



Universidades Lusíada

Ferreira, Bruno Miguel Gomes

Gestão da complexidade no acesso à saúde : escolha entre o sector público e privado

<http://hdl.handle.net/11067/6430>

Metadados

Data de Publicação

2021

Resumo

Os principais objetivos deste trabalho foram: compreender os motivos que levam um utente a escolher determinada instituição de saúde, os principais fatores de valorização na escolha e o seu nível de satisfação enquanto utilizadores. A metodologia usada neste trabalho foi uma metodologia quantitativa, pois é a melhor forma de tirar conclusões das hipóteses teóricas definidas e que resultaram da revisão da literatura e do objetivo de pesquisa. A amostra foi do tipo não probabilística de amostragem...

The main objectives of this study were to understand the reasons that lead a user to choose a certain health institution, the main factors of valorization in the choice and their level of satisfaction as users. The methodology used in this work was a quantitative methodology, as it is the best way to draw conclusions from the existent theoretical hypotheses, that resulted from the literature review and the research objectives. The sample was of the non-probabilistic type of simple sampling. Th...

Palavras Chave

Gestão, Gestão saúde, Sistema de saúde - Público - Privado

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULP-FCEE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-20T07:23:09Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DO PORTO

GESTÃO DA COMPLEXIDADE NO ACESSO À SAÚDE:

Escolha entre o setor público e o privado

Bruno Miguel Gomes Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre

Porto 2021



UNIVERSIDADE LUSÍADA DO PORTO

GESTÃO DA COMPLEXIDADE NO ACESSO À SAÚDE:

Escolha entre o setor público e o privado

Bruno Miguel Gomes Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre

Orientador: Paula Cristina Lopes Rodrigues

Porto 2021

Índice

Resumo.....	III
Abstract	V
1. Introdução	6
2. Revisão da Literatura	8
2.1. Importância da saúde versus especificidades do setor da saúde.....	8
2.2. A realidade portuguesa.....	13
2.2.1. O setor de saúde público	16
2.2.2. O setor de saúde privado	18
2.3. Fatores de complexidade no acesso aos serviços de saúde	20
2.3.1. Qualidade do serviço.....	21
2.3.2. Qualidade do e-service	23
2.3.4 Eficácia do tratamento.....	24
2.3.5 Justiça do preço	25
2.3.6 Qualidade percebida da marca (pública vs privada)	27
2.4. O consumidor de cuidados de saúde e tendências de consumo em saúde.....	29
3. Modelo e Hipóteses	31
4. Metodologia	33
4.1. População e Amostra.....	33
4.2. Recolha de Dados.....	33
4.3. Escalas de Medida.....	33
4.4. Método	36
5. Resultados e Discussão	37
5.1. Caracterização da Amostra	37
5.2. Análise estatística.....	40
5.2.1. Resultados da Análise Fatorial Exploratória e Análise da Fiabilidade	40
5.2.2. Resultado do Modelo e Teste das Hipóteses	42
6. Conclusões	45
7. Considerações finais.....	49
Referências Bibliográficas	51
ANEXO I – Inquérito.....	55

Índice de Tabelas

Tabela 1. Escalas de medida.....	34
Tabela 2. Quadro resumo.....	39
Tabela 3. Estatísticas de AFE do setor público	41
Tabela 4. Estatísticas de AFE do setor privado	42
Tabela 5. Coeficientes (setor público).....	43
Tabela 6. Coeficientes (setor privado).....	44

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Idade	37
Gráfico 2. Género	38
Gráfico 3. Escalão de Rendimento Mensal Familiar	38
Gráfico 4. Escolaridade	39

Resumo

Os principais objetivos deste trabalho foram: compreender os motivos que levam um utente a escolher determinada instituição de saúde, os principais fatores de valorização na escolha e o seu nível de satisfação enquanto utilizadores.

A metodologia usada neste trabalho foi uma metodologia quantitativa, pois é a melhor forma de tirar conclusões das hipóteses teóricas definidas e que resultaram da revisão da literatura e do objetivo de pesquisa. A amostra foi do tipo não probabilística de amostragem simples.

Os dados obtidos na realização deste estudo foram satisfatórios, conseguindo encontrar algumas variáveis com significância para a explicação global da marca. Foi possível validar quatro hipóteses levantadas, nomeadamente, a qualidade do serviço face à marca influencia a escolha entre marca pública ou privada; a qualidade do *e-service* no contacto influencia a escolha na marca pública, mas não influencia na marca privada; a dificuldade da escolha do serviço de saúde influencia a escolha entre marca pública ou privada; e a eficácia dos cuidados de saúde influencia a escolha entre marca pública ou privada.

Em suma, este tema é importante para a gestão das estruturas de saúde, quer sejam elas públicas ou privadas. Sabendo as necessidades dos seus utentes, através da adoção de estratégias que as colmatem, conseguem aumentar os seus níveis de satisfação. Quanto maior for o nível de satisfação dos utentes, maiores os ganhos económicos da estrutura.

Palavras-chave: Gestão na Saúde, Sistema de Saúde, Público, Privado, Escolha dos Indivíduos.

Abstract

The main objectives of this study were to understand the reasons that lead a user to choose a certain health institution, the main factors of valorization in the choice and their level of satisfaction as users.

The methodology used in this work was a quantitative methodology, as it is the best way to draw conclusions from the existent theoretical hypotheses , that resulted from the literature review and the research objectives. The sample was of the non-probabilistic type of simple sampling.

The data obtained in this study were satisfactory, allowing to find some variables with significance for the global explanation of the brand. It was possible to validate three raised hypotheses, namely, that the individual's attitude towards the brand influences the choice between public or private brand; the quality of e-service in privacy influences the choice between public or private branding; and the fairness of the price of the health service influences the choice between a public or private brand.

Being aware of their users's needs, through the adoption of strategies that lead to them, institutions can increase their levels of satisfaction. The greater the level of user satisfaction, the greater the economic gains of the structure.

Keywords: Health Management, Health System, Public, Private, Individuals' Choice.

1. Introdução

O tema escolhido para este trabalho encontra-se no âmbito da gestão em saúde, nomeadamente, tentar entender a procura dos indivíduos pelas diferentes instituições de saúde e os problemas que nelas encontram.

O tema da saúde é sempre atual e está presente na vida da população e, por esse motivo, deve ser dado enfoque a este tema por parte da área da Gestão. Tendo em conta a fase de pandemia causada pelo vírus SARS-COV-2 que vivemos atualmente, torna-se ainda mais importante aumentar os cuidados de saúde e, por isso, utilizar os recursos disponíveis de uma forma mais eficiente.

Em Portugal, a saúde é universal e tendencialmente gratuita, portanto, acessível a toda a população. No entanto, há também uma variada oferta no sistema privado de saúde, que se foca principalmente em colmatar as necessidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

É objetivo, neste trabalho, perceber o que leva a população a escolher uma determinada instituição de saúde, os principais fatores de valorização da mesma e perceber o seu nível de satisfação enquanto utilizadores. Pretende-se também perceber se as estratégias que as instituições têm utilizado, ao nível da gestão, estão a ser bem desenvolvidas e se vão ao encontro das necessidades dos utilizadores.

Neste trabalho far-se-á uma comparação entre instituições públicas e privadas, a caracterização dos utilizadores de ambos os tipos de instituição de saúde e que tipo de especialidades são mais frequentadas nas instituições. Ainda, e como principal objetivo, saber o que leva os indivíduos a optar por um tipo de instituição e quais são os fatores de complexidade no seu processo de escolha.

Este trabalho assenta-se na recolha de informações como os fatores de complexidade no acesso aos serviços de saúde, a qualidade do serviço e do e-service, a eficácia do tratamento, a justiça do preço e a qualidade percebida da instituição. Esta informação foi recolhida através de um questionário estruturado aplicado via online, utilizando escalas validadas na literatura académica.

Este estudo torna-se importante, tanto para as instituições públicas como para as privadas, uma vez que se caracteriza os seus utilizadores, aquilo que eles valorizam na instituição que frequentam, fornecendo uma perspetiva das suas mais-valias e dos seus handicaps. Podem, por isso, utilizar esta informação no seu modelo de gestão, melhorando a performance da instituição.

O trabalho encontra-se dividido em seis capítulos. Primeiramente, foram desenvolvidos os objetivos do estudo e, com base nisso, foi feita uma pesquisa exaustiva de bibliografia sobre o tema em questão. Foi então feita a revisão da literatura, através da qual foi possível conceber as hipóteses teóricas deste estudo.

Posteriormente, foi desenvolvido o instrumento de recolha de informação, neste caso um questionário estruturado auto-aplicado. Apesar de não ser esta a primeira opção escolhida para a recolha de informação, devido às contingências criadas pela doença COVID-19 e às respetivas restrições aplicadas nas estruturas de saúde, viu-se a necessidade de reestruturar a forma pensada de aplicação do questionário e optou-se pela divulgação via online.

Após a recolha dos dados, procedeu-se à análise e discussão dos resultados, possibilitando assim a retirada de ilações e conclusões sobre esta temática.

2. Revisão da Literatura

A revisão da literatura encontra-se subdividida em três partes: numa primeira parte, é abordada a importância da saúde para os utentes em paralelo com as especificidades deste setor; na segunda parte, são apresentados os aspetos relacionados com a complexidade do acesso aos serviços de saúde, designadamente, a qualidade do serviço, a qualidade do *e-service*, a eficácia do tratamento, a justiça do preço e a qualidade percebida da marca; por fim, a terceira e última parte deste capítulo aborda o tema da atitude do utilizador no contexto de saúde.

2.1. Importância da saúde versus especificidades do setor da saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (citado por infopédia, 2021). Defende, ainda, que a saúde é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano independentemente da sua raça, religião, crença política e/ou condição social e económica. A OMS reporta que a saúde da população é fundamental para a paz e segurança da população e que depende da cooperação entre os indivíduos e os Estados. Assim, é da responsabilidade dos governos assegurar a saúde da sua população e providenciar medidas sociais e de saúde adequadas. A temática da saúde é um aspeto relevante para todos, sendo que: “A saúde é hoje uma peça essencial da cidadania” (Campos & Simões, 2011, p.221). A saúde assume-se, assim, como um direito de todos e é função do Estado garantir o acesso de todas as pessoas aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica. (Artigo 64º da Constituição Portuguesa citado por Barros, 2005).

Esteves (2010) faz a distinção de que a saúde não se refere apenas ao bem-estar físico, mas a um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não somente à ausência de doença ou doenças. Não obstante, verifica-se que a saúde serve como causa e consequência do bem-estar, ou seja, na ausência de uma boa saúde, é difícil afirmar um estado de bem-estar. De outro modo, muitos dos componentes do bem-estar são eles mesmos determinantes do estado de saúde. A autora explicita ainda que “Em vários aspectos, a saúde humana é uma componente de linha de fundo (ou parte integrante) do bem-estar, uma vez que mudanças nas circunstâncias económicas, políticas, de habitação, psicológicas e comportamentais têm consequências de saúde.” (p.55). De acordo com Bezerra e Sorpreso (2016) “A saúde é o maior recurso para desenvolvimento social, económico, pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (p.1). Esta ideia é corroborada no documento do

Ministério da Saúde Português de 2018 – Retrato da Saúde, “a saúde é um dos mais poderosos fatores de integração e coesão social, mas também de geração de riqueza e bem-estar” (p. 5).

O supracitado documento elenca vários fatores que influenciam a forma como vivemos e, conseqüentemente, o nosso estado de saúde, ou seja, “o estado de saúde resulta, assim, de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais” (p. 11). Uma outra ideia patente neste documento e que deve ser relevada é a de que “se as condições de vida, como o trabalho, educação ou habitação, são determinantes, também as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, a um nível mais macro, influenciam a saúde dos indivíduos” (p. 11). É, ainda, referido que o direito à proteção da saúde é “uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos” (Lei n. 95/2019, Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04, p. 56).

Um outro aspeto importante relaciona-se com os custos sociais, ou seja, uma população saudável permite gerar mais riqueza e, conseqüentemente, um investimento em saúde com um retorno positivo. É importante referir que as diferentes políticas em saúde em diferentes países determinam também definições de saúde (Segre & Ferraz, 1997).

Importa perceber que “As mudanças nas políticas de saúde aceleraram a partir da década de 1980 em toda a Europa, com o objetivo explícito fundamental de conter o crescimento da despesa de forma a garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde.” (Silva, 2012, p. 121), a autora defende a ideia de que:

“Uma das finalidades chave das políticas de saúde é a garantia da sustentabilidade do sistema, que decorre genericamente do problema do crescimento continuado da despesa (que em Portugal tinha, em 2009, ultrapassado os 10% do PIB). No caso específico da saúde, o crescimento continuado da despesa que ocorre na generalidade das políticas sociais e que, aliado ao abrandamento do crescimento económico, constitui um dos principais problemas políticos, é agravado por três elementos essenciais. O primeiro fator prende-se com os custos que decorrem de uma maior procura de cuidados de saúde, dos recursos humanos e da crescente especialização das profissões médicas e paramédicas. O segundo fator relaciona-se com o peso crescente das tecnologias em saúde e o alargamento substancial das suas utilizações. O peso que este setor em particular tem resulta não só de uma pressão financeira, mas também de uma pressão económica resultante da proximidade entre o setor farmacêutico e o setor financeiro. O terceiro prende-se com uma composição da despesa

mais exigente, ligada à cada vez maior relevância das despesas associadas à evolução demográfica e, em particular, ao acentuado aumento da esperança de vida.”(p. 124).

De acordo com Silva (2012):

“As últimas décadas demonstram uma evolução nas mudanças nas políticas de saúde. O trabalho de diversas instituições internacionais (OCDE, Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde e União Europeia) marca definitivamente um olhar abrangente sobre aos sistemas de saúde, que influencia de forma indelével a formulação e implementação de políticas. Os relatórios publicados por estas instituições estabeleceram para esta área das políticas públicas parâmetros de avaliação dos sistemas centrados simultaneamente na sua sustentabilidade e na eficiência, no acesso e equidade dos modelos de prestação de cuidados de saúde e na qualidade dos serviços prestados.” (p. 124)

Diferentes países apresentam sistemas de saúde distintos, sendo um reflexo cultural, social, económico e político de cada país. Muitos deles, e à semelhança de Portugal, têm um sistema financiado pelo Estado, em que este financia a prestação dos cuidados de saúde, independentemente do nível socioeconómico dos consumidores; outros, como a Bélgica ou a França, têm um sistema de seguro público universal, em que os indivíduos sem contrato de trabalho ou que não se podem registar no fundo de desemprego podem não ter acesso aos cuidados de saúde de forma gratuita; a Áustria, por exemplo, tem um sistema de saúde público-privado universal, em que, de acordo com o nível socioeconómico do consumidor, a prestação de cuidados de saúde é financiado por meio de seguro privado ou pelo governo; outros países, incluindo a Alemanha, têm um sistema de saúde privado universal, em que a prestação de cuidados de saúde é financiada através de um seguro privado obrigatório, mas em que o governo subsidia o acesso aos cuidados aos indivíduos com um nível socioeconómico mais baixo; e outros, como os Estados Unidos da América, que têm um sistema de saúde não universal, em que alguns dos indivíduos têm um seguro de saúde privado, alguns são elegíveis para cuidados de saúde subsidiados, e outros não têm qualquer seguro de saúde (World Population Review, 2021; Schütte, Acevedo & Flahault, 2018).

Em Portugal, o sistema e as políticas em saúde evoluíram de uma conceção caritativa, em que o indivíduo era unicamente responsável pela sua saúde e o Estado não intervinha nos problemas de saúde, para uma intervenção efetiva e clara do Estado na definição da política, planeamento e na execução em saúde, com o reconhecimento do direito à saúde por parte de toda a população, tal como Sousa (2009) expõe, “O Estado assume-se como responsável pela concretização do direito à protecção da saúde previsto na Constituição, o que culmina com a publicação em 1979 da Lei do Serviço Nacional de Saúde”. (p.886).

Em 1990, com a publicação da Lei de Bases da Saúde, é consagrado o papel do indivíduo, e do setor público e privado na criação de condições que proporcionem a promoção da saúde, prevenção da doença e adoção de estilos de vida saudáveis, em que todos os atores devem assumir um papel ativo no estado de saúde, como Sousa (2009) relata:

“Com a publicação da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS(5) (definem-se as entidades intervenientes no sistema de saúde). O sistema de saúde português passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados entre si: o Serviço Nacional de Saúde (abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde); subsistemas de saúde públicos de apoio (entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde); e, todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de actividade de saúde.” (p.887)

Freitas (2018) remete para a questão do SNS ter como base fundamental a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, sendo os valores fundamentais sobre os quais se ergue o SNS: a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade. Estes valores orientadores, são igualmente a base do Plano Nacional de Saúde (PNS).

Atualmente, todos os cidadãos residentes em Portugal têm acesso a cuidados de saúde – cobertura universal e geral - através do Sistema Nacional de Saúde (SNS), financiado, maioritariamente, por impostos (Barros, 2007). As despesas em saúde relativas ao consumo de recursos, em termos globais e, também, em termos de despesa pública, remetem para a crescente importância do setor da saúde na economia portuguesa (Barros, 2009). O SNS dirige-se, assim, a toda população, e deve considerar todos os serviços e prestação de cuidados de saúde, e o nível socioeconómico do consumidor não deve comprometer ou limitar o acesso ao mesmo, reforçando as características de universalidade (direito de a ele recorrer) e de generalidade (integração de todos os serviços e prestações de saúde, incluindo a comparticipação de medicamentos e de dispositivos médicos) do SNS. Adicionalmente, o Plano Nacional de Saúde atribui uma importância significativa à participação ativa de cada indivíduo e do seu empoderamento no seu estado de saúde, reafirmando a necessidade do apoio a atividades de promoção de saúde envolvendo os utentes, doentes e a comunidade.

A regulação do setor de saúde apresenta particularidades específicas, nomeadamente no incentivo à redução de custos e na otimização dos recursos, obedecendo a regras de ética e de equidade na prestação de cuidados de saúde, proporcionando os melhores resultados em saúde, tendo em consideração os recursos tecnológicos existentes e a distribuição geográfica dos prestadores de cuidados de saúde. Tal como frisou Simões (2017):

“O sector da saúde tem especificidades que o tornam diferente de outros mercados de bens e serviços e os objetivos da regulação na saúde pretendem garantir o acesso universal aos cuidados de saúde publicamente financiados, assegurar níveis de qualidade e segurança satisfatórios, garantir concorrência que produza uma relação qualidade/preço satisfatória e capacitar os utentes para a defesa dos seus direitos e interesses.” (p.7)

Para além dos princípios da equidade e eficiência, o setor da saúde é regulamentado a diferentes níveis, incluindo a atividade dos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, farmacêuticos, entre outros), a localização e valências dos hospitais e outras unidades de prestação de cuidados de saúde, tecnologias existentes e medicação. Sendo que, de acordo com o supra citado autor, “A regulação da saúde, em Portugal assume diversas realidades institucionais, com diferentes atribuições, capacidades jurídicas e âmbitos de intervenção “(p.8).

Sousa (2010) revela que “Temos assistido ao longo dos últimos anos, a um claro esforço para melhorar a saúde e os serviços de saúde disponibilizados. Entre outras medidas, um aumento significativo do financiamento da saúde, uma aposta na expansão dos serviços de saúde (...) e na melhoria do acesso a recursos em saúde.” (p.890). Este autor defende ainda a ideia de que apesar do esforço para a melhoria as reformas são por vezes incompletas “quer por limitações de gestão, resistência à mudança ou descontinuidade das políticas de saúde” (p.892).

O setor da saúde reveste-se, ainda, de características que o tornam distinto de tudo o resto, nomeadamente a existência de um forte juízo de valor sobre tudo o que se relaciona com a saúde, a presença dominante da incerteza e a existência de externalidades (Gaynor, 1999). Os juízos de valor sobre o consumo de serviços de saúde são mais acentuados do que na generalidade de bens e serviços e reconhecem-se limitações à capacidade dos consumidores para fazer escolhas certas.

No que concerne à incerteza, esta remete-nos tanto para a incerteza do indivíduo quanto ao momento em que necessita de cuidados médicos, como quanto ao montante dos custos envolvidos, a incerteza do médico relativamente ao tratamento a prescrever e a incerteza quanto aos resultados do tratamento prescrito. Para além da incerteza, existem, também, problemas de assimetria de informação, uma vez que o indivíduo dos cuidados não está no mesmo patamar de conhecimento que aqueles que os fornecem (Nunes, 2012). Esta ideia leva “à criação de uma relação de agência, ou seja, o indivíduo delega a maior parte das decisões no profissional de saúde. Esta assimetria ocorre quando uma das partes envolvidas numa certa transação tem uma maior informação que a outra.” (Lima,2012, p.

23). Neste caso, existe uma falha em informar o indivíduo em relação ao seu estado de saúde e à sua capacidade de decisão, promovendo o aumento ou uma diminuição na prestação de cuidados de saúde. Esta assimetria de informação pode, assim, influenciar a disponibilidade e a oferta de cuidados de saúde, em que os profissionais de saúde podem promover o consumo dos seus próprios serviços e, aos utentes, o consumo excessivo e/ou inadequado dos mesmos (Dornelles de Castro, 2002).

As externalidades não são normalmente consideradas pelo mercado, em que a decisão de cada indivíduo na sua saúde pode ter um impacto sobre terceiros. Um exemplo recente de externalidade na saúde e para os cuidados de saúde é a pandemia COVID-19 e a decisão de usar ou não máscara ou de tomar ou não a vacina, que impõe custos para outros indivíduos (aumentando os riscos, por exemplo, de transmissão da doença) e que não são contabilizados pelo mercado. O investimento na saúde protege as pessoas da crise, assim como colabora na recuperação económica do país, visto a população ativa ser em maior número, havendo mais produtividade, menos absentismo e, conseqüentemente maior crescimento económico. Mais do que reduzir despesas em saúde é importante reduzir o desperdício e valorizar o que gastamos na saúde, ou seja, obter mais qualidade pelo mesmo custo (Campos et al., 2010).

Silva (2012) explica que:

“A saúde tem um nível maior de complexidade que as restantes áreas das políticas públicas normalmente incluídas no campo mais amplo do estado de bem-estar. É verdade que existem inúmeras características comuns a outras áreas do estado-providência, e que sobre os sistemas de saúde impendem as mesmas pressões (nomeadamente a questão demográfica), mas existem especificidades que se constituem como estrangimentos específicos às políticas de saúde.” (p. 123).

2.2. A realidade portuguesa

No sistema de saúde português, coexistem três sistemas articulados: o SNS, que inclui todas as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde e que estão sob a alçada do Ministério da Saúde; os subsistemas de saúde públicos de apoio que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento; e todas as entidades privadas e profissionais que acordem com o SNS a prestação de cuidados de saúde. Na Constituição da República Portuguesa, está consagrado o direito à proteção da saúde como um direito fundamental da responsabilidade do Estado, no entanto, não é excluída a existência de um setor privado de prestação de cuidados de saúde em articulação com o setor público.

Existe, cada vez mais, uma crescente liberdade de escolha e o reconhecimento das opções individuais (Nunes, 2012) e, conseqüentemente, o desenvolvimento de um mercado concorrencial no domínio dos cuidados de saúde. Enquanto bem público, a saúde não deve ser subordinada de forma exclusiva às regras de mercado, uma vez que, deste modo, a equidade e livre acesso dos cidadãos poderiam ficar comprometidos.

Apesar da presença dominante do setor público, através do SNS, tem-se observado uma participação crescente no setor privado a nível do financiamento e da prestação de cuidados, nomeadamente em uma relação de substituição, em que o indivíduo, por iniciativa própria, procura os serviços prestados no setor privado.

Verifica-se, também, a existência de uma complementaridade público-privada, em que o indivíduo recorre ao setor privado, mediante acordo estabelecido com os serviços públicos. Neste caso, a cooperação visa cumprir as obrigações de cobertura geral e acesso universal da população aos cuidados de saúde, e, ainda, responder de forma adequada, atempada e de qualidade aos consumidores. De referir que, em ambas, o objetivo é garantir o acesso ao sistema de saúde.

Estas ideias são bem explanadas por Eira (2011) que explica que apesar da existência de um “Serviço Nacional de Saúde, universal e tendencialmente gratuito, é de questionar como existe, não só lugar para os operadores privados, como também margem para desempenharem um importante e crescente papel no sistema de saúde português” (p.5), avançando uma explicação para esta realidade, segundo a autora “quando os serviços do Estado não conseguem dar a resposta mais adequada ou atempada às necessidades da população, deixam espaço para a iniciativa privada.(...) a falta de resposta do SNS legitimou a possibilidade de os privados entrarem no sector (quer complementando-o, quer competindo com ele)”.(p.5)

É ainda de salientar que, no momento da criação do SNS, este não incluiu os sistemas de proteção na doença ocupacional – os subsistemas – que garantem, atualmente, a proteção na doença numa percentagem significativa da população.

A ADSE é o principal subsistema público de saúde, garantindo a proteção social e na doença dos funcionários do setor público administrativo. Existem, também, subsistemas privados em que entidades privadas asseguram as prestações dos cuidados de saúde a um conjunto de indivíduos e/ou compartilham as mesmas. Estes subsistemas de saúde têm uma base ocupacional, cuja adesão é restrita a determinado grupo e são financiadas através de descontos ou contribuições dos próprios beneficiários, pelas entidades patronais ou pelas instituições onde exerçam as suas atividades laborais. Em ambos os casos, o financiamento

é assegurado pelas contribuições dos trabalhadores e entidades empregadoras e têm vindo, gradualmente, a tornar-se sistemas complementares do SNS. No caso particular da ADSE, esta é maioritariamente financiada pelo Orçamento Estado e proporciona uma dupla cobertura dos utentes, tendo estes um acesso privilegiado aos cuidados de saúde comparativamente aos beneficiários do SNS (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Existem, também, seguros de saúde privados voluntários, em que os seguros de saúde financiam a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários, sendo aplicadas quotas suportadas pelos próprios beneficiários, mas são subscritos apenas uma minoria da população (Barros, 2007). A presença de incertezas associadas à prestação de cuidados de saúde aumentam a procura de seguros de saúde e tornam-nos mais atrativos, uma vez que não é possível prever quando é que vamos estar doentes, o custo necessário ou os resultados do tratamento.

São diversos os fatores que influenciam e determinam a saúde da pessoa. Desde fatores ambientais, socioeconómicos, políticas de saúde e características individuais, como os aspetos biológicos, emocionais e espirituais, ao comportamento individual e qualidade das relações interpessoais, nomeadamente o ambiente saudável de trabalho; ao rendimento dos cidadãos, a escolaridade e as características culturais, assim como a qualidade dos serviços prestados e as competências dos seus profissionais. Também as desigualdades socioeconómicas existentes no nosso País determinam os resultados em saúde. “O fator crítico na saúde é a qualidade do micro-ambiente físico e social e não a relação direta e material entre a riqueza e a saúde (Evans et al. citado por Campos & Simões, 2011, p.58).

Ainda neste âmbito, Cortes (2016) aborda:

“que a definição de prioridades deve ter tradução num investimento coerente e reforçado em medidas preventivas, aproveitando sinergias entre determinantes de saúde, por exemplo programas que partilham o reforço da adoção de estilos de vida e alimentação saudável ou que estão dedicados ao combate de fatores de risco modificáveis, como o tabagismo e a diabetes. Um maior financiamento em determinantes de saúde traduziria um reconhecimento de uma perspetiva transversal de intervenção em saúde, segundo a qual, para além das questões de eficiência e sustentabilidade, importa implementar ações de saúde pública sobre problemas que sejam evitáveis/preveníveis, controláveis ou rapidamente resolúveis.” (p.139).

Os progressos na saúde podem ser conseguidos através de mudanças isoladas em cada um destes determinantes, mas esses progressos serão ainda mais eficazes caso se introduzam mudanças simultâneas nas diversas áreas. “Uma grande parte das políticas

internacionais e nacionais de saúde é actualmente formulada em função do entendimento sobre os factores determinantes da saúde e a necessidade de dar prioridade à promoção da saúde e à prevenção das doenças” (Crisp et al., 2014, p.88).

2.2.1. O setor de saúde público

Em Portugal, a reforma do sistema de saúde e assistência, legislada em 1971 por Gonçalves Ferreira, lançou as primeiras fundações do SNS com a criação dos “Centros de Saúde”. Após o 25 de abril de 1974 e com a nova Constituição portuguesa, ficou claro o reconhecimento do direito à saúde por parte de todos os cidadãos (nacionais e estrangeiros, apátridas refugiados e políticos), assumindo-se o Estado como responsável pela concretização do direito à proteção da saúde previsto na Constituição, surgindo em 1979 a Lei do Serviço Nacional de Saúde.

Para Sousa (2009), a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi vista como a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura, mais extensa e equitativa, de serviços de saúde. A nova constituição estabelecia que “todos têm direito à proteção da saúde” que se realizaria “pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. (p.887)

Na lei que rege a criação do Serviço Nacional de Saúde (1979), está patente que o acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos, não obstante a sua condição social ou económica. Mais tarde, em 1989, com a revisão da Constituição portuguesa, houve uma diferença assinalável ao nível da sua redação, remetendo para um SNS “tendencialmente gratuito”. Ou seja, a utilização do SNS é tendencialmente gratuita, sendo exigido o pagamento da taxa moderadora, mas o seu financiamento é integralmente suportado pelo orçamento de estado, através do pagamento de impostos.

Atualmente, o SNS contempla três ramos distintos, designadamente os cuidados de saúde primários, os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados continuados integrados. Os cuidados de saúde primários são prestados essencialmente nos Centros de Saúde/Unidades de Saúde Familiar (USF), que assumem a responsabilidade na gestão contínua da doença crónica, primeira linha de cuidados na doença aguda, apoio domiciliário e atividades de vigilância de saúde, suporte às atividades de saúde pública e na promoção da saúde e/ou prevenção da doença na população, excluindo os cuidados diferenciados, sendo considerados a base do sistema de saúde. A reorganização da estrutura da oferta de cuidados de saúde e a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e das USF permitiu, por um lado, assegurar a prestação de cuidados de saúde primários à população numa

determinada área geográfica e o desenvolvimento de atividade de vigilância epidemiológica, e, por outro, manter uma relação de maior proximidade com a população, através de um contacto constante e personalizado e garantir uma maior cobertura de indivíduos com médico de família.

Apesar da reestruturação ter melhorado o nível de satisfação do utente e dos profissionais de saúde e a acessibilidade aos cuidados de saúde, é, ainda, reportada a cobertura e formação (dos profissionais) insuficientes. Os cuidados de saúde hospitalares compreendem os cuidados diferenciados, internamento hospitalar e, ainda, os atos ambulatoriais especializados para o diagnóstico, terapêutica (de maior diferenciação clínica e tecnológica), reabilitação e as consultas de especialidade, e são prestados por hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas (Lei n.º 56/79, Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15). Os cuidados continuados integrados têm como objetivo a recuperação do indivíduo, promovendo a sua autonomia e funcionalidade de forma continuada e integrada, abrangendo as situações de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e de pessoas em situação de dependência, independentemente da sua idade, em instituição própria ou no domicílio (Serviço Nacional de Saúde, Cuidados Continuados). Os três ramos do SNS estruturam-se e complementam-se de forma articulada, promovendo, assim, a saúde do indivíduo.

No entanto, e à semelhança de outros países europeus, o SNS tem enfrentado problemas de eventual insustentabilidade financeira e que se traduz num problema ético, nomeadamente no seu cariz universal e geral, resultando numa aposta em intervenções centradas na família e no ciclo de vida e de uma aproximação à gestão da doença, com a promoção da iniciativa e autonomia individual. Nesta linha de pensamento importa explicitar que apesar da saúde e sua proteção serem direitos sagrados constitucionalmente “a verdade é que o exercício desse direito gera elevados custos que são pagos por todos nós e que devem ser geridos com maior eficácia de forma a não fazer perigar a sua continuidade” (Sousa, 2011). O investimento na saúde mobiliza uma parte importante do investimento público e continua a pesar sobre o Orçamento de Estado. A despesa em saúde aumentou, sendo esse crescimento superior ao crescimento médio da economia portuguesa. Aliás, o crescimento da despesa tem sido difícil de controlar, assim como a insatisfação dos clientes e profissionais tem sido dos problemas mais sentidos atualmente (Barros, 2015).

Silva (2012) refere que:

“No caso específico da saúde, o crescimento continuado da despesa que ocorre na generalidade das políticas sociais e que, aliado ao abrandamento do crescimento económico,

constitui um dos principais problemas políticos, é agravado por três elementos essenciais. O primeiro fator prende-se com os custos que decorrem de uma maior procura de cuidados de saúde, dos recursos humanos e da crescente especialização das profissões médicas e paramédicas. O segundo fator relaciona-se com o peso crescente das tecnologias em saúde e o alargamento substancial das suas utilizações. O peso que este setor em particular tem resulta não só de uma pressão financeira, mas também de uma pressão económica resultante da proximidade entre o setor farmacêutico e o setor financeiro. O terceiro prende-se com uma composição da despesa mais exigente, ligada à cada vez maior relevância das despesas associadas à evolução demográfica e, em particular, ao acentuado aumento da esperança de vida.” (p.124).

É oportuno evidenciar a ideia de Simões (2004) de que o controlo da despesa pública tem mudado a cultura do setor público, que se foca muitas vezes mais na produtividade e eficiência, na avaliação dos resultados e não dos processos ou dos contextos, indo, assim, ao encontro de tendências neoliberais, focando-se no aumento da produção, com vista a atingir o desenvolvimento económico.

2.2.2. O setor de saúde privado

O aumento da preocupação com a promoção de saúde, bem-estar e prevenção da doença, a possibilidade de escolher o prestador de cuidados, e o acesso mais rápido e o aumento do poder de compra, são também algumas das razões para o crescimento do setor de saúde privado. O setor privado de prestação de cuidados de saúde está em forte crescimento devido a algumas medidas políticas, que visam a redução de despesa pública com a saúde e levam a que muitos utentes/consumidores procurem o setor privado. O acréscimo nesta procura deve-se, igualmente, ao défice de cobertura, aos tempos de espera prolongados para a marcação de consultas, exames e/ou cirurgias, e à existência de um grande número de indivíduos sem médico de família. Para que o sistema de saúde seja sustentável, é importante a existência de uma oferta dos setores público e privado, em articulação e complementaridade na prestação dos cuidados, com o objetivo de promover a saúde e/ou prevenir a doença na população.

Eira (2011) reporta que são vários os motivos pelos quais as pessoas fazem a sua opção pelo setor privado de saúde, designadamente: “A crescente preocupação com a saúde e com o bem-estar, o aumento do poder de compra da população, a possibilidade de exercer com liberdade a escolha do prestador, o maior conforto proporcionado no consumo de cuidados de saúde e o acesso normalmente mais rápido a esses cuidados” (p.6). A mesma

autora faz ainda menção ao facto de que “ A presença dos privados na saúde é já muito relevante e daí que quando se analisa o sector não se possa apenas mencionar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) mas deva, sim, considerar-se o Sistema Nacional de Saúde, no qual a iniciativa privada tem um papel chave.” (p.6)

De acordo com Nabeto (2020), “nos últimos anos, tem-se assistido a uma mudança de estrutura de mercado, com a passagem de um setor predominantemente fragmentado para um setor onde se destacam grupos económicos de dimensão significativa, à revisitação do conceito de sustentabilidade, para a qual os players privados estarão mais disponíveis e atentos, à crescente orientação para o doente”. (p.23).

Cantante et al. (2020) frisam que:

“A iniciativa privada em Portugal tem destaque na cobertura e na qualidade dos serviços de saúde, quer numa perspectiva complementar ao SNS, quer como uma adicional. Está contemplada na Lei de Bases da Saúde (1990) as convenções, celebração de acordos e contratação de serviços. Foram constituídas outras áreas de cooperação entre os setores público e privado: o programa de combate às listas de espera cirúrgicas – SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e as Parcerias Público-Privadas (PPP)” (p.263) .

Verifica-se que a iniciativa privada em Portugal tem bastante relevância, tanto num enfoque de complementaridade face ao SNS como também a nível supletivo. O SNS centra-se, essencialmente, nos cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e continuados, enquanto a iniciativa privada tem apresentado uma importância crescente nas consultas de especialidade, nos meios de diagnóstico e terapêutica e no setor do medicamento (Fernandes & Nunes, 2016).

Também Cantante et al. (2020) remetem para:

“Cerca de 40% da população portuguesa, beneficiária do SNS, tem em simultâneo um subsistema de saúde público (por exemplo: Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado – ADSE, Assistência na Doença aos Militares – ADM, Subsistema de Saúde dos Serviços Sociais do Ministério da Justiça – SSMJ), privado ou um seguro de saúde (individual ou de grupo), direcionando para prestadores privados, o que reforça a relevância que o setor privado assume, presentemente, no quadro nacional da saúde. A oferta privada tem aumentado e é utilizada para superar lacunas ou fragilidades do setor público, como: a fraca cobertura; realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; melhor nível de conforto nos serviços de hospitalização e; cuidados ligados à estética, entre outros.” (p.263)

O estabelecimento de unidades privadas de prestação de cuidados de saúde e a prestação dos mesmos está também sujeita a licenciamento e supervisão e fiscalização, tanto da Entidade Reguladora da Saúde, como da Inspeção Geral das Atividades em Saúde, para assegurar os requisitos associados à prestação de cuidados de saúde definidos em Decreto-Lei.

Os aspetos elencados têm sido os motores do desenvolvimento do setor privado de Saúde em Portugal, setor este em franca expansão. De acordo com Nabeto (2020) citando um estudo de uma Sociedade de consultores, a análise da estrutura do setor privado da saúde português permite identificar a existência de grandes grupos quer na área dos meios complementares de diagnóstico e análises clínicas como também em hospitais de grande dimensão. Neste panorama, destacam-se quatro grupos empresariais: o Grupo José de Mello Saúde; o Grupo Luz Saúde; o Grupo Lusíadas; e o Grupo Trofa Saúde.

2.3. Fatores de complexidade no acesso aos serviços de saúde

Numa revisão de Travassos e Martins (2004) sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde é referido que, tendo em conta Starfield (2002), a acessibilidade se refere a características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Nesta mesma revisão, os autores destacam a ideia de Goddard e Smith (2001) de que a disponibilidade de serviços pode também não ser de conhecimento de todos e que, assim, a experiência com os serviços e as informações que deles dispõem influenciam a forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos.

Sanchez e Ciconelli (2012) explicam que “A definição do que seja o acesso à saúde e a criação de um modelo que possa mensurar esse acesso têm sido objeto de muito interesse, já que esses aspectos são fundamentais para o desenvolvimento de planos e metas sustentáveis no setor saúde.” (p. 260). Da revisão levada a cabo pelos autores acima mencionados destaca-se a ideia de Penchansky e Thomas (1981) de que o acesso pode “ser avaliado através de indicadores de resultado da passagem do indivíduo pelo sistema de saúde (por exemplo, a satisfação do paciente) e definiram o acesso como o grau de interação entre os clientes e o sistema de saúde.” (p.260).

O conceito de acesso aos cuidados de saúde é um ponto fundamental, e depende não só da disponibilidade/oferta dos cuidados de saúde, mas também das barreiras associadas à sua utilização, incluindo fatores socioeconómicos, organizacionais e/ou culturais (Kolstad & Chernew, 2009; Temkina & Rivkin-Fish, 2020). Desta forma, o acesso aos cuidados de

saúde é uma ideia complexa e multifacetada e deve ter em consideração o acesso dos indivíduos à prestação de cuidados e o seu contexto social, económico e cultural, sendo indissociável do princípio de equidade em saúde. Nas conclusões da revisão de Sanchez e Ciconelli (2012) a definição de acesso é relacionada com “quatro elementos principais, denominados disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação”(p. 267).

Numa revisão de Travassos e Martins (2004), as autoras puderam apurar que apesar das discordâncias na terminologia e na abrangência dos conceitos de utilização e acesso, podem ser traçadas algumas linhas de concordância entre os autores, a saber: “[...] os autores que optam pelo termo acesso, em geral, centram-no na entrada inicial dos serviços de saúde [...]O uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. [...] o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores. Fatores individuais predisponentes, fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado influenciam o uso e a efetividade do cuidado.” (p.196).

Neste ponto, são abordados alguns aspetos relacionados com a complexidade do acesso aos serviços de saúde, designadamente, a qualidade do serviço, a qualidade do *e-service*, a eficácia do tratamento, a justiça do preço e a qualidade percebida da marca que se consideram importantes para fundamentar a opção de escolha do consumidor de serviços de saúde (Schneider-Kamp & Askegaard, 2021; Temkina & Rivkin-Fish, 2020).

2.3.1. Qualidade do serviço

Reflexo da importância da qualidade no sector da saúde, é o crescente interesse das organizações de saúde em adotarem metodologias de gestão, de garantia e de melhoria contínua da qualidade (Groene et al., 2010), não só por saberem que poderão ter ganhos económicos e em saúde substanciais mas também porque cada vez mais os cidadãos assim o exigem (Mendes, 2012).

Para Abrantes (2012), pode-se considerar a qualidade e satisfação dos utilizadores como o grande e atual desafio no sector da saúde, face ao crescimento significativo da oferta de cuidados de saúde, sendo por esta via que no futuro se distinguiram as várias organizações que operam neste mercado. O utilizador exigirá não só altos níveis de qualidade, mas também uma organização que esteja atenta e pronta a ouvi-lo, redesenhando o serviço à medida das suas necessidades. Para este autor, a evolução do conceito de qualidade em saúde tem evoluído, “na dimensão da satisfação dos indivíduos e populações, estando os conceitos qualidade e satisfação de clientes cada vez mais interligados” (p.19).

O *feedback* do utente sobre a qualidade dos cuidados prestados é considerado uma atividade de avaliação e melhoria da qualidade e, portanto, deve integrar os procedimentos habituais das unidades de saúde. Abrantes (2012) citando Campos, Borges, e Portugal refere que “a qualidade dos serviços de saúde deve fazer parte das preocupações do sistema de gestão, sendo mesmo uma das suas principais preocupações, a qualidade deve ser um dos focos do processo de gestão, de modo a identificar desafios, diagnosticar problemas, definir objetivos e mobilizar para a ação através do desenvolvimento de projetos de melhoria, que alterem, aperfeiçoem e promovam novas formas de prestação, adequadas às reais necessidades e expectativas dos utilizadores” (p.19).

Mendes (2012) aborda uma questão interessante, a do crescente interesse pela qualidade enquanto tendência mundial nos sistemas de saúde, referindo como principal referência a indústria. Para a autora, “o erro em medicina, a variação das práticas, o controlo de custos e a problemática da escassez de recursos, são algumas das razões pelas quais a qualidade é intensamente debatida no sector da saúde.” (p. 6). A qualidade dos cuidados em saúde remete, assim, para uma perceção individual ou conjunta de como o dever da prestação dos melhores cuidados em saúde com o intuito de promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade e, ainda, de atenuar o sofrimento, no pleno respeito pela dignidade de cada indivíduo, é realizado. Outro aspeto da qualidade em saúde relaciona-se com os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde designadamente com a sua acessibilidade, organização, horário de funcionamento, marcação de consultas e/ou integração de cuidados. Esta autora explicita ainda que a melhoria contínua da qualidade em saúde requer ações de promoção da saúde e de prevenção da doença, incorporando uma prestação de cuidados curativos, reabilitadores e/ou de cuidados paliativos; promoção de processos que conduzam a uma maior obtenção de ganhos considerando o investimento bem como a melhoria da qualidade e desenvolvimento dos profissionais e da instituição.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 contempla a qualidade em saúde e reporta que esta deve ser definida com base na acessibilidade e equidade da prestação dos cuidados de saúde, com um elevado nível de excelência profissional, considerando os recursos disponíveis e a capacidade de garantir a adesão e a satisfação dos utentes. Deve visar prestações de cuidados de saúde efetivas, seguras e eficientes, baseadas na evidência científica, realizadas de forma humanizada e respeitando a individualidade do indivíduo (Plano Nacional de Saúde 2012-2016).

2.3.2. Qualidade do *e-service*

Vivemos tempos em que as redes sociais são, muitas vezes, mais rápidas do que o Gabinete de Atendimento ao Cidadão. Com a existência de uma infinidade de recursos digitais e redes sociais, urge que também as instituições de saúde estejam *online* e disponham de *e-service* adequados à realidade atual.

Esta necessidade é corroborada por André e Ribeiro (2020) que consideram que “também o setor da saúde, apesar das suas particularidades, não poderá ser a exceção alheia a esta evolução numa altura em que a transformação digital dos processos e das organizações é um conceito central e um caminho que lhes possibilita diferentes abordagens, mas para o qual não existem alternativas” (p.97).

O conceito emergente de *eHealth/ eSaúde* veio reforçar o papel das pessoas e das organizações na utilização inteligente de recursos em ambientes de incerteza e de grande complexidade, como é o caso do setor da saúde, ocorrendo uma colaboração dos cidadãos e dos profissionais de saúde para potenciar o aumento de qualidade da prestação dos cuidados de saúde (Nabeto, 2020).

O conceito *eHealth* é abordado por Cruz (2013) podendo “descrever-se como sendo o uso da internet ou outros meios eletrónicos de divulgação que estejam relacionados com informações sobre a saúde e/ou sobre serviços de saúde” (p. 6). A *eHealth* é essencial na cobertura universal da saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, através da prestação de cuidados, literacia e educação em saúde, investigação, e partilha de estratégias para a implementação de boas práticas. O autor considera que “O *eHealth* tem um objetivo semelhante ao dos cuidados de saúde tradicionais, uma vez que se baseia na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, bem como na manutenção e promoção da saúde das populações.” (p. 6). São vantagens do recurso um aumento da credibilidade, eficiência e organização bem como a capacidade de execução de tarefas remotamente, traduzindo-se numa diminuição de erros na prescrição de exames, nos tempos de espera e nas deslocações às unidades de cuidados de saúde.

Também a Comissão Europeia reporta o papel da *eHealth* na resposta às necessidades de saúde dos diferentes atores – indivíduos, doentes, promotores e prestadores de cuidados de saúde, bem como dos legisladores – contribuindo para a promoção de estilos de vida saudáveis, melhorar e promover o acesso a diferentes especialidades, para uma melhor adequação na relação custo-benefício, melhorar a gestão de doentes crónicos tanto em

instituições como em casa, promovendo a qualidade, crescimento e sustentabilidade do setor da saúde.

O trabalho desenvolvido por André e Ribeiro (2020) refere ainda que a *eHealth* poderá tornar a prestação de cuidados de saúde mais individualizada, acessível e capacitar os utentes numa gestão mais ativa da sua saúde. No entanto, em Portugal, o envelhecimento da população, a ruralidade e a falta de acesso à internet representam barreiras à implementação de *eHealth*.

Morais (2016) reforça esta ideia remetendo para a utilização das “tecnologias da informação no setor da saúde, com a criação de plataformas tecnológicas (acesso de todos os intervenientes a informação sobre todas as intervenções e cuidados a que foram sujeitos).” (p. 197).

Uma das preocupações associadas às questões da transformação digital em saúde é a questão da segurança. A temática da proteção de dados é extremamente atual e deve sempre relevar-se que “a informação clínica e os dados de saúde são dados sensíveis cuja utilização indevida pode ter efeitos graves.” (Nabeto, 2020, p. 29). Para a supracitada autora as recentes ocorrências ao nível da quebra de segurança digital, noutras organizações, reforçam a necessidade de serem tomadas decisões e ações de cibersegurança em todos os sectores de atividade.

A comunicação em saúde só será uma vantagem quando aliada ao conhecimento sobre o público-alvo e a um discurso estruturado que dialogue com a realidade desse mesmo público. Devemos encarar a Internet e as redes sociais como protagonistas na comunicação com o cidadão consumidor de cuidados de saúde. Um site de uma instituição de saúde permite colher dados imprescindíveis para monitorizar o seu público-alvo e descobrir formas mais eficazes para transmitir mensagens, transformando, assim, processos comunicacionais em vantagem competitiva. É amplamente reconhecido que a comunicação é um elemento fulcral no desenvolvimento de estratégias que promovam a imagem e reputação das organizações de saúde, estando a saúde das pessoas, cada vez mais dependente do conceito e influência social e da informação que chega a cada um. (Nabeto, 2020).

2.3.4 Eficácia do tratamento

Neste âmbito, importa relevar que a satisfação de um utente face à eficácia do tratamento encerra em si várias questões, como, por exemplo, se lhe foram explicados os seus problemas de saúde; os riscos associados; se o diagnóstico e tratamento foram abordados de forma clara; se foram apresentadas e discutidas as opções de tratamento; e se

foi sentida confiança no tratamento efetuado. Castro (2016) menciona que “a satisfação do cliente emerge como estando diretamente relacionada com a sua expectativa inicial em relação ao produto/serviço, podendo esta mesma expectativa ser alterada pela desconfirmação que o cliente percebe, após usufruto do mesmo” (p. 20). Outros aspetos podem influenciar a satisfação de um utente quanto à eficácia do tratamento. Para além da percepção de que os tratamentos que são realizados resolvem as queixas do utente, também a empatia criada com o profissional de saúde, se este tem tempo para dialogar sobre as suas queixas e outros problemas de saúde, influenciam a satisfação do doente quanto à eficácia do tratamento. A eficácia do tratamento pode resultar, também, de um melhor conhecimento do profissional de saúde sobre as crenças e estado de saúde do utente, e da sua capacidade em habilitar o utente na tomada de decisão ativa e informada e no plano de tratamento.

O supracitado autor citando, Ferreira (2000) coloca a tónica na relação entre a Satisfação do Cliente e a qualidade dos cuidados de saúde prestados sendo importante frisar que “Neste sentido, é impossível afirmar que um serviço de saúde é de qualidade, se o cliente/utente não estiver satisfeito.” (p. 23)

A crescente complexidade da prestação de cuidados em saúde, nomeadamente nas opções de tratamento, deve também considerar a importância da literacia em saúde e da participação ativa e informada do utente, resultando numa maior satisfação do utente. Ferrão (2019) remete para uma importante ideia de Serrão (2014) de que, “importa prevalecer níveis ótimos de Literatura em Saúde devido aos custos que o contrário acarreta para a vida das pessoas e para a sociedade“ (p. 33). O envolvimento ativo e informado do utente relativamente ao seu tratamento e à sua eficácia melhora não só a qualidade da prestação de cuidados como reduz a utilização inadequada e/ou desnecessária dos serviços de saúde.

2.3.5 Justiça do preço

Tal como referido anteriormente, o envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas e o aumento da esperança média de vida têm igualmente implicações na atividade económica e nos gastos em saúde, uma vez que, normalmente, requerem maiores cuidados de saúde. Como em qualquer atividade, também neste setor existe um custo associado aos cuidados e um preço a pagar pelo serviço prestado. Remetendo para Furtado e Pereira (2010):

“esta dimensão refere-se aos custos incorridos no consumo de serviços de saúde os quais podem incluir os encargos directos de aquisição dos cuidados, como a parte não comparticipada de um medicamento, mas também os custos do transporte para aceder aos

cuidados de saúde, os custos de espera para o atendimento, etc. Os custos podem estar condicionados pela posse de seguros de saúde ou subsistemas públicos”. (p.15)

É assim que surgem, por exemplo, as taxas moderadoras, uma medida criada para desincentivar o consumo/uso excessivo dos cuidados de saúde, que, no entanto, podem aumentar o nível de incerteza associada à eventualidade de se estar doente.

Como referiu Antunes (2019):

“Deste modo, a finalidade preponderantemente extrafiscal da taxa moderadora visa promover uma alocação eficiente dos recursos e minimizar o potencial de risco moral por parte do utente. O risco moral consiste no facto de o utente, beneficiando de acesso ilimitado e gratuito aos cuidados de saúde, poder ignorar a necessidade de tomar medidas preventivas das doenças e, mesmo, adotar comportamentos de risco suscetíveis de contribuir para agravar o seu estado de saúde, pelo que tenderá a usar os serviços de saúde de modo excessivo. Ao atribuir um preço ao serviço, a taxa moderadora minimiza o risco moral, pois desencoraja não apenas o uso desnecessário ou, dito pela positiva, incentiva a apenas recorrer aos serviços de saúde quem deles necessite efetivamente, como também poderá contribuir para reduzir os comportamentos de risco.” (p.332).

Assim, no setor público, encontramos as taxas moderadoras e ainda que os utentes não tenham de pagar o custo total do serviço que lhes foi prestado pagam uma parte. Mas em nenhum momento, desde a sua implementação, as taxas moderadoras tiveram como objetivo o financiamento do SNS. Neste sentido, o valor das taxas moderadoras é simbólico, baixo e igual para todos os utilizadores do SNS, com um regime de exceção para alguns grupos (crianças, grávidas, indivíduos com doenças crónicas e/ou com problemas económicos, entre outros), promovendo uma cultura de responsabilidade na utilização dos cuidados de saúde. Esta ideia está bem patente em Antunes (2017), “A incumbência constitucional de garantia do acesso aos cuidados de saúde por parte de quem deles necessita e poderá não dispor de capacidade económica para pagar as taxas moderadoras, tem justificado a criação de um vasto arsenal de isenções e outros benefícios fiscais.” (p. 333).

Lima (2015) afirma que:

“a participação financeira dos cidadãos, entendidos enquanto atores parte nos cuidados de saúde, tornou-se uma realidade cada vez mais presente no âmbito do sistema de saúde português. Embora as taxas moderadoras não sejam aplicadas a todos os serviços prestados, e mesmo existindo uma franja significativa da população que se encontra isenta do seu pagamento devido a carências económicas e/ou doenças específicas, estas reforçam a responsabilidade individual no acesso aos cuidados de saúde(...)” (p. 7)

O mesmo autor explica que:

“Outro aspeto a ter em consideração é o facto de a diferenciação do valor das taxas em relação ao serviço prestado, o que deverá levar o doente a ter uma maior ponderação em relação ao serviço a utilizar. Podemos então dizer que as taxas moderadoras funcionam também como um apelo à consciência do consumidor de cuidados de saúde, seja no sentido de fomentar o acesso àqueles cuidados preventivos que é expectável gerarem eficiência de funcionamento e redução de despesas em saúde futuras (por exemplo, consultas de rotina em cuidados primários), seja no sentido de moderar o recurso àqueles cuidados que são por vezes (erradamente) utilizados pelos utentes como cuidados substitutivos de cuidados de rotina aos quais não acederam previamente (por exemplo, consultas em urgências hospitalares não motivadas por motivos urgentes ou emergentes)” (p.40)

Em Portugal o facto de se usufruir de um subsistema de saúde ou de um seguro de saúde pode influenciar a perceção sobre a justiça do preço. No SNS, os preços são definidos administrativamente por um regulador, enquanto no setor privado os preços são determinados pelo mercado. No caso de um sistema ser baseado no preço, como o setor privado, o preço pode representar uma medida de valor e de avaliação da satisfação do consumidor e atuar como mecanismo regular da procura e da oferta dos cuidados de saúde. No caso do SNS, a escolha do local de prestação de cuidados de saúde não determinado pelo preço, mas sim por outras características associadas à sua qualidade (Pinto & Aragão, 2003).

2.3.6 Qualidade percecionada da marca (pública vs privada)

De acordo com Kotler (2000), uma empresa de serviços pode distanciar-se das suas concorrentes se, para além de prestar serviços com qualidade consistente, ultrapassar as expectativas dos clientes. Na prestação dos cuidados de saúde, a qualidade é intrínseca aos próprios cuidados, uma vez que estes existem para servir a população. É, conseqüentemente, essencial que a qualidade da prestação dos cuidados seja centrada também nas necessidades e expectativas dos utentes, garantindo a sua satisfação nos cuidados que lhes são prestados. No entanto, a definição de qualidade percecionada pelo utente é complexa e multidimensional, devido aos próprios serviços diferenciados e oferta proporcionada. Silva (2014) destaca que a avaliação da qualidade está sujeita ao subjetivismo do cliente, tanto ao nível da formação das expectativas como quando perceciona o desempenho da organização. A mesma autora refere também que “A qualidade percebida do serviço representa a maneira como o cliente/utente perceciona os resultados e o esforço da organização em atender às suas necessidades.” (p.23). Nesta sequência a autora partilha ainda que a avaliação da qualidade

está sujeita ao subjetivismo do cliente/utente, seja no momento da formação das expectativas seja quando percebe o desempenho da organização. Consequentemente, a qualidade percebida resulta de um processo de avaliação do utente, em que este avalia a prestação dos cuidados recebida e compara com as suas expectativas. O utente não considera apenas o resultado final, mas o processo de prestação de cuidados de saúde e as interações estabelecidas durante o mesmo. A qualidade percebida está também relacionada com o estado de saúde do utente, isto é, o estado físico e psicológico de cada indivíduo condiciona os resultados da prestação dos cuidados de saúde e a sua satisfação. Normalmente, o conceito de qualidade associa-se à eficiência, eficácia, consistência e cumprimento dos procedimentos e à satisfação dos utentes que recorrem ao sistema de saúde.

Donabedian (1988) afirmou que as percepções dos pacientes na avaliação da qualidade dos serviços de saúde deveriam ser incorporadas e consideradas pelos gestores, adequando, assim, as prestações de cuidados às necessidades dos utentes, procurando alcançar um elevado nível de satisfação. Desta forma, a percepção dos utentes e a sua satisfação são essenciais para a melhoria da qualidade dos locais onde os cuidados são prestados. Gomes (2004), referenciando Parasuraman, Zeithaml, e Berry (1994) reporta que a qualidade deve ser avaliada de acordo com a qualidade técnica e funcional da prestação do serviço em vez da qualidade da produção de produtos. O autor refere, ainda, a existência do conceito de “Qualidade Total”, defendendo que os cuidados em saúde devem ser orientados para o utente, na melhoria dos processos e que cria valor acrescentado e o envolvimento total de todos os intervenientes em todo o processo.

Para Serapioni (2009), à perspectiva técnica e organizacional aglutinou-se a visão e opinião do paciente na avaliação dos cuidados de saúde. É de frisar que questionários, análise de queixas e reclamações dos pacientes, e demais métodos de avaliação, são instrumentos fulcrais para identificar a qualidade percebida pelos utentes. A qualidade percebida do serviço representa, assim, a forma como o cliente percebe não só os resultados como o esforço da organização em atender às suas necessidades.

Pode-se definir qualidade como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes”(Programa Ibérico, 1990 citado por Campos et al., 2010, p.12).

A melhoria da qualidade dos cuidados é uma prioridade nos planos nacionais de saúde. Esta exige uma atualização geral de todo o sistema, identificando-se as situações prioritárias, os objetivos a atingir, assim como a metodologia estratégica a aplicar, no sentido

de conseguir melhorias. Os cuidados de saúde devem ser em função das necessidades dos clientes, prestados com segurança, respeito, eficácia, eficiência, equidade e em tempo adequado; e a qualidade e a execução, medidas e avaliadas, existindo uma preocupação constante de combate ao desperdício e de sustentabilidade do sistema. “A qualidade é sempre o resultado de uma série de factores causais diferentes e interactivos. A procura da excelência exige que se preste atenção a essas dinâmicas de sistema e, obviamente, às mudanças no sistema” (Crisp et al., 2014, p.107).

2.4. O consumidor de cuidados de saúde e tendências de consumo em saúde

Para Nunes (2012), assiste-se a uma crescente valorização da liberdade de escolha e das opções individuais e, conseqüentemente, o mercado concorrencial de cuidados de saúde tem-se desenvolvido.

É relevante o facto de assistirmos a um aumento da esperança média de vida em paralelo com a diminuição da taxa de natalidade, sendo que este envelhecimento da população vai originar uma maior necessidade e procura pelos cuidados de saúde e, conseqüentemente, uma maior despesa com a saúde (Barros, 2015). Para além disso, as pessoas estão mais conscientes da realidade, têm melhor perceção dos determinantes da saúde, como a idade e a educação, pelo que as suas necessidades e expectativas são diferentes, de acordo com os seus valores e a sua cultura.(Rosa et al., 2014).

O comportamento dos indivíduos em relação à saúde depende se consideram suscetíveis a um determinado problema de saúde, se acreditam na gravidade das conseqüências deste problema e se acreditam que as ações de saúde disponíveis podem trazer-lhes benefícios (Rosenstock et al., citado por Travassos e Martins, 2004).

Para Castro e Abreu (2012) “a procura de cuidados de saúde é considerada como um fator imprevisível e que portanto não depende apenas da vontade do indivíduo ou dos seus recursos”. (p. 22)

O acesso e o consumo de cuidados de saúde têm características singulares, nomeadamente na divergência entre o consumidor e o prestador dos cuidados e entre o consumidor e o pagador dos serviços (Schneider-Kamp & Askegaard, 2021). Ao contrário de outros mercados, no setor da saúde, o consumidor tem um papel menos ativo na escolha dos exames, medicação, tratamentos ou na marcação de novas consultas. O prestador dos cuidados assume um papel relevante no apoio à decisão e na influência do estado de saúde

do consumidor, resultante de um nível superior de informação/educação em saúde e marcado pela confiança entre o consumidor e o prestador dos cuidados em saúde (Mendes, 2012).

No entanto, nos dias de hoje, não podemos ignorar que uma perspectiva centrada no consumidor de cuidados de saúde é indispensável para a otimização dos serviços produzidos.

Segundo um estudo da Deloitte (2008), as tendências do consumidor são a conveniência, horários alargados, ferramentas online que permitam comparar instituições e serviços, relativamente à qualidade e custo, com o propósito de procurar diferentes opções. Muitos dos consumidores assumem atualmente um papel ativo e informado nas decisões em saúde e utilizam cada vez mais as consultas online na prestação de cuidados e monitorização do seu estado de saúde. O acesso a informação de saúde online é também uma tendência, já bem real e presente, em todo o mundo. As pessoas procuram informação sobre doenças, tratamentos, grupos de apoio a doenças crónicas, alternativas, entre outros (Gerorgiou et al., 2011).

Uma tendência comum nas empresas privadas de prestação de cuidados de saúde é a aposta no fornecimento de informação sobre saúde aos consumidores promovendo um estilo de vida saudável, a prevenção, aumento da fidelização e redução do consumo desnecessário de urgências (Bozarth et al., 2000). Devido à intensa competição neste setor, os grupos privados criam uma identidade positiva da marca, através da promoção da saúde, estilo de vida saudável, educação da saúde, bem-estar e medicina preventiva.

Outra das tendências mundiais é o turismo de saúde, ou seja, o consumidor viaja a outro país para obter cuidados de saúde (Munro, 2012). Deste modo, o consumidor pretende ou uma qualidade superior dos serviços, ou um menor custo ou ainda reduzir o tempo de espera no seu país de origem.

Com a pandemia COVID-19, observou-se uma mudança significativa nos comportamentos dos consumidores relativamente à prestação de cuidados de saúde, designadamente, no seu papel nos cuidados de saúde, na utilização de tecnologias e aplicações para consultas online e para monitorizar a sua saúde, mas mantendo os benefícios da relação presencial consumidor-prestador de cuidados.

3. Modelo e Hipóteses

O principal objetivo deste estudo é perceber a dificuldade de acesso na escolha dos cuidados de saúde, o que leva ao caráter diferenciador do setor público e do setor privado na área da saúde.

Desta forma foram considerados dois modelos, um para a escolha dos serviços no setor público (Quality of Brand_Público - QB_A) e outro modelo para a escolha dos serviços de saúde no setor privado (Quality of Brand_Privado - QB_B).

Para a explicação dessa escolha foram consideradas sete variáveis explicativas: atitude (A), *service quality* (SQ), *choice difficulty* (CD), *e-service quality – contact availability* (eSQ_CA), *e-service quality – privacy* (eSQ_P), *health treatment effectiveness* (HTE) e *price fairness* (PF). À divisão entre o público e o privado foi atribuída a denominação de A (publico) e B (privado).

Modelo 1:

$$QB_A = \beta_1 + \beta_2 A_A + \beta_3 SQ_A + \beta_4 CD_A + \beta_5 eSQ_CA_A + \beta_6 eSQ_P_A + \beta_8 HTE_A + \beta_9 PF_A + U$$

Modelo 2:

$$QB_B = \beta_1 + \beta_2 A_B + \beta_3 SQ_B + \beta_4 CD_B + \beta_5 eSQ_CA_B + \beta_6 eSQ_P_B + \beta_8 HTE_B + \beta_9 PF_B + U$$

De acordo com estes objetivos e com a revisão da literatura feita anteriormente, foi possível estabelecer as seguintes hipóteses teóricas, a saber:

H1: A atitude do individuo face à marca influencia a escolha entre marca pública ou privada

H2: A qualidade do serviço influencia a escolha entre marca pública ou privada

H3: A dificuldade da escolha influencia a escolha entre marca pública ou privada

H4: A qualidade do *e-service* no contacto influencia a escolha entre marca pública ou privada

H5: A qualidade do *e-service* na privacidade influencia a escolha entre marca pública ou privada

H6: A eficácia do tratamento da saúde influencia a escolha entre marca pública ou privada

H7: A justiça do preço do serviço de saúde influencia a escolha entre marca pública ou privada

Após a definição dos objetivos e das hipóteses teóricas, percebeu-se que a melhor forma de obtenção dos resultados passaria pelo método quantitativo de recolha dos dados.

Na revisão da literatura percebeu-se também que há escalas validadas que poderiam ser úteis na construção de um questionário estruturado, e que seria este o melhor instrumento de recolha de dados.

O modelo quantitativo utiliza técnicas de análise que são deducionais, ou seja, partem do geral para o particular, e são por isso orientadas pelos resultados, que são generalizáveis.

No entanto, é importante reter que a abordagem quantitativa não deve ser percebida como algo infalível e que expressa uma verdade absoluta. O mais importante é ser exigente na concretização da avaliação e clarificar quais os elementos adotados em termos de abordagem, técnicas, instrumentos, que permitiram chegar às conclusões obtidas.

4. Metodologia

Este trabalho teve como principal objetivo perceber o caráter diferenciador do setor público e do setor privado na área da saúde. A metodologia usada neste trabalho foi uma metodologia quantitativa, pois é a melhor forma de tirar conclusões das hipóteses teóricas definidas e que resultaram da revisão da literatura e do objetivo de pesquisa. De acordo com os objetivos, foram criadas variáveis e perguntas para o questionário estruturado.

De seguida, foi definida a população alvo e o tipo de amostra e também a forma de recolha dos dados a utilizar.

Inicialmente, o objetivo seria aplicar o questionário a duas populações distintas, uma de uma instituição de saúde privada e outra de uma instituição do setor público. Com a chegada da pandemia causada pelo vírus SARS-COV-2, foi necessário repensar toda a estratégia já definida, de forma que fosse possível concretizar o estudo nesta fase, pelo que é descrito abaixo o processo final adotado.

4.1. População e Amostra

A população em estudo é a população portuguesa em geral, uma vez que todas as pessoas necessitam de utilizar os serviços de saúde. A amostra estendeu-se de norte a sul, havendo uma maioria dos resultados na região norte de Portugal.

A amostra foi do tipo não probabilística de amostragem simples.

4.2. Recolha de Dados

A recolha dos dados foi concretizada através de inquérito online, divulgado nas redes sociais, mais concretamente no Facebook. A recolha foi feita entre janeiro e fevereiro de 2021. Foram recolhidos 360 inquéritos válidos.

4.3. Escalas de Medida

Para obter resposta ao conjunto de hipótese levantadas e à questão de investigação foram utilizadas um conjunto de escalas de medida existentes na literatura para medir as variáveis em causa: Importância da Saúde, Atitude, Qualidade de serviço, Dificuldade na escolha, Qualidade do serviço eletrónico – Disponibilidade de contato, Qualidade do serviço eletrónico – Privacidade, Eficácia do Tratamento, Justiça do Preço, Qualidade da Marca.

Para medir a importância da Saúde foram utilizados 3 itens da escala reduzida de May e Irmak (2014). Para calcular a Atitude foram utilizados 4 itens adaptados das escalas

Know e Nayakankuppam (2015). Para calcular a Qualidade de Serviço foi utilizada 3 itens da escala reduzida da Dagger e Danaher (2014). A medir a Dificuldade na escolha foram utilizados 3 itens que foram adaptadas das escalas Kelting, Duhachek, e Whitley (2017). Para medir a Qualidade do Serviço Eletrónico – Disponibilidade de contato foram utilizados 3 itens de adaptadas da escala Blut (2016). Para medir a Qualidade do Serviço Eletrónico – Privacidade foram utilizados 3 itens da escala reduzidas da Blut (2016). Para medir a Eficácia do tratamento foram utilizados 6 itens adaptados da escala Cheng, Mukhopadhyay, e Schrift, (2017). Para medir a Justiça do Preço foram utilizados 3 itens da escala minoradas da Koschate-Fischer, Huber, e Hoyer, (2016). Finalmente, a Qualidade da marca foram utilizados 3 itens adaptados da escala Hult, Morgeson, Morgan, Mithas, e Fornell (2017).

Tabela 1. Escalas de medida

Variáveis	Itens	Escala	Autores
Importância da Saúde - Health Importance	HI1: Em geral, quão importante pensa que é ser saudável? HI2: Quão importante pensa que é estar em boa forma física? HI3: Quão importante pensa que é observar o que come?	Health Importance - May & Irmak (2014) - (Not at all important/Very important)	May, F. & Irmak, C. (2014). Licensing indulgence in the present by distorting memories of past behaviour. <i>Journal of Consumer Research</i> , 41(3), 624-641.
Atitude – Attitude Strength	A1: A minha opinião sobre a rapidez no atendimento é... A2: Em que medida tem a certeza sobre a sua opinião de a ocupação dos serviços de saúde afetam a capacidade de respostas nesta Instituição? A3: Em que medida, a sua opinião sobre a importância de umas boas instalações de saúde é relevante para a importância que dá ao cuidado da sua saúde? A4: Em que medida já pensou se o método de tratamento é o mais adequado nesta Instituição?	Attitude Strength - Kwon & Nayakankuppam (2015)	Know, J. & Nayakankuppam, D. (2015). Strength without elaboration: the role of implicit self-theories in forming accessing attitudes. <i>Journal of Consumer Research</i> , 42(2), 316-339.
Qualidade de Serviço - Service Quality (Overall)	SQ1: Acredito que esta Instituição de Saúde oferece um serviço superior em todos os aspetos SQ2: A qualidade do serviço prestado por esta Instituição de Saúde é impressionante SQ3: O serviço prestado por esta Instituição de Saúde é de elevado padrão	Service Quality (Overall) - Dagger & Danaher (2014)	Dagger, T.S. & Danaher, P.J. (2014). Comparing the effect of store remodelling on new and existing customers. <i>Journal of Marketing</i> , 78(3), 62-80.

Choice Difficulty - Dificuldade na Escolha	A escolha de uma especialidade nesta Instituição foi: CD1: nada difícil/ extremamente difícil CD2: nada confuso/ extremamente confuso CD3: nada avassalador/ extremamente avassalador	Choice Difficulty Kelting, Duhachek & Whitler (2017)	Kelting, K., Duhachek, A. & Whitler, K. (2017). Can copycat private labels improve the consumer's shopping experience? A Fluency Explanation. <i>Journal of the Academy of Marketing Science</i> , 45(4), 569-585.
Qualidade do Serviço Eletrónico – Disponibilidade de contato - e-service quality (contact availability)	eSQ_CA1: O site desta Instituição fornece um número de telefone para contactar o serviço eSQ_CA2: Este site tem representantes de serviço ao cliente disponíveis online eSQ_CA3: O site oferece a possibilidade de falar com uma pessoa se houver um problema	E-service quality (contact availability) - Blut (2016)	Blut, M. (2016). E-Service Quality: Development of a hierarchical model. <i>Journal of Retailing</i> , 92(4), 500-517.
Qualidade do Serviço Eletrónico – Privacidade - e-service quality (privacy)	eSQ_P1: Confio no website da Instituição para manter as minhas informações pessoais seguras eSQ_P2: Confio que os administradores do website da Instituição não utilizarão indevidamente as minhas informações pessoais eSQ_P3: Protege a informação sobre o meu comportamento na requisição de um serviço na Internet	e-service quality (privacy) - Blut (2016)	Blut, M. (2016). E-Service Quality: Development of a hierarchical model. <i>Journal of Retailing</i> , 92(4), 500-517.
Eficácia do Tratamento - Health Treatment Effectiveness	HTE1: Quão eficaz acha que esta Instituição de Saúde é no tratamento da sua especialidade? HTE2: Quão importante acha que o bom acompanhamento médico é no tratamento da sua especialidade? HTE3: Quão útil acha que seria ter uma consulta regular com o meu médico no seguimento da sua doença? HTE4: Se aceitar tratamentos inovadores para tratar a sua doença, qual a probabilidade de o curar rapidamente nesta Instituição? HTE5: Se aceitar tratamentos inovadores para tratar a sua doença, qual a probabilidade de o curar completamente nesta Instituição?	Health Treatment Effectiveness - Cheng, Mukhopadhyay & Schrift (2017)	Cheng, Y., Mukhopadhyay, A. & Schrift, R.Y. (2017). Do costly options lead to better outcomes? How the Protestant work ethic influence the cost-benefit heuristic in goal pursuit. <i>Journal of Marketing Research</i> , 54(4), 636-649.

	HTE6: Qual a probabilidade de aceitar um tratamento inovador caso o mesmo lhe oferecesse vantagens comparativamente a outros tratamentos mais tradicionais?		
Justiça do Preço - Price Fairness	PF1: O preço é justo PF2: O preço é aceitável PF3: O preço é correto	Price Fairness - Koschate-Fischer, Huber & Hoyer (2016)	Koschate-Fischer, N., Huber, I.V. & Hoyer, W.D. (2016). When will price increase associated with company donations to charity be perceived as fair? Journal of the Academy of Marketing Science, 44(5), 608-626.
Qualidade da Marca - Quality of the Brand	QB1: Como classificaria a qualidade global da Instituição? QB2: Agora, pensando nas suas necessidades pessoais a partir do seu tratamento, diga, por favor, quão bem Instituição satisfaz realmente as suas necessidades? QB3: Com que frequência é que as coisas correm mal com a Instituição?	Quality of the Brand - Hult et al. (2017)	Hult, T.M., Morgeson, F.V., Morgan, N.A., Mithas, S. & Fornell, C. (2017). Do managers know what their customers think and why? Journal of the Academy of Marketing Science, 45(1), 37-43.

4.4. Método

Para este trabalho de investigação foram utilizados diferentes métodos estatísticos – a análise da fiabilidade, a análise fatorial exploratória e a regressão linear múltipla.

O software estatístico utilizado foi o IBM-SPSS 26.0.

Para validar as escalas de medida das variáveis do modelo concetual proposto foi utilizada a análise fatorial exploratória e a análise de fiabilidade. Já para testar as hipóteses teóricas levantadas, optou-se pela regressão linear múltipla.

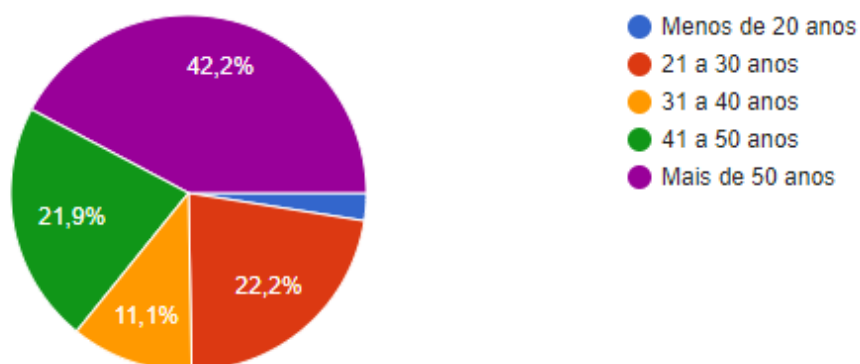
5. Resultados e Discussão

5.1. Caracterização da Amostra

Na realização do inquérito foram recolhidas 360 respostas. Na primeira parte do questionário é direcionado para a caracterização sociodemográfica. Tendo em conta os dados recolhidos verifica-se que relativamente à idade (gráfico 1), que dos inquiridos 42,2% respondeu que tinha mais de 50 anos, 22,2% de 21 a 30 anos, 21,9% de 41 a 50 anos, 11,1% de 31 a 40 anos e por fim 2,5% menos de 20 anos.

Gráfico 1. Idade

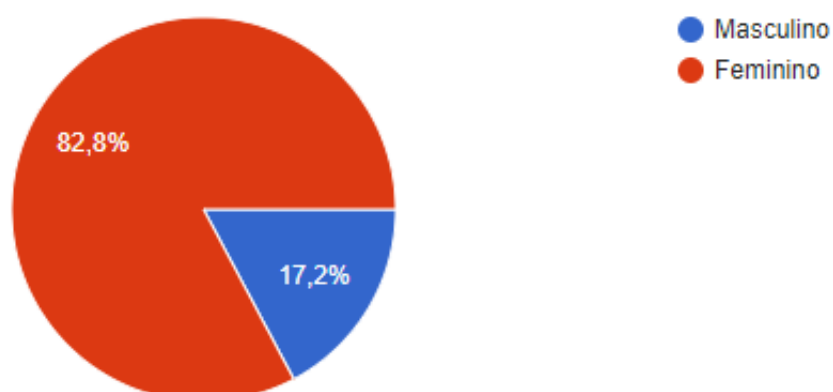
360 respostas



De seguida foi colocada a questão do género (gráfico 2 – Género) dos inquiridos. Sendo 82,8% do sexo Feminino e 17,2% do sexo Masculino.

Gráfico 2. Género

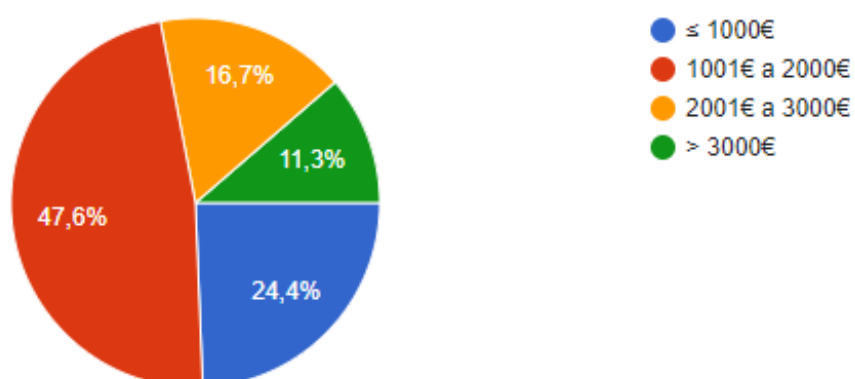
360 respostas



À questão sobre escalão de rendimento mensal familiar do agregado familiar (gráfico 3), houve menos respostas na amostra tendo 353 inqueridos. Dividindo-se por 47,6% responderam que tinham um rendimento entre 1001€ a 2000€, 24,4% responderam que tinham um rendimento abaixo ou igual a 1000€, 16,7% responderam que tinham um rendimento entre 2001€ a 3000€ e por último 11,3% indicaram que tinham rendimento superior a 3000€.

Gráfico 3. Escalão de Rendimento Mensal Familiar

353 respostas



A última questão sociodemográfica é relativa à escolaridade (gráfico 4) dos inqueridos. Sendo 60,3% dos inqueridos terem o ensino superior, 29,4% o ensino secundário, 7,5% o 3º ciclo (9ºano), 1,4% o 2º ciclo (6º ano) e por último 1,4% tem menor ou igual ao 1º ciclo.

Gráfico 4. Escolaridade

360 respostas

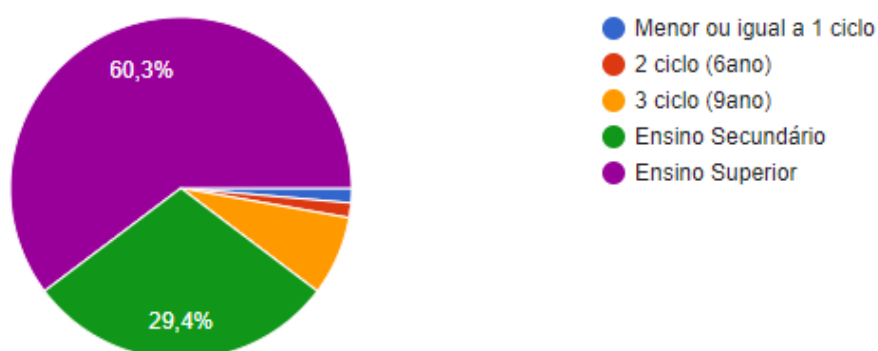


Tabela 2. Quadro resumo

Frequenta	Quantidade de inquiridos	Opções	Idade	Opções	Género	Opções	Escalão de Rendimento Mensal Familiar	Opções	Escolaridade
Geral	360	Menos de 20 anos	2,5%	Feminino	82,8%	≤ 1000€	24,4%	Menor ou igual a 1 ciclo	1,4%
		21 a 30 anos	22,2%			1001€ a 2000€	47,6%	2 ciclo (6ano)	1,4%
		31 a 40 anos	11,1%			2001€ a 3000€	16,7%	3 ciclo (9ano)	7,5%
		41 a 50 anos	21,9%	Masculino	17,2%	> 3000€	11,3%	Ensino Secundário	29,4%
		Mais de 50 anos	42,2%					Ensino Superior	60,3%
Setor Público	98	Menos de 20 anos	6,1%	Feminino	81,6%	≤ 1000€	38,3%	Menor ou igual a 1 ciclo	3,1%
		21 a 30 anos	24,5%			1001€ a 2000€	45,7%	2 ciclo (6ano)	4,1%

		31 a 40 anos	16,3%			2001€ a 3000€	13,8%	3 ciclo (9ano)	11,2%		
		41 a 50 anos	20,4%	Masculino	18,4%	> 3000€	2,1%	Ensino Secundário	42,9%		
		Mais de 50 anos	32,7%					Ensino Superior	38,8%		
		Menos de 20 anos	0,0%							≤ 1000€	23,8%
Setor Privado	42	21 a 30 anos	26,2%	Feminino	71,4%	1001€ a 2000€	42,9%	2 ciclo (6ano)	2,4%		
		31 a 40 anos	14,3%					2001€ a 3000€	21,4%	3 ciclo (9ano)	2,4%
		41 a 50 anos	28,6%					Masculino	28,6%	> 3000€	11,9%
		Mais de 50 anos	31,0%	Ensino Superior	76,2%						
		Setor Público e Setor Privado	218	Menos de 20 anos	1,4%	Feminino	85,3%	1001€ a 2000€	50,0%	2 ciclo (6ano)	0,0%
21 a 30 anos	20,6%			2001€ a 3000€	16,7%					3 ciclo (9ano)	6,9%
31 a 40 anos	7,3%			Masculino	14,7%					> 3000€	15,3%
41 a 50 anos	21,6%					Ensino Superior	66,5%				
				Mais de 50 anos	49,1%						

5.2. Análise estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq 0.05$. Utilizou-se a análise fatorial exploratória (AFE), o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach e a regressão linear múltipla com o método de mínimos quadrados.

A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 27.0 para Windows.

5.2.1. Resultados da Análise Fatorial Exploratória e Análise da Fiabilidade

A análise da estrutura relacional dos 26 itens da escala para o setor público foi efetuada através da análise fatorial exploratória sobre a matriz das correlações, com extração dos fatores pelo método dos componentes principais, seguida de rotação Varimax. Os fatores

comuns retidos foram os que apresentaram um *eigenvalue* superior a 1. A validade da análise fatorial foi feita através do KMO (0.797, razoável). A análise fatorial convergiu para uma solução com 8 componentes principais que explicam 78.2% da variância total. As estatísticas relativas às dimensões analisadas podem ser apreciadas na tabela seguinte. Nela, apresentamos os valores das médias, desvios padrão, pesos fatoriais e valores de consistência interna Alfa de Cronbach. Os pesos fatoriais são todos superiores a 0.60. Os valores de consistência interna variam entre um mínimo de 0.578 (fraco, mas aceitável) na dimensão A, a um máximo de 0.957 (excelente) na dimensão CD. A categorização dos valores de Alfa tem como referência o publicado em Hill (2014).

Tabela 3. Estatísticas de AFE do setor público

Variável	Item	Média	DP	FL	Alpha
A Público	A1	4,028	0,97	0,807	0,578
	A2	3,252	1,09	0,641	
	A3	4,096	0,85	0,746	
SQ Público	SQ1_A	3,349	0,99	0,823	0,913
	SQ2_A	3,225	0,95	0,841	
	SQ3_A	3,284	1,06	0,883	
CD Público	CD1_A	1,56	0,76	0,866	0,854
	CD2_A	1,399	0,67	0,834	
	CD3_A	1,427	0,71	0,835	
ESQ Público	ESQ_CA1	3,959	1,18	0,678	0,780
	ESQ_CA2	2,954	1,25	0,822	
	ESQ_CA3	2,931	1,31	0,824	
CD Público	ESQ_P1	3,78	1,13	0,905	0,957
	ESQ_P2	3,826	1,06	0,935	
	ESQ_P3	3,817	1,06	0,93	
HTE Público	HTE1	4,179	1,04	0,670	0,822
	HTE2	4,37	0,94	0,806	
	HTE3	4,615	0,83	0,865	
	HTE4	3,94	1,3	0,676	
	HTE5_A	3,482	1,08	0,806	
PF Público	HTE5	3,693	1,11	0,860	0,946
	PF1	3,454	1,08	0,949	
	PF2	3,601	1,06	0,906	
QB Público	PF3	3,362	1,10	0,944	0,856
	QB1	3,381	0,83	0,692	
	QB2	3,528	0,90	0,710	

Nota: FL = *factor loading*; DP = desvio padrão

A análise fatorial do setor privado convergiu para uma solução com 8 fatores que explicam 88.2% da variância total. A validade da análise fatorial foi feita através do KMO (0.806, boa). Os pesos fatoriais são todos superiores a 0.60. Os valores de consistência interna variam entre um mínimo de 0.626 (fraco, mas aceitável) na dimensão A, a um máximo de 0.975 (excelente) na dimensão HTE4.

Tabela 4. Estatísticas de AFE do setor privado

Item	Média	DP	FL	Alpha
A1	3,94	0,9412	0,609	0,626
A3	4,156	0,8552	0,803	
A4	3,147	1,213	0,802	
SQ1_B	4,009	0,8146	0,876	0,932
SQ2_B	3,885	0,8428	0,826	
SQ3_B	3,972	0,7912	0,847	
CD1_B	1,528	0,7259	0,853	0,869
CD2_B	1,367	0,6391	0,838	
CD3_B	1,266	0,5455	0,769	
ESQ_CA1_B	4,495	0,8707	0,835	0,835
ESQ_CA2_B	4	1,144	0,822	
ESQ_CA3_B	4,128	1,0742	0,874	
ESQ_P1_B	4,243	0,9009	0,925	0,967
ESQ_P2_B	4,252	0,9035	0,913	
ESQ_P3_B	4,229	0,9121	0,901	
HTE1_B	4,541	0,8428	0,934	0,926
HTE2_B	4,606	0,8695	0,887	
HTE3_B	4,523	0,9168	0,955	
HTE4_B	3,881	1,0623	0,954	0,975
HTE5_A_B	3,876	1,0509	0,938	
HTE5_B	3,936	1,0757	0,945	
PF1_B	3,17	1,0445	0,934	0,963
PF2_B	3,266	1,0397	0,941	
PF3_B	3,197	1,0262	0,747	
QB1_B	3,908	0,7741	0,753	0,781
QB2_B	4,032	0,746	0,791	
QB3_B	4,188	0,9726	0,806	

Nota: FL = *factor loading*; DP = desvio padrão

5.2.2. Resultado do Modelo e Teste das Hipóteses

Neste trabalho estimaram-se dois modelos: um para o setor público (QB_A) e outro para o setor privado (QB_B), utilizando para ambos o mesmo conjunto de variáveis explicativas.

$$QB_A = \beta_1 + \beta_2 A_A + \beta_3 SQ_A + \beta_4 CD_A + \beta_5 eSQ_CA_A + \beta_6 eSQ_P_A + \beta_8 HTE_F1_A + \beta_9 HTE_F2_A + \beta_{10} PF_A + U$$

$$QB_B = \beta_1 + \beta_2 A_B + \beta_3 SQ_B + \beta_4 CD_B + \beta_5 eSQ_CA_B + \beta_6 eSQ_P_B + \beta_8 HTE_F1_B + \beta_9 HTE_F2_B + \beta_{10} PF_B + U$$

Os preditores do QB A m no setor público

Relativamente ao setor público, a primeira estimação do modelo mostrou que as variáveis A_A ($\beta_2 = -0,003$, $p = 0,956$), e SQ_P_A ($\beta_6 = 0,017$, $p = 0,388$), HTE_F2_A ($\beta_9 = 0,062$, $p = 0,144$) e PF_A ($\beta_{10} = 0,057$, $p = 0,146$) não eram estatisticamente significativas, pelo que se retiraram do modelo e procedeu-se a uma nova estimação.

Tabela 5. Coeficientes (setor público)

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Erro	Beta		
1 (Constante)	1,471	,295		4,982	,000***
SQ_A_m	,420	,049	,481	8,519	,000***
CD_A_m	-,290	,065	-,226	-4,466	,000***
eSQ_CA_A_m	,102	,039	,131	2,632	,009**
HTE_F1_A_m	,158	,055	,156	2,882	,004**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Na segunda estimação do modelo para o setor público todas as variáveis explicativas mostraram-se estatisticamente significativas e a qualidade do ajustamento adequada. O teste ANOVA da qualidade do ajustamento ($Z = 58,152$, $p < 0,001$) indica que as variáveis explicativas no seu conjunto servem para explicar a variável endógena e o coeficiente de determinação ($R^2 = 0,522$) diz-nos que o conjunto das variáveis explicativas explicam 52,2% da variável endógena (QB_A). Obteve-se assim, o seguinte modelo para o setor público:

$$QB_A = 1,471 + 0,420 SQ_A - 0,290 CD_A + 0,102 eSQ_CA_A + 0,158 HTE_F1_A + e$$

Assim, pode-se concluir que a opção pelo setor público é influenciada positivamente por SQ_A ($\beta_3 = 0,420$, $p < 0,001$), e SQ_CA_A ($\beta_5 = 0,102$, $p < 0,001$) e HTE_F1_A ($\beta_8 =$

0,158, $p < 0,001$) e negativamente por CD_A ($\beta_4 = -0,290$, $p < 0,001$). A variável que tem maior influência na opção pelo setor público é a SQ_A ($\beta_3 = 0,420$, $p < 0,001$).

Os preditores do QB B m no setor privado

Relativamente ao setor privado, a primeira estimação do modelo mostrou que as variáveis A_B ($\beta_2 = -,098$, $p = 0,090$), e eSQ_C_A B ($\beta_5 = -0,004$, $p = 0,933$), eSQ_P_B ($\beta_6 = -0,030$, $p = 0,581$), HTE_F1_B ($\beta_8 = 0,046$, $p = 0,371$), HTE_F2_B ($\beta_9 = 0,014$, $p = 0,726$), e PF_B ($\beta_{10} = 0,014$, $p = 0,742$) não eram estatisticamente significativas, pelo que se retiraram do modelo e procedeu-se a uma nova estimação.

Tabela 6. Coeficientes (setor privado)

Modelo	Coeficientes padronizados		Erro	t	Sig.
	B	Erro	Erro		
1 (Constante)	2,891	,266		10,849	,000
SQ_B_m	,391	,054	,438	7,307	,000***
CD_B_m	-,285	,072	-,237	-3,948	,000***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Na segunda estimação do modelo para o setor privado todas as variáveis explicativas mostraram-se estatisticamente significativas e a qualidade do ajustamento adequada. O teste ANOVA da qualidade do ajustamento ($Z = 50.565$, $p < 0,001$) indica que as variáveis explicativas no seu conjunto servem para explicar a variável endógena e o coeficiente de determinação ($R^2 = 0,320$) diz-nos que o conjunto das variáveis explicativas explicam 32% da variável endógena (QB_B). Obteve-se assim, o seguinte modelo para o setor privado:

$$QB_B = 2,891 + 0,391 SQ_B - 0,285 CD_B + e$$

Assim, pode-se concluir que a opção pelo setor privado é influenciada positivamente por SQ_B ($\beta_3 = 0,391$, $p < 0,001$) e negativamente por CD_B ($\beta_4 = -0,285$, $p < 0,001$). A variável que tem maior influência na opção pelo setor privado é a SQ_B ($\beta_3 = 0,391$, $p < 0,001$).

6. Conclusões

Segundo Goddard e Smith (2001), a disponibilidade de serviços pode não ser do conhecimento de todos e por isso a experiência com os serviços e as informações que deles dispõem influenciam a forma como as pessoas avaliam a qualidade global desse serviço. A qualidade percebida do serviço representa a maneira como o utente percebe os resultados e o esforço da organização em atender às suas necessidades. Esta situação pode ser diferente quer a marca seja pública ou privada.

A primeira hipótese testa se a atitude do indivíduo influencia a escolha entre a marca pública ou privada. A variável relativa à atitude não se revela significativa quer para a marca pública, quer para a marca privada. Neste sentido, a atitude não apresenta qualquer significância na explicação da qualidade global da marca, tanto no público como no privado. Desta forma, qualquer sinal obtido pela mesma nas estimações realizadas não deve ser interpretado, dado que não existe evidência estatística que confirme a significância. As empresas privadas de prestação de cuidados de saúde tendem a fornecer informação sobre saúde aos consumidores promovendo um estilo de vida saudável e a prevenção tal como analisa Bozarth et al. (2000). Devido à intensa competição neste setor, o autor considera que os grupos privados criam uma identidade positiva da marca, através da promoção da saúde, ou seja, da atitude. Contudo tal significância não se verifica no estudo realizado, dado que nem no privado, nem no público se confirma esta relação significativa perante a qualidade global da marca.

A segunda hipótese testa se a qualidade do serviço influencia a escolha entre a marca pública ou privada. A variável relativa à qualidade do serviço surge como significativa quer para a marca pública, quer para a marca privada. Neste sentido, a qualidade do serviço explica a qualidade global da marca, tanto no público como no privado. Por outro lado, em ambos os casos o impacto da qualidade do serviço na qualidade global da marca é positivo, pelo que quanto maior for a qualidade do serviço, maior tende a ser a qualidade global da marca. Este impacto é maior no setor público comparativamente ao setor privado. Segundo Eira (2011), existe margem para o setor privado desempenhar um importante e crescente papel no sistema de saúde português, dado que os serviços do Estado não conseguem dar a resposta mais adequada às necessidades da população. Neste sentido a qualidade do serviço surge como um dos fatores significativos em ambos os setores e que influencia a qualidade global do mesmo de forma positiva, indo de encontro ao referido pro Eira (2011). Esta conclusão surge ainda em conformidade com Abrantes (2012) que considera que a qualidade

e satisfação dos utilizadores é p atual desafio no sector da saúde, face ao crescimento significativo da oferta de cuidados de saúde. Assim, o autor considera que o utilizador tende a exigir elevados níveis de qualidade do serviço, influenciando isso a qualidade global que atribui à marca.

A terceira hipótese testa se a dificuldade da escolha influencia a escolha entre a marca pública ou privada. A variável relativa à dificuldade da escolha surge como significativa quer para a marca pública, quer para a marca privada. Neste sentido, a dificuldade da escolha explica a qualidade global da marca, tanto no público como no privado. Por outro lado, em ambos os casos o impacto da dificuldade da escolha na qualidade global da marca é negativo, pelo que quanto maior for a dificuldade da escolha, menor tende a ser a qualidade global da marca. Este impacto é maior no setor privado comparativamente ao setor público. Esta situação é confirmada por Deloitte (2008) que considera que o utente tem em conta a conveniência, horários alargados e ferramentas online. A dificuldade de escolha vai de encontro ao facto de muitos dos consumidores assumirem ter um papel ativo e informado nas decisões tomadas em sede de saúde. Assim, o acesso à informação de saúde online é algo que surge como uma tendência e apresenta impacto da dificuldade de escolha, tornando a mesma relevante, tal como aborda Gerorgiou et al. (2011). Por outro lado, Nunes (2012) considera que existe uma crescente valorização da liberdade de escolha e das opções individuais dando-se ênfase ao processo de escolha e neste caso, dificuldade de realização da mesma.

A quarta hipótese testa se a qualidade do *e-service* no contacto influencia a escolha entre a marca pública ou privada. A variável relativa qualidade do *e-service* no contacto surge como significativa para a marca pública, não se verificando o mesmo na marca privada em que esta qualidade não se apresenta como relevante para explicar a qualidade global da marca. Neste sentido, a qualidade do *e-service* no contacto explica a qualidade global da marca pública. O impacto da qualidade do *e-service* no contacto na qualidade global da marca é positivo, pelo que quanto maior for a qualidade do *e-service* no contacto, maior tende a ser a qualidade global da marca. Esta conclusão surge em conformidade com André e Ribeiro (2020) que consideram que o setor da saúde, apesar das suas particularidades, não pode ser exceção à evolução digital, sendo que quanto maior esta situação, maior a qualidade global. A significância no público e ausência da mesma no privado deve-se à maior proximidade exigida neste último dadas as suas características. Esta situação aumento a individualização dos cuidados de saúde, personalizando os mesmos.

A comunicação em saúde é assim uma vantagem, mas quando aliada ao conhecimento sobre o público-alvo e a um discurso estruturado que dialogue com a realidade desse mesmo público, pelo que esta situação aumenta o nível de qualidade global. Em termos privados, já se pressupõe esse conhecimento e por isso não existe tal significância, conforme corrobora Nabeto (2020).

A quinta hipótese testa se a qualidade do *e-service* na privacidade influencia a escolha entre a marca pública ou privada. A variável relativa à qualidade do *e-service* na privacidade não se revela significativa quer para a marca pública, quer para a marca privada. Neste sentido, a qualidade do *e-service* na privacidade não apresenta qualquer significância na explicação da qualidade global da marca, tanto no público como no privado. Desta forma, qualquer sinal obtido pela mesma nas estimações realizadas não deve ser interpretado, dado que não existe evidência estatística que confirmem a significância. Contudo isto pode indicar que os indivíduos não têm preocupações com a privacidade ou que confiam nas organizações quanto à questão da privacidade.

A sexta hipótese testa se a eficácia do tratamento da saúde influencia a escolha entre a marca pública ou privada. A variável relativa à eficácia do tratamento da saúde surge como significativa para a marca pública, não se verificando o mesmo na marca privada em que esta eficácia não se apresenta como relevante para explicar a qualidade global da marca. Neste sentido, a eficácia do tratamento da saúde explica a qualidade global da marca pública. O impacto da eficácia do tratamento da saúde na qualidade global da marca é positivo, pelo que quanto maior for eficácia do tratamento da saúde, maior tende a ser a qualidade global da marca. Castro (2016) considera que a satisfação do cliente relaciona-se com a sua expectativa inicial em relação ao serviço, podendo esta mesma expectativa ser alterada pela ausência de eficácia que o utilizador verifica. Esta situação é verificada no público, dado que no privado surge desde logo como um dos pressupostos para o seu funcionamento. Da mesma forma Ferreira (2000) considera que é impossível que um serviço de saúde seja de qualidade, se o utente não estiver satisfeito.

A sétima hipótese testa se a justiça do preço do serviço influencia a escolha entre a marca pública ou privada. A variável relativa à justiça do preço do serviço não se revela significativa quer para a marca pública, quer para a marca privada. Neste sentido, a justiça do preço do serviço não apresenta qualquer significância na explicação da qualidade global da marca, tanto no público como no privado. Desta forma, qualquer sinal obtido pela mesma nas estimações realizadas não deve ser interpretado, dado que não existe evidência estatística que confirmem a significância, tal como verificado na atitude e na qualidade do *e-service* na

privacidade. Furtado e Pereira (2010) relaciona esta questão com os custos existentes associados aos seguros de saúde e que normalmente existem na componente privada. Contudo estes custos são voluntários e quando suportados tal facto não influencia a qualidade global do serviço. A mesma situação é confirmada por Antunes (2019). Contudo, caso existisse significância, os autores referem a existência e uma relação positiva com a qualidade global do serviço. Ainda assim, os dados não permite obter esta conclusão. Segundo Lima (2015) esta questão deve ser analisada tendo em conta as taxas moderadoras, sendo que estas apresentam impacto na qualidade global do serviço. Tal facto não é provado no presente estudo.

7. Considerações finais

Este trabalho apresenta várias implicações para a gestão dos serviços de saúde no setor público e privado.

São ainda poucos os estudos na área de gestão dos serviços de saúde. Por ser um estudo quantitativo e pelo tipo de amostragem este estudo consegue representar a população portuguesa e, por isso, permite perceber as necessidades da população e, por conseguinte, apresentar soluções que respondam a essas necessidades.

O interesse em responder às necessidades dos utentes é um tema cada vez mais proeminente na área da gestão da saúde (Groene et al., 2010), uma vez que há ganhos substanciais em termos económicos para a estrutura de saúde, assim como uma crescente exigência por parte dos utentes para um serviço mais personalizado (Mendes, 2012).

Conceitos como a *eHealth*, abordado por Cruz (2013), são imprescindíveis para a melhoria das condições de saúde, elevando o objetivo dos cuidados de saúde tradicionais.

Tal como afirma Donabedian (1988), as perceções dos utentes na avaliação dos cuidados de saúde prestados deveriam ser uma prioridade para os gestores em saúde, aumentando assim seu o nível de satisfação. Prova disso mesmo é o aumento da tendência do turismo de saúde, em que o utente viagem para outros países com o intuito de obter melhores cuidados de saúde, mais rápidos e satisfatórios (Munro, 2012).

Assim sendo, este tema é bastante pertinente para os gestores de estruturas de saúde, quer públicas, quer privadas. Sabendo que as estruturas de saúde cujos utentes têm um maior nível de satisfação são também as mais procuradas, percebem assim a necessidade de adotar estratégias que aumentem a satisfação dos seus utentes.

Este estudo teve também algumas limitações e que, por isso, devem ser tidas em conta nos trabalhos futuros sobre esta temática.

Numa fase inicial, o objetivo seria recolher os dados em duas instituições de saúde (uma pública e uma privada), no entanto com a situação da pandemia causada pelo vírus SARS-COV-2, foi necessária uma reestruturação da metodologia e a recolha dos dados teve que passar de uma forma presencial para a via online, que tem mais limitações que a primeira. Por ter sido autoaplicado, há dúvidas que os inquiridos podem ter que não é possível esclarecer no momento do preenchimento do questionário.

Outra das limitações do estudo foi o facto de os dados recolhidos não terem permitido tirar ilações sobre três das hipóteses teóricas, nomeadamente “A qualidade do *e-service* na privacidade influencia a escolha entre marca pública ou privada”, “A justiça do preço do

serviço de saúde influencia a escolha entre marca pública ou privada” e “A atitude do indivíduo face à marca influencia a escolha entre marca pública ou privada”.

O facto de haver também ainda poucos estudos desenvolvidos na área da gestão na saúde, foi um dos fatores limitantes deste estudo. Para além disso, os estudos realizados até ao momento focam-se mais na área da saúde e não na gestão da saúde, em detrimento dos métodos de gestão e de maior eficiência para a estrutura de saúde e para os seus utentes.

Por último, apesar do esforço feito na dinamização do estudo por todo o país, os dados obtidos são predominantemente da zona norte do país, tendo assim um efeito limitador na generalização dos resultados.

Referências Bibliográficas

Abrantes, M.(2012). Qualidade e satisfação - Opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra.[tese_Qualidade e satisfação formatada completa\[1\].pdf \(uc.pt\)](#)

André, S., & Ribeiro, P. (2020). E-health: as TIC como mecanismo de evolução em saúde. *Gestão E Desenvolvimento*, (28), 95-116.
<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9467>

Antunes, A. P. AS TAXAS MODERADORAS E A LEI DE BASES DA SAÚDE1.Barros, P., Simões, J.(2007). Portugal: Health system review. Health Systems in Transition. The European Observatory on Health Systems and Policies.

Barros, P. (2005). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina. ISBN: 972-40-2658-2.

Campos, A.; Simões, J. (2011). *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-40-4709-6.

Cortes, M. (2016). Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (80), 117-143.

Borges, M.,Campos, L.,Portugal, R. (2009) *Governança dos Hospitais*. Casa das Letras.

Cantante, Ana Paula da Silva Rocha et al. Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 1 [Consultado a 6 Outubro 2021], pp. 261-272. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>>. Epub 20 Dez 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>.

Castro, J. M. D. (2016). *A satisfação do cliente em contexto de consulta externa, num hospital privado* (Doctoral dissertation).

Constitution Of The World Health Organization [Internet]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.

Constituição da República Portuguesa (2005) . Disponível em: <https://dre.pt/application/file/243653>.

Crisp, L. et al.(2014). *Um Futuro para a Saúde: todos temos um papel a desempenhar* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível na internet:<http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdf

s/Fu turodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html>. ISBN: 978-989-8380-18-0.

Deloitte (2008), Opportunities for Health Plans in a Consumer-Driven Market: Understanding Today's Health Care Consumer.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*, 260(12), 1743-1748.

Dornelles de Castro, Janice (2002), Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, 4(7),122-135; disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86819567005>

Eira, A. D. A. (2011). A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados.

Entidade Reguladora da Saúde (2009), Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde.

Esteves, M. S. B. M. (2010). Sustentabilidade e bem-estar humano: duas faces da mesma moeda?: estudo exploratório do bem estar subjectivo em comunidades intencionais que vivem segundo princípios de sustentabilidade (Doctoral dissertation, Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa).

Fernandes, A., & Morais Nunes, A. (2016). [Hospitals and the Public-Private Combination in the Portuguese Health System]. *Acta medica portuguesa*, 29, 217-223.

Ferrão, Â. F. M. (2019). Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial (Doctoral dissertation).

Freitas, C. M. F. (2018). Acessibilidade aos Serviços de Cuidados Primários: diagnóstico de situação no Baixo Alentejo (Doctoral dissertation).

Gaynor M, Vogt WB. Antitrust and competition in health care markets. NBER Working Paper Series [Internet] 1999; Disponível em: www.nber.org/papers/w7112.

Gerorgiou, A., A. Hordern, S. Whethon and M. Prgomet (2011), Consumer e-health: an overview of research evidence and implications for future policy, *Health Information Management Journal* Vol. 40 n°2.

Gomes, P. J. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Cadernos Bad*, 2004(2), 6-18.

Kotler, P. (2000). *Administração de marketing*. Prentice Hall.

Lima, T. M. (2015). A história das políticas de saúde em Portugal: um olhar sobre as tendências recentes. *Research and Networks in Health*, 1(1), 1-11.

Mateus, A.& Associados (2017). Estudo Sector Privado da Saúde em Portugal. Millenium BCP.

Mendes, V. (2012). Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras. Trabalho de projeto para obtenção de grau de Mestre. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa
<https://run.unl.pt/bitstream/10362/9400/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Vanessa%20Mendes.pdf>

Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal. [Retrato da Saúde 2018 – SNS](#)

Morais, L. (2016). Redefinição dos cuidados de saúde em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34(3), 197-198.

Nabeto, A. (2020). A Transformação Digital no Sector da Saúde. Dissertação apresentada no ISG para obtenção do Grau de Mestre. Lisboa. [Tese Mestrado Ana Nabeto 30Junho 2020.pdf \(rcaap.pt\)](#)

Nunes R. Regulação da Saúde. 2ª Edição. Vida económica; 2012.

Pinheiro Bezerra, I. M., & Esposito Sorpreso, I. C. (2016). Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 26(1).

Pinto, C. G., Aragão, F. (2003). Health Care Rationing in Portugal, a retrospective analysis. Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Documento de Trabalho nº 4.

Portugal: European Observatory. (2007). Retrato do sistema de saúde. Portugal: The European Observatory on Health Systems and Policies .

Rego G. Gestão Empresarial dos Cuidados de Saúde - Uma aplicação aos sector da Saúde. 2ª ed. Porto: Vida económica - Ed, SA; 2011. P.1-224.

Rosa, M. et al (2014). PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível na internet: <<http://www.pordata.pt/Home>>.

Sanchez, R. M., & Ciconelli, R. M. (2012). Conceitos de acesso à saúde. Revista Panamericana de Salud Pública, 31, 260-268.

Saúde in Infopédia [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2021. [consult. 2021-05-06 00:31:14]. Disponível na Internet: [https://www.infopedia.pt/\\$saude](https://www.infopedia.pt/$saude)

Schütte, S., Acevedo, P., & Flahault, A. (2018). Health systems around the world – a comparison of existing health system rankings. Journal of Global Health, 8.

Segre M. & Ferraz F. C. (1997). O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública. 1(5), 538-42.

Silva, M. V. D. (2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, problemas e práticas*, (69), 121-128.

Simões, J., & Lima, L. V. (2017). A regulação da saúde em Portugal. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 16, 29-37.

Sousa, P. (2009); O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Pauista de Enfermagem* 22 (Especial - 70 Anos):884-9. <https://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/09.pdf>

Sousa, G. (2011). A livre escolha e o serviço nacional de saúde. In Fernandes, A. C. (coord). *Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade?* (pp. 85-89). Loures: Diário de Bordo.

Travassos, Claudia, & Martins, Mônica. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Suppl. 2), S190-S198. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>

World Population Review (2021). *Best Healthcare in the World 2021*. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>

Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1985). Problems and strategies in services marketing. *Journal of marketing*, 49(2), 33-46.

Hill, Manuela Magalhães e Hill, Andrew (2014), *Investigação por questionário*, Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa

Kolstad, J. T., & Chernew, M. E. (2009). Quality and Consumer Decision Making in the Market for Health Insurance and Health Care Services. *Medical Care Research and Review*, 66(1_suppl), 28S-52S. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558708325887>. doi:10.1177/1077558708325887

Schneider-Kamp, A., & Askegaard, S. (2021). Do you care or do I have a choice? Expert authority and consumer autonomy in medicine consumption. *Consumption Markets & Culture*, 24(5), 419-438. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/10253866.2020.1814260>. doi:10.1080/10253866.2020.1814260

Temkina, A., & Rivkin-Fish, M. (2020). Creating health care consumers: The negotiation of un/official payments, power and trust in Russian maternity care. *Social Theory & Health*, 18(4), 340-357. Retrieved from <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00110-3>. doi:10.1057/s41285-019-00110-3

ANEXO I – Inquérito

Inquérito

Objetivo: O presente questionário faz parte de um estudo no âmbito de uma tese de Mestrado em Gestão da Universidade Lusíada – Norte.

A sua participação neste questionário é voluntária e todas as informações prestadas no âmbito deste questionário são estritamente confidenciais. Os dados recolhidos serão utilizados apenas para efeitos académicos e científicos.

O sucesso deste projeto dependerá do volume de dados representativos (questionários) preenchidos e entregues pelos inquiridos, pelo que a sua colaboração é fundamental.

A resposta ao questionário tem uma duração média de 10 minutos.

Muito obrigado pela sua participação!

Caracterização do inquirido: assinale com uma cruz

P1. Idade: Menos de 20 21 a 30 31 a 40 41 a 50 Mais de 50

P2. Sexo: Masculino Feminino

P3. Escalão Rendimento Mensal da Família:

≤ 1000€ 1001 a 2000€ 2001 a 3000€ > 3000€

P4. Escolaridade:

Menor ou igual a 1 ciclo

2º Ciclo (6ano)

3º Ciclo (9ano)

Ensino Secundário

Ensino Superior

Questões sobre o setor privado e público de saúde

P5. Habitualmente, para os seus cuidados de saúde, a que tipo de estrutura recorre?

Setor privado Setor público Setor social (IPSS, Misericórdia, etc.)

P6. Tem por hábito recorrer a um especialista em questões de saúde?

Sim Não (se respondeu não, passe para a pergunta 7)

P.6.1. Quando precisa de um especialista, recorre mais frequentemente ao setor público em que áreas? (Selecione as 3 mais importantes para si).

- Pediatria
- Medicina Interna
- Psiquiatria
- Medicina Física e de Reabilitação
- Cardiologia
- Dermato-venereologia
- Medicina Geral e Familiar
- Oncologia Médica
- Pneumologia
- Neurologia
- Outra opção. Qual? _____

P.6.2. Quando precisa de um especialista, recorre mais frequentemente ao setor privado em que áreas? (Selecione as 3 mais importantes para si).

- Pediatria
- Medicina Interna
- Psiquiatria
- Medicina Física e de Reabilitação
- Cardiologia
- Dermato-venereologia
- Medicina Geral e Familiar
- Oncologia Médica
- Pneumologia
- Neurologia
- Outra opção. Qual? _____

P7. Tem algum subsistema de saúde/seguro de saúde? Não Sim Não sabe

7.1. [Se sim], qual?

- ADSE (Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública)
- SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social a Bancários)
- SAMS-QUADROS (Serviços de Assistência Médico-Social a Bancários)
- ADM (Assistência de Doença a Militares)
- Advancare
- Multicare
- Medis
- Outro. Qual? _____

8. A escolha do local para a consulta/tratamento é influenciada pelo seu plano de saúde?

- Sim Não

9. Importância da Saúde	1	2	3	4	5
HI1: Em geral, quão importante pensa que é ser saudável? (Nada Importante/Pouco Importante/ Importante/ Significativamente Importante/ Muito Importante)					
HI2: Quão importante pensa que é estar em boa forma física? (Nada Importante/Pouco Importante/ Importante/ Significativamente Importante/ Muito Importante)					
HI3: Quão importante pensa que é observar o que come? (Nada Importante/Pouco Importante/ Importante/ Significativamente Importante/ Muito Importante)					

Nota:
 Se utiliza **APENAS** instituições públicas de saúde responda às questões 10 a 19.
 Se utiliza **APENAS** instituições privadas de saúde responda às questões 20 a 29.
 Se utiliza **ambas** as instituições responda a todas as questões.

10. Considere a especialidade em que recorre mais ao setor público. Das opções indicadas escolha a que se adequa melhor ao seu caso (escolha uma).

- Pediatria
- Medicina Interna
- Psiquiatria
- Medicina Física e de Reabilitação
- Cardiologia
- Dermato-venereologia
- Medicina Geral e Familiar
- Oncologia Médica
- Pneumologia
- Neurologia
- Outra opção. Qual? _____

11. Qual é a instituição pública que frequenta? _____

Considere a instituição pública da questão 11 para responder às próximas questões.

Considere as seguintes afirmações abaixo e utilize a seguinte escala para responder às questões. Por favor, indique com uma cruz o seu grau de concordância ou discordância com cada afirmação.

12. Atitude	1	2	3	4	5
A1: A minha opinião sobre a rapidez no atendimento é.....					

(Nada Importante/Pouco Importante/ Importante/ Significativamente Importante/ Muito Importante)					
A2: Em que medida tem a certeza sobre a sua opinião de a ocupação dos serviços de saúde afetam a capacidade de respostas nesta Instituição? (Não tenho a certeza absoluta/ Pouca Certeza/ Alguma Certeza/ Muita Certeza/ Bastante certo)					
A3: Em que medida, a sua opinião sobre a importância de umas boas instalações de saúde é relevante para a importância que dá ao cuidado da sua saúde? (Nada relevante/ Pouco relevante / Moderadamente relevante/ relevante /É muito relevante)					
A4: Em que medida já pensou se o método de tratamento é o mais adequado nesta Instituição? (Não pensei muito no assunto/ Penso pouco no assunto/ Penso ocasionalmente no assunto/ Pensei muito no assunto)					
A5: Quão difícil seria mudar a sua opinião sobre o bem-estar dos profissionais de saúde ser uma questão fundamental para manter um bom serviço? (Muito Fácil mudar de opinião/ Fácil mudar de opinião/ Talvez mudasse de opinião / Difícil mudar de opinião / impossível mudar de opinião)					
13. Qualidade de Serviço	1	2	3	4	5
SQ1: Acredito que esta Instituição de Saúde oferece um serviço superior em todos os aspetos. (Discordo fortemente/ Discordo / Nem Discordo Nem concordo/ Concordo / Concordo fortemente)					
SQ2: A qualidade do serviço prestado por esta Instituição de Saúde é impressionante. (Discordo fortemente/ Discordo / Nem Discordo Nem concordo/ Concordo / Concordo fortemente)					
SQ3: O serviço prestado por esta Instituição de Saúde é de elevado padrão. (Discordo fortemente/ Discordo / Nem Discordo Nem concordo/ Concordo / Concordo fortemente)					
14. Dificuldade na Escolha	1	2	3	4	5
A escolha de uma especialidade nesta Instituição foi:					
CD1: Nada Difícil/ Pouco Difícil / Algo Difícil / Bastante Difícil / Extremamente Difícil)					
CD2: Nada Confusa/ Pouco Confusa/ Algo Confusa/ Bastante Confusa/ Extremamente Confusa)					
CD3: Nada Assustadora/ Pouco Assustadora/ Algo Assustadora/ Bastante Assustadora/ Extremamente Assustadora)					
15. Qualidade do Serviço Eletrónico – Disponibilidade de contato	1	2	3	4	5
eSQ_CA1: O site desta Instituição fornece um número de telefone para contactar o serviço.					

(Concordo Totalmente/ Concordo Totalmente/ Nem Concordo Nem Discordo/ Discordo Totalmente)					
eSQ_CA2: Este site tem representantes de serviço ao cliente disponíveis online. (Concordo Totalmente/ Concordo Totalmente/ Nem Concordo Nem Discordo/ Discordo Totalmente)					
eSQ_CA3: O site oferece a possibilidade de falar com uma pessoa se houver um problema. (Concordo Totalmente/ Concordo Totalmente/ Nem Concordo Nem Discordo/ Discordo Totalmente)					
16. Qualidade do Serviço Eletrônico – Privacidade	1	2	3	4	5
eSQ_P1: Confio no website da Instituição para manter as minhas informações pessoais seguras. (Concordo Totalmente/ Concordo Totalmente/ Nem Concordo Nem Discordo/ Discordo Totalmente)					
eSQ_P2: Confio que os administradores do website da Instituição não utilizarão indevidamente as minhas informações pessoais. (Concordo Totalmente/ Concordo Totalmente/ Nem Concordo Nem Discordo/ Discordo Totalmente)					
eSQ_P3: Protege a informação sobre o meu comportamento na requisição de um serviço na Internet. (Concordo Totalmente/ Concordo Totalmente/ Nem Concordo Nem Discordo/ Discordo Totalmente)					
17. Eficácia do Tratamento	1	2	3	4	5
HTE1: Quão eficaz acha que esta Instituição de Saúde é no tratamento da sua especialidade? (De modo algum/ Raramente/ Pouco/ Por vezes / Muito)					
HTE2: Quão importante acha que o bom acompanhamento médico é no tratamento da sua especialidade? (De modo algum/ Raramente/ Pouco/ Por vezes / Muito)					
HTE3: Quão útil acha que seria ter uma consulta regular com o meu médico no seguimento da sua doença? (De modo algum/ Raramente/ Pouco/ Por vezes / Muito)					
HTE4: Se aceitar tratamentos inovadores para tratar a sua doença, qual a probabilidade de o curar rapidamente nesta Instituição? (Muito Improvável/ Improvável/ Pouco Provável / Provável / Muito Provável)					
HTE5: Se aceitar tratamentos inovadores para tratar a sua doença, qual a probabilidade de o curar completamente nesta Instituição? (Muito Improvável/ Improvável/ Pouco Provável / Provável / Muito Provável)					
HTE6: Qual a probabilidade de aceitar um tratamento inovador caso o mesmo lhe oferecesse vantagens comparativamente a outros tratamentos mais tradicionais? (Muito Improvável/ Improvável/ Pouco Provável / Provável / Muito Provável)	:				
18. Justiça do Preço (taxas moderadoras)	1	2	3	4	5
PF1: O preço é justo.					

(Discordo Totalmente / Discordo / Não discordo nem Concordo / Concordo / Concordo Totalmente)					
PF2: O preço é aceitável. (Discordo Totalmente / Discordo / Não discordo nem Concordo / Concordo / Concordo Totalmente)					
PF3: O preço é correto. (Discordo Totalmente / Discordo / Não discordo nem Concordo / Concordo / Concordo Totalmente)					
19. Qualidade da Marca Primeiro, por favor considere todas as suas experiências com a Instituição escolhida na questão 11	1	2	3	4	5
QB1: Como classificaria a qualidade global da Instituição? (Nada Elevada/ Pouco Elevada / Intermédia / Elevada/ Muito elevada)					
QB2: Agora, pensando nas suas necessidades pessoais a partir do seu tratamento, diga, por favor, quão bem Instituição satisfaz realmente as suas necessidades? (Nada Bem/ Mediocrementemente Bem/Moderadamente Bem/ Bem/Muito Bem)					
QB3: Com que frequência é que as coisas correm mal com a Instituição? (Muito Frequentemente/Frequentemente/ Às Vezes/ Pouco Frequentemente/ Raramente)					

Obrigada pela sua colaboração!

20. Considere a especialidade em que recorre mais ao setor privado. Das opções indicadas escolha a que se adequa melhor ao seu caso (escolha uma).

- Pediatria
- Medicina Interna
- Psiquiatria
- Medicina Física e de Reabilitação
- Cardiologia
- Dermato-venereologia
- Medicina Geral e Familiar
- Oncologia Médica
- Pneumologia
- Neurologia
- Outra opção. Qual? _____

21. Qual é a instituição privada que frequenta? _____

Considere a instituição Privada da questão 21 para responder às próximas questões.

Considere as seguintes afirmações abaixo e utilize a seguinte escala para responder às questões. Por favor, indique com uma cruz o seu grau de concordância ou discordância com cada afirmação.

22. Atitude	1	2	3	4	5
A1: A minha opinião sobre a rapidez no atendimento é.... (Nada Importante/Pouco Importante/ Importante/ Significativamente Importante/ Muito Importante)					
A2: Em que medida tem a certeza sobre a sua opinião de a superlotação dos serviços de saúde afetam a capacidade de respostas nesta Instituição? (Não tenho a certeza absoluta/ Pouca Certeza/ Alguma Certeza/ Muita Certeza/ Bastante certo)					
A3: Em que medida a sua opinião sobre a importância de umas boas instalações de saúde é relevante? (Nada relevante/ Pouco relevante / Moderadamente relevante/ relevante /É muito relevante)					
A4: Em que medida já pensou se o método de tratamento é o mais adequado nesta Instituição? (Não pensei muito no assunto/ Penso pouco no assunto/ Penso ocasionalmente no assunto/ Pensei muito no assunto)					
A5: Quão difícil seria mudar a sua opinião sobre o bem-estar dos profissionais de saúde ser uma questão fundamental para manter um bom serviço? (Muito Fácil mudar de opinião/ Fácil mudar de opinião/ Talvez mudasse de opinião / Difícil mudar de opinião / impossível mudar de opinião)					
23. Qualidade de Serviço	1	2	3	4	5
SQ1: Acredito que esta Instituição de Saúde oferece um serviço superior em todos os aspetos. (Discordo fortemente/ Discordo / Nem Discordo Nem concordo/ Concordo / Concordo fortemente)					
SQ2: A qualidade do serviço prestado por esta Instituição de Saúde é impressionante. (Discordo fortemente/ Discordo / Nem Discordo Nem concordo/ Concordo / Concordo fortemente)					
SQ3: O serviço prestado por esta Instituição de Saúde é de elevado padrão. (Discordo fortemente/ Discordo / Nem Discordo Nem concordo/ Concordo / Concordo fortemente)					
24. Dificuldade na Escolha	1	2	3	4	5
A escolha de uma especialidade nesta Instituição foi:					
CD1: Nada Difícil/ Pouco Difícil / Algo Difícil / Bastante Difícil / Extremamente Difícil)					
CD2: Nada Confusa/ Pouco Confusa/ Algo Confusa/ Bastante Confusa/ Extremamente Confusa)					
CD3: Nada Assustadora/ Pouco Assustadora/ Algo Assustadora/ Bastante Assustadora/ Extremamente Assustadora)					

25. Qualidade do Serviço Eletrónico – Disponibilidade de contato	1	2	3	4	5
eSQ_CA1: O site desta Instituição fornece um número de telefone para contactar o serviço. (Concordo Totalmente/ Concordo Totalmente/ Nem Concordo Nem Discordo/ Discordo Totalmente)					
eSQ_CA2: Este site tem representantes de serviço ao cliente disponíveis online. (Concordo Totalmente/ Concordo Totalmente/ Nem Concordo Nem Discordo/ Discordo Totalmente)					
eSQ_CA3: O site oferece a possibilidade de falar com uma pessoa se houver um problema. (Concordo Totalmente/ Concordo Totalmente/ Nem Concordo Nem Discordo/ Discordo Totalmente)					
26. Qualidade do Serviço Eletrónico – Privacidade	1	2	3	4	5
eSQ_P1: Confio no website da Instituição para manter as minhas informações pessoais seguras. (Concordo Totalmente/ Concordo Totalmente/ Nem Concordo Nem Discordo/ Discordo Totalmente)					
eSQ_P2: Confio que os administradores do website da Instituição não utilizarão indevidamente as minhas informações pessoais. (Concordo Totalmente/ Concordo Totalmente/ Nem Concordo Nem Discordo/ Discordo Totalmente)					
eSQ_P3: Protege a informação sobre o meu comportamento na requisição de um serviço na Internet. (Concordo Totalmente/ Concordo Totalmente/ Nem Concordo Nem Discordo/ Discordo Totalmente)					
27. Eficácia do Tratamento	1	2	3	4	5
HTE1: Quão eficaz acha que esta Instituição de Saúde é no tratamento da sua especialidade? (De modo algum/ Raramente/ Pouco/ Por vezes / Muito)					
HTE2: Quão importante acha que o bom acompanhamento médico é no tratamento da sua especialidade? (De modo algum/ Raramente/ Pouco/ Por vezes / Muito)					
HTE3: Quão útil acha que seria ter uma consulta regular com o meu médico no seguimento da sua doença? (De modo algum/ Raramente/ Pouco/ Por vezes / Muito)					
HTE4: Se aceitar tratamentos inovadores para tratar a sua doença, qual a probabilidade de o curar rapidamente nesta Instituição? (Muito Improvável/ Improvável/ Pouco Provável / Provável / Muito Provável)					
HTE5: Se aceitar tratamentos inovadores para tratar a sua doença, qual a probabilidade de o curar completamente nesta Instituição? (Muito Improvável/ Improvável/ Pouco Provável / Provável / Muito Provável)					
HTE6: Qual a probabilidade de aceitar um tratamento inovador caso o mesmo lhe oferecesse vantagens comparativamente a outros tratamentos mais tradicionais?					

(Muito Improvável/ Improvável/ Pouco Provável / Provável / Muito Provável)					
28. Justiça do Preço (responda de acordo com a sua situação concreta a nível de apoio ou não da cobertura de seguro)	1	2	3	4	5
PF1: O preço é justo. (Discordo Totalmente / Discordo / Não discordo nem Concordo / Concordo / Concordo Totalmente)					
PF2: O preço é aceitável. (Discordo Totalmente / Discordo / Não discordo nem Concordo / Concordo / Concordo Totalmente)					
PF3: O preço é correto. (Discordo Totalmente / Discordo / Não discordo nem Concordo / Concordo / Concordo Totalmente)					
29. Qualidade da Marca	1	2	3	4	5
Primeiro, por favor considere todas as suas experiências com a Instituição escolhida na questão 21					
QB1: Como classificaria a qualidade global da Instituição? (Nada Elevada/ Pouco Elevada / Intermédia / Elevada/ Muito elevada)					
QB2: Agora, pensando nas suas necessidades pessoais a partir do seu tratamento, diga, por favor, quão bem Instituição satisfaz realmente as suas necessidades? (Nada Bem/ Mediocrementemente Bem/Moderadamente Bem/ Bem/Muito Bem)					
QB3: Com que frequência é que as coisas correm mal com a Instituição? (Muito Frequentemente/Frequentemente/ Às Vezes/ Pouco Frequentemente/ Raramente)					

Obrigada pela sua colaboração!