Como avalia os cuidados de saúde no serviço nacional de saúde na área de obstetrícia?

De 1 - Muito mau a 5 - Muito bom.

- Nas consultas, ecografias e aulas de preparação para o parto.
- No parto e internamento.
- No acompanhamento pós-parto.

XXII. Como avalia os cuidados de saúde privados na área de obstetrícia?

De 1 - Muito mau a 5 - Muito bom.

- Nas consultas, ecografias e aulas de preparação para o parto.
- No parto e internamento.
- No acompanhamento pós-parto.

XXIII. Onde prefere ter o seu próximo parto?

Caso não tenha planos de ter filhos, responda numa lógica hipotética.

- Hospital Público.
- Hospital Privado.

- Não tenho preferência por hospital público ou hospital privado.

XXIV. Adicione os comentários que pretender relativamente ao tema deste inquérito:

Mensagem final:

Muito obrigada pela sua resposta.