



Caracterização do Consumidor de Cuidados de Saúde da Área
Metropolitana de Lisboa

Nuno Filipe Rodrigues Simões

Dissertação de Mestrado em Gestão

Orientador:

Prof. Doutora Sofia Portela, Prof. Auxiliar do ISCTE-IUL

Outubro 2013

ABSTRACT

This study aims to characterize the consumer healthcare services of the Lisbon Metropolitan Area, with the intention that it can be useful in management decisions and marketing management. Especially at a time of great changes in the field of healthcare, motivated by the economic crisis, the restructuring of the health public sector and private sector growth. The access to information is facilitated, the consumer is more informed and demanding, companies tend to be more customer-oriented, in this context; consumer knowledge is the key.

A quantitative analysis is used in this study. Data collection was carried out through a questionnaire online platform. It was obtained a sample of 245 individuals residing in the Lisbon Metropolitan Area. A non-probability sample of convenience was used.

We conclude that consumers of healthcare services in the Lisbon Metropolitan Area are frequent costumers, they prefer a traditional approach, following the directions of the doctor, they are sensitive to differences in healthcare facilities, and they are actively looking for information about healthcare and value added services.

Keywords: Consumer Behavior, Healthcare, Hospital

RESUMO

Este estudo tem como objectivo caracterizar o consumidor de cuidados de saúde da Área Metropolitana de Lisboa, para que possa ser útil nas decisões de gestão e marketing de empresas do sector. Principalmente num momento de profundas alterações no sector de prestação de cuidados de saúde, motivadas pela crise económica, pela reestruturação do sector de saúde público e pelo crescimento do sector de saúde privado. O acesso à informação é facilitado, o consumidor é mais informado e exigente, as empresas tendem a estar mais orientadas para o cliente; neste contexto, o conhecimento do consumidor é fundamental.

Para este estudo recorreu-se a uma análise quantitativa. A recolha de dados foi realizada com recurso a questionários através de uma plataforma *online*. Obtiveram-se 245 questionários respondidos por indivíduos residentes na Área Metropolitana de Lisboa. Foi utilizada uma amostragem não probabilística por conveniência.

Conclui-se que o consumidor de cuidados de saúde da Área Metropolitana de Lisboa é um consumidor que recorre aos serviços com alguma frequência, prefere uma abordagem tradicional, segue as indicações do médico, é sensível às diferenças existentes nas unidades de saúde, procura de forma activa informação sobre cuidados de saúde e valoriza os serviços de valor acrescentado.

Palavras-chave: Comportamento do Consumidor, Cuidados de Saúde, Hospital

AGRADECIMENTOS

Agradeço à orientadora de tese, Prof. Doutora Sofia Portela, Prof. Auxiliar do ISCTE-IUL, por toda a motivação durante os últimos meses.

À minha mãe, Julieta e minha filha, Filipa pela compreensão da minha ausência e falta de paciência durante a elaboração desta dissertação.

ÍNDICE

ABSTRACT	III
RESUMO.....	IV
AGRADECIMENTOS	V
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
ÍNDICE DE QUADROS	VIII
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO II – O SECTOR DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	11
2.1 O CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO	11
2.2 O SECTOR DE SAÚDE PÚBLICO – SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	11
2.3 O SECTOR DE SAÚDE PRIVADO	14
CAPÍTULO III – REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1 COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR	17
3.1.1 FACTORES INDIVIDUAIS	19
3.1.2 FACTORES INTERPESSOAIS	23
3.1.3 FACTORES SOCIOCULTURAIS	25
3.2 MUDANÇA DE PARADIGMA – DE PACIENTE A CONSUMIDOR	28
3.3 TENDÊNCIAS DE CONSUMO DE CUIDADOS DE SAÚDE	30
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA	32
4.1 UNIVERSO E AMOSTRA.....	32
4.2 MÉTODO E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	32
CAPÍTULO V – RESULTADOS	33
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	33
5.2 O COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR	36
5.2.1 A NECESSIDADE DO CONSUMIDOR.....	37
5.2.2 A MOTIVAÇÃO DO CONSUMIDOR	39
5.2.3 A ATITUDE DO CONSUMIDOR.....	46
5.2.4 GRUPOS INFLUENCIADORES NA ESCOLHA DO CONSUMIDOR	51
CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO	54
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS.....	61

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – POPULAÇÃO RESIDENTE POR FAIXA ETÁRIA SEGUNDO OS CENSOS	11
FIGURA 2 – ENTIDADES QUE INTEGRAM O SNS EM 2010	13
FIGURA 3 – DESPESA DO SNS POR HABITANTE EM €	14
FIGURA 4 – EVOLUÇÃO DOS PROVEITOS DOS PRINCIPAIS <i>PLAYERS</i> , M€	15
FIGURA 5 – DESPESA DO ESTADO EM SAÚDE POR HABITANTE EM €	15
FIGURA 6 – DESPESA DAS SEGURADORAS EM SEGUROS DE SAÚDE	16
FIGURA 7 – PIRÂMIDE DE MASLOW, A HIERARQUIA DAS NECESSIDADES	20
FIGURA 8 – COMPETITIVIDADE DO SECTOR DA SAÚDE PRIVADA	28
FIGURA 9 – SEXO DOS INQUIRIDOS	33
FIGURA 10 – GRUPO ETÁRIO DOS INQUIRIDOS	33
FIGURA 11 – HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	34
FIGURA 12 – ESTADO CIVIL DOS INQUIRIDOS	34
FIGURA 13 – PROFISSÃO DOS INQUIRIDOS	35
FIGURA 14 – NÚMERO DE ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR DOS INQUIRIDOS	35
FIGURA 15 – RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR DOS INQUIRIDOS	36
FIGURA 16 – FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE	37
FIGURA 17 – UTILIZAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE NO ÚLTIMO ANO	38
FIGURA 18 – RAZÕES PARA NÃO TEREM USADO SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÚLTIMO ANO	38
FIGURA 19 – ACORDOS DE SAÚDE	39
FIGURA 20 – UTILIZAÇÃO DOS ACORDOS DE SAÚDE	40
FIGURA 21 – FACTORES RELEVANTES NA ESCOLHA DA UNIDADE DE SAÚDE EM SITUAÇÕES PROGRAMADAS	41
FIGURA 22 – FACTORES RELEVANTES NA ESCOLHA DA UNIDADE DE SAÚDE EM SITUAÇÕES PROGRAMADAS SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO	42
FIGURA 23 – FACTORES RELEVANTES NA ESCOLHA DA UNIDADE DE SAÚDE EM SITUAÇÕES NÃO PROGRAMADAS	43
FIGURA 24 – FACTORES RELEVANTES NA ESCOLHA DA UNIDADE DE SAÚDE EM SITUAÇÕES NÃO PROGRAMADAS SEGUNDO O SEXO	44
FIGURA 25 – HORÁRIO MAIS CONVENIENTE PARA CONSULTAS PROGRAMADAS	44
FIGURA 26 – HORÁRIO MAIS CONVENIENTE PARA EXAMES E ANÁLISES	45
FIGURA 27 – GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS AO SÁBADO DURANTE TODO O DIA	46
FIGURA 28 – ESCOLHA DA UNIDADE DE SAÚDE PARA SITUAÇÕES PROGRAMADAS	48
FIGURA 29 – ESCOLHA DA UNIDADE DE SAÚDE PARA SITUAÇÕES NÃO PROGRAMADAS	49
FIGURA 30 – GRAU DE SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS DAS UNIDADES DE SAÚDE	50
FIGURA 31 – FACTORES QUE LEVAM A MUDAR DE UNIDADE DE SAÚDE	51
FIGURA 32 – FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE INFORMAÇÃO SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE	52
FIGURA 33 – O DECISOR DA ESCOLHA DA UNIDADE DE SAÚDE EM SITUAÇÕES PROGRAMADAS	53
FIGURA 34 – O DECISOR DA ESCOLHA DA UNIDADE DE SAÚDE EM SITUAÇÕES NÃO PROGRAMADAS	53

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – UNIDADES DE SAÚDE DOS PRINCIPAIS PLAYERS.....	14
--	----

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Num momento de profundas alterações no sector de prestação de cuidados de saúde, motivadas pela crise económica, pela reestruturação do sector público e pelo crescimento do sector privado, é de grande importância caracterizar e conhecer melhor o consumidor, para que este conhecimento possa ser útil nas decisões de gestão e marketing de empresas do sector. Neste sentido o objectivo deste estudo é caracterizar o consumidor de cuidados de saúde da Área Metropolitana de Lisboa. Mais especificamente, pretende-se caracterizar o consumidor, segundo os dados sociodemográficas, tipo de acordos de saúde, frequência de uso e o tipo de unidades saúde que utiliza. Pretende-se igualmente; compreender se o consumidor é fiel a uma unidade de saúde e que factores são determinantes na fidelização, se a escolha do tipo de unidade é em função dos cuidados médicos necessários, situações programadas e não programadas, e por último, entender se o consumidor de cuidados de saúde da Área Metropolitana de Lisboa, valoriza a abertura ao sábado das unidades de saúde para todo o tipo de serviços e se está disposto a pagar mais por consulta ao domicílio.

O sector de prestação de cuidados de saúde em Portugal é composto pelo sector público e pelo sector privado. Nos últimos anos tem-se assistido a uma grande mudança neste sector. Por um lado, o Governo reestrutura o seu sistema de saúde, tomando medidas de grande impacto no consumidor, com o objectivo de reduzir a despesa do Estado e alcançar eficiência, por outro lado, o sector privado tem vindo a crescer com o aumento de novos *players*, expansão da rede de unidades de saúde e aumento significativo de consumidores com seguro de saúde.

O Estado assume o papel de pagador principal, como consequência da necessidade de garantir o direito ao acesso a cuidados de saúde à generalidade da população. O Estado financia cerca de 70% da despesa total em saúde em Portugal (Deloitte, 2011).

No sector privado, de destacar, a expansão da rede de cuidados de saúde, a operacionalização de Parcerias Público-Privadas e o aumento da procura de cuidados de saúde, de que é simultaneamente causa e consequência. Este sector é impulsionado pelo aumento do número de pessoas com cobertura de seguros de saúde e subsistemas de saúde. Saliente-se que, aproximadamente 17% da população portuguesa está coberta por subsistemas de saúde e 21% por seguros de saúde (Deloitte, 2011).

Este estudo está estruturado em seis capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à introdução, onde se revela o propósito do estudo e se contextualiza o sector de prestação de cuidados de saúde. O segundo capítulo pretende retratar o sector de prestação de cuidados

de saúde. O terceiro capítulo compreende a revisão de literatura que sustenta este trabalho em termos de perspectiva geral e necessidade de pesquisa. O quarto capítulo apresenta a metodologia caracterizando o universo e a amostra, bem como apresentando o método que sustentou a recolha e tratamento de dados. O quinto capítulo centra-se na apresentação de resultados apurados, pretendendo responder aos objectivos específicos. E, por último, no sexto capítulo é apresentada a conclusão do estudo, no qual são indicadas sugestões para investigação futura e identificadas algumas limitações surgidas no decorrer desta investigação.

2.1 O Contexto Sociodemográfico

A população residente em Portugal é de 10 562 178 em 2011 (ver Figura 1) e o índice de envelhecimento é de 130%. A taxa de natalidade é a mais baixa de sempre, 9,2% em 2011. A esperança média de vida tem vindo a aumentar e em 2010 foi de 76,5 para o sexo masculino e de 82,4 para o sexo feminino (Pordata, INE).

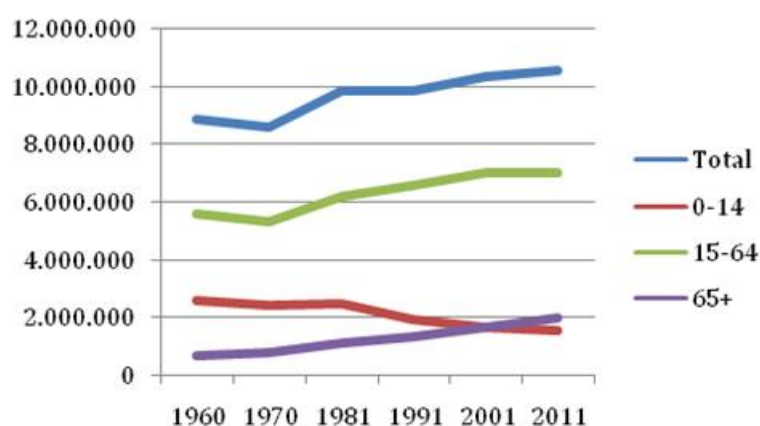


Figura 1 – População Residente por faixa etária segundo os Censos

2.2 O Sector de Saúde Público – Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde foi criado em 1979, para assegurar o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição. O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. Desde então tem sido abrangido por diversas reestruturações. Em 2002 foi aplicado um novo modelo de gestão hospitalar, tipo empresarial, dirigido aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde. Em 2003 foi criada a rede de cuidados de saúde primária. Para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede constitui articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro

fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta rede assumiu-se, como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos. Neste mesmo ano, surgiram as taxas moderadoras, com o objectivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde. Para além do papel fundamental do Estado, passaram a coexistir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos. O Estado ao subvencionar o sector privado e ao reduzir o investimento no sector público alterou o seu papel de financiador e fornecedor. Em 2007 iniciou-se o processo de reforma dos cuidados de saúde primários, surgindo as primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF), estabeleceu-se o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objectivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados. Em 2008 surgiu a criação dos agrupamentos de Centros de Saúde do SNS, com o objectivo de dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

Resumindo, na actualidade, o Serviço Nacional de Saúde, integra todos os cuidados de saúde:

- **Cuidados Primários;** prestados na sua maioria por Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar.
- **Cuidados Hospitalares;** definidos por um maior grau de diferenciação face aos cuidados primários.
- **Cuidados Continuados;** cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência, incluindo cuidados ao domicílio.

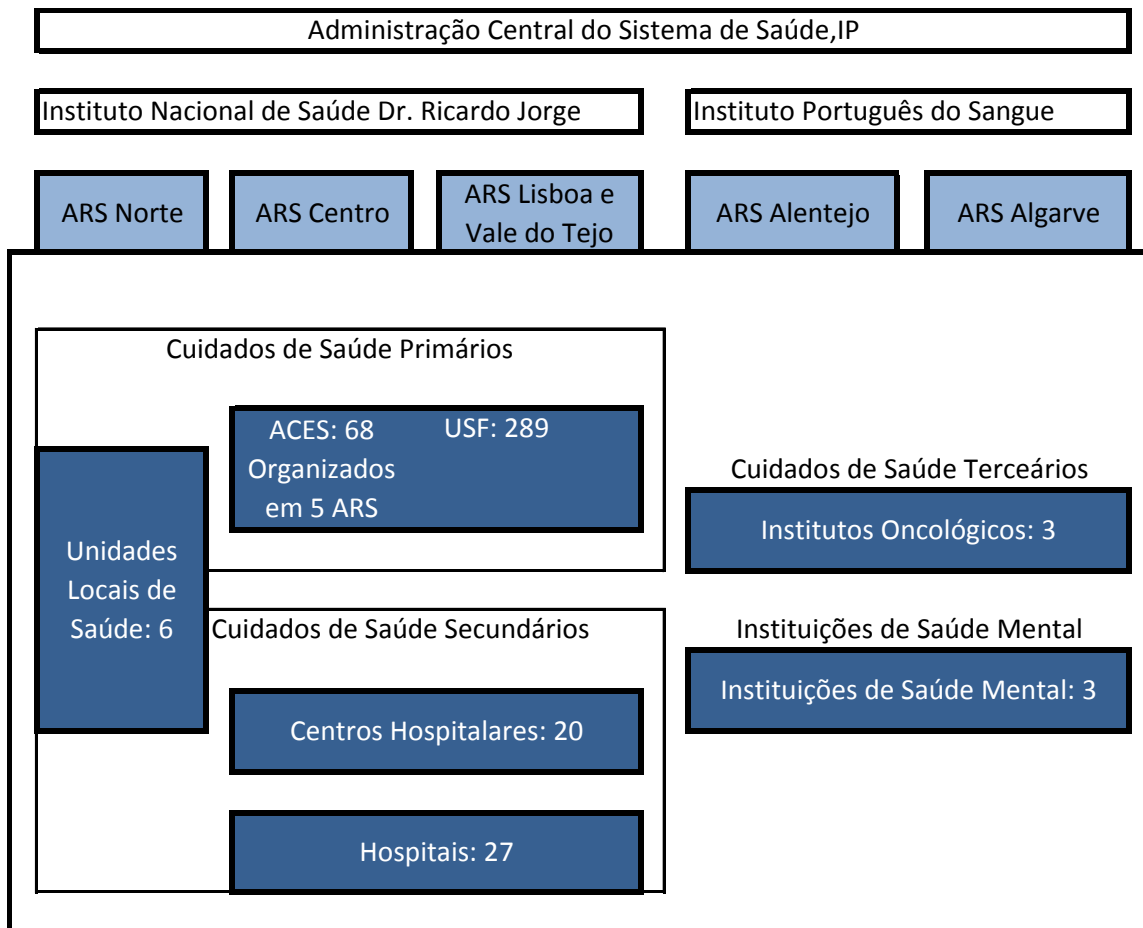


Figura 2 – Entidades que integram o SNS em 2010

O Estado assume, assim, o papel de pagador principal, como consequência da necessidade de garantir o direito ao acesso a cuidados de saúde à generalidade da população. O Estado financia cerca de 70% da despesa total em saúde em Portugal (Deloitte, 2011).

A despesa do SNS por habitante tem vindo a aumentar na última década, no ano de 2000 era em média de 600 Euros por Habitante, no ano de 2010 chegou a ultrapassar os 1000 Euros por Habitante. Apenas em 2011 inverteu-se esta tendência, devido a fortes medida de austeridade (ver Figura 3).

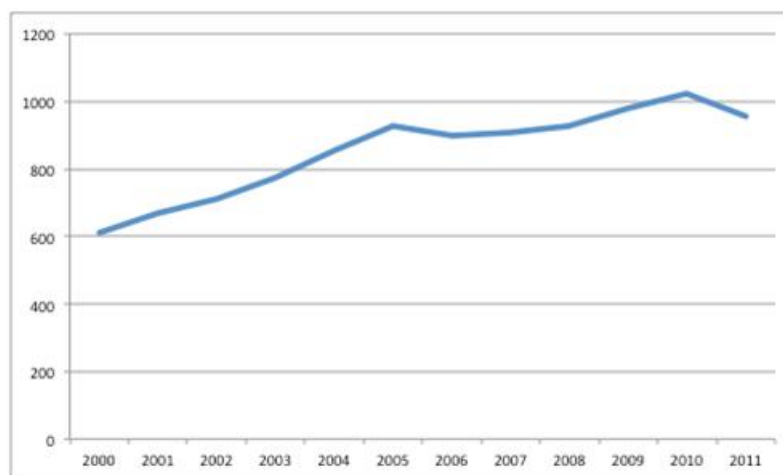


Figura 3 – Despesa do SNS por Habitante, €

2.3 O Sector de Saúde Privado

O sector de saúde privado é constituído por quatro grandes grupos, o Grupo José de Mello Saúde (JMS), Hospitais Privados de Portugal (HPP), Espírito Santo Saúde (ESS) e o Grupo Trofa Saúde (ver Quadro 1).

Em Junho de 2012, entrou um novo *player*, o Grupo Jerónimo Martins, com uma rede de clínicas com um conceito inovador que tem grande sucesso nos Estados Unidos, são clínicas de *retail*, localizadas nas grandes superfícies, explorando o conceito de conveniência e *low cost*. Este Grupo tem como objectivo abrir 40 clínicas até 2015 (Lopes, 2012).

	JMS	ESS	HPP	Trofa Saúde
Hospitais	3	7	6	4
Hospitais PPP	2	1	1	0
Clínicas	5	5	2	4
Total	10	13	9	8
Zona				
Norte	3	8	1	8
Centro	7	3	2	0
Sul	0	2	6	0

Quadro 1 – Unidades de saúde dos principais *players*¹

¹ Fonte: sites institucionais das empresas

No sector privado o líder é o Grupo José de Mello Saúde com proveitos de 463 milhões de euros em 2012, incluindo a gestão do Hospital de Braga e de Vila Franca de Xira, em regime de Parceria Público Privada (ver Figura 4).

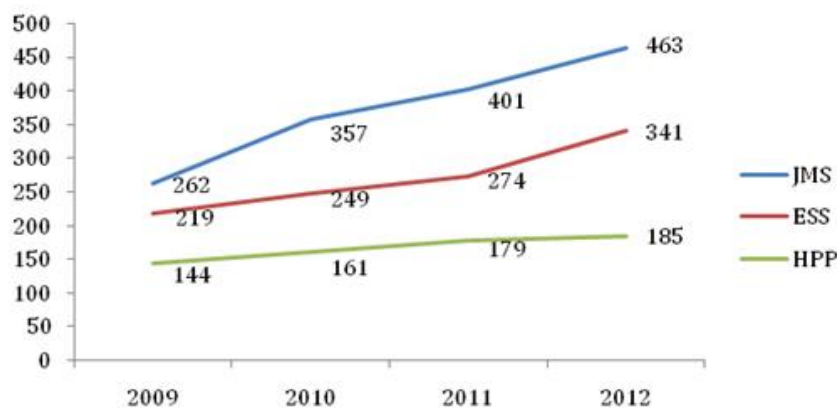


Figura 4 – Evolução dos proveitos dos principais *players*, M€²

O sector de saúde privado tem beneficiado de algumas medidas de reforma do sistema nacional de saúde, como por exemplo, da redução de custos, do fecho de unidades de saúde públicas, do aumento de taxas moderadoras.

Após 2010 verificou-se uma redução da despesa do Estado na saúde (ver Figura 5). Estas medidas do Governo também têm implicações no sector de seguros de saúde, registando-se um aumento das despesas das seguradoras em seguros de saúde (ver Figura 6). O consumidor procura alternativas ao Serviço Nacional de Saúde.

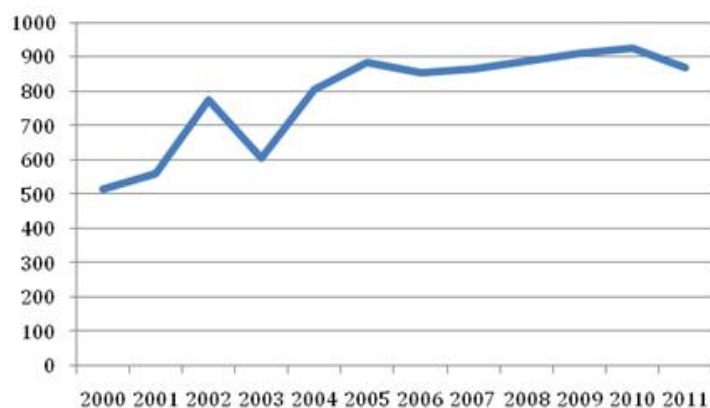


Figura 5 – Despesa do Estado em saúde por habitante, €

² fonte: relatórios de conta das empresas

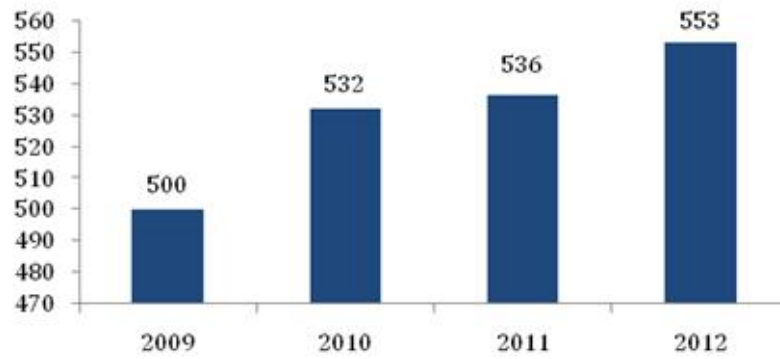


Figura 6 – Despesa das seguradoras em seguros de saúde³

Conclui-se, que o sector privado de prestação de cuidados de saúde está concentrado em quatro *players*, em forte crescimento e representa uma facturação superior a mil milhões de Euros. De referir que é um sector recente e com oportunidades de crescimento, originadas pelas medidas do Governo em reduzir a despesa do Estado na saúde. Leva a que muitos utentes/consumidores procurem o sector privado de cuidados de saúde.

³ fonte: Instituto de seguros de Portugal

3.1 Comportamento do Consumidor

O estudo do consumidor, ou comportamento do consumidor, procura dar resposta a questões, tais como; quando, onde, como e porquê as pessoas compram os produtos ou serviços, estuda as características individuais do consumidor, como por exemplo, dados demográficos e variáveis comportamentais que tendem a explicar as suas necessidades (Sinaiko, 2010). Segundo Mowen e Minor (1998) o estudo do comportamento do consumidor consiste em analisar todas as acções que levam o consumidor a adquirir, usar e dispor os produtos, serviços, experiências e ideias.

De acordo com Solomon (2011) o comportamento do consumidor visa estudar os processos envolvidos quando um indivíduo ou um grupo, selecciona, compra, usa os produtos, serviços, ideias ou experiências para satisfazer as necessidades e desejos.

O estudo do consumidor tem origem na escola económica, primeiro pelos microeconomistas clássicos, mais tarde pelos neoclássicos. Os economistas elaboraram um modelo completo que serviu de ponto de partida à teoria económica da procura, sendo ela própria o núcleo de análise macroeconómica clássica. O modelo central dos economistas tem como variável explicativa a Preferência, “O que eu consumo exprime a prioridade das minhas escolhas” (Dubois, 2005).

A teoria ou método de Lancaster apresenta um progresso em relação à abordagem clássica, considerando que não é o produto em si que gera satisfação, mas os atributos que o compõem, explica a divisão de mercado entre várias marcas, a fidelidade à marca, a elasticidade da procura em relação a uma modificação do preço e do posicionamento (Dubois, 2005).

Segundo Dubois (2005) existem três níveis explicativos do comportamento do consumidor; **nível individual, nível interpessoal e nível sociocultural**. Mais tarde, Sinaiko (2010) propõe compreender o comportamento do consumidor com base em quatro factores; Cultural, Social, Pessoal e Psicológico. A cultura é a causa mais básica que explica o comportamento do consumidor. Todas as famílias, grupos ou sociedades têm a sua cultura ou influências culturais no comportamento do consumo. O factor social, também define o comportamento do consumidor, na medida em que, grupos, famílias,

clubes, organizações, influenciam o indivíduo, este tende a agir de acordo com as pessoas que o rodeiam. Os factores pessoais, tais como; idade, ocupação, estilo de vida, situação económica e personalidade também tem forte influência no comportamento do consumidor. Por último, os factores psicológicos que influenciam o comportamento do consumidor, são; a motivação, a percepção, experiência, crenças e atitudes (Sinaiko, 2010).

Compreender o consumidor e o processo de compra, traz enormes vantagens para os gestores tomarem as suas decisões estratégicas (Mowen e Minor, 1998). Para que se possa compreender melhor o consumidor de cuidados de saúde, a Deloitte (2008) propõe a criação de seis segmentos:

1 - O segmento *Content & Compliant* define o consumidor conservador e tradicional, que segue as indicações do médico, não procura informação, é pouco receptivo a novas abordagens clínicas;

2 - O segmento *Sick & Savvy* representa o consumidor frequente, prefere uma abordagem tradicional, contudo, não segue à risca a decisão do médico e toma a sua própria decisão, é sensível às diferenças existentes nas unidades de saúde, procura de forma activa informação sobre cuidados de saúde e valoriza serviços de valor acrescentado;

3 - O segmento *Online & Onboard* é constituído pelo consumidor muito frequente, que prefere uma abordagem tradicional, mas receptivo a medidas alternativas, procura de forma activa informação, utiliza ferramentas *online*, é sensível a factores diferenciadores e utiliza serviços de valor acrescentado, mais do que qualquer outro segmento;

4 - No segmento *Shop & Save*, o consumidor é propenso a trocar de médicos e de unidades de saúde. Este consumidor é mais sensível ao preço, receptivo a abordagens tradicionais e alternativas, procura informação *online*, valoriza as clínicas de *retail*, de conveniência e proximidade, é receptivo a viajar para outro país para obter cuidados de saúde e valoriza serviços de valor acrescentado;

5 - O segmento *Out & About* caracteriza o consumidor independente, que toma as suas próprias decisões, que procura medicinas alternativas e abordagens naturais, que tende a procurar informação, que utiliza serviços de valor acrescentado e valoriza factores diferenciadores;

6 - O segmento *Casual & Cautions* define o consumidor mais saudável, o que recorre menos a cuidados de saúde, o que não necessita de procurar informação e o que é sensível ao preço;

Conhecer melhor os factores determinantes na escolha da unidade de saúde por parte do consumidor permite que o sector de cuidados de saúde seja mais eficaz a satisfazer os actuais e a captar novos consumidores (Abraham *et al.*, 2011).

3.1.1 Factores Individuais

A nível individual encontramos factores explicativos, tais como, **Necessidade, Motivação, Personalidade e Atitudes** (Dubois, 2005).

A evolução da teoria económica explora uma abordagem mais qualitativa do indivíduo, mais centrada nas suas necessidades e motivações. A motivação é descrita pela força interna ao indivíduo, que o leva a agir num sentido particular e a criar um comportamento cujo objectivo está pré-determinado (Dubois, 2005). É o processo que leva as pessoas a comportarem-se como agem (Solomon, 2010).

A motivação inicia-se com a presença de um estímulo que supõe o reconhecimento de uma necessidade que o indivíduo deseja satisfazer (Mowen e Minor, 1998; Solomon, 2010).

Uma das principais pessoas a destacar a importância da **motivação** no comportamento do consumidor foi Sigmund Freud, principalmente as motivações inconscientes, contrariando ou complementando a teoria económica que tem por base a consciência e a razão. A teoria da motivação de Freud põe em relevo a dimensão simbólica e não apenas a funcional do consumo, ou seja, não se compra um produto apenas pelo que ele faz, mas também pelo que ele significa, pela sua forma, cor e nome, dando destaque ao conceito de *branding* (Dubois, 2005).

No seguimento da teoria de Freud, diversos investigadores procuraram identificar e enumerar as motivações mais importantes. A lista proposta por McDougall compreende cerca de 6000 instintos (Dubois, 2005). O Psicólogo Henry Murray destacou uma lista de onze necessidades: adquirir; realização; exibição; dominação; afiliação; jogo; ordem; reconhecimento; deferência; autonomia; agressão (Dubois, 2005; Mowen e Minor, 1998; Solomon, 2010).

Uma das teorias mais conhecidas e aplicadas na procura de compreender o consumidor a um nível individual, é a teoria de Maslow (Dubois, 2005; Kotler, 1998; Lendrevie *et al.*, 2000; Mowen e Minor, 1998; Solomon, 2010).

A teoria de Maslow é fundamentada por três hipóteses:

- 1 - O indivíduo experimenta diversas necessidades com graus de importância diferentes e são passíveis de ser hierarquizadas segundo o grau de importância;
- 2 - A primeira necessidade é a de maior grau de importância;
- 3 - À medida que cada necessidade é satisfeita e cessa de existir, pelo menos durante algum tempo, o indivíduo procura satisfazer a necessidade seguinte;

Segundo Maslow (1970), pode classificar-se as **necessidades** pela sua ordem de importância; necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades de pertença, necessidades de estima e necessidades de auto realização (ver Figura 7).



Figura 7 – Pirâmide de Maslow - A hierarquia das necessidades

A Teoria de Maslow tem servido de base a diversas pesquisas e a novas Teorias das Necessidades, como por exemplo, a Teoria de McClelland que tem por base três necessidades pré-determinadas do indivíduo:

- 1 - Necessidade de **realização**, que consiste na procura da perfeição, procura do sucesso e assumir responsabilidade em resolver problemas;
- 2 - Necessidade de **afiliação** que tem por base a procura da relação com grupos, procura de relacionamento e amizade com a sociedade;
- 3 - Necessidade de **poder** que se refere ao desejo de obter o controlo de terceiros, o objectivo é influenciar e persuadir terceiros.

Diferentes pessoas têm divergentes necessidades de realização, afiliação e poder (Mowen e Minor, 1998). Solomon (2010) reforça esta teoria referindo que os consumidores têm diferentes prioridades de necessidades em diferentes momentos de consumo e em diferentes fases da sua vida.

Hilgard (1967) define a **personalidade** como o conjunto das reacções estáveis e coordenadas de um indivíduo face ao seu meio envolvente. Solomon (2010) acrescenta que a personalidade é a característica psicológica única de cada indivíduo. Dubois (2005) destaca a importância da personalidade de um indivíduo como factor explicativo do comportamento do consumidor, sobretudo quando as motivações na escolha do consumidor assumem uma tendência constante. Lendrevie *et al.* (2000) reforça que conhecer a personalidade de um indivíduo permite prever o seu comportamento.

O conceito de personalidade tem por base quatro características: deve ser constante ao longo do tempo, distinta de outros indivíduos, interagir com determinadas situações e as características simples da personalidade não podem prever determinado comportamento (Mowen e Minor, 1998).

Uma das principais Teorias da Personalidade no conhecimento do consumidor é a de Sigmund Freud, que refere que a personalidade do indivíduo resulta do confronto dinâmico entre as orientações psicológicas internas e pressões sociais, tais como, as leis, as regras e os códigos morais (Mowen e Minor, 1998).

Os seguidores de Freud, classificados de Neo-Freudianos, tais como Karen Horney, Alfred Adler ou Harry Sullivan, sugerem que a personalidade do indivíduo é mais influenciada pela forma como lida com o relacionamento com outras pessoas do que a forma como resolve os seus conflitos sexuais (Solomon, 2010).

A personalidade das pessoas tem traços comuns, e são categorizados para que se possa conhecer melhor e identificar o consumidor. Por exemplo: o introvertido é um indivíduo calmo e reservado; o extrovertido é um indivíduo sociável e comunicativo; os inovadores são propensos a experimentar novos produtos; os materialistas colocam ênfase em adquirir produtos e os auto-conscientes controlam deliberadamente a sua imagem que passam para terceiros (Solomon, 2010).

Segundo Hofstede (1991), a personalidade de um indivíduo é fundada em traços que são em parte herdados com o código genético único e em parte adquiridos através da influência da cultura e de experiências pessoais.

O comportamento, as atitudes e opiniões de um indivíduo estão sob influência de um **eu** central e integrado. Diversos estudos colocam em evidência a ligação entre a imagem que um consumidor tem de si, o **eu**, e os produtos que compra (Dubois, 2005). O conceito do **eu**, representa a totalidade de pensamentos e sentimentos individuais que tenham referência ao **eu** como objecto (Rosenberg, 1979), sumariza as crenças e convicções que o indivíduo tem acerca dos seus próprios atributos (Solomon, 2010). Existem oito dimensões do **eu**: o actual; o ideal; o social; o ideal social; o espectável; o situacional; o prolongado e o possível (Mowen e Minor, 1998).

Se a motivação, a necessidade e a personalidade são factores explicativos do comportamento do consumidor a um nível individual de origem interna, a atitude é despoletada por estímulos externos.

A **atitude** é o elo de ligação entre a motivação e o comportamento em relação a um produto, serviço ou ideia (Lendrevie *et al.*, 2000). A atitude face a um produto, serviço ou marca é definido como a predisposição para avaliar de certa forma esse produto, serviço ou marca (Dubois, 2005). Através do estudo das atitudes pretende-se compreender e principalmente prever os comportamentos do consumidor (Lendrevie *et al.*, 2000).

Mowen e Minor (1998) descrevem a atitude do consumidor como sendo reacção afectiva e valorativa de um produto, serviço ou ideia. Representa a quantidade de afecto e sentimento que o indivíduo recebe de um estímulo, como por exemplo, de uma marca, de uma pessoa, empresa ou ideia. Algumas atitudes são geradas por o indivíduo deter diversas crenças em relação ao produto, quer positivas, quer negativas, esta situação verifica-se mais em consumo de alto envolvimento.

Diversos autores estruturaram a atitude com base em três componentes; **cognitiva**, **afectiva** e **comportamental**. A componente cognitiva é caracterizada pelos conhecimentos, crenças e associações mantidas em relação ao produto, serviço ou marca. A afectiva é definida pelas emoções criadas e por sentimentos positivos ou negativos experimentados em relação a produtos, serviços e marcas. A componente comportamental explica as intenções de comportamento (Krech *et al.*, 1962; Lendrevie *et al.*, 2000; Solomon, 2010).

Segundo Solomon (2010), estas três componentes podem ter uma sequência diferente consoante o tipo de atitude, existem três tipos de hierarquias:

1 - **A hierarquia padrão de aprendizagem** é baseada na atitude com componente de informação cognitiva e assume que o consumidor tem alto envolvimento na decisão de compra, está motivado para procurar muita informação e comparar alternativas até chegar

a uma decisão pensada. Primeiro toma conhecimento do produto, depois começa a ganhar afectividade e só depois toma a decisão de compra.

Conhecimento → Emoção → Comportamento

2- A **hierarquia de baixo envolvimento** assume que o consumidor só cria uma avaliação e conhecimento do produto após a compra, designado de compra por impulso que normalmente responde a estímulos externos. O consumidor primeiro compra, ganha afectividade e só depois forma conhecimento e compara produtos.

Comportamento → Emoção → Conhecimento

3 - Na **hierarquia experimental** o consumidor age de acordo com reacções emocionais. Primeiro cria emoções com o produto, depois forma conhecimento e por último toma a decisão de compra.

Emoção → Conhecimento → Comportamento

3.1.2 Factores Interpessoais

Neste ponto são abordados os factores pertencentes ao meio envolvente social, de destacar os **grupos e líderes de opinião**.

Os grupos detêm uma grande multiplicidade e uma extraordinária diversidade, constituem a célula base da vida em sociedade. Para melhor compreensão deste factor explicativo do comportamento do consumidor, os investigadores consideraram necessário classificar os grupos consoante a sua dimensão, finalidade, estrutura e estatuto (Dubois, 2005).

Do ponto de vista dimensão, os grupos são categorizados de primários e secundários. O melhor exemplo para um grupo primário é a família, que se caracteriza por ser de dimensão reduzida, de uma interacção directa entre todos os membros. No grupo secundário verifica-se a constituição de subgrupos, como por exemplo, grupos profissionais ou grupos desportivos (Dubois, 2005).

Tanto nas famílias como noutros grupos existe indivíduos com papéis de **iniciadores, influenciadores, decisores, compradores e usuários** (Hooley *et al.*, 2005; Mowen e Minor, 1998). O iniciador é aquele que inicia a procura por uma solução, está relacionado com o desejo ou necessidade. O influenciador é aquele que pode ter alguma influência sobre a decisão de compra. O decisor é aquele que toma a decisão de qual o produto ou serviço a comprar, tendo em conta os pontos de vista do iniciador e do influenciador. O comprador é aquele que realiza a compra do produto ou serviço. É ele que troca dinheiro pelo produto ou serviço. O usuário é aquele que irá beneficiar do produto ou serviço (Hooley *et al.*, 2005).

Dentro dos grupos alguns indivíduos detêm uma posição privilegiada em relação aos restantes membros, designando-se de líder de opinião. Os outros sofrem a sua influência, designando-se de seguidores. Os líderes de opinião operam localmente e numa esfera limitada, é mais fácil influenciar alguém por quem se sentem próximos (Dubois, 2005). Detêm um conhecimento profundo de um determinado produto, serviço ou sector de actividade e a sua opinião é altamente considerada, tendendo a influenciar a escolha de terceiros (Solomon, 2010).

Segundo Kelman (1961), o líder de opinião detém três qualidades:

1 - A **perícia percebida**, ou seja, ser reconhecido como uma autoridade no seu domínio de influência conferindo-lhe credibilidade;

2 - A **empatia**, ou seja, a capacidade de se colocar no papel da audiência, causando uma reacção de identificação e proximidade;

3 – O **desinteresse**, o líder é mais aceite quando se aperceberem da sua intervenção ao serviço do interesse geral;

3.1.3 Factores Socioculturais

Neste ponto pretende-se caracterizar os principais factores que influenciam o comportamento do consumidor a um nível sociocultural; **identidades sociodemográficas, classes sociais, estilos de vida e cultura.**

Os **fenómenos demográficos** são talvez os que as empresas mais facilmente recorrem para caracterizar, estudar e segmentar os seus clientes. Destacam-se a **idade, sexo, dimensão do agregado familiar, estado civil, rendimento do agregado ou individual, habilitações literárias, categoria profissional** (Dubois, 2005).

A idade é provavelmente dos factores demográficos que mais influencia o consumidor ao longo da sua vida, está associado a um conjunto de comportamentos, valores e símbolos. Para determinado tipo de consumo é preferível analisar o agregado em vez do indivíduo. O rendimento é um dado importante para medir o poder de compra. Os factores como habilitações e categoria profissional são mais utilizados quando se pretende uma segmentação da população por meio social (Dubois, 2005).

As **classes sociais** são agrupamentos particulares de grande envergadura representando microcosmos de agrupamentos subalternos, cuja unidade é fundada na sua suprafuncionalidade, na sua resistência à penetração pela sociedade global, na sua incompatibilidade radical entre si, na sua estruturação avançada implicando uma consciência colectiva predominante e obras culturais específicas (Gurvitch, 1966). As classes sociais são grandes agregados, que estão hierarquizados, são evolutivos, multidimensionais e homogéneos (Kotler, 1998). Permite conhecer como e quanto o consumidor gasta o seu dinheiro. As componentes das classes sociais são diversas, mas de realçar o rendimento e ocupação/profissão (Solomon, 2010).

Para compreender melhor o consumidor no nível sociocultural, os elementos sociodemográficos e as classes sociais não são suficientes, é necessário compreender as motivações e as relações de grupo. O conceito de estilos de vida tem que ver com estes aspectos (Dubois, 2005).

Segundo Lazer (1963), o **estilo de vida** é o modo de vida de uma sociedade ou de um dos seus segmentos e é determinado por elementos como a cultura, o simbolismo dos objectos e os valores morais. De um certo sentido o modo de consumo reflecte o estilo de vida de uma sociedade. Os estilos de vida demonstram como as pessoas vivem, como gastam o seu dinheiro e como ocupam o seu tempo (Markin, 1974; Solomon, 2010).

Uma das segmentações dos estilos de vida mais conhecidas é a classificação VALS2, a qual foi desenvolvida pelo Stanford Research Institute (SRI) para a população americana e tem por base a teoria da motivação de Maslow e uma abordagem pelos valores (Dubois, 2005; Kotler, 1998; Lendrevie *et al.*, 2000; Mowen e Minor, 1998; Solomon, 2010). Esta classificação é realizada com base num questionário composto por 39 itens, 35 psicológicos e 4 demográficos, segmentando a população em 8 grupos: concretizadores/realizados, satisfeitos, realizadores, experimentalistas, crentes/religiosos, esforçados, criadores e lutadores.

Concretizadores/Realizados são pessoas bem sucedidas, sofisticadas, activas, com grande auto-estima e recursos abundantes, são líderes em empresas e no governo, sendo interessadas em crescimento, inovação e mudança. Os **Satisfeitos** são pessoas que valorizam a ordem, o conhecimento e a responsabilidade, têm um respeito moderado pelas instituições do status quo, mas são abertos a novas ideias e à mudança social. São consumidores conservadores e práticos, procuram durabilidade, funcionalidade e valorizam os produtos que compram. Os **Realizadores** são orientados para a carreira, valorizam a previsibilidade e a estabilidade em detrimento do risco. Os **Experimentalistas**, são jovens, entusiastas, impulsivos, rebeldes e são consumidores ávidos. Os **Crentes/Religiosos**, têm fortes princípios, são conservadores e consumidores previsíveis, com recursos moderados. Os **Esforçados**, procuram motivação, auto-definição e aprovação do mundo ao seu redor. Os **Criadores**, são pessoas práticas com habilidades construtivas que valorizam a auto-suficiência. Os **Lutadores**, são cronicamente pobres, com pouco estudo, poucas habilidades, mais velhos e preocupados com sua saúde, apreensivos com as necessidades urgentes do momento actual, não demonstram grande auto-orientação (Kotler, 1998; Solomon, 2010).

Na Europa desenvolveu-se uma abordagem mais cultural proposta por uma empresa francesa, Centre de Communication Avancé (CCA) e desenvolvida por uma empresa alemã de estudos de mercado GFK, o modelo Euro-Styles, para identificar os estilos de vida na Europa (Dubois, 2005).

A **cultura** é um fenómeno colectivo, uma vez que é partilhada por pessoas que vivem no mesmo ambiente social onde é adquirida. A cultura é adquirida e não herdada, provém do ambiente social do indivíduo e não dos seus genes. Engloba padrões de pensamento, sentimentos e comportamentos, tais como, a educação, a arte e a literatura (Hofstede, 1991; Dubois, 2005). Consiste nos valores instruídos, normas, rituais e símbolos da sociedade dos quais são transmitidos através da língua e das características simbólicas

da sociedade (Kotler, 1998; Mowen e Minor, 1998). E pode ser distinguida pelo seu modo de comportamento, pelas atitudes, valores, estilos de vida das pessoas na sua cultura e pelo seu grau de tolerância de outras culturas (Tse *et al.*, 1988). É a partilha de ideais, rituais, normas, regras e tradições entre membros de uma organização ou sociedade (Solomon, 2010).

Segundo Hofstede (1991), a cultura de um país pode ser classificada de acordo com quatro dimensões:

1- Distância hierárquica – revela a relação de dependência de um subordinado em relação à sua chefia. Num país onde a distância hierárquica é baixa, a dependência dos subordinados em relação à sua chefia é limitada, verifica-se uma interdependência. Por sua vez, se a distância hierárquica for elevada, então verifica-se uma elevada dependência entre subordinado e chefia.

2- Individualismo e Colectivismo – O individualismo caracteriza as sociedades em que os laços entre indivíduos são pouco firmes, preocupam-se consigo próprios e família mais próxima. O colectivismo, pelo contrário, caracteriza-se pela integração das pessoas em grupos fortes e coesos, onde prevalece a lealdade.

3 - Masculinidade e Feminilidade – A masculinidade refere-se a sociedades em que o papel do homem e da mulher são completamente diferenciados, o homem assume um papel forte e a mulher um papel modesto na sociedade, por outro lado, a feminilidade caracteriza as sociedades onde o papel do homem e da mulher são sobrepostos, tanto o homem como a mulher devem ser modestos, ternos e preocupados com a qualidade de vida.

4 - Controlo da Incerteza – Refere-se à incerteza das pessoas face a situações desconhecidas ou incertas e é medido pelo *stress* e necessidade de previsibilidade. O sentimento de incerteza faz parte da herança cultural de uma sociedade, sendo transmitidos pela família, escola e estado. Nos países de baixo controlo de incerteza a ansiedade e *stress* são relativamente baixos, as pessoas são de numa forma geral, calmas, descontraídas controladas e indolentes. Nos países de elevado controlo de incerteza, as pessoas tendem a ser inquietas, emotivas, agressivas e activas.

3.2 Mudança de Paradigma – De Paciente a Consumidor

Nos dias de hoje, o sector de prestação de cuidados de saúde é mais competitivo, fruto do crescimento do sector de saúde privado e do sector de seguros de saúde. Esta competitividade provoca uma mudança de paradigma, em que o paciente é agora assumido como consumidor (Deloitte, 2008; Runy, 2009; Scalise, 2006). O paciente individual ganha um papel de destaque, uma vez que se torna mais difícil conquistar novos pacientes/consumidores (Bozarth *et al.*, 2000).

O sector da saúde privada é uma relação tripartida entre os prestadores de cuidados de saúde, o consumidor e as seguradoras de saúde (Baranov e Sklyar, 2005) (ver Figura 8).

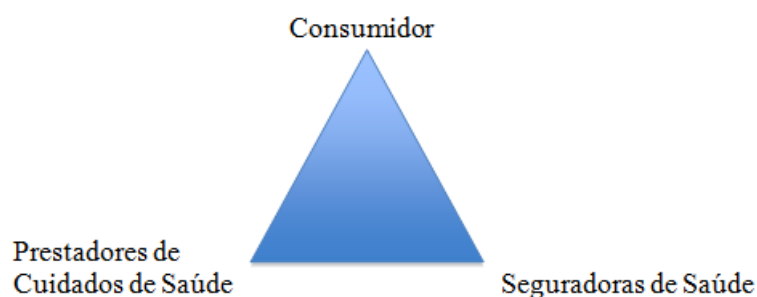


Figura 8 – Competitividade do sector da saúde privada

Alguns dos *stakeholders* deste sector acreditam que conhecer melhor este novo consumidor pode tornar o sector mais eficiente. As empresas devem estar orientadas para este consumidor (Abraham *et al.*, 2011; Baranov e Sklyar, 2005; Demchak, 2007; Herzlinger, 2004).

O **aumento de competitividade** neste sector, não só pelo crescimento de prestadores de cuidados de saúde, mas também pelas seguradoras, leva a que o consumidor esteja mais informado sobre os preços e opções de escolha (Abraham *et al.*, 2011; Carlson e Huppertz, 2010; Demchak, 2007), conseqüentemente as expectativas e a exigência do consumidor são superiores (Bozarth *et al.*, 2000) e resulta no aumento da qualidade de serviços prestados pelas unidades de saúde (Baranov e Sklyar, 2005; Herzlinger, 2004).

O aumento do consumo neste sector leva a que o consumidor assuma, em parte, um papel de decisor, e surja alguma tensão na relação entre consumidor e médico, pois o médico disponibiliza menos tempo por cada paciente (Bozarth *et al.*, 2000). O consumidor

escolhe a unidade de saúde de acordo com as características, a reputação e a sua experiência na unidade. Considera relevante, as infra-estruturas, a proximidade à residência e a qualificação dos profissionais de saúde. Em relação à experiência nas unidades de saúde de realçar, a disponibilidade na marcação do ato médico, tempo de espera, facilidade no contacto por telefone e a capacidade dos médicos de explicarem as situações clínicas aos consumidores (Abraham *et al.*, 2011).

O processo de escolha das unidades de saúde e de seguradoras envolve interacção com grupos de referência, família, amigos e profissionais de saúde (Sangl e Wolf, 1996). A idade assume também um papel fundamental na caracterização do consumidor, pois à medida que este vai envelhecendo a sua preocupação por temas como, informação sobre saúde, colesterol elevado, tensão arterial, obesidade, osteoporose e produtos de anti-envelhecimento, também aumenta (Bozarth *et al.*, 2000).

Segundo Carlson e Huppertz (2010), o consumidor de cuidados de saúde é uma pessoa diferente, procura informação credível, de confiança para que possa tomar as suas decisões. A qualidade, o serviço, a conveniência e o preço são factores determinantes no processo de tomada de decisão. Na mente do consumidor a qualidade é experiência e cria a expectativa de obter bons resultados clínicos mas, a cima de tudo, pretende uma boa experiência (Runy, 2009). O consumidor é mais exigente, tem acesso a mais informação (Bozarth *et al.*, 2000), mais opções de escolha neste sector, fruto do crescimento do sector privado, ou seja da competitividade (Scalise, 2006). Este consumidor valoriza informação sobre a qualidade e o custo dos procedimentos médicos, e na maioria das vezes, disponível a um simples *click* no rato do computador (Scalise, 2006).

A satisfação do consumidor de cuidados de saúde é a reacção à sua experiência enquanto consumidor do serviço (Pascoe, 1983). A característica dos prestadores de cuidados de saúde que mais contribui para níveis elevados de satisfação do consumidor é o serviço personalizado, ou seja, tratar cada consumidor como único (Cleary e McNeil, 1988). A satisfação do consumidor também está relacionada com a acessibilidade, disponibilidade e conveniência dos serviços (Lochman, 1983; Pascoe, 1983).

Segundo o estudo *customer-experience* da PwC Health Research Institute, (2012), o que o consumidor mais valoriza é ter disponível todo o tipo de serviços de saúde num só local, cerca de 70% dos inquiridos. O acesso a informação *online* e *mobile* é referido por 65% dos inquiridos e 50% referem que valorizam os horários alargados das unidades de saúde (Runy, 2009).

De acordo com o estudo da Press Ganey Associates Inc., o paciente com idade entre os 35 e 49 é o novo consumidor, mais propenso a ter necessidades de cuidados de saúde do que os mais novos, procura informação na internet e apresenta níveis de satisfação mais baixos comparado com outros segmentos (Scalise, 2006).

O novo consumidor procura empatia, pretende resultados positivos, (Cleary e McNeil, 1988), procura informação, é um utilizador activo da internet, valoriza o serviço ao cliente, controla as suas decisões (Mettler, 2001). Por outro lado, segundo Bozarth *et al.* (2000), e de acordo com a investigação de Abraham *et al.* (2011) os factores que os consumidores consideram relevantes são a reputação dos médicos e a reputação das instituições. Este consumidor tem expectativas sobre a prestação de cuidados de saúde, espera receber cortesia e respeito do médico, espera que o médico explique, de uma forma perceptível, a sua situação clínica, espera que as instalações sejam modernas e limpas, espera levar um relatório ou informação sobre a situação clínica e sobre a doença, causas, sintomas e tratamento (Scalise, 2006). O consumidor procura informação, incentivos financeiros e ferramentas que o tornem independente nas suas decisões (Abraham *et al.*, 2011; Deloitte, 2008).

Nos Estados Unidos da América, mais de 60 milhões de pessoas recorrem a *blogs*, *websites*, redes sociais e outras aplicações sobre saúde. Estudos indicam que as pessoas passam mais tempo na internet do que a ver televisão (Renfrow, 2009). Segundo a pesquisa de Baranov e Sklyar (2005), o que impulsiona o consumo é a diversidade dos serviços, serviços complementares, ou seja a experiência do consumidor, e não a qualificação dos médicos.

3.3 Tendências de consumo de cuidados de saúde

Segundo o estudo da Deloitte (2008), as tendências do consumidor são; a conveniência, horários alargados, ferramentas *online* que permita o consumidor comparar instituições e serviços, no que diz respeito à qualidade e custo, com objectivo de procurar diferentes alternativas. O consumidor também procura monitorizar e controlar a sua saúde de forma independente.

Nos Estados Unidos da América e alguns países do norte da Europa, as empresas do sector de cuidados de saúde procuram ir de encontro às necessidades, tendências de

consumo, criando as clínicas de *retail*. Nos Estados Unidos da América, 81% do mercado de clínicas de retalho é detido por três grupos, *MinuteClinic*, *TakeCare* e *LittleClinic*, posicionadas nos cuidados primários e medicina preventiva, indo de encontro aos consumidores que não têm médico de família (Lave e Mehrotra, 2012).

Em Portugal este conceito está a ser explorado por duas grandes empresas do sector do retalho alimentar, a Sonae com o Grupo Wells e a Jerónimo Martins com as Walk'in clinics. Segundo a Deloitte (2012), a tendência do consumidor será o recurso a alternativas, como por exemplo, a clínicas de *retail*, ao farmacêutico e enfermeiro, à customização do seguro de saúde, procurando conveniência, proximidade, confiança e transparência dos serviços de saúde.

Outra das tendências mundiais é o turismo médico, ou seja, o consumidor desloca-se a outro país para obter cuidados de saúde (Munro, 2012) procurando qualidade superior, baixo custo ou reduzir o tempo de espera (Deloitte, 2008, 2009). Esta tendência pode ser explicada pelo conceito *e-health*. O acesso a informação *online* em todo o mundo é cada vez maior, as pessoas procuram informação sobre doenças, tratamentos, grupos de apoio a doenças crónicas, alternativas mais económicas, levando-as a procurar alternativas noutros países (Gerorgiou *et al.*, 2011). Outro factor que impulsiona o turismo médico é o incentivo de algumas seguradoras, ao criar parcerias com unidades de saúde de outros países para receber o consumidor, conseguindo assim reduzir custos para a seguradora e reduzir tempo de espera para o consumidor (Deloitte, 2009).

A tendência das empresas privadas de prestação de cuidados de saúde é de fornecer informação sobre saúde aos consumidores promovendo a prevenção, um estilo de vida saudável, aumentar a fidelização e reduzir o consumo desnecessário de urgências (Bozarth *et al.*, 2000).

A intensa competição neste sector leva a que hospitais criem uma identidade positiva da marca. Um dos caminhos para essa identidade positiva da marca, é a promoção da saúde, estilo de vida saudável, a educação da saúde, bem-estar, medicina preventiva. Estas novas necessidades levam a um aumento da integração com a comunidade (Bozarth *et al.*, 2000).

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

Este capítulo compreende dois pontos. O primeiro descreve o universo e a amostra em estudo. No segundo apresenta-se os métodos e instrumentos de recolha de dados e procede-se a uma breve caracterização da sua utilização.

4.1 Universo e amostra

Considera-se como Universo deste estudo, os residentes na Área Metropolitana de Lisboa, 2.815.851 residentes, representando 26,7% dos habitantes do país (Censos 2011). Foi recolhida uma amostra por conveniência de 245 indivíduos.

4.2 Método e instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados efectivou-se pela aplicação de um questionário (ver Anexo I), na plataforma *online* do Google. O questionário foi difundido pelas redes sociais, *Facebook* e *LinkedIn* e por *email*. O questionário esteve disponível *online* entre o dia 15 e 25 de Março de 2013.

O questionário é composto por duas partes principais, dados sociodemográficos e a caracterização do consumidor de cuidados de saúde, quanto á sua necessidade, motivação e atitude de consumo, bem como à importância da influência dos grupos e família, (abordando questões como: tipo de acordo ou sistema de saúde; frequência de uso de unidades de saúde; fidelidade, satisfação e que factores levam a mudar de unidade de saúde; qual o tipo de unidade de saúde recorre, se ao sector privado ou ao publico e em que situações; que meios utiliza para obter informação sobre cuidados de saúde; quais os factores determinantes na escolha da unidade de saúde; qual o horário de maior conveniência).

5.1 Caracterização da Amostra

No âmbito deste estudo, foram inquiridos 245 indivíduos residentes na Área Metropolitana de Lisboa.

Dos 245 inquiridos, 52% pertencem ao sexo feminino enquanto os restantes 48% são do sexo masculino (ver Figura 9).

Os inquiridos têm idades compreendidas entre os 22 e 62 anos, sendo que 66% dos inquiridos têm idades entre os 26 e os 45 anos e 27% têm idades entre 46 e 65 anos (ver Figura 10).

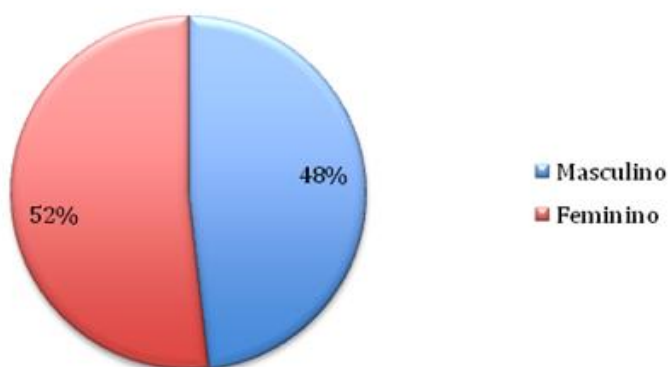


Figura 9 – Sexo dos Inquiridos

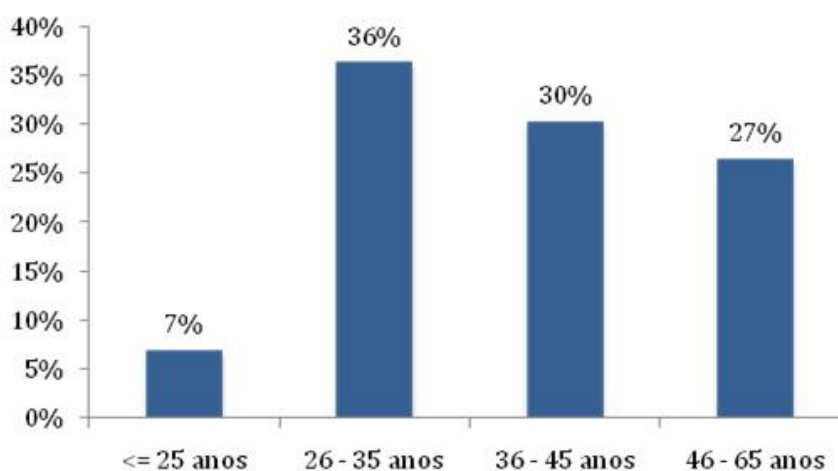


Figura 10 – Grupo Etário dos Inquiridos

Em relação às habilitações literárias, 86% dos inquiridos possuem formação superior e 13% completaram o ensino secundário, o que demonstra um elevado grau de escolaridade da amostra recolhida (ver Figura 11).

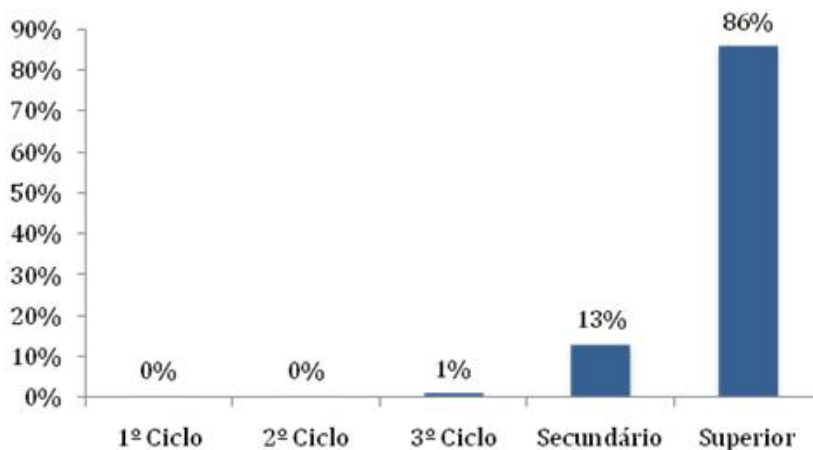


Figura 11 – Habilitações Literárias

Mais de metade dos inquiridos, (54%), são casados e 36% são solteiros (ver Figura 12).

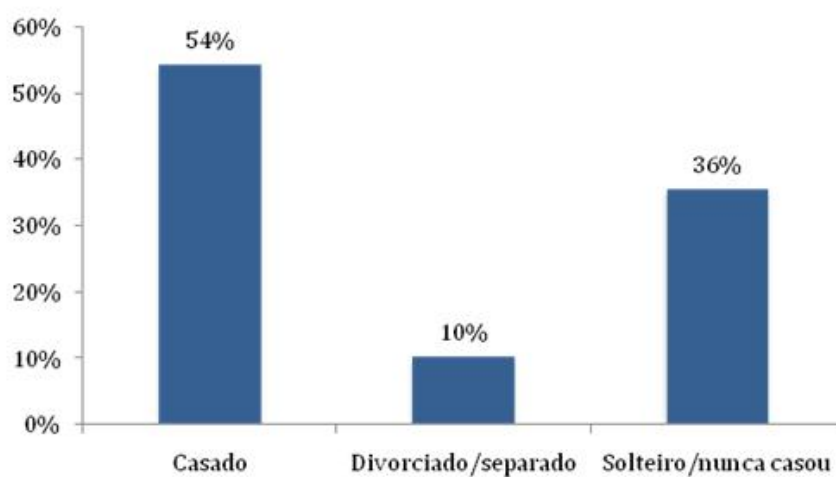


Figura 12 – Estado Civil dos Inquiridos

Em relação à actividade profissional, 60% dos inquiridos são técnicos de nível intermédio e quadros superiores. De destacar que 14% dos inquiridos são desempregados (ver Figura 13).



Figura 13 – Profissão dos Inquiridos

A generalidade dos agregados familiares tem até 4 indivíduos, 20% dos inquiridos vivem sozinhos, 21% pertencem a agregados familiares com 2 elementos, 27% dos inquiridos pertencem a agregados familiares com 3 elementos, 23% dos inquiridos pertencem a agregados familiares com 4 elementos (ver Figura 14).

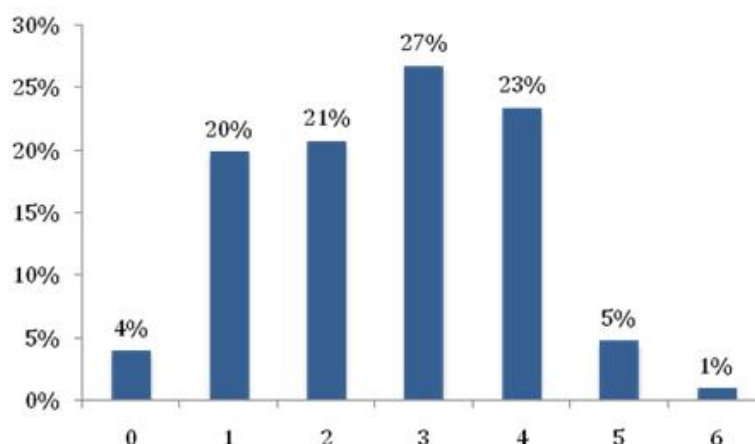


Figura 14 – Número de elementos do agregado familiar dos Inquiridos

O rendimento mensal líquido, do agregado familiar mais frequente encontra-se entre 1.001€ e 2.000€. Cerca de 63% dos inquiridos têm como valor máximo de rendimento mensal líquido do seu agregado de 3.000€, 10% apresentam como rendimentos do agregado um valor inferior a 1.000€ líquidos por mês e 9% apresentam como rendimento do agregado um valor superior a 6.000€ (ver Figura 15).

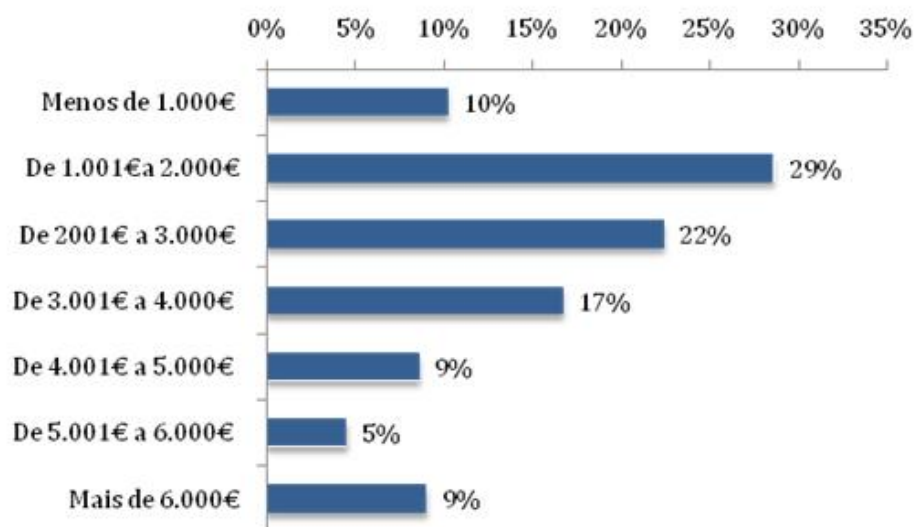


Figura 15 – Rendimentos do agregado familiar dos Inquiridos

5.2 O Comportamento do Consumidor

O presente estudo pretende caracterizar o consumidor de cuidados de saúde da Área Metropolitana de Lisboa, respondendo a questões tais como; onde, quando, como e porquê utilizam os cuidados de saúde. Pretende-se destacar as características individuais e variáveis de comportamento que tendem a expressar as necessidades, motivações e atitudes de compra, bem como, as forças externas influenciadoras no comportamento e decisão de escolha do consumidor de cuidados de saúde da Área Metropolitana de Lisboa.

5.2.1 A necessidade do consumidor

Neste estudo para se compreender melhor a necessidade do consumidor em relação aos cuidados de saúde, questionou-se os inquiridos quanto à frequência de utilização de unidades de saúde. Assim 64% dos inquiridos recorrem a unidades de saúde 1 a 3 vezes por ano, 23% recorrem a unidades de saúde com frequência, entre 4 a 6 vezes por ano e 9% mais do que 6 vezes por ano. Apenas 4% dos inquiridos nunca utiliza unidades de saúde (ver Figura 16).

Não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre o grupo etário das pessoas e a frequência com que as mesmas vão a uma unidade de saúde, ou seja, o facto de as pessoas terem mais ou menos idade não tem qualquer relação com irem mais ou menos a unidades de saúde ($\alpha = 0,05$) (ver anexo II).

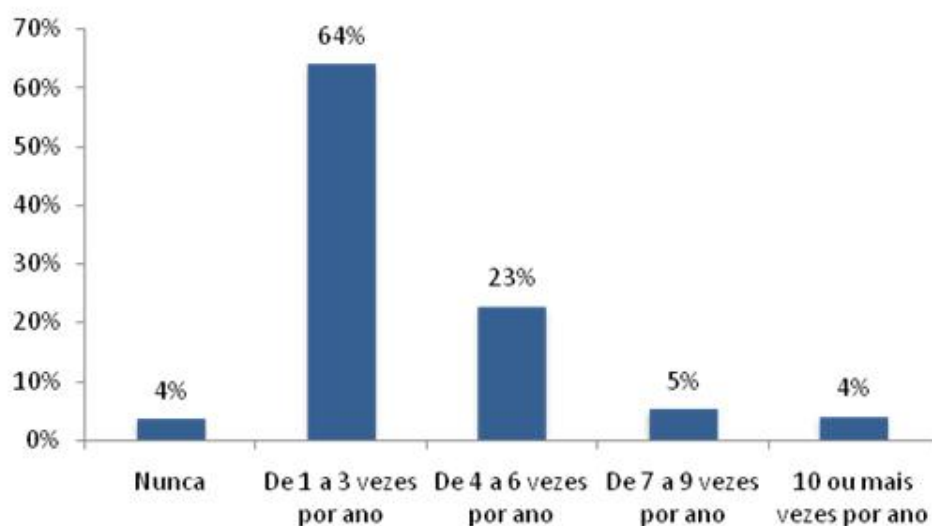


Figura 16 – Frequência de utilização de unidades de saúde

No último ano, 18% dos inquiridos precisaram e não recorreram a cuidados de saúde, enquanto que 65% precisaram e recorreram a unidades de cuidados de saúde e 17% não precisaram de cuidados de saúde (ver Figura 17). O principal motivo para que 18% dos inquiridos não recorressem a unidades de saúde, embora precisassem, foi o facto de os problemas ou sintomas desaparecerem, o segundo motivo mais referido foi a falta de tempo e o terceiro foi a lista de espera muito longa (ver Figura 18).

Segundo a hierarquia das necessidades de Maslow (ver Figura 7), os cuidados de saúde seriam uma necessidade de nível 1, fisiológica. No entanto, verifica-se que, no último ano existiu uma grande necessidade de serviços de saúde, 83% dos consumidores precisaram de cuidados de saúde e constata-se que 18% dos consumidores não recorreram aos serviços de saúde.

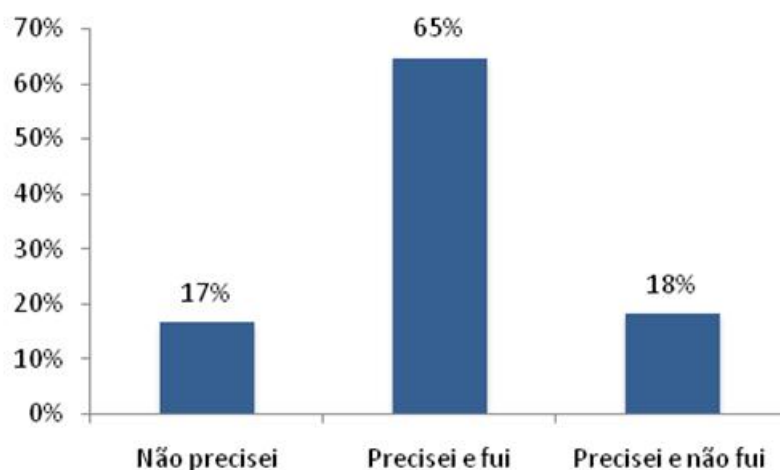


Figura 17 – Utilização de uma unidade de saúde no último ano



Figura 18 – Razões para não terem usado serviços de saúde no último ano

5.2.2 A motivação do consumidor

A motivação é descrita pela força interna ao indivíduo, que o leva a agir num sentido particular e a criar um comportamento cujo objectivo está pré-determinado (Dubois, 2005).

Neste estudo pretende-se caracterizar o consumidor de cuidados de saúde da Área Metropolitana de Lisboa quanto aos factores motivacionais que o levam a consumir cuidados de saúde, como por exemplo, o tipo de sistema e acordos de saúde, os aspectos que mais valorizam na escolha de uma unidade de saúde de acordo com o tipo de situação, quer seja programada ou não, o horário mais conveniente e se estão disponíveis para pagar mais por consulta ao domicílio.

O facto de as pessoas terem seguro de saúde, sistemas ou subsistemas de saúde motiva o consumo de cuidados de saúde (Bozarth *et al.*, 2000).

A grande maioria dos inquiridos tem seguro de saúde e sistema nacional de saúde, (64% e 63%, respectivamente) (ver Figura 19).

Dos inquiridos apenas 20% utilizam quase sempre ou sempre o SNS e 43% recorrem ao seguro de saúde quase sempre ou sempre (ver Figura 20).

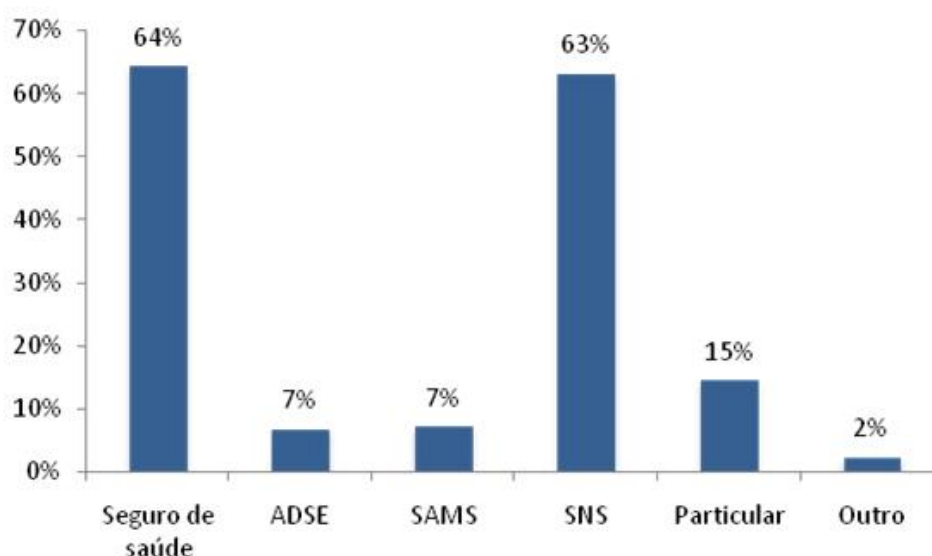


Figura 19 – Acordos de saúde

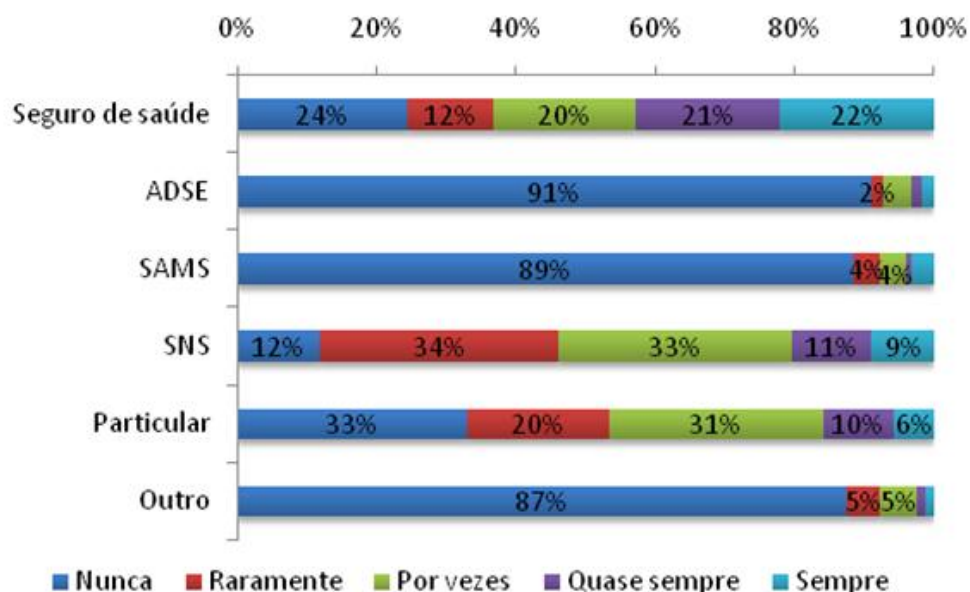


Figura 20 – Utilização dos acordos de saúde

Quando questionados sobre a importância dos factores que levam a escolher uma unidade de saúde em situações programadas, 90% dos inquiridos consideraram a reputação do médico, 85% consideraram a reputação da instituição, 82% consideraram a referência de outro médico e 77% destacam os tipos de acordos como factores importantes e muito importantes. Por outro lado, 63% dos inquiridos consideraram a publicidade em televisão, rádio e jornais pouco ou nada importante na escolha de uma unidade de saúde em situações programadas. Em relação à proximidade de transportes públicos, 47% dos inquiridos referem que é pouco ou nada importante na escolha de uma unidade de saúde em situações programadas (ver Figura 21).

Os indivíduos do sexo feminino consideram mais importante a reputação do médico, a referência de outro médico, os tipos de acordos, proximidade do local de trabalho, o preço e referência de amigos e familiares como factores que levam a escolher uma unidade de saúde em situações programadas do que os indivíduos do sexo masculino ($\alpha = 0, 05$) (ver anexo III).

Os indivíduos menores de 25 anos valorizam mais a informação da família e amigos na decisão de escolha de uma unidade de saúde em situações programadas do que os restantes grupos etários ($\alpha = 0, 05$), talvez por ainda não terem um conhecimento formado sobre os serviços de saúde, que permita tomar uma opção por eles próprios. Os indivíduos com idade entre os 26 e 35 anos consideraram mais importante a proximidade do local de trabalho, os tipos de acordos de saúde, proximidade de transportes públicos e a publicidade

em televisão, rádio, jornais na escolha de uma unidade de saúde em situações programadas do que os restantes grupos etários ($\alpha = 0, 05$) (ver Figura 22; ver anexo IV).

Conclui-se que os inquiridos escolhem a sua unidade de saúde para situações programadas de acordo com a reputação dos médicos e das instituições e referência médica, o que vai ao encontro das investigações de Bozarth *et al.* (2000) e Abraham *et al.* (2011).

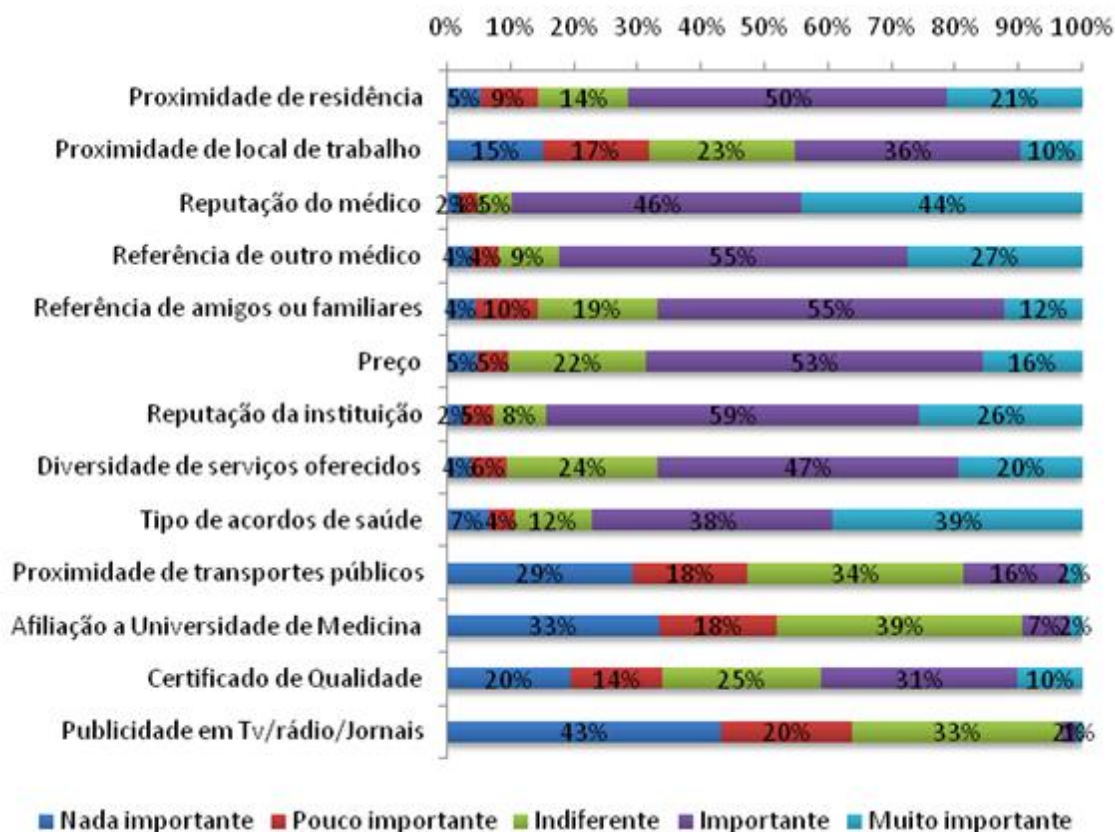


Figura 21 – Factores relevantes na escolha da unidade de saúde em situações programadas

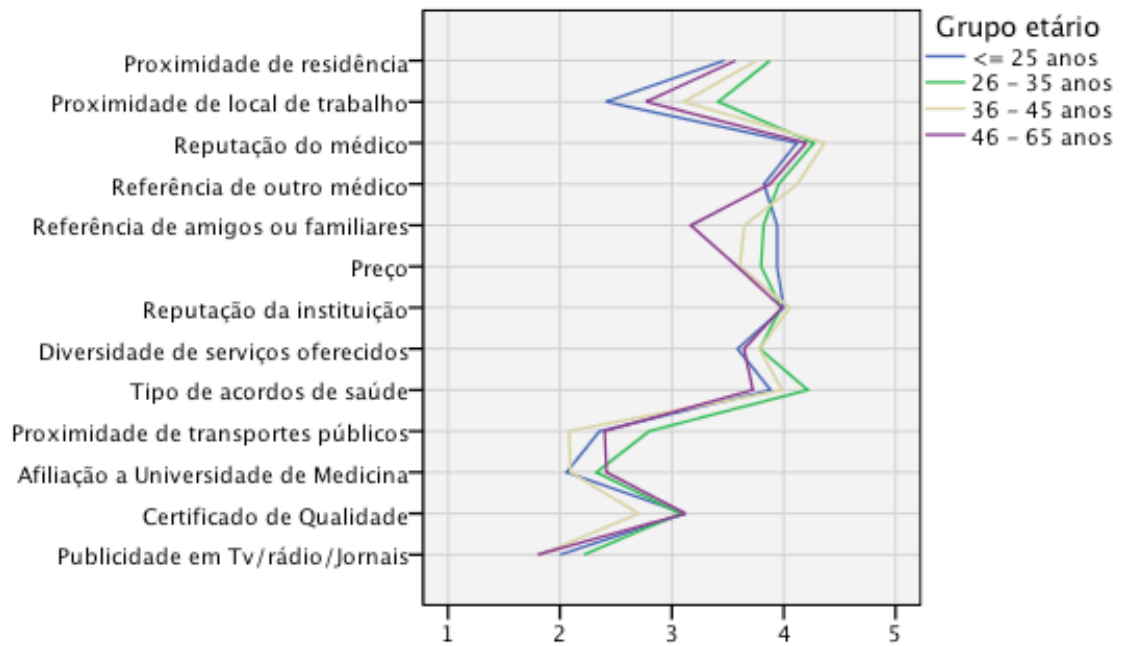


Figura 22 – Factores relevantes na escolha da unidade de saúde em situações programadas segundo o grupo etário

Nas situações não programadas o comportamento do consumidor é diferente. Cerca de 78% dos inquiridos consideram a proximidade de residência como factor importante e muito importante na escolha de uma unidade de saúde, 77% consideram a reputação da instituição como importante e muito importante (ver Figura 23).

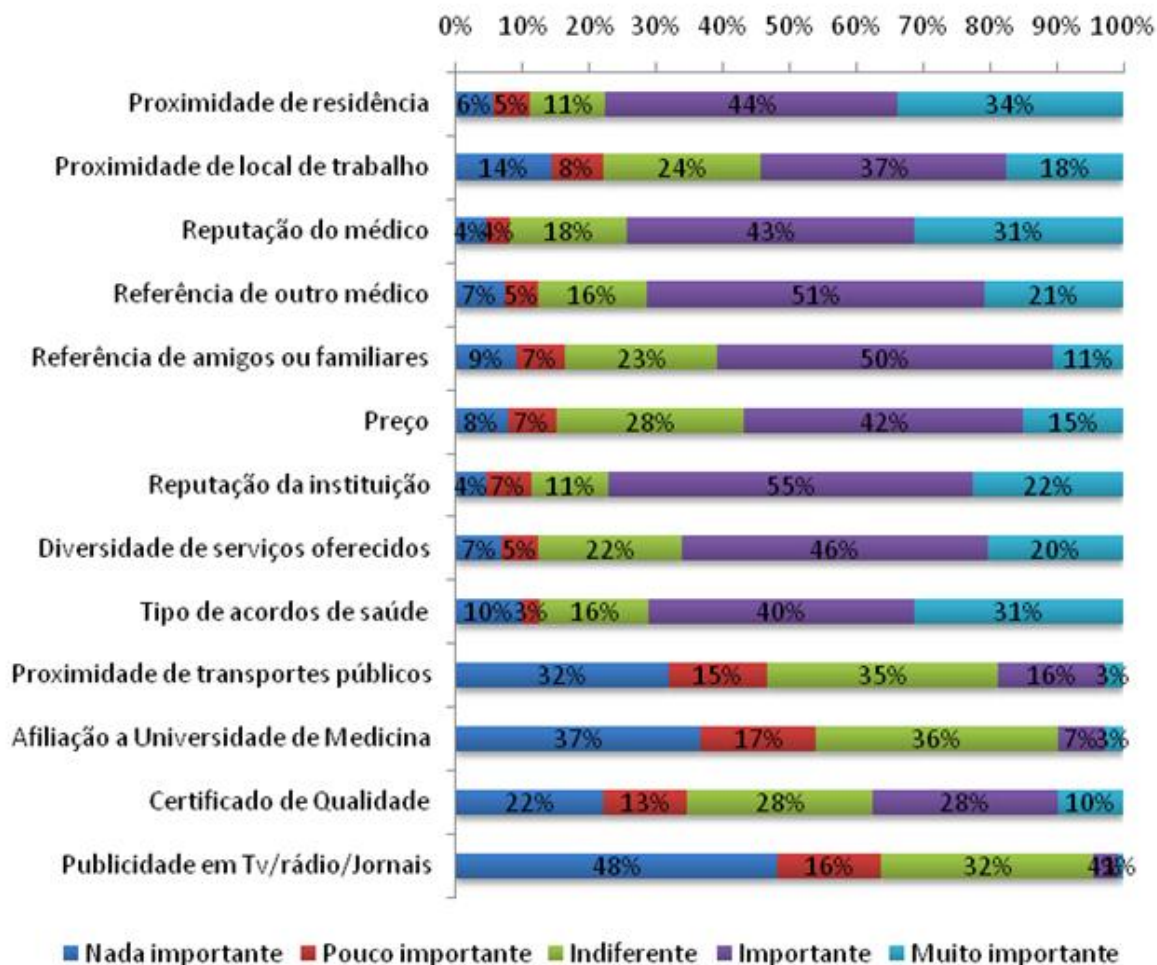


Figura 23 – Factores relevantes na escolha da unidade de saúde em situações não programadas

Os indivíduos do sexo feminino valorizam mais a proximidade de residência, proximidade de local de trabalho e referência de amigos ou familiares para a tomada de decisão de uma unidade de saúde em situações não programadas, do que os indivíduos do sexo masculino ($\alpha = 0, 05$) (ver Figura 24; ver anexo V).

Os indivíduos com idade entre os 26 e 35 anos consideraram mais importante a proximidade do local de trabalho, proximidade de residência, proximidade de transportes públicos e a publicidade em televisão, rádio, jornais na escolha de uma unidade de saúde em situações não programadas do que os restantes grupos etários ($\alpha = 0, 05$) (ver anexo VI).

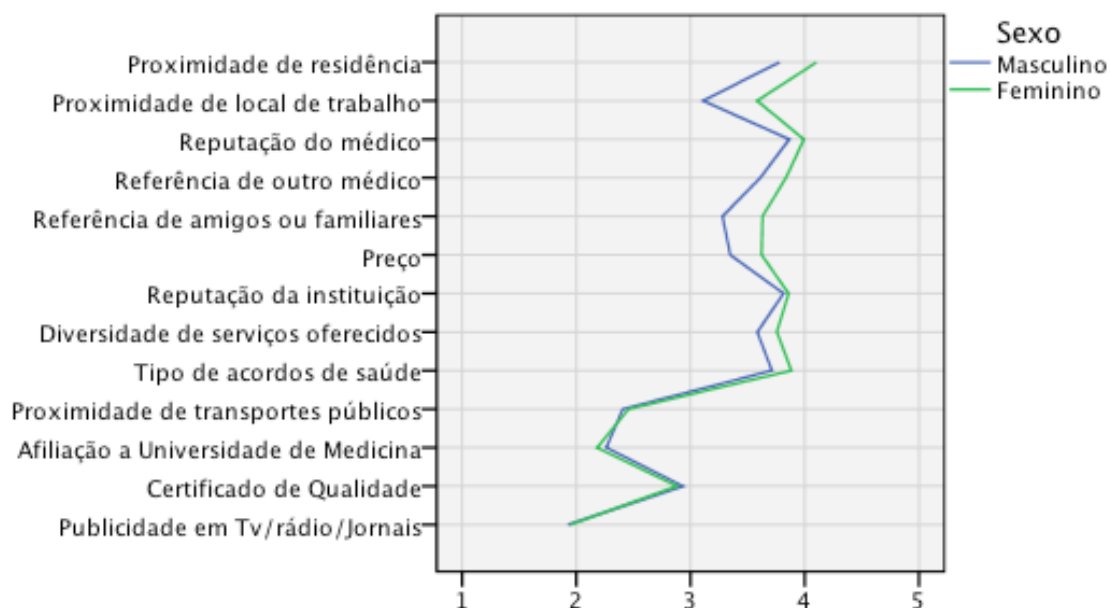


Figura 24 – Factores relevantes na escolha da unidade de saúde em situações não programadas segundo o sexo

No que diz respeito ao factor conveniência, 47% dos inquiridos preferem o horário pós laboral das 18h às 20h para consultas programadas (ver Figura 25). Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verifica diferenças estatisticamente significativas entre o horário mais conveniente para consultas programadas entre os indivíduos do sexo feminino e masculino e entre os indivíduos dos diferentes grupos etários (ver anexo VII e VIII).

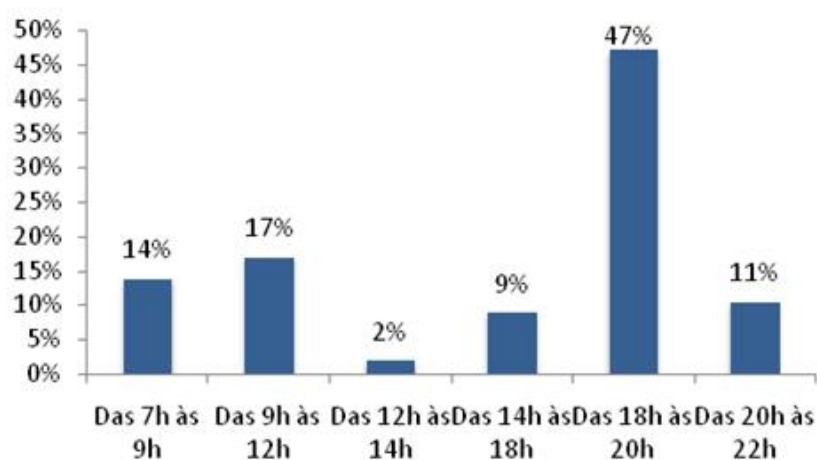


Figura 25 – Horário mais conveniente para consultas programadas

Relativamente ao horário mais conveniente para exames e análises, 50% dos inquiridos preferem o horário das 7h às 9h, fruto da natureza do próprio serviço, tendo em consideração que algumas análises devem ser realizadas em jejum. No entanto é de destacar que o horário das 18h às 20h foi referido por 18% dos inquiridos como o mais conveniente (ver Figura 26).

Verifica-se uma relação entre o horário mais conveniente para exames e análises e o grupo etário dos indivíduos, sendo que os indivíduos entre os 26 e 35 anos têm maior preferência pelo horário das 18h às 20h e os indivíduos com mais de 45 anos têm uma menor preferência por este horário ($\alpha = 0,05$) (ver anexo IX).

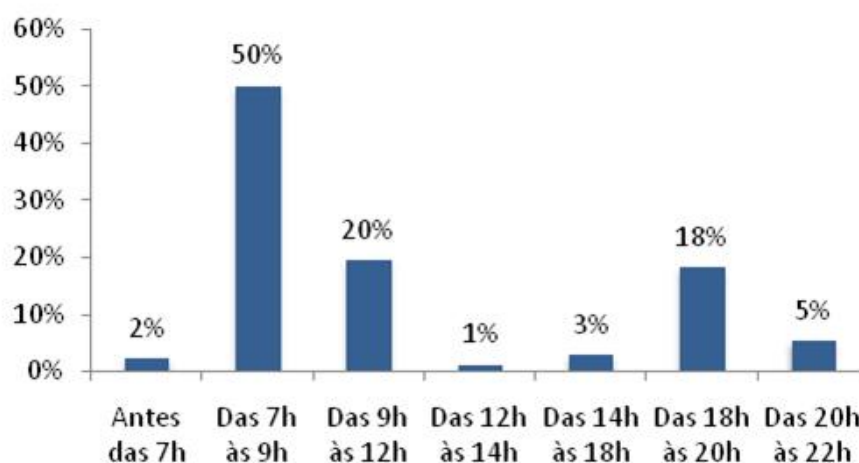


Figura 26 – Horário mais conveniente para exames e análises

Quando analisado a importância dos serviços disponíveis ao sábado durante todo o dia, 79% dos inquiridos consideram muito importante o serviço de urgência e 40% consideram muito importante o facto de poderem efectuar consultas programadas ao sábado durante todo o dia (ver Figura 27).

Os indivíduos do sexo feminino valorizam mais que as unidades de saúde estejam a funcionar ao sábado durante todo o dia para consultas programadas, para análises e exames, do que os indivíduos do sexo masculino ($\alpha = 0,05$) (ver anexo X).

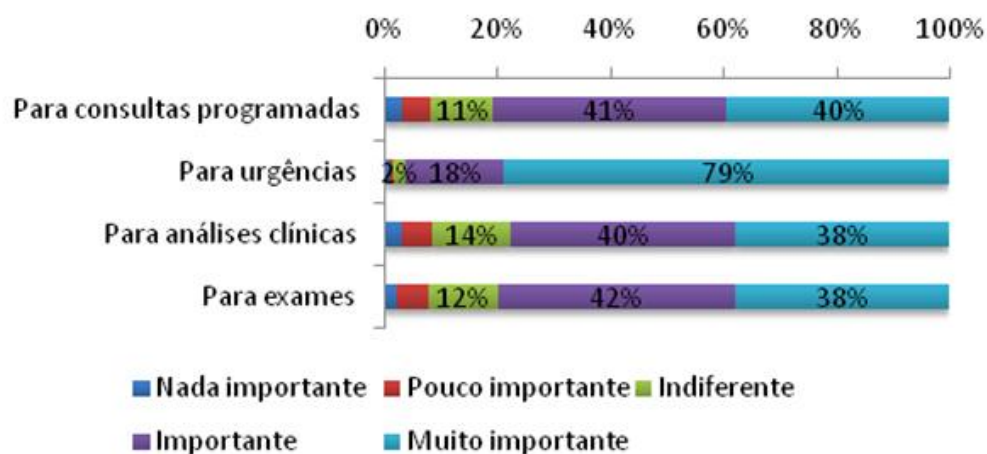


Figura 27 – Grau de importância dos serviços disponíveis ao sábado durante todo o dia

Por último, relativamente aos factores motivacionais influenciadores no comportamento do consumo de cuidados de saúde, foi perguntado aos inquiridos se estariam disponíveis para pagar mais para terem consultas ao domicílio. Pouco mais de metade (56%) dos inquiridos dizem estar disponíveis para esta situação (ver anexo XI).

Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre as pessoas estarem disponíveis ou não para pagar mais por consulta ao domicílio e factores sociodemográficos como o sexo e o grupo etário (ver anexo XII e XIII).

5.2.3 A atitude do consumidor

A atitude do consumidor é o elo de ligação entre a motivação e o comportamento em relação a um produto, serviço ou ideia (Lendrevie *et al.*, 2000). Neste estudo pretende-se caracterizar a atitude dos consumidores face ao serviço de cuidados de saúde, através da análise de factores de fidelização, de satisfação e da escolha do tipo de unidades de saúde consoante o tipo de necessidade.

Em relação à fidelidade a uma unidade de saúde, 53% dos inquiridos referem não utilizar sempre a mesma unidade (ver anexo XIV). Conclui-se também que quanto mais

novos são os inquiridos, menos fieis são a uma unidade de saúde ($\alpha = 0,05$) (ver anexo XV).

Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre a fidelidade de uma unidade de saúde e o sexo (ver anexo XVI).

Quanto aos factores que conduzem à fidelização, 71% dos inquiridos referem o médico como factor muito importante para continuarem a privilegiar a unidade de saúde que utilizam com mais frequência (ver anexo XVII). Os indivíduos do sexo feminino consideram o médico como factor mais importante para continuarem a privilegiar a unidade de saúde que utilizam com mais frequência, do que os indivíduos do sexo masculino ($\alpha = 0,05$) (ver anexo XVIII). Os indivíduos de idade compreendida entre os 36 e 45 anos consideram o médico mais importante para continuarem fieis à unidade de saúde que utilizam com mais frequência, do que os indivíduos mais novos ($\alpha = 0,05$) (ver anexo XIX).

Em relação à escolha da unidade de saúde para situações programadas, é de realçar que os inquiridos optam mais pelo sector privado, do que o sector público, sendo que 47% referem utilizar quase sempre e sempre o hospital privado, 31% referem utilizar quase sempre e sempre o consultório médico e 30% referem utilizar quase sempre e sempre a clínica médica. Em relação a unidades de saúde do sector público, os inquiridos utilizam mais os centros de saúde do que os hospitais. De salientar que 50% dos inquiridos referem nunca recorrer a unidades de saúde familiar para situações programadas (ver Figura 28).

Os indivíduos masculinos utilizam mais frequentemente as unidades de saúde familiar do que os indivíduos do sexo feminino; por outro lado, os indivíduos do sexo feminino recorrem com mais frequência a consultórios médicos do que os indivíduos do sexo masculino ($\alpha = 0,05$) (ver anexo XX). Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde para situações programadas entre os vários grupos etários (ver anexo XXI).

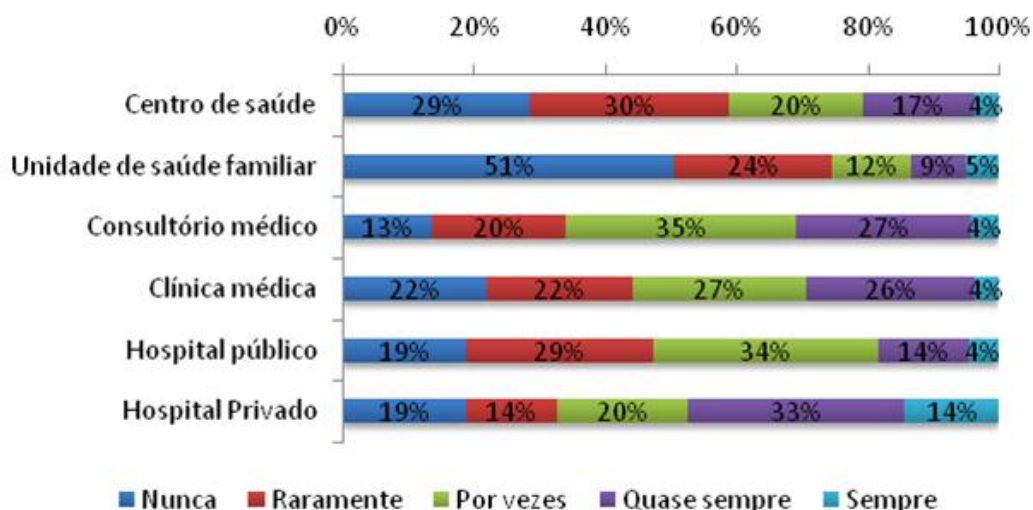


Figura 28 – Escolha da unidade de saúde para situações programadas

Os inquiridos quando precisam de cuidados de saúde em situações não programadas recorrem mais a hospitais do que a unidades de ambulatório, como por exemplo, clínicas, consultórios, centros de saúde e unidades de saúde familiar. Sendo que 53% dos inquiridos recorrem quase sempre e sempre a hospitais privados e 38% dos inquiridos recorrem quase sempre e sempre a hospitais públicos. De destacar que 59% dos inquiridos referem nunca recorrer a unidades de saúde familiar para situações não programadas.

Em suma, para situações não programadas não é evidente uma distinção de preferência entre unidades do sector público e privado, ao contrário de situações programadas, é evidente que em situações não programadas os inquiridos optam por hospitais, em vez de unidades de ambulatório, possivelmente pelo serviço de urgência e pelo facto de os hospitais terem um horário de funcionamento mais alargado e estarem preparados para todo o tipo de situações (ver Figura 29).

Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas na frequência da escolha de cada tipo de unidade de saúde para situações não programadas, entre os indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino, e entre os indivíduos dos diversos grupos etários (ver anexo XXII e XXIII).

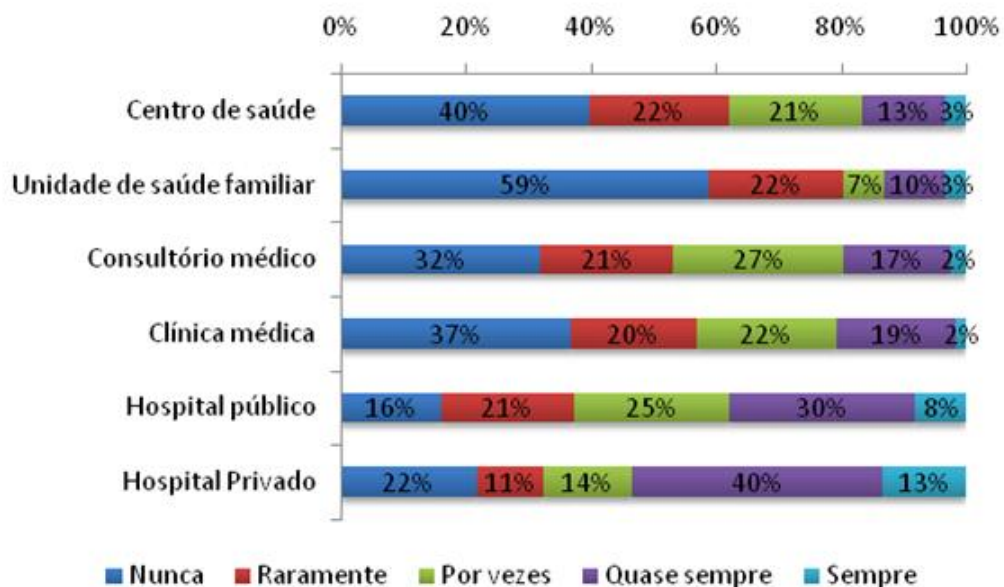


Figura 29 – Escolha da unidade de saúde para situações não programadas

Analisando o grau de satisfação dos inquiridos em relação à unidade de saúde que utilizam com mais frequência, verifica-se que 39% estão muito satisfeitos com o serviço prestado pelo médico, 20% muito satisfeitos com as instalações da unidade de saúde e 18% muito satisfeitos com o serviço prestado pelos enfermeiros. Em relação ao estacionamento para automóvel nas unidades de saúde, 15% dos consumidores revelam estar insatisfeitos e muito insatisfeitos (ver Figura 30).

Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas no grau de importância atribuído a cada um dos factores que contribuem para a satisfação da utilização das unidades de saúde, entre os indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino (ver anexo XXIV).

O consumidor com idade entre os 26 e 35 anos, é quem está mais satisfeito com o estacionamento e o serviço dos enfermeiros das unidades de saúde que utilizam com mais frequência ($\alpha = 0,05$) (ver anexo XXV).

O consumidor com idade entre os 36 e 45 anos está mais satisfeito com o serviço prestado pelo médico do que o consumidor mais jovem ($\alpha = 0,05$) (ver anexo XXV).

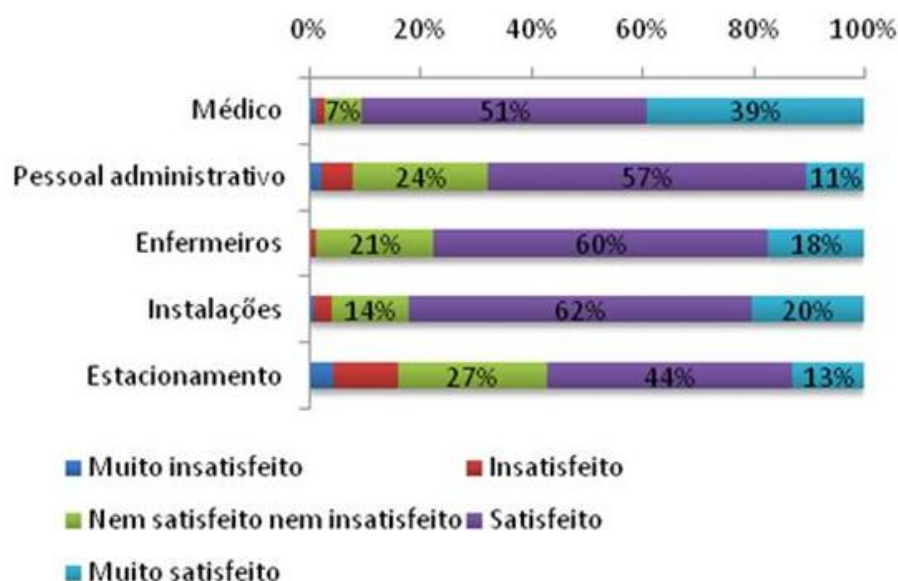


Figura 30 – Grau de satisfação dos serviços das unidades de saúde

Quando questionados sobre o grau de importância de determinados factores que contribui para a mudança de unidade de saúde, 64% dos inquiridos referem o médico como factor muito importante e 58% a qualidade clínica, ou seja, para reter e aumentar a fidelidade dos consumidores, deve-se apostar na equipa médica.

O consumidor de cuidados de saúde dos tempos de hoje é mais exigente, e se tiver uma má experiência troca de unidade de saúde, pois verifica-se que 88% dos inquiridos consideram importante e muito importante o facto de ter uma má experiência para mudar de unidade de saúde (ver Figura 31).

O consumidor do sexo feminino dá mais importância ao serviço médico como factor de mudança de unidade de saúde do que o consumidor do sexo masculino ($\alpha = 0,05$) (ver anexo XXVI).

O consumidor com idade entre os 26 e 35 anos valoriza mais a abrangência dos serviços nas unidades de saúde, do que os restantes grupos etários ($\alpha = 0,05$) (ver anexo XXVII).

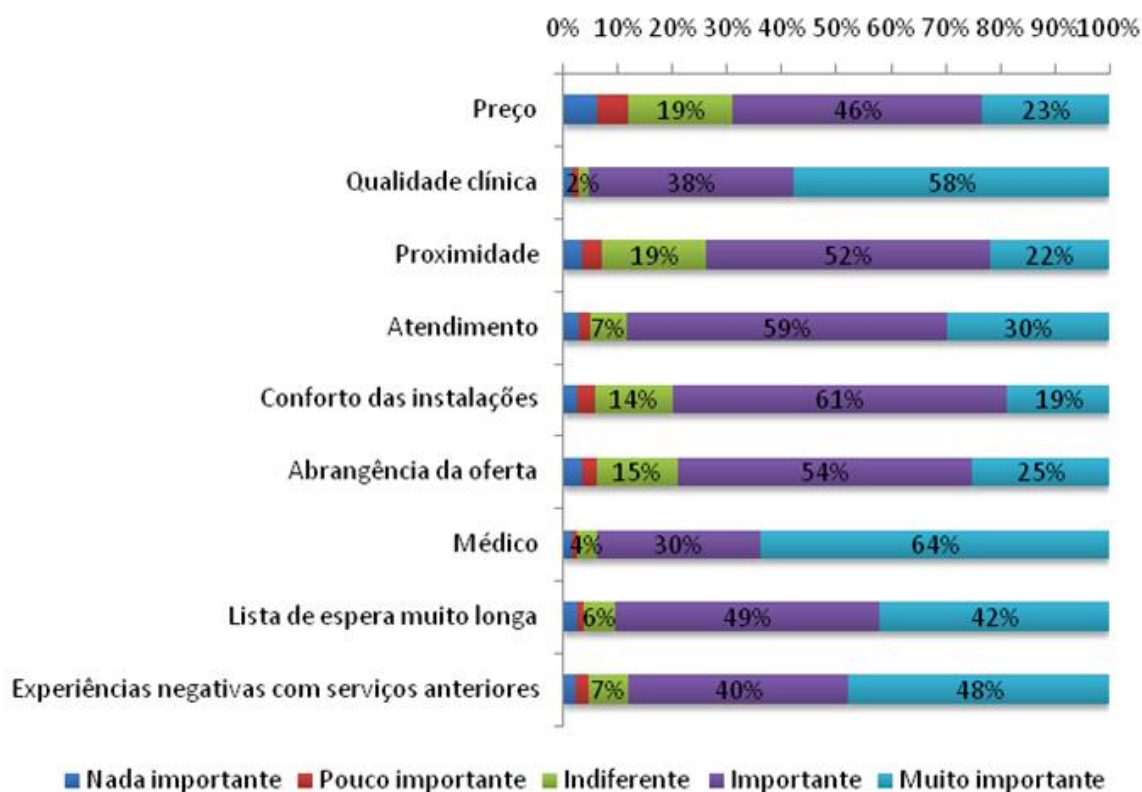


Figura 31 – Factores que levam a mudar de unidade de saúde

5.2.4 Grupos influenciadores na escolha do consumidor

A família é um grupo primário, que se caracteriza por ser de dimensão reduzida, de uma interacção directa entre todos os membros (Dubois, 2005). Podem assumir uma posição de iniciadores, influenciadores, decisores, compradores e usuários (Hooley *et al.*, 2005; Mowen e Minor, 1998).

Neste ponto do estudo procura-se conhecer quais os meios de informação que influenciam a escolha do consumidor e a importância da influência da família na tomada de decisão. O processo de escolha das unidades de saúde e de seguradoras envolve interacção com grupos de referência, família, amigos profissionais de saúde (Sangl e Wolf, 1996).

O médico assume um papel importante na referência e divulgação de informação sobre cuidados de saúde. Cerca de 18% dos inquiridos recorrem sempre ao médico para obter informação sobre cuidados de saúde. A família e amigos têm também um papel importante na influência do consumidor na tomada de decisão, pois 24% dos inquiridos

revelaram recorrer quase sempre e sempre à família e amigos para obterem informação sobre cuidados de saúde. Em relação aos meios *online* os consumidores privilegiam os motores de pesquisa em vez dos *websites* e *blogs*, sendo que 69% dos inquiridos admitem nunca utilizarem os *blogs* para obterem informação sobre cuidados de saúde, por outro lado, 19% dos inquiridos revelam recorrer quase sempre e sempre, a motores de pesquisa *online* para recolha de informação sobre cuidados de saúde (ver Figura 32).

Estes dados são o oposto de estudos realizados nos Estados Unidos da América, onde mais de 60 milhões de pessoas recorrem a *blogs*, *websites*, redes sociais e outras aplicações sobre saúde (Renfrow, 2009).

O consumidor feminino valoriza mais os amigos e familiares, a farmácia e os motores de pesquisa *online* para obtenção de informação de cuidados de saúde do que o consumidor masculino ($\alpha = 0,05$) (ver anexo XXVIII).

O consumidor mais jovem utiliza com maior frequência os amigos e familiares para obter informação sobre cuidados de saúde, do que o mais velho, por outro lado o consumidor mais velho privilegia o médico para obter informação sobre cuidados de saúde.

O consumidor com idade entre os 26 e os 35 anos recorre mais à farmácia e a motores de pesquisa *online*, para obter informação sobre cuidados de saúde, do que o consumidor dos restantes grupos etários ($\alpha = 0,05$) (ver anexo XXIX).

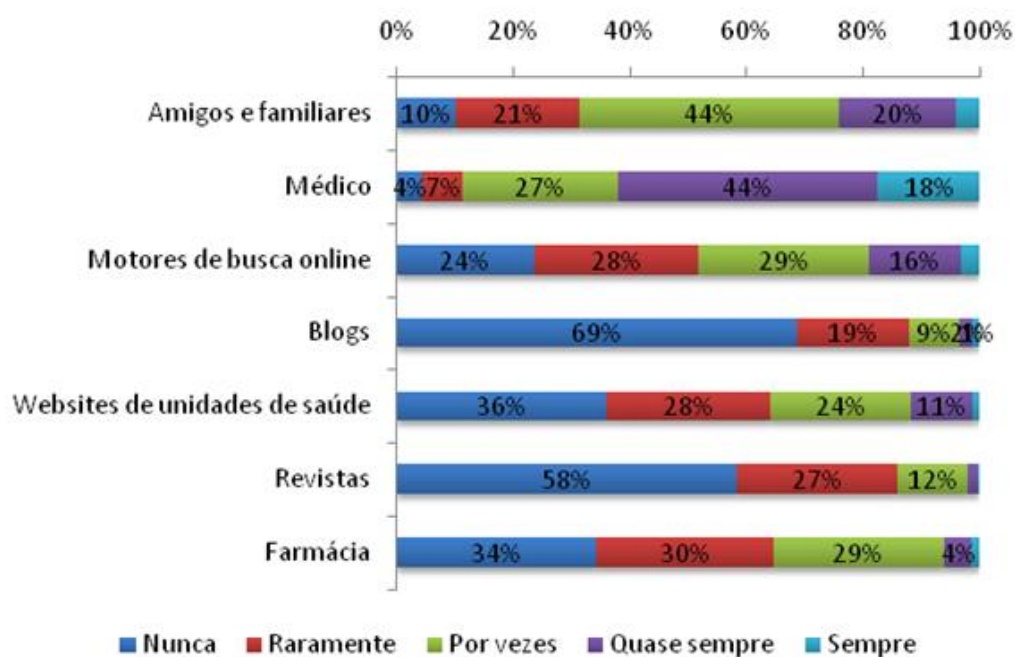


Figura 32 – Frequência de utilização de meios de informação sobre cuidados de saúde

Na escolha da unidade de saúde verifica-se que a maioria dos inquiridos toma a decisão sozinho (68% e 64%, para situações programadas e não programadas, respectivamente). No entanto, verifica-se que em situações não programadas os inquiridos recorrem mais à opinião do(a) esposo(a) (34%, do que em situações programadas, 30% em situações não programadas) (ver Figura 33e Figura 34).

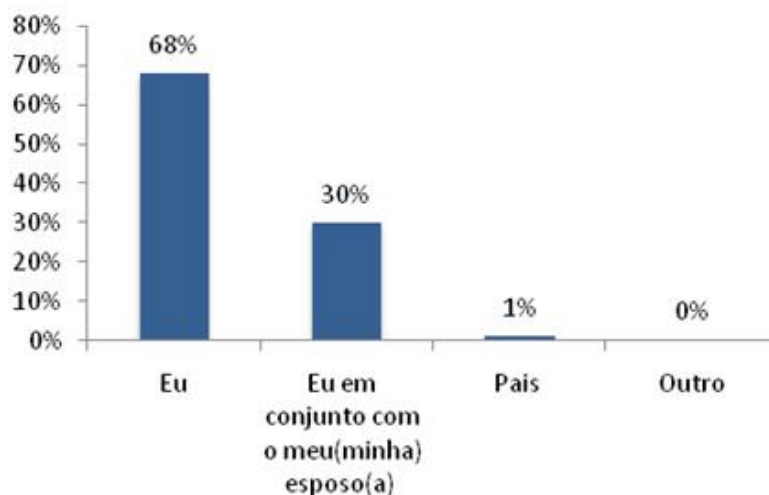


Figura 33 – O decisor da escolha da unidade de saúde em situações programadas

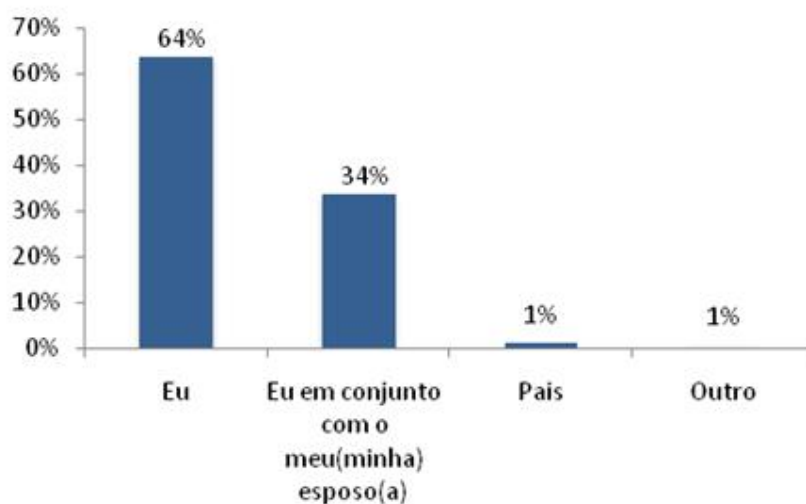


Figura 34 – O decisor da escolha da unidade de saúde em situações não programadas

CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO

O sector de cuidados de saúde em Portugal é composto pelo sector público e pelo privado. Nos últimos anos tem se verificado um aumento significativo do peso do sector privado, em que os actuais *players* aumentam a sua capacidade instalada e surgem novos *players*. Por outro lado, o estado tem sido obrigado a reduzir custos com saúde, a fechar unidades de saúde e a aumentar as taxas moderadoras. Verifica-se também um aumento de número de pessoas com seguro de saúde, o que torna possível os consumidores recorrerem ao sector privado com mais facilidade e menor custo. Neste momento de transformação do sector de prestação de cuidados de saúde surge um novo consumidor e a necessidade de se estudar o seu comportamento, para que as empresas privadas possam adequar as suas estratégias de crescimento e adequar a oferta e níveis de serviço de acordo com as necessidades do consumidor.

Um bom *benchmarking* é o mercado dos Estados Unidos da América pelo facto do sector de cuidados de saúde ser exclusivamente privado, e de existir um perfeito conhecimento do consumidor.

Nos Estados Unidos da América, o consumidor já tem disponível as clínicas de *retail*. Em Portugal este conceito iniciou-se há apenas cerca de 1 ano através do Grupo Jerónimo Martins. O consumidor americano valoriza muito a conveniência e proximidade (Abraham *et al.*, 2011; Lochman, 1983; Pascoe, 1983), é mais independente, mais exigente (Bozarth *et al.*, 2000), procura informações sobre saúde *online*, em *blogs*, *websites* e redes sociais (Carlson e Huppertz, 2010; Scalise, 2006; Mettler, 2001) propenso a trocar de médicos e instituições, sensível ao preço (Runy, 2009) e até receptivo a viajar para outro país para obter cuidados de saúde (Gerorgiou *et al.*, 2011; Deloitte, 2009), características semelhantes aos perfis *Shop & Save* e *Out & About* propostos pela Deloitte (2008).

Este estudo demonstra que o consumidor de cuidados de saúde da Área Metropolitana de Lisboa, utiliza com frequência as unidades de saúde, e a grande maioria tem e utiliza o seguro de saúde. No último ano a grande maioria dos consumidores precisaram de prestação de cuidados de saúde, no entanto nem todos recorreram a unidades de saúde, e a justificação apresentada foi a de os problemas desaparecerem e falta de tempo. Apesar de apontar o motivo de falta de tempo para não recorrer a prestação de cuidados de saúde, embora precisasse, o consumidor ainda não valoriza o facto de as unidades de saúde

estarem a funcionar ao sábado todo o dia para consultas, tanto como para urgências. Mas no entanto, está disponível para pagar mais por uma consulta ao domicílio.

Constata-se que não existe fidelidade em relação às unidades de saúde. Conclui-se também que quanto mais novos são os residentes da Área Metropolitana de Lisboa, menos fiéis são a uma unidade de saúde. O factor principal de fidelização é o médico.

O consumidor quando precisa de cuidados de saúde para situações programadas opta mais pelo sector privado, do que o sector público, e o horário preferencial é o pós laboral das 18h às 20h para consultas e das 7h às 9h para exames e análises. Nas situações não programadas a opção incide mais nos hospitais do que unidades de ambulatório, independentemente de serem privadas ou públicas. O que leva o consumidor a escolher as unidades para situações programadas é a reputação do médico e da instituição e referências de outro médico. Os indivíduos menores de 25 anos valorizam mais a informação da família e amigos na decisão de escolha de uma unidade de saúde em situações programadas do que os restantes grupos etários, talvez por ainda não terem um conhecimento formado sobre os serviços de saúde. Para situações não programadas, o que leva o consumidor a optar por uma unidade de saúde é a proximidade da residência e a reputação da instituição. O nível de satisfação do consumidor está relacionado com o médico e as instalações das unidades de saúde, a insatisfação está relacionada com o estacionamento nas unidades de saúde. O consumidor refere o médico e más experiências anteriores, como motivos para trocar de unidade de saúde.

O consumidor quando precisa de informação sobre saúde procura junto do médico e família ou amigos, em relação aos meios *online*, privilegia os motores de pesquisa. Os consumidores mais jovens utilizam com maior frequência os amigos e familiares para obter informação sobre cuidados de saúde, do que os mais velhos, por outro lado os consumidores mais velhos privilegiam o médico para obterem informação sobre cuidados de saúde. Na escolha da unidade de saúde, o consumidor toma a decisão sozinho, tanto para situações programadas como para não programadas.

Este estudo apresenta limitações na sua metodologia e recolha de amostragem. O facto de a recolha ter sido por conveniência, *online*, não tornou possível ter uma maior abrangência de grupos etários, não dispendo de inquiridos com idade superior a 65 anos. Sugere-se a elaboração de um estudo sobre o comportamento do consumidor com abrangência nacional. Algumas questões se levantam, como por exemplo, será que o consumidor da Área Metropolitana de Lisboa irá evoluir para um perfil semelhante ao americano, mais independente, propenso a trocar de médicos e instituições, sensível ao

preço, que valoriza as clínicas de *retail*, conveniência e proximidade e até receptivo a viajar para outro país para obter cuidados de saúde?

Este estudo permitiu um melhor conhecimento do consumidor de cuidados de saúde da Área Metropolitana de Lisboa, área onde se concentram o maior número de unidades de saúde privadas, para que possa ser usado nas decisões estratégicas de gestão e marketing.

Em suma, o consumidor de cuidados de saúde da Área Metropolitana de Lisboa tem um comportamento semelhante aos segmentos *Content & Compliant* e *Sick & Savvy* proposto pela Deloitte (2008). É, pois, um consumidor frequente, prefere uma abordagem tradicional, segue as indicações do médico, é sensível às diferenças existentes nas unidades de saúde, procura de forma activa informação sobre cuidados de saúde e valoriza serviços de valor acrescentado.

BIBLIOGRAFIA

Abraham, J., Anderson, J., Berg, A., Dehmer, C., Sick, B. e Tufano, A. (2011), *Selecting a Provider: What Factors Influence Patients' Decision Making?*, Journal of Healthcare Management 56:2, 99 – 114.

Baranov, I. and T. Sklyar, (2005), *Consumer Behavior as a Factor of Change in Russian Health Care System*, School of Management, St. Petersburg University.

Bozarth, B., Nash, D., Manfredi, M., Howell, S., (2000) *Connecting with the new Healthcare Consumer: Defining your strategy*, McGraw-Hill

Carlson, J.P., J.W. Huppertz (2010), *Consumers' use of HCAHPS ratings and Word-of-Mouth in Hospital Choice*, Health Services Research.

Cleary, P.D., McNeil, B.J. (1988) *Patient satisfaction as an indicator of quality care*, *Inquiry*.

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

Deloitte (2009), *Medical tourism: Update and implications*.

Deloitte (2011), *Saúde em análise: Uma visão para o futuro*.

Deloitte (2011), *Survey of Health Care Consumers in Portugal*.

Deloitte (2012), *Survey of U.S. Health Care Consumers: The performance of the health care system and health care reform*, Deloitte.

Demchak, C. (2007), *The Elusive Health Care Consumer: What Will it Take to Activate Patients?*, Robert Wood Johnson Foundation, Academy Health, Issue Brief.

Dubois, B., (2005), *Compreender o Consumidor: Gestão & Inovação*, Ciências de Gestão, Publicações Dom Quixote 4ª edição.

Georgiou, 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.

Gurvitch, G., (1966) *Estudes sur les classes sociales*, Gauthier Paris.

Herzlinger, R. (2004) *Consumer driven health care: implications for providers payers and policy makers*. Jossey Bass, San Francisco.

Higard, E., (1967) *Intriduction to Psychology*, Brace & World.

Hofstede, G., (1991) *Culturas e organizações, Compreender a nossa Programação Mental*, Edições Sílabo Lisboa.

Hooley, G., Saunders, J., Piercy, N., (2005) *Estratégia de Marketing e Posicionamento Competitivo*. 3ª Edição. S. Paulo: Pearson, Prentice Hall.

Kelman, H.C., (1961) *Processes of Opinion Change*, Public Opinion Quarterly Primavera.

Kotler, P., (1998) “*Administração de Marketing – Análise, Planejamento, Implementação e Controle*”, 5ª Edição, Editora Atlas, S.A.

Krech, D., Crutchfield, Ballachey E., (1962) *Individual in society*, McGraw Hill New York.

Lave, J.R. and A. Mehrotra (2012), *Visits to Retail Clinics Grew Fourfold from 2007 to 2009, although their share of overall outpatient visits remains low*, Health Affairs.

Lazer, W., (1963) *Life Style Concepts and Marketing, Toward scientific Marketing*, American Marketing Association, Chicago.

Lendrevie, J., Lindon, D., Dionísio, P., Rodrigues, V., (2000) *Mercator 2000, Teoria e Prática do Marketing*. Publicações D. Quixote: Lisboa.

Lochman, J.E., (1983) *Factors related to patient's satisfaction with they medical care*. J Common Health.

Lopes, D. (2012) *Soares dos Santos abre novo negócio de clínicas médicas*, 16 de Julho.

Markin, R.J., (1974) *Consumer Behavior: A Cognitive Orientation*, Macmillan, New York.

Maslow, A., (1970), *Motivation and Personality*, Harper & row 2ª edição.

Mettler, M. (2001), *Untangling the Web: Bringing Information Therapy to the New Healthcare Consumer*, the Journal of Innovative Management.

Mowen, J.C., Michael Minor (1998) *Consumer Behavior*, Prentice-Hall New Jersey 5ª edição.

Munro, J., (2012), *what is medical tourism? Best practices in medical tourism*. MTQUA.

Pascoe, G.C., (1983) *Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis*. Eval Prog Plan.

PwC Health Research Institute (2012), *Costumer Experience*.

Renfrow, J. (2009), *Healthcare Marketing 2.0*, Response February, 32 – 39.

Rosenberg, M., (1979), *Conceiving the Self*, Basic Books, New York.

Runy, L.A. (2009), *Consumer Research: Understanding how people shop for health care can be an effective strategic and financial planning tool*, PRC Working Paper, Hospitals & Health Networks.

Sangl, J.A., Wolf, L.F., (1996) *Role of consumer information in today's health care system*. Health care Financing Review.

Solomon, M.R., (2010) *Consumer Behavior*, Prentice Hall, 9ª Edição.

Scalise, D. (2006), *Patient Satisfaction and the New Consumer*, Press Ganey, Hospitals & Health Networks.

Sinaiko, A. D. (2010), *Essays on Consumer Behavior in Health Care*, Harvard University.

Tse, D., Lee, K., Vertinsky, I., Wehrung, D., (1988) *Does Culture matter? A cross-cultural study of executives, Choice, decisiveness and risk adjustment in international marketing*. Journal of Marketing Vol.52.

ACSS, <http://www.acss.min-saude.pt/>

Censos2011,

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

DBK, <http://www.dbk.es/por/default.cfm?idpagina=11&idtipoestudio=1>

GFK, <http://www.gfk.pt/healthcare/index.pt.html>

Pordata, <http://www.pordata.pt/Portugal>

Portal da saúde, <http://www.portaldasaude.pt/portal>

Grupo Espírito Santo Saúde, <http://www.essaude.pt/>

Grupo HPP, <http://www.hppsaude.pt/hpp.html>

Grupo José de Mello Saúde, <http://www.josedemellosaude.pt/>

Grupo Trofa Saúde, <http://www.trofasaude.com/index.php>

ANEXOS

Anexo I - Questionário

Caracterização do Consumidor de Cuidados de Saúde na Área Metropolitana de Lisboa

Título do Formulário

No âmbito da realização de um projecto de investigação, tese de mestrado, no INDEG-ISCTE, pretende-se caracterizar o Consumidor de Cuidados de Saúde na Área Metropolitana de Lisboa.

Para o cumprimento deste objectivo, agradece-se a sua colaboração preenchendo este questionário.

A sua colaboração é totalmente anónima e confidencial e de extrema importância.

Muito grato pela sua disponibilidade.

Reside na Área Metropolitana de Lisboa? *

Se responder sim, continue o questionário. Se responder não, por favor não responda ao questionário. Obrigado

- Sim
- Não
-

1. Idade *

2. Sexo *

Feminino
Masculino

3. Grau de escolaridade *

Sem escolaridade
1º Ciclo
2º Ciclo
3º Ciclo
Secundário
Superior

4. Estado civil *

Solteiro (nunca casou)
Casado
Divorciado/ separado
Viúvo

5. Profissão *

- Estudante
- Quadros sup. da adm. pública, dir. e quadros sup. de empresas
- Técnicos e profissionais de nível intermédio
- Pessoal administrativo e similares
- Pessoal dos serviços e vendedores
- Profissões não qualificadas
- Forças Armadas
- Doméstica
- Desempregado
- Reformado
- Outro:
-

6. Número de elementos do agregado familiar

7. Rendimentos do agregado familiar *

(valor médio mensal líquido em euros)

- Menos de 1.000€
- De 1.001€ a 2.000€
- De 2.001€ a 3.000€
- De 3.001€ a 4.000€
- De 4.001€ a 5.000€
- De 5.001€ a 6.000€
- Mais de 6.000€
-

8. Qual(ais) o(s) seu(s) sistema(s) de saúde? *

Seguro de saúde
ADSE
SAMS
Serviço Nacional de Saúde
Particular
Outro:

9. Com que frequência utiliza cada um? *

nunca raramente por vezes quase sempre sempre

Seguro de saúde
ADSE
SAMS
Serviço Nacional de Saúde
Particular
Outro

10. Com que frequência vai a uma unidade de saúde? *

Nunca
De 1 a 3 vezes por ano

De 4 a 6 vezes por ano
De 7 a 9 vezes por ano
10 ou mais vezes por ano

11. Vai sempre à mesma unidade de saúde? *

Sim
Não

12. No último ano precisou de ir a algum serviço de saúde mas acabou por não ir? *

Se respondeu; Precisei e fui ou Não precisei, passe à pergunta 14

Precisei e não fui
Precisei e fui
Não precisei

13. Quais as razões para não ter usado os cuidados de saúde?

Os problemas desapareceram
Lista de espera muito longa
Os serviços de saúde não estavam disponíveis
Não tive uma marcação/consulta suficientemente rápida
Tive experiências negativas com serviços anteriores
Dificuldades financeiras
Não tive tempo
Não sabia quem contactar
Outro:

14. Qual a frequência com que utiliza cada um dos seguintes meios para obter informação sobre cuidados de saúde? *

nunca raramente por vezes quase sempre sempre

Amigos e familiares

Médico

Motores de busca
online
(Google, Wikipedia,
etc)

Blogs

Websites de unidades
de saúde

Revistas

Farmácia

15. Qual o grau de importância relativamente aos seguintes aspectos para que continue a privilegiar a unidade de saúde que utiliza com mais frequência? *

nada importante pouco importante indiferente importante muito importante

Médico

Pessoal
administrativo

Enfermeiros

Instalações

Estacionamento

16. Quando precisa de cuidados de saúde, em situações programadas, a que tipo de unidade de saúde recorre? *

considere situações programadas como consultas, cirurgias, tratamentos, exames ou análises previamente marcadas.

nunca raramente por vezes quase sempre sempre

Centro de saúde

Unidade de saúde familiar

Consultório médico

Clinica médica

Hospital público

Hospital Privado

17. Quando precisa de cuidados de saúde, em situações não programadas, a que tipo de unidade de saúde recorre? *

considere situações não programadas como consultas, cirurgias, tratamentos, exames ou análises sem marcação

nunca raramente por vezes quase sempre sempre

Centro de saúde

Unidade de saúde familiar

Consultório médico

Clinica médica

Hospital público

Hospital Privado

18. Quem toma a decisão na escolha da unidade de saúde a que vai em situações programadas? *

Eu

Eu em conjunto com o meu(minha) esposo(a)

Pais

Filhos

Irmão/Irmã

Outro:

19. Quem toma a decisão na escolha da unidade de saúde a que vai em situações não programadas? *

Eu

Eu em conjunto com o meu(minha) esposo(a)
 Pais
 Filhos
 Irmão/Irmã
 Outro:

20. Qual o grau de importância dos seguintes aspectos na escolha da sua unidade de saúde em situações programadas? *

	nada importante	pouco importante	indiferente	importante	muito importante
Proximidade de residência					
Proximidade de local de trabalho					
Reputação do médico					
Referência de outro médico					
Referência de amigos ou familiares					
Preço					
Reputação da instituição					
Diversidade de serviços oferecidos					
Tipo de acordos de saúde					
Proximidade de transportes públicos					
Afiliação a Universidade de Medicina					
Certificado de Qualidade					
Publicidade em Tv/rádio/Jornais					

21. Qual o grau de importância dos seguintes aspectos na escolha da sua unidade de saúde em situações não programadas? *

	nada importante	pouco importante	indiferente	importante	muito importante
Proximidade de residência					
Proximidade de local de trabalho					
Reputação do médico					
Referência de outro médico					
Referência de amigos ou familiares					

Preço	
Reputação da instituição	da
Diversidade de serviços oferecidos	de
Tipo de acordos de saúde	
Proximidade de transportes públicos	de
Afiliação a Universidade de Medicina	a de
Certificado de Qualidade	de
Publicidade em Tv/rádio/Jornais	em

22. Relativamente à unidade de saúde que utiliza com mais frequência, qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspectos? *

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito

Médico
Pessoal administrativo
Enfermeiros
Instalações
Estacionamento

23. Qual o grau de importância dos seguintes aspectos para que mudasse de unidade de saúde? *

nada importante pouco importante indiferente importante muito importante

Preço
Qualidade clínica
Proximidade
Atendimento
Conforto das instalações
Abrangência da oferta
Médico
Lista de espera muito longa

Experiências
negativas com
serviços anteriores

24. Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas? *

Antes das 7h
Das 7h às 9h
Das 9h às 12h
Das 12h às 14h
Das 14h às 18h
Das 18h às 20h
Das 20h às 22h

25. Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para exames e análises? *

Antes das 7h
Das 7h às 9h
Das 9h às 12h
Das 12h às 14h
Das 14h às 18h
Das 18h às 20h
Das 20h às 22h

26. Qual o grau de importância que atribui ao facto da unidade de saúde estar aberta ao sábado todo o dia, pelas seguintes razões: *

nada importante pouco importante indiferente importante muito importante

Para consultas
programadas

Para urgências

Para análises clínicas

Para exames

27. Estaria disponível para pagar mais por uma consulta, se for realizada no seu domicílio? *

Sim
Não

Anexo II – Correlação entre a frequência de utilização de unidade de saúde e o grupo etário

Correlations		Spearman's rho
Com que frequência vai a uma unidade de saúde?	Correlation Coefficient	-0,059
	Sig. (2-tailed)	0,356
	N	245

Anexo III - Comparação dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações programadas entre os indivíduos do sexo feminino e masculino

Teste de Mann-Whitney

Objectivo: testar se a distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações programadas é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações programadas é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

H1: A distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações programadas não é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Proximidade de residência	Masculino	118	125,42	14800
	Feminino	127	120,75	15335
	Total	245		
Proximidade de local de trabalho	Masculino	118	112,36	13258,5
	Feminino	127	132,89	16876,5
	Total	245		
Reputação do médico	Masculino	118	110,85	13080,5
	Feminino	127	134,29	17054,5
	Total	245		
Referência de outro médico	Masculino	118	111,63	13172,5
	Feminino	127	133,56	16962,5
	Total	245		
Referência de amigos ou familiares	Masculino	118	108,25	12773
	Feminino	127	136,71	17362
	Total	245		
Preço	Masculino	118	110,05	12986
	Feminino	127	135,03	17149
	Total	245		
Reputação da instituição	Masculino	118	117,92	13915
	Feminino	127	127,72	16220
	Total	245		
Diversidade de serviços oferecidos	Masculino	118	114,82	13549
	Feminino	127	130,6	16586
	Total	245		
Tipo de acordos de saúde	Masculino	118	112,81	13311,5
	Feminino	127	132,47	16823,5
	Total	245		
Proximidade de transportes públicos	Masculino	118	116,89	13793,5
	Feminino	127	128,67	16341,5
	Total	245		
Afiliação a Universidade de Medicina	Masculino	118	124,36	14674,5
	Feminino	127	121,74	15460,5
	Total	245		
Certificado de Qualidade	Masculino	118	120,32	14197,5
	Feminino	127	125,49	15937,5
	Total	245		
Publicidade em Tv/rádio/Jornais	Masculino	118	122,18	14417,5
	Feminino	127	123,76	15717,5
	Total	245		

Test Statistics a				
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Proximidade de residência	7207	15335	-0,556	0,578
Proximidade de local de trabalho	6237,5	13258,5	-2,344	0,019
Reputação do médico	6059,5	13080,5	-2,858	0,004
Referência de outro médico	6151,5	13172,5	-2,687	0,007
Referência de amigos ou familiares	5752	12773	-3,454	0,001
Preço	5965	12986	-3,014	0,003
Reputação da instituição	6894	13915	-1,224	0,221
Diversidade de serviços oferecidos	6528	13549	-1,864	0,062
Tipo de acordos de saúde	6290,5	13311,5	-2,309	0,021
Proximidade de transportes públicos	6772,5	13793,5	-1,351	0,177
Afiliação a Universidade de Medicina	7332,5	15460,5	-0,306	0,76
Certificado de Qualidade	7176,5	14197,5	-0,588	0,557
Publicidade em Tv/rádio/Jornais	7396,5	14417,5	-0,186	0,852

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que se verificam diferenças estatisticamente significativas apenas para os factores como a proximidade de local de trabalho, reputação do médico, referência de outro médico, referência de amigos e familiares, preço e acordos de saúde, nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Anexo IV - Comparação dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações programadas entre os grupos etários

Teste de Kruskal-Wallis

Objectivo: testar se a distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações programadas é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações programadas é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

H1: A distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações programadas não é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Ranks

	Grupo etário	N	Mean Rank
Proximidade de residência	<= 25 anos	17	110,79
	26 - 35 anos	89	133,75
	36 - 45 anos	74	124,54
	46 - 65 anos	65	109,72
	Total	245	
Proximidade de local de trabalho	<= 25 anos	17	90,41
	26 - 35 anos	89	142,53
	36 - 45 anos	74	123,28
	46 - 65 anos	65	104,46
	Total	245	
Reputação do médico	<= 25 anos	17	105,91
	26 - 35 anos	89	122,7
	36 - 45 anos	74	128,31
	46 - 65 anos	65	121,84
	Total	245	
Referência de outro médico	<= 25 anos	17	103,32
	26 - 35 anos	89	121,82
	36 - 45 anos	74	133,32
	46 - 65 anos	65	118,01
	Total	245	
Referência de amigos ou familiares	<= 25 anos	17	148,82
	26 - 35 anos	89	136,82
	36 - 45 anos	74	125,53
	46 - 65 anos	65	94,44
	Total	245	
Preço	<= 25 anos	17	143,06
	26 - 35 anos	89	129,22
	36 - 45 anos	74	116,51
	46 - 65 anos	65	116,63
	Total	245	
Reputação da instituição	<= 25 anos	17	116,82
	26 - 35 anos	89	120,22
	36 - 45 anos	74	124,14
	46 - 65 anos	65	127,12
	Total	245	
Diversidade de serviços oferecidos	<= 25 anos	17	108,79
	26 - 35 anos	89	126,93
	36 - 45 anos	74	124,28
	46 - 65 anos	65	119,88
	Total	245	
Tipo de acordos de saúde	<= 25 anos	17	117,09
	26 - 35 anos	89	138,8
	36 - 45 anos	74	118,65
	46 - 65 anos	65	107,86
	Total	245	
Proximidade de transportes públicos	<= 25 anos	17	118,09
	26 - 35 anos	89	142,81
	36 - 45 anos	74	101,89
	46 - 65 anos	65	121,19
	Total	245	
Afiliação a Universidade de Medicina	<= 25 anos	17	111,79
	26 - 35 anos	89	127,1
	36 - 45 anos	74	113,52
	46 - 65 anos	65	131,11
	Total	245	
Certificado de Qualidade	<= 25 anos	17	128,09
	26 - 35 anos	89	128,62
	36 - 45 anos	74	107,99
	46 - 65 anos	65	131,05
	Total	245	
Publicidade em Tv/rádio/Jornais	<= 25 anos	17	125,06
	26 - 35 anos	89	138,93
	36 - 45 anos	74	112,81
	46 - 65 anos	65	112,25
	Total	245	

Test Statistics b

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Proximidade de residência	5,664	3	0,129
Proximidade de local de trabalho	15,843	3	0,001
Reputação do médico	1,738	3	0,628
Referência de outro médico	3,979	3	0,264
Referência de amigos ou familiares	19,704	3	0,000
Preço	3,818	3	0,282
Reputação da instituição	0,648	3	0,885
Diversidade de serviços oferecidos	1,269	3	0,737
Tipo de acordos de saúde	8,821	3	0,032
Proximidade de transportes públicos	14,739	3	0,002
Afiliação a Universidade de Medicina	3,228	3	0,358
Certificado de Qualidade	5,095	3	0,165
Publicidade em Tv/rádio/Jornais	8,622	3	0,035

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações programadas, proximidade de residência, reputação do médico, referência de outro médico, preço, reputação da instituição, diversidade dos serviços oferecidos, afiliação a universidade de medicina, certificado de qualidade. Em relação aos factores, proximidade do local de trabalho, referência de amigos ou familiares, tipos de acordos de saúde, proximidade de transportes públicos e publicidade em televisão, rádio e jornais, conclui-se que existe evidência empírica em como pelo menos um dos grupos etários apresenta uma distribuição de factores diferente de um outro grupo ($\alpha = 0,05$).

Para verificar em que grupos se verificam estas diferenças, realizaram-se testes de múltiplas comparações.

Multiple ComparisonsLSD

Dependent Variable	(I) Grupo etário	(J) Grupo etário	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Rank of q20b by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,559275	0,000	-46,95097	-25,04903
		36 - 45 anos	-28,500000*	5,648915	0,000	-39,62755	-17,37245
		46 - 65 anos	-24,000000*	5,721507	0,000	-35,27055	-12,72945
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,559275	0,000	25,04903	46,95097
		36 - 45 anos	7,500000*	3,30421	0,024	0,99118	14,00882
		46 - 65 anos	12,000000*	3,426836	0,001	5,24963	18,75037
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,648915	0,000	17,37245	39,62755
		26 - 35 anos	-7,500000*	3,30421	0,024	-14,00882	-0,99118
		46 - 65 anos		4,5	3,570422	0,209	-2,53322
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,721507	0,000	12,72945	35,27055
		26 - 35 anos	-12,000000*	3,426836	0,001	-18,75037	-5,24963
		36 - 45 anos		-4,5	3,570422	0,209	-11,53322
Rank of q20e by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,208091	0,000	-46,25919	-25,74081
		36 - 45 anos	-28,500000*	5,292069	0,000	-38,92461	-18,07539
		46 - 65 anos	-24,000000*	5,360075	0,000	-34,55858	-13,44142
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,208091	0,000	25,74081	46,25919
		36 - 45 anos	7,500000*	3,09548	0,016	1,40235	13,59765
		46 - 65 anos	12,000000*	3,21036	0,000	5,67605	18,32395
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,292069	0,000	18,07539	38,92461
		26 - 35 anos	-7,500000*	3,09548	0,016	-13,59765	-1,40235
		46 - 65 anos		4,5	3,344876	0,180	-2,08892
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,360075	0,000	13,44142	34,55858
		26 - 35 anos	-12,000000*	3,21036	0,000	-18,32395	-5,67605
		36 - 45 anos		-4,5	3,344876	0,180	-11,08892
Rank of q20i by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,376883	0,000	-46,59169	-25,40831
		36 - 45 anos	-28,500000*	5,463583	0,000	-39,26247	-17,73753
		46 - 65 anos	-24,000000*	5,533793	0,000	-34,90078	-13,09922
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,376883	0,000	25,40831	46,59169
		36 - 45 anos	7,500000*	3,195804	0,020	1,20473	13,79527
		46 - 65 anos	12,000000*	3,314407	0,000	5,47109	18,52891
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,463583	0,000	17,73753	39,26247
		26 - 35 anos	-7,500000*	3,195804	0,020	-13,79527	-1,20473
		46 - 65 anos		4,5	3,453282	0,194	-2,30247
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,533793	0,000	13,09922	34,90078
		26 - 35 anos	-12,000000*	3,314407	0,000	-18,52891	-5,47109
		36 - 45 anos		-4,5	3,453282	0,194	-11,30247
Rank of q20j by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,554305	0,000	-46,94118	-25,05882
		36 - 45 anos	-28,500000*	5,643865	0,000	-39,6176	-17,3824
		46 - 65 anos	-24,000000*	5,716392	0,000	-35,26047	-12,73953
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,554305	0,000	25,05882	46,94118
		36 - 45 anos	7,500000*	3,301256	0,024	0,997	14,003
		46 - 65 anos	12,000000*	3,423773	0,001	5,25566	18,74434
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,643865	0,000	17,3824	39,6176
		26 - 35 anos	-7,500000*	3,301256	0,024	-14,003	-0,997
		46 - 65 anos		4,5	3,56723	0,208	-2,52693
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,716392	0,000	12,73953	35,26047
		26 - 35 anos	-12,000000*	3,423773	0,001	-18,74434	-5,25566
		36 - 45 anos		-4,5	3,56723	0,208	-11,52693
Rank of q20n by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,39483	0,000	-46,62704	-25,37296
		36 - 45 anos	-28,500000*	5,481819	0,000	-39,2984	-17,7016
		46 - 65 anos	-24,000000*	5,552264	0,000	-34,93716	-13,06284
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,39483	0,000	25,37296	46,62704
		36 - 45 anos	7,500000*	3,20647	0,020	1,18371	13,81629
		46 - 65 anos	12,000000*	3,32547	0,000	5,4493	18,5507
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,481819	0,000	17,7016	39,2984
		26 - 35 anos	-7,500000*	3,20647	0,020	-13,81629	-1,18371
		46 - 65 anos		4,5	3,464808	0,195	-2,32517
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,552264	0,000	13,06284	34,93716
		26 - 35 anos	-12,000000*	3,32547	0,000	-18,5507	-5,4493
		36 - 45 anos		-4,5	3,464808	0,195	-11,32517

Conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todos os grupos etários excepto o grupo dos 36 aos 45 anos e dos 46 aos 65 anos ($\alpha = 0,05$).

Anexo V - Comparação dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações não programadas entre os indivíduos do sexo feminino e masculino

Teste de Mann-Whitney

Objectivo: testar se a distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações não programadas é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações não programadas é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

H1: A distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações não programadas não é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Proximidade de residência	Masculino	118	113,33	13373
	Feminino	127	131,98	16762
	Total	245		
Proximidade de local de trabalho	Masculino	118	108,28	12776,5
	Feminino	127	136,68	17358,5
	Total	245		
Reputação do médico	Masculino	118	120,23	14187
	Feminino	127	125,57	15948
	Total	245		
Referência de outro médico	Masculino	118	116,25	13718
	Feminino	127	129,27	16417
	Total	245		
Referência de amigos ou familiares	Masculino	118	112,34	13256,5
	Feminino	127	132,9	16878,5
	Total	245		
Preço	Masculino	118	115,24	13598,5
	Feminino	127	130,21	16536,5
	Total	245		
Reputação da instituição	Masculino	118	122,74	14483,5
	Feminino	127	123,24	15651,5
	Total	245		
Diversidade de serviços oferecidos	Masculino	118	118,94	14035,5
	Feminino	127	126,77	16099,5
	Total	245		
Tipo de acordos de saúde	Masculino	118	117,29	13840
	Feminino	127	128,31	16295
	Total	245		
Proximidade de transportes públicos	Masculino	118	122,42	14445
	Feminino	127	123,54	15690
	Total	245		
Afiliação a Universidade de Medicina	Masculino	118	125,45	14803
	Feminino	127	120,72	15332
	Total	245		
Certificado de Qualidade	Masculino	118	124,04	14637
	Feminino	127	122,03	15498
	Total	245		
Publicidade em Tv/rádio/Jornais	Masculino	118	122,8	14490,5
	Feminino	127	123,19	15644,5
	Total	245		

Test Statistics a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Proximidade de residência	6352	13373	-2,199	0,028
Proximidade de local de trabalho	5755,5	12776,5	-3,253	0,001
Reputação do médico	7166	14187	-0,627	0,531
Referência de outro médico	6697	13718	-1,552	0,121
Referência de amigos ou familiares	6235,5	13256,5	-2,448	0,014
Preço	6577,5	13598,5	-1,74	0,082
Reputação da instituição	7462,5	14483,5	-0,061	0,952
Diversidade de serviços oferecidos	7014,5	14035,5	-0,917	0,359
Tipo de acordos de saúde	6819	13840	-1,281	0,2
Proximidade de transportes públicos	7424	14445	-0,13	0,897
Afiliação a Universidade de Medicina	7204	15332	-0,55	0,582
Certificado de Qualidade	7370	15498	-0,228	0,819
Publicidade em Tv/rádio/Jornais	7469,5	14490,5	-0,046	0,963

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas nos factores de escolha de uma unidade de saúde para situações não programadas, proximidade de residência, proximidade do local de trabalho, referência de amigos ou familiares, nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Anexo VI - Comparação dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações não programadas entre os grupos etários

Teste de Kruskal-Wallis

Objectivo: testar se a distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações não programadas é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações não programadas é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

H1: A distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações não programadas não é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Ranks

	Grupo etário	N	Mean Rank
Proximidade de residência	<= 25 anos	17	136,56
	26 - 35 anos	89	139,17
	36 - 45 anos	74	125,37
	46 - 65 anos	65	94,61
	Total	245	
Proximidade de local de trabalho	<= 25 anos	17	111,68
	26 - 35 anos	89	140,44
	36 - 45 anos	74	122,2
	46 - 65 anos	65	103
	Total	245	
Reputação do médico	<= 25 anos	17	99,35
	26 - 35 anos	89	108,06
	36 - 45 anos	74	134,61
	46 - 65 anos	65	136,43
	Total	245	
Referência de outro médico	<= 25 anos	17	104,21
	26 - 35 anos	89	112,22
	36 - 45 anos	74	135,55
	46 - 65 anos	65	128,38
	Total	245	
Referência de amigos ou familiares	<= 25 anos	17	127,59
	26 - 35 anos	89	125
	36 - 45 anos	74	127,22
	46 - 65 anos	65	114,25
	Total	245	
Preço	<= 25 anos	17	118,59
	26 - 35 anos	89	129,72
	36 - 45 anos	74	116,82
	46 - 65 anos	65	121,98
	Total	245	
Reputação da instituição	<= 25 anos	17	112,88
	26 - 35 anos	89	116,96
	36 - 45 anos	74	120,75
	46 - 65 anos	65	136,48
	Total	245	
Diversidade de serviços oferecidos	<= 25 anos	17	110,29
	26 - 35 anos	89	120,37
	36 - 45 anos	74	123,51
	46 - 65 anos	65	129,35
	Total	245	
Tipo de acordos de saúde	<= 25 anos	17	98,24
	26 - 35 anos	89	133,93
	36 - 45 anos	74	118,88
	46 - 65 anos	65	119,21
	Total	245	
Proximidade de transportes públicos	<= 25 anos	17	126,09
	26 - 35 anos	89	146,34
	36 - 45 anos	74	100,68
	46 - 65 anos	65	115,65
	Total	245	
Afiliação a Universidade de Medicina	<= 25 anos	17	122,15
	26 - 35 anos	89	125,9
	36 - 45 anos	74	117,36
	46 - 65 anos	65	125,67
	Total	245	
Certificado de Qualidade	<= 25 anos	17	132,47
	26 - 35 anos	89	129,25
	36 - 45 anos	74	112,49
	46 - 65 anos	65	123,94
	Total	245	
Publicidade em Tv/rádio/Jornais	<= 25 anos	17	119,24
	26 - 35 anos	89	141,45
	36 - 45 anos	74	115,64
	46 - 65 anos	65	107,1
	Total	245	

Test Statistics b

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Proximidade de residência	18,006	3	0,000
Proximidade de local de trabalho	11,858	3	0,008
Reputação do médico	11,495	3	0,009
Referência de outro médico	6,95	3	0,074
Referência de amigos ou familiares	1,623	3	0,654
Preço	1,599	3	0,660
Reputação da instituição	4,152	3	0,245
Diversidade de serviços oferecidos	1,348	3	0,718
Tipo de acordos de saúde	5,133	3	0,162
Proximidade de transportes públicos	19,288	3	0,000
Afiliação a Universidade de Medicina	0,795	3	0,851
Certificado de Qualidade	2,793	3	0,425
Publicidade em Tv/rádio/Jornais	11,909	3	0,008

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a distribuição dos factores importantes na escolha de uma unidade de saúde para situações programadas, referência de amigos ou familiares, tipos de acordos de saúde, referência de outro médico, preço, reputação da instituição, diversidade dos serviços oferecidos, afiliação a universidade de medicina, certificado de qualidade. Em relação aos factores, proximidade do local de trabalho, proximidade de residência, proximidade de transportes públicos, reputação do médico e publicidade em televisão, rádio e jornais, conclui-se que existe evidência empírica em como pelo menos um dos grupos etários apresenta uma distribuição de factores diferente de um outro grupo ($\alpha = 0,05$).

Para verificar em que grupos se verificam estas diferenças, realizaram-se testes de múltiplas comparações.

Multiple Comparisons

Dependent Variable	(I) Grupo etário	(J) Grupo etário	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Rank of q21a by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,00000*	5,354168	0,000	-46,54694	-25,45306
		36 - 45 anos	-28,50000*	5,440502	0,000	-39,21701	-17,78299
		46 - 65 anos	-24,00000*	5,510416	0,000	-34,85473	-13,14527
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,00000*	5,354168	0,000	25,45306	46,54694
		36 - 45 anos	7,50000*	3,182303	0,019	1,23132	13,76868
		46 - 65 anos	12,00000*	3,300405	0,000	5,49868	18,50132
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,50000*	5,440502	0,000	17,78299	39,21701
		26 - 35 anos	-7,50000*	3,182303	0,019	-13,76868	-1,23132
		46 - 65 anos	4,5	3,438693	0,192	-2,27373	11,27373
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,00000*	5,510416	0,000	13,14527	34,85473
		26 - 35 anos	-12,00000*	3,300405	0,000	-18,50132	-5,49868
		36 - 45 anos	-4,5	3,438693	0,192	-11,27373	2,27373
Rank of q21b by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,00000*	5,572984	0,000	-46,97798	-25,02202
		36 - 45 anos	-28,50000*	5,662846	0,000	-39,65499	-17,34501
		46 - 65 anos	-24,00000*	5,735617	0,000	-35,29834	-12,70166
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,00000*	5,572984	0,000	25,02202	46,97798
		36 - 45 anos	7,50000*	3,312358	0,024	0,97513	14,02487
		46 - 65 anos	12,00000*	3,435287	0,001	5,23298	18,76702
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,50000*	5,662846	0,000	17,34501	39,65499
		26 - 35 anos	-7,50000*	3,312358	0,024	-14,02487	-0,97513
		46 - 65 anos	4,5	3,579227	0,210	-2,55056	11,55056
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,00000*	5,735617	0,000	12,70166	35,29834
		26 - 35 anos	-12,00000*	3,435287	0,001	-18,76702	-5,23298
		36 - 45 anos	-4,5	3,579227	0,210	-11,55056	2,55056
Rank of q21c by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,00000*	5,389641	0,000	-46,61682	-25,38318
		36 - 45 anos	-28,50000*	5,476546	0,000	-39,28801	-17,71199
		46 - 65 anos	-24,00000*	5,546923	0,000	-34,92664	-13,07336
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,00000*	5,389641	0,000	25,38318	46,61682
		36 - 45 anos	7,50000*	3,203386	0,020	1,18979	13,81021
		46 - 65 anos	12,00000*	3,322271	0,000	5,4556	18,5444
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,50000*	5,476546	0,000	17,71199	39,28801
		26 - 35 anos	-7,50000*	3,203386	0,020	-13,81021	-1,18979
		46 - 65 anos	4,5	3,461475	0,195	-2,31861	11,31861
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,00000*	5,546923	0,000	13,07336	34,92664
		26 - 35 anos	-12,00000*	3,322271	0,000	-18,5444	-5,4556
		36 - 45 anos	-4,5	3,461475	0,195	-11,31861	2,31861
Rank of q21j by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,00000*	5,533921	0,000	-46,90103	-25,09897
		36 - 45 anos	-28,50000*	5,623152	0,000	-39,5768	-17,4232
		46 - 65 anos	-24,00000*	5,695413	0,000	-35,21915	-12,78085
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,00000*	5,533921	0,000	25,09897	46,90103
		36 - 45 anos	7,50000*	3,28914	0,023	1,02087	13,97913
		46 - 65 anos	12,00000*	3,411208	0,001	5,28041	18,71959
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,50000*	5,623152	0,000	17,4232	39,5768
		26 - 35 anos	-7,50000*	3,28914	0,023	-13,97913	-1,02087
		46 - 65 anos	4,5	3,554138	0,207	-2,50114	11,50114
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,00000*	5,695413	0,000	12,78085	35,21915
		26 - 35 anos	-12,00000*	3,411208	0,001	-18,71959	-5,28041
		36 - 45 anos	-4,5	3,554138	0,207	-11,50114	2,50114
Rank of q21n by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,00000*	5,315903	0,000	-46,47157	-25,52843
		36 - 45 anos	-28,50000*	5,401619	0,000	-39,14041	-17,85959
		46 - 65 anos	-24,00000*	5,471034	0,000	-34,77715	-13,22285
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,00000*	5,315903	0,000	25,52843	46,47157
		36 - 45 anos	7,50000*	3,15956	0,018	1,27612	13,72388
		46 - 65 anos	12,00000*	3,276818	0,000	5,54514	18,45486
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,50000*	5,401619	0,000	17,85959	39,14041
		26 - 35 anos	-7,50000*	3,15956	0,018	-13,72388	-1,27612
		46 - 65 anos	4,5	3,414117	0,189	-2,22532	11,22532
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,00000*	5,471034	0,000	13,22285	34,77715
		26 - 35 anos	-12,00000*	3,276818	0,000	-18,45486	-5,54514
		36 - 45 anos	-4,5	3,414117	0,189	-11,22532	2,22532

Conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todos os grupos etários excepto entre o grupo dos 36 aos 45 anos e dos 46 aos 65 anos ($\alpha = 0,05$).

Anexo VII – Relação entre os horários mais convenientes para consultas programadas e o sexo dos indivíduos

Crosstab

		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	Count	21	13	34
	% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	61,80%	38,20%	100,00%
	% within Sexo	17,80%	10,20%	13,90%
	% of Total	8,60%	5,30%	13,90%
	Count	25	17	42
	% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	59,50%	40,50%	100,00%
	% within Sexo	21,20%	13,40%	17,10%
	% of Total	10,20%	6,90%	17,10%
	Count	2	3	5
	% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	40,00%	60,00%	100,00%
	% within Sexo	1,70%	2,40%	2,00%
	% of Total	0,80%	1,20%	2,00%
	Count	13	9	22
	% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	59,10%	40,90%	100,00%
	% within Sexo	11,00%	7,10%	9,00%
	% of Total	5,30%	3,70%	9,00%
	Count	47	69	116
	% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	40,50%	59,50%	100,00%
	% within Sexo	39,80%	54,30%	47,30%
	% of Total	19,20%	28,20%	47,30%
	Count	10	16	26
	% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	38,50%	61,50%	100,00%
	% within Sexo	8,50%	12,60%	10,60%
	% of Total	4,10%	6,50%	10,60%
Count	118	127	245	
% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	48,20%	51,80%	100,00%	
% within Sexo	100,00%	100,00%	100,00%	
% of Total	48,20%	51,80%	100,00%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,573a	5	0,088
Likelihood Ratio	9,63	5	0,086
Linear-by-Linear Association	7,804	1	0,005
N of Valid Cases	245		

Anexo VIII – Relação entre os horários mais convenientes para consultas programadas e o grupo etário dos indivíduos

Crosstab

		Grupo etário				Total	
		<= 25 anos	26 - 35 anos	36 - 45 anos	46 - 65 anos		
Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	Das 7h às 9h	Count	0	11	10	13	34
		% within horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	0,00%	32,40%	29,40%	38,20%	100,00%
		% within Grupo etário	0,00%	12,40%	13,50%	20,00%	13,90%
		% of Total	0,00%	4,50%	4,10%	5,30%	13,90%
	Das 9h às 12h	Count	2	14	11	15	42
		% within horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	4,80%	33,30%	26,20%	35,70%	100,00%
		% within Grupo etário	11,80%	15,70%	14,90%	23,10%	17,10%
		% of Total	0,80%	5,70%	4,50%	6,10%	17,10%
Das 12h às 14h	Count	0	1	3	1	5	
	% within horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	0,00%	20,00%	60,00%	20,00%	100,00%	
	% within Grupo etário	0,00%	1,10%	4,10%	1,50%	2,00%	
	% of Total	0,00%	0,40%	1,20%	0,40%	2,00%	
Das 14h às 18h	Count	0	6	8	8	22	
	% within horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	0,00%	27,30%	36,40%	36,40%	100,00%	
	% within Grupo etário	0,00%	6,70%	10,80%	12,30%	9,00%	
	% of Total	0,00%	2,40%	3,30%	3,30%	9,00%	
Das 18h às 20h	Count	14	47	32	23	116	
	% within horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	12,10%	40,50%	27,60%	19,80%	100,00%	
	% within Grupo etário	82,40%	52,80%	43,20%	35,40%	47,30%	
	% of Total	5,70%	19,20%	13,10%	9,40%	47,30%	
Das 20h às 22h	Count	1	10	10	5	26	
	% within horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	3,80%	38,50%	38,50%	19,20%	100,00%	
	% within Grupo etário	5,90%	11,20%	13,50%	7,70%	10,60%	
	% of Total	0,40%	4,10%	4,10%	2,00%	10,60%	
Total	Count	17	89	74	65	245	
	% within horário de atendimento mais conveniente para si, para consultas programadas?	6,90%	36,30%	30,20%	26,50%	100,00%	
	% within Grupo etário	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
	% of Total	6,90%	36,30%	30,20%	26,50%	100,00%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,273a	15	0,162
Likelihood Ratio	23,363	15	0,077
Linear-by-Linear Association	8,582	1	0,003
N of Valid Cases	245		

Anexo IX – Relação entre os horários mais convenientes para exames e análises e o grupo etário dos indivíduos

Crosstab

		Grupo etário				Total	
		<= 25 anos	26 - 35 anos	36 - 45 anos	46 - 65 anos		
Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para exames e análises?	Antes das 7h	Count	1	1	2	2	6
		% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para exames e análises?	16,70%	16,70%	33,30%	33,30%	100,00%
		% within Grupo etário	5,90%	1,10%	2,70%	3,10%	2,40%
		% of Total	0,40%	0,40%	0,80%	0,80%	2,40%
	Das 7h às 9h	Count	9	39	37	38	123
		% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para exames e análises?	7,30%	31,70%	30,10%	30,90%	100,00%
		% within Grupo etário	52,90%	43,80%	50,00%	58,50%	50,20%
		% of Total	3,70%	15,90%	15,10%	15,50%	50,20%
	Das 9h às 12h	Count	4	13	12	19	48
		% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para exames e análises?	8,30%	27,10%	25,00%	39,60%	100,00%
		% within Grupo etário	23,50%	14,60%	16,20%	29,20%	19,60%
		% of Total	1,60%	5,30%	4,90%	7,80%	19,60%
	Das 12h às 14h	Count	0	2	1	0	3
		% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para exames e análises?	0,00%	66,70%	33,30%	0,00%	100,00%
		% within Grupo etário	0,00%	2,20%	1,40%	0,00%	1,20%
		% of Total	0,00%	0,80%	0,40%	0,00%	1,20%
	Das 14h às 18h	Count	0	3	3	1	7
		% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para exames e análises?	0,00%	42,90%	42,90%	14,30%	100,00%
		% within Grupo etário	0,00%	3,40%	4,10%	1,50%	2,90%
	% of Total	0,00%	1,20%	1,20%	0,40%	2,90%	
Das 18h às 20h	Count	3	26	11	5	45	
	% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para exames e análises?	6,70%	57,80%	24,40%	11,10%	100,00%	
	% within Grupo etário	17,60%	29,20%	14,90%	7,70%	18,40%	
	% of Total	1,20%	10,60%	4,50%	2,00%	18,40%	
Das 20h às 22h	Count	0	5	8	0	13	
	% within Qual o horário de atendimento mais conveniente para si, para exames e análises?	0,00%	38,50%	61,50%	0,00%	100,00%	
	% within Grupo etário	0,00%	5,60%	10,80%	0,00%	5,30%	
	% of Total	0,00%	2,00%	3,30%	0,00%	5,30%	
Total	Count	17	89	74	65	245	
	% within Qual o horário de	6,90%	36,30%	30,20%	26,50%	100,00%	
	% within Grupo etário	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
	% of Total	6,90%	36,30%	30,20%	26,50%	100,00%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,922a	18	0,038
Likelihood Ratio	34,587	18	0,011
Linear-by-Linear Associatio	7,369	1	0,007
N of Valid Cases	245		

Anexo X - Comparação da importância dos serviços disponíveis ao sábado durante todo o dia entre os indivíduos do sexo feminino e masculino

Teste de Mann-Whitney

Objectivo: testar se a distribuição da importância dos serviços disponíveis ao sábado durante todo o dia é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição da importância dos serviços disponíveis ao sábado durante todo o dia é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

H1: A distribuição da importância dos serviços disponíveis ao sábado durante todo o dia não é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

	Ranks			
	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Para consultas programadas	Masculino	118	108,99	12861
	Feminino	127	136,02	17274
	Total	245		
Para urgências	Masculino	118	118,11	13937
	Feminino	127	127,54	16198
	Total	245		
Para análises clínicas	Masculino	118	107,83	12724
	Feminino	127	137,09	17411
	Total	245		
Para exames	Masculino	118	108,46	12798
	Feminino	127	136,51	17337
	Total	245		

	Test Statistics ^a			
	Para consultas programadas	Para urgências	Para análises clínicas	Para exames
Mann-Whitney U	5840	6916	5703	5777
Wilcoxon W	12861	13937	12724	12798
Z	-3,204	-1,464	-3,442	-3,321
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,001	0,143	0,001	0,001

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que se verificam diferenças estatisticamente significativas em todos os serviços disponíveis ao sábado durante todo o dia, excepto para o serviço de urgências, nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Anexo XI – Frequência da disponibilidade para pagar mais por consulta realizada no domicílio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sim	136	56%	55,5	55,5
Não	109	44%	44,5	100
Total	245	100	100	

Anexo XII – Relação entre a disponibilidade para pagar mais por consulta realizada no domicílio e o sexo dos indivíduos

Crosstab

		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Sim	Count	64	72	136
	% within Estaria disponível para pagar mais por uma consulta, se for realizada no seu domicilio?			
	% within Sexo	47,10%	52,90%	100,00%
	% of Total	54,20%	56,70%	55,50%
		26,10%	29,40%	55,50%
Não	Count	54	55	109
	% within Estaria disponível para pagar mais por uma consulta, se for realizada no seu domicilio?			
	% within Sexo	49,50%	50,50%	100,00%
	% of Total	45,80%	43,30%	44,50%
		22,00%	22,40%	44,50%
Total	Count	118	127	245
	% within Estaria disponível para pagar mais por uma consulta, se for realizada no seu domicilio?			
	% within Sexo	48,20%	51,80%	100,00%
		100,00%	100,00%	100,00%
	% of Total	48,20%	51,80%	100,00%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,149a	1	0,699		
Continuity Correction ^b	0,066	1	0,797		
Likelihood Ratio	0,149	1	0,699		
Fisher's Exact Test				0,702	0,398
Linear-by-Linear Association	0,149	1	0,7		
N of Valid Cases	245				

Anexo XIII – Relação entre a disponibilidade para pagar mais por consulta realizada no domicílio e o grupo etário dos indivíduos

Crosstab

		Grupo etário				Total
		<= 25 anos	26 - 35 anos	36 - 45 anos	46 - 65 anos	
Sim	Count	9	48	37	42	136
	% within Estaria disponível para pagar mais por uma consulta, se for realizada no seu domicilio?					
	% within Grupo etário	6,60%	35,30%	27,20%	30,90%	100,00%
	% of Total	52,90%	53,90%	50,00%	64,60%	55,50%
	% of Total	3,70%	19,60%	15,10%	17,10%	55,50%
Não	Count	8	41	37	23	109
	% within Estaria disponível para pagar mais por uma consulta, se for realizada no seu domicilio?					
	% within Grupo etário	7,30%	37,60%	33,90%	21,10%	100,00%
	% of Total	47,10%	46,10%	50,00%	35,40%	44,50%
	% of Total	3,30%	16,70%	15,10%	9,40%	44,50%
Total	Count	17	89	74	65	245
	% within Estaria disponível para pagar mais por uma consulta, se for realizada no seu domicilio?					
	% within Grupo etário	6,90%	36,30%	30,20%	26,50%	100,00%
	% of Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	% of Total	6,90%	36,30%	30,20%	26,50%	100,00%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,227a	3	0,358
Likelihood Ratio	3,264	3	0,353
Linear-by-Linear Association	1,301	1	0,254
N of Valid Cases	245		

Anexo XIV – Frequência de utilização da mesma unidade de saúde

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sim	115	47%	46,9	46,9
Não	130	53%	53,1	100
Total	245	100	100	

Anexo XV – Relação entre a utilização da mesma unidade de saúde e o grupo etário dos indivíduos

Vai sempre à mesma unidade de saúde? * Grupo etário Crosstabulation

			Grupo etário				Total
			<= 25 anos	26 - 35 anos	36 - 45 anos	46 - 65 anos	
Vai sempre à mesma unidade de saúde?	Sim	Count	4	43	30	38	115
		% within Vai sempre à mesma unidade de saúde?	3,50%	37,40%	26,10%	33,00%	100,00%
		% within Grupo etário	23,50%	48,30%	40,50%	58,50%	46,90%
		% of Total	1,60%	17,60%	12,20%	15,50%	46,90%
	Não	Count	13	46	44	27	130
		% within Vai sempre à mesma unidade de saúde?	10,00%	35,40%	33,80%	20,80%	100,00%
		% within Grupo etário	76,50%	51,70%	59,50%	41,50%	53,10%
		% of Total	5,30%	18,80%	18,00%	11,00%	53,10%
	Total	Count	17	89	74	65	245
		% within Vai sempre à mesma unidade de saúde?	6,90%	36,30%	30,20%	26,50%	100,00%
		% within Grupo etário	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
		% of Total	6,90%	36,30%	30,20%	26,50%	100,00%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,489a	3	0,037
Likelihood Ratio	8,734	3	0,033
Linear-by-Linear Association	3,885	1	0,049
N of Valid Cases	245		

Anexo XVI – Relação entre a utilização da mesma unidade de saúde e o sexo dos indivíduos

Vai sempre à mesma unidade de saúde? * Sexo Crosstabulation

		Sexo		Total	
		Masculino	Feminino		
Vai sempre à mesma unidade de saúde?	Sim	Count	59	56	115
		% within Vai sempre à mesma unidade de saúde?	51,30%	48,70%	100,00%
		% within Sexo	50,00%	44,10%	46,90%
		% of Total	24,10%	22,90%	46,90%
	Não	Count	59	71	130
		% within Vai sempre à mesma unidade de saúde?	45,40%	54,60%	100,00%
		% within Sexo	50,00%	55,90%	53,10%
		% of Total	24,10%	29,00%	53,10%
	Total	Count	118	127	245
		% within Vai sempre à mesma unidade de saúde?	48,20%	51,80%	100,00%
		% within Sexo	100,00%	100,00%	100,00%
		% of Total	48,20%	51,80%	100,00%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,856a	1	0,355		
Continuity Correction ^b	0,636	1	0,425		
Likelihood Ratio	0,857	1	0,355		
Fisher's Exact Test				0,372	0,213
Linear-by-Linear Association	0,853	1	0,356		
N of Valid Cases	245				

Anexo XVII – Frequência dos factores que conduzem à fidelização da unidade de saúde

	Nada importante	Pouco importante	Indiferente	Importante	Muito importante
Médico	2	5	4	59	175
Pessoal administrativo	20	36	53	122	14
Enfermeiros	8	14	27	142	54
Instalações	3	7	34	150	51
Estacionamento	18	34	66	109	18

	Nada importante	Pouco importante	Indiferente	Importante	Muito importante
Médico	1%	2%	2%	24%	71%
Pessoal administrativo	8%	15%	22%	50%	6%
Enfermeiros	3%	6%	11%	58%	22%
Instalações	1%	3%	14%	61%	21%
Estacionamento	7%	14%	27%	44%	7%

Anexo XVIII - Comparação dos factores importantes para continuarem a privilegiar a unidade de saúde que utilizam com mais frequência entre os indivíduos do sexo feminino e masculino

Teste de Mann-Whitney

Objectivo: testar se a distribuição dos factores importantes para continuarem a privilegiar a unidade de saúde que utilizam com mais frequência é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição dos factores importantes para continuarem a privilegiar a unidade de saúde que utilizam com mais frequência é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

H1: A distribuição dos factores importantes para continuarem a privilegiar a unidade de saúde que utilizam com mais frequência não é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

		Ranks			
		Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Médico	Masculino		118	115,72	13654,5
	Feminino		127	129,77	16480,5
	Total		245		
Pessoal administrativo	Masculino		118	118,88	14027,5
	Feminino		127	126,83	16107,5
	Total		245		
Enfermeiros	Masculino		118	118,33	13962,5
	Feminino		127	127,34	16172,5
	Total		245		
Instalações	Masculino		118	122,66	14473,5
	Feminino		127	123,32	15661,5
	Total		245		
Estacionamento	Masculino		118	123,34	14554,5
	Feminino		127	122,68	15580,5
	Total		245		

Test Statistics a				
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Médico	6633,5	13654,5	-1,967	0,049
Pessoal administrativo	7006,5	14027,5	-0,945	0,345
Enfermeiros	6941,5	13962,5	-1,117	0,264
Instalações	7452,5	14473,5	-0,084	0,933
Estacionamento	7452,5	15580,5	-0,077	0,938

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas no factor médico, como factor importante para continuarem a privilegiar a unidade de saúde que utilizam com mais frequência, nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Anexo XIX - Comparação dos factores importantes para continuarem a privilegiar a unidade de saúde que utilizam com mais frequência entre os grupos etários

Teste de Kruskal-Wallis

Objectivo: testar se a distribuição dos factores importantes para continuarem a privilegiar a unidade de saúde que utilizam com mais frequência é igual nos grupos etários: <= 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição dos factores importantes para continuarem a privilegiar a unidade de saúde que utilizam com mais frequência é igual nos grupos etários: <= 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

H1: A distribuição dos factores importantes para continuarem a privilegiar a unidade de saúde que utilizam com mais frequência não é igual nos grupos etários: <= 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

		Ranks		
		Grupo etário	N	Mean Rank
Médico	<= 25 anos		17	87,32
	26 - 35 anos		89	117,71
	36 - 45 anos		74	139,21
	46 - 65 anos		65	121,12
	Total		245	
Pessoal administrativo	<= 25 anos		17	126,71
	26 - 35 anos		89	131,38
	36 - 45 anos		74	113,83
	46 - 65 anos		65	120,99
	Total		245	
Enfermeiros	<= 25 anos		17	115,91
	26 - 35 anos		89	136,11
	36 - 45 anos		74	115,64
	46 - 65 anos		65	115,28
	Total		245	
Instalações	<= 25 anos		17	120,5
	26 - 35 anos		89	126,63
	36 - 45 anos		74	121,68
	46 - 65 anos		65	120,18
	Total		245	
Estacionamento	<= 25 anos		17	117,85
	26 - 35 anos		89	111,57
	36 - 45 anos		74	131,32
	46 - 65 anos		65	130,53
	Total		245	

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Médico	14,029	3	0,003
Pessoal administrativo	2,994	3	0,393
Enfermeiros	6,03	3	0,11
Instalações	0,506	3	0,918
Estacionamento	4,679	3	0,197

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a distribuição dos factores; pessoal administrativo, enfermeiros, instalações e estacionamento. Em relação ao factor médico, conclui-se que existe evidência empírica em como pelo menos um dos grupos etários apresenta uma distribuição de factores diferente de um outro grupo ($\alpha = 0,05$).

Para verificar em que grupos se verificam estas diferenças, realizaram-se testes de múltiplas comparações.

(I) Grupo etário	(J) Grupo etário	Mean Difference	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	4,43153	0,000	-44,72948	-27,27052
	36 - 45 anos	-28,500000*	4,502986	0,000	-37,37024	-19,62976
	46 - 65 anos	-24,000000*	4,560852	0,000	-32,98422	-15,01578
26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	4,43153	0,000	27,27052	44,72948
	36 - 45 anos	7,500000*	2,633924	0,005	2,31155	12,68845
	46 - 65 anos	12,000000*	2,731674	0,000	6,61899	17,38101
36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	4,502986	0,000	19,62976	37,37024
	26 - 35 anos	-7,500000*	2,633924	0,005	-12,68845	-2,31155
	46 - 65 anos	4,5	2,846132	0,115	-1,10647	10,10647
46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	4,560852	0,000	15,01578	32,98422
	26 - 35 anos	-12,000000*	2,731674	0,000	-17,38101	-6,61899
	36 - 45 anos	-4,5	2,846132	0,115	-10,10647	1,10647

Conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todos os grupos etários excepto entre o grupo dos 36 aos 45 anos e dos 46 aos 65 anos ($\alpha = 0,05$).

Anexo XX - Comparação da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações programadas entre os indivíduos do sexo feminino e masculino

Teste de Mann-Whitney

Objectivo: testar se a distribuição da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações programadas entre os indivíduos do sexo feminino e masculino.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações programadas é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

H1: A distribuição da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações programadas não é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

		Ranks		
	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Centro de saúde	Masculino	118	120,67	14239
	Feminino	127	125,17	15896
	Total	245		
Unidade de saúde familiar	Masculino	118	132,49	15633,5
	Feminino	127	114,19	14501,5
	Total	245		
Consultório médico	Masculino	118	114,33	13491
	Feminino	127	131,06	16644
	Total	245		
Clínica médica	Masculino	118	111,27	13130
	Feminino	127	133,9	17005
	Total	245		
Hospital público	Masculino	118	127,72	15071,5
	Feminino	127	118,61	15063,5
	Total	245		
Hospital Privado	Masculino	118	120,35	14201
	Feminino	127	125,46	15934
	Total	245		

Test Statistics a				
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Centro de saúde	7218	14239	-0,513	0,608
Unidade de saúde familiar	6373,5	14501,5	-2,186	0,029
Consultório médico	6470	13491	-1,918	0,055
Clínica médica	6109	13130	-2,572	0,010
Hospital público	6935,5	15063,5	-1,045	0,296
Hospital Privado	7180	14201	-0,581	0,561

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas para a unidade de saúde familiar e a clínica médica, nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Anexo XXI - Comparação da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações programadas entre os grupos etários

Teste de Kruskal-Wallis

Objectivo: testar se a distribuição da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações programadas é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações programadas é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

H1: A distribuição da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações programadas não é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Ranks			
	Grupo etário	N	Mean Rank
Centro de saúde	<= 25 anos	17	112,09
	26 - 35 anos	89	130,09
	36 - 45 anos	74	128,97
	46 - 65 anos	65	109,35
	Total	245	
Unidade de saúde familiar	<= 25 anos	17	89,41
	26 - 35 anos	89	122,04
	36 - 45 anos	74	128,68
	46 - 65 anos	65	126,62
	Total	245	
Consultório médico	<= 25 anos	17	124,24
	26 - 35 anos	89	113,31
	36 - 45 anos	74	132,28
	46 - 65 anos	65	125,38
	Total	245	
Clínica médica	<= 25 anos	17	141,32
	26 - 35 anos	89	126,1
	36 - 45 anos	74	118,66
	46 - 65 anos	65	118,91
	Total	245	
Hospital público	<= 25 anos	17	122,5
	26 - 35 anos	89	120,35
	36 - 45 anos	74	119,93
	46 - 65 anos	65	130,25
	Total	245	
Hospital Privado	<= 25 anos	17	113,65
	26 - 35 anos	89	126,38
	36 - 45 anos	74	128,81
	46 - 65 anos	65	114,2
	Total	245	

Test Statistics b			
	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Centro de saúde	4,519	3	0,211
Unidade de saúde familiar	5,246	3	0,155
Consultório médico	3,252	3	0,354
Clínica médica	1,909	3	0,591
Hospital público	1,017	3	0,797
Hospital Privado	2,118	3	0,548

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações programadas, entre os grupos etários.

Anexo XXII - Comparação da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações não programadas entre os indivíduos do sexo feminino e masculino

Teste de Mann-Whitney

Objectivo: testar se a distribuição da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações não programadas é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações não programadas é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

H1: A distribuição da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações não programadas não é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino

	Ranks			
	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Centro de saúde	Masculino	118	122,44	14448
	Feminino	127	123,52	15687
	Total	245		
Unidade de saúde familiar	Masculino	118	129,58	15291
	Feminino	127	116,88	14844
	Total	245		
Consultório médico	Masculino	118	120,22	14186
	Feminino	127	125,58	15949
	Total	245		
Clínica médica	Masculino	118	117,75	13894
	Feminino	127	127,88	16241
	Total	245		
Hospital público	Masculino	118	122,86	14497
	Feminino	127	123,13	15638
	Total	245		
Hospital Privado	Masculino	118	124,28	14664,5
	Feminino	127	121,81	15470,5
	Total	245		

Test Statistics a				
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Centro de saúde	7427	14448	-0,125	0,901
Unidade de saúde familiar	6716	14844	-1,582	0,114
Consultório médico	7165	14186	-0,613	0,54
Clínica médica	6873	13894	-1,164	0,245
Hospital público	7476	14497	-0,032	0,975
Hospital Privado	7342,5	15470,5	-0,283	0,777

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações não programadas, entre os indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Anexo XXIII - Comparação da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações não programadas entre os grupos etários

Teste de Kruskal-Wallis

Objectivo: testar se a distribuição da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações não programadas entre os grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações não programadas é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

H1: A distribuição da frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações não programadas não é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Ranks

	Grupo etário	N	Mean Rank
Centro de saúde	<= 25 anos	17	122,59
	26 - 35 anos	89	122,57
	36 - 45 anos	74	127,26
	46 - 65 anos	65	118,85
	Total	245	
Unidade de saúde familiar	<= 25 anos	17	113,68
	26 - 35 anos	89	120,51
	36 - 45 anos	74	122,85
	46 - 65 anos	65	129,02
	Total	245	
Consultório médico	<= 25 anos	17	120,59
	26 - 35 anos	89	111,08
	36 - 45 anos	74	121,51
	46 - 65 anos	65	141,65
	Total	245	
Clínica médica	<= 25 anos	17	152,82
	26 - 35 anos	89	119,6
	36 - 45 anos	74	113,57
	46 - 65 anos	65	130,59
	Total	245	
Hospital público	<= 25 anos	17	143,62
	26 - 35 anos	89	116,46
	36 - 45 anos	74	123,69
	46 - 65 anos	65	125,78
	Total	245	
Hospital Privado	<= 25 anos	17	125,56
	26 - 35 anos	89	119,97
	36 - 45 anos	74	130,72
	46 - 65 anos	65	117,7
	Total	245	

Test Statistics b

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Centro de saúde	0,54	3	0,91
Unidade de saúde familiar	1,111	3	0,774
Consultório médico	7,578	3	0,056
Clínica médica	5,705	3	0,127
Hospital público	2,44	3	0,486
Hospital Privado	1,551	3	0,671

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização de cada tipo de unidade de saúde utilizada para situações não programadas, entre os grupos etários.

Anexo XXIV - Comparação da importância dos factores que contribuem para a satisfação da utilização das unidades de saúde, entre os indivíduos do sexo feminino e masculino

Teste de Mann-Whitney

Objectivo: testar se a distribuição da importância dos factores que contribuem para a satisfação da utilização das unidades de saúde é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição da importância dos factores que contribuem para a satisfação da utilização das unidades de saúde é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

H1: A distribuição da importância dos factores que contribuem para a satisfação da utilização das unidades de saúde não é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino

		Ranks		
	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Médico	Masculino	118	116,76	13778
	Feminino	127	128,8	16357
	Total	245		
Pessoal administrativo	Masculino	118	120,17	14180
	Feminino	127	125,63	15955
	Total	245		
Enfermeiros	Masculino	118	116,73	13774
	Feminino	127	128,83	16361
	Total	245		
Instalações	Masculino	118	119,42	14091,5
	Feminino	127	126,33	16043,5
	Total	245		
Estacionamento	Masculino	118	126,08	14877,5
	Feminino	127	120,14	15257,5
	Total	245		

Test Statistics a				
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Médico	6757	13778	-1,481	0,139
Pessoal administrativo	7159	14180	-0,675	0,500
Enfermeiros	6753	13774	-1,522	0,128
Instalações	7070,5	14091,5	-0,877	0,380
Estacionamento	7129,5	15257,5	-0,695	0,487

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas da importância dos factores que contribuem para a satisfação da utilização das unidades de saúde, entre os indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Anexo XXV - Comparação da importância dos factores que contribuem para a satisfação da utilização das unidades de saúde, entre os grupos etários

Teste de Kruskal-Wallis

Objectivo: testar se a distribuição da importância dos factores que contribuem para a satisfação da utilização das unidades de saúde é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição da importância dos factores que contribuem para a satisfação da utilização das unidades de saúde é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

H1: A distribuição da importância dos factores que contribuem para a satisfação da utilização das unidades de saúde não é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Ranks			
	Grupo etário	N	Mean Rank
Médico	<= 25 anos	17	92,18
	26 - 35 anos	89	118,17
	36 - 45 anos	74	136,66
	46 - 65 anos	65	122,12
	Total	245	
Pessoal administrativo	<= 25 anos	17	92,82
	26 - 35 anos	89	130,72
	36 - 45 anos	74	127,24
	46 - 65 anos	65	115,48
	Total	245	
Enfermeiros	<= 25 anos	17	93,62
	26 - 35 anos	89	134,22
	36 - 45 anos	74	125,58
	46 - 65 anos	65	112,38
	Total	245	
Instalações	<= 25 anos	17	121,88
	26 - 35 anos	89	127,27
	36 - 45 anos	74	121,91
	46 - 65 anos	65	118,68
	Total	245	
Estacionamento	<= 25 anos	17	84,26
	26 - 35 anos	89	120,07
	36 - 45 anos	74	137,3
	46 - 65 anos	65	120,85
	Total	245	

Test Statistics b			
	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Médico	7,952	3	0,047
Pessoal administrativo	6,441	3	0,092
Enfermeiros	8,73	3	0,033
Instalações	0,776	3	0,855
Estacionamento	9,321	3	0,025

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a distribuição da importância dos factores; pessoal administrativo e instalações e os grupos etários. Em relação aos factores: médico, enfermeiros e estacionamento conclui-se que existe evidência empírica em como pelo menos um dos grupos etários apresenta uma distribuição de factores diferente de um outro grupo ($\alpha = 0,05$).

Para verificar em que grupos se verificam estas diferenças, realizaram-se testes de múltiplas comparações.

Multiple Comparisons LSD							
Dependent Variable	(I) Grupo etá	(J) Grupo etário	Mean Difference	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Rank of q22a by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,186206	0,000	-46,21608	-25,78392
		36 - 45 anos	-28,500000*	5,269831	0,000	-38,88081	-18,11919
		46 - 65 anos	-24,000000*	5,337552	0,000	-34,51421	-13,48579
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,186206	0,000	25,78392	46,21608
		36 - 45 anos	7,500000*	3,082473	0,016	1,42797	13,57203
		46 - 65 anos	12,000000*	3,19687	0,000	5,70263	18,29737
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,269831	0,000	18,11919	38,88081
		26 - 35 anos	-7,500000*	3,082473	0,016	-13,57203	-1,42797
		46 - 65 anos	4,5	3,33082	0,178	-2,06124	11,06124
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,337552	0,000	13,48579	34,51421
		26 - 35 anos	-12,000000*	3,19687	0,000	-18,29737	-5,70263
		36 - 45 anos	-4,5	3,33082	0,178	-11,06124	2,06124
Rank of q22c by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,08421	0,000	-46,01516	-25,98484
		36 - 45 anos	-28,500000*	5,16619	0,000	-38,67665	-18,32335
		46 - 65 anos	-24,000000*	5,232579	0,000	-34,30743	-13,69257
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,08421	0,000	25,98484	46,01516
		36 - 45 anos	7,500000*	3,02185	0,014	1,54739	13,45261
		46 - 65 anos	12,000000*	3,133998	0,000	5,82648	18,17352
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,16619	0,000	18,32335	38,67665
		26 - 35 anos	-7,500000*	3,02185	0,014	-13,45261	-1,54739
		46 - 65 anos	4,5	3,265313	0,169	-1,9322	10,9322
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,232579	0,000	13,69257	34,30743
		26 - 35 anos	-12,000000*	3,133998	0,000	-18,17352	-5,82648
		36 - 45 anos	-4,5	3,265313	0,169	-10,9322	1,9322
Rank of q22e by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,450516	0,000	-46,73673	-25,26327
		36 - 45 anos	-28,500000*	5,538403	0,000	-39,40986	-17,59014
		46 - 65 anos	-24,000000*	5,609575	0,000	-35,05006	-12,94994
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,450516	0,000	25,26327	46,73673
		36 - 45 anos	7,500000*	3,239568	0,021	1,11852	13,88148
		46 - 65 anos	12,000000*	3,359796	0,000	5,38169	18,61831
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,538403	0,000	17,59014	39,40986
		26 - 35 anos	-7,500000*	3,239568	0,021	-13,88148	-1,11852
		46 - 65 anos	4,5	3,500572	0,200	-2,39562	11,39562
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,609575	0,000	12,94994	35,05006
		26 - 35 anos	-12,000000*	3,359796	0,000	-18,61831	-5,38169
		36 - 45 anos	-4,5	3,500572	0,200	-11,39562	2,39562

Conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todos os grupos etários excepto entre o grupo dos 36 aos 45 anos e dos 46 aos 65 anos ($\alpha = 0,05$).

Anexo XXVI - Comparação da importância dos factores que contribuem para a mudança de unidade de saúde, entre os indivíduos do sexo feminino e masculino

Teste de Mann-Whitney

Objectivo: testar se a distribuição da importância dos factores que contribuem para a mudança de unidade de saúde é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição da importância dos factores que contribuem para a mudança de unidade de saúde é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

H1: A distribuição da importância dos factores que contribuem para a mudança de unidade de saúde não é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

	Ranks			
	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Preço	Masculino	118	120,67	14238,5
	Feminino	127	125,17	15896,5
	Total	245		
Qualidade clínica	Masculino	118	116,91	13795,5
	Feminino	127	128,66	16339,5
	Total	245		
Proximidade	Masculino	118	118,56	13990,5
	Feminino	127	127,12	16144,5
	Total	245		
Atendimento	Masculino	118	118,19	13946
	Feminino	127	127,47	16189
	Total	245		
Conforto das instalações	Masculino	118	122,59	14466
	Feminino	127	123,38	15669
	Total	245		
Abrangência da oferta	Masculino	118	117,28	13838,5
	Feminino	127	128,32	16296,5
	Total	245		
Médico	Masculino	118	114,14	13468,5
	Feminino	127	131,23	16666,5
	Total	245		
Lista de espera muito longa	Masculino	118	115,28	13603
	Feminino	127	130,17	16532
	Total	245		
Experiências negativas com serviços	Masculino	118	115,03	13574
	Feminino	127	130,4	16561
	Total	245		

Test Statistics a				
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Preço	7217,5	14238,5	-0,529	0,597
Qualidade clínica	6774,5	13795,5	-1,495	0,135
Proximidade	6969,5	13990,5	-1,029	0,304
Atendimento	6925	13946	-1,168	0,243
Conforto das instalações	7445	14466	-0,099	0,921
Abrangência da oferta	6817,5	13838,5	-1,342	0,179
Médico	6447,5	13468,5	-2,238	0,025
Lista de espera muito longa	6582	13603	-1,825	0,068
Experiências negativas com serviços anteriores	6553	13574	-1,867	0,062

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas da importância do factor, médico, que contribui para a mudança de unidade de saúde, entre os indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Anexo XXVII – Comparação da importância dos factores que contribuem para a mudança de unidade de saúde, entre os grupos etários

Teste de Kruskal-Wallis

Objectivo: testar se a distribuição da importância dos factores que contribuem para a mudança de unidade de saúde é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição da importância dos factores que contribuem para a mudança de unidade de saúde é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

H1: A distribuição da importância dos factores que contribuem para a mudança de unidade de saúde não é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Ranks			
	Grupo etário	N	Mean Rank
Preço	<= 25 anos	17	143,32
	26 - 35 anos	89	133,74
	36 - 45 anos	74	110,91
	46 - 65 anos	65	116,75
	Total	245	
Qualidade clínica	<= 25 anos	17	112,56
	26 - 35 anos	89	127,29
	36 - 45 anos	74	115,73
	46 - 65 anos	65	128,13
	Total	245	
Proximidade	<= 25 anos	17	120,21
	26 - 35 anos	89	128,59
	36 - 45 anos	74	117,09
	46 - 65 anos	65	122,81
	Total	245	
Atendimento	<= 25 anos	17	89,12
	26 - 35 anos	89	128,19
	36 - 45 anos	74	120,75
	46 - 65 anos	65	127,32
	Total	245	
Conforto das instalações	<= 25 anos	17	95,09
	26 - 35 anos	89	125,23
	36 - 45 anos	74	118,87
	46 - 65 anos	65	131,95
	Total	245	
Abrangência da oferta	<= 25 anos	17	86,09
	26 - 35 anos	89	133,35
	36 - 45 anos	74	120,42
	46 - 65 anos	65	121,42
	Total	245	
Médico	<= 25 anos	17	103,38
	26 - 35 anos	89	122,79
	36 - 45 anos	74	117,93
	46 - 65 anos	65	134,18
	Total	245	
Lista de espera muito longa	<= 25 anos	17	128,71
	26 - 35 anos	89	131,96
	36 - 45 anos	74	111,76
	46 - 65 anos	65	122,04
	Total	245	
Experiências negativas com serviços anteriores	<= 25 anos	17	119,32
	26 - 35 anos	89	126,73
	36 - 45 anos	74	120,72
	46 - 65 anos	65	121,45
	Total	245	

Test Statistics^{a,b}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Preço	6,902	3	0,075
Qualidade clínica	2,412	3	0,491
Proximidade	1,3	3	0,729
Atendimento	6,075	3	0,108
Conforto das instalações	5,272	3	0,153
Abrangência da oferta	8,059	3	0,045
Médico	4,647	3	0,200
Lista de espera muito longa	4,202	3	0,240
Experiências negativas com serviços anteriores	0,485	3	0,922

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas para a variável abrangência da oferta. Conclui-se que existe evidência empírica em como pelo menos um dos grupos etários apresenta uma distribuição de factores diferente de um outro grupo ($\alpha = 0,05$).

Para verificar em que grupos se verificam estas diferenças, realizaram-se testes de múltiplas comparações.

Multiple Comparisons LSD

(I) Grupo etário	(J) Grupo etário	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,233718	0,000	-46,30967	-25,69033
	36 - 45 anos	-28,500000*	5,318109	0,000	-38,97591	-18,02409
	46 - 65 anos	-24,000000*	5,38645	0,000	-34,61053	-13,38947
26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,233718	0,000	25,69033	46,30967
	36 - 45 anos	7,500000*	3,110712	0,017	1,37234	13,62766
	46 - 65 anos	12,000000*	3,226157	0,000	5,64493	18,35507
36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,318109	0,000	18,02409	38,97591
	26 - 35 anos	-7,500000*	3,110712	0,017	-13,62766	-1,37234
	46 - 65 anos	4,5	3,361334	0,182	-2,12135	11,12135
46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,38645	0,000	13,38947	34,61053
	26 - 35 anos	-12,000000*	3,226157	0,000	-18,35507	-5,64493
	36 - 45 anos	-4,5	3,361334	0,182	-11,12135	2,12135

Conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todos os grupos etários excepto entre o grupo dos 36 aos 45 anos e dos 46 aos 65 anos ($\alpha = 0,05$).

Anexo XXVIII - Comparação da frequência com que utiliza cada um dos factores que contribuem para a recolha de informação sobre a unidade de saúde, entre os indivíduos do sexo feminino e masculino

Teste de Mann-Whitney

Objectivo: testar se a distribuição da frequência com que utiliza cada um dos factores que contribuem para a recolha de informação sobre a unidade de saúde é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição da frequência com que utiliza cada um dos factores que contribuem para a recolha de informação sobre a unidade de saúde é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

H1: A distribuição da frequência com que utiliza cada um dos factores que contribuem para a recolha de informação sobre a unidade de saúde não é igual nos grupos populacionais de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

	Ranks			
	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Amigos e familiares	Masculino	118	113,5	13393,5
	Feminino	127	131,82	16741,5
	Total	245		
Médico	Masculino	118	119,13	14057
	Feminino	127	126,6	16078
	Total	245		
Motores de busca online	Masculino	118	112,63	13290,5
	Feminino	127	132,63	16844,5
	Total	245		
Blogs	Masculino	118	116,92	13796
	Feminino	127	128,65	16339
	Total	245		
Websites de unidades de saúde	Masculino	118	119,45	14095
	Feminino	127	126,3	16040
	Total	245		
Revistas	Masculino	118	120,95	14272,5
	Feminino	127	124,9	15862,5
	Total	245		
Farmácia	Masculino	118	111,3	13133,5
	Feminino	127	133,87	17001,5
	Total	245		

Test Statistics a				
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Amigos e familiares	6372,5	13393,5	-2,139	0,032
Médico	7036	14057	-0,875	0,381
Motores de busca online	6269,5	13290,5	-2,282	0,023
Blogs	6775	13796	-1,583	0,113
Websites de unidades de saúde	7074	14095	-0,79	0,43
Revistas	7251,5	14272,5	-0,494	0,622
Farmácia	6112,5	13133,5	-2,616	0,009

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que se verificam diferenças estatisticamente significativas da frequência com que utiliza cada um nos factores: amigos e familiares; motores de pesquisa *online* e farmácia, entre os indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Anexo XXIX - Comparação da frequência com que utiliza cada um dos factores que contribuem para a recolha de informação sobre a unidade de saúde entre os grupos etários

Teste de Kruskal-Wallis

Objectivo: testar se a distribuição da frequência com que utiliza cada um dos factores que contribuem para a recolha de informação sobre a unidade de saúde é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Hipóteses a testar:

H0: A distribuição da frequência com que utiliza cada um dos factores que contribuem para a recolha de informação sobre a unidade de saúde é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

H1: A distribuição da frequência com que utiliza cada um dos factores que contribuem para a recolha de informação sobre a unidade de saúde não é igual nos grupos etários: ≤ 25 anos; 26 - 35 anos; 36 - 45 anos e 46 - 65 anos.

Ranks			
	Grupo etário	N	Mean Rank
Amigos e familiares	<= 25 anos	17	170,21
	26 - 35 anos	89	143,88
	36 - 45 anos	74	115,99
	46 - 65 anos	65	90,05
	Total	245	
Médico	<= 25 anos	17	86,12
	26 - 35 anos	89	117,51
	36 - 45 anos	74	123,85
	46 - 65 anos	65	139,2
	Total	245	
Motores de busca online	<= 25 anos	17	133,18
	26 - 35 anos	89	142,8
	36 - 45 anos	74	116,63
	46 - 65 anos	65	100,48
	Total	245	
Blogs	<= 25 anos	17	118,12
	26 - 35 anos	89	130,12
	36 - 45 anos	74	120,04
	46 - 65 anos	65	117,89
	Total	245	
Websites de unidades de saúde	<= 25 anos	17	126,65
	26 - 35 anos	89	128,08
	36 - 45 anos	74	118,65
	46 - 65 anos	65	120,05
	Total	245	
Revistas	<= 25 anos	17	105,74
	26 - 35 anos	89	127,04
	36 - 45 anos	74	116,55
	46 - 65 anos	65	129,33
	Total	245	
Farmácia	<= 25 anos	17	108,24
	26 - 35 anos	89	136,69
	36 - 45 anos	74	108,67
	46 - 65 anos	65	124,44
	Total	245	

Test Statistics b			
	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Amigos e familiares	33,627	3	0,000
Médico	9,63	3	0,022
Motores de busca online	15,443	3	0,001
Blogs	2,159	3	0,54
Websites de unidades de saúde	0,976	3	0,807
Revistas	3,12	3	0,373
Farmácia	7,841	3	0,049

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a distribuição da frequência com que utiliza cada um dos factores; *blogs*, *website* e revistas, e os grupos etários. Em relação aos factores médico, amigos e familiares, motores de pesquisa *online* e farmácia, conclui-se que existe evidência empírica em como pelo menos um dos grupos etários apresenta uma distribuição de factores diferente de um outro grupo ($\alpha = 0,05$).

Para verificar em que grupos se verificam estas diferenças, realizaram-se testes de múltiplas comparações.

Dependent Variable	(I) Grupo etário	(J) Grupo etário	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Rank of q14a by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,400324	0,000	-46,63786	-25,36214
		36 - 45 anos	-28,500000*	5,487401	0,000	-39,30939	-17,69061
		46 - 65 anos	-24,000000*	5,557918	0,000	-34,9483	-13,0517
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,400324	0,000	25,36214	46,63786
		36 - 45 anos	7,500000*	3,209736	0,020	1,17728	13,82272
		46 - 65 anos	12,000000*	3,328856	0,000	5,44263	18,55737
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,487401	0,000	17,69061	39,30939
		26 - 35 anos	-7,500000*	3,209736	0,020	-13,82272	-1,17728
		46 - 65 anos	4,5	3,468336	0,196	-2,33212	11,33212
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,557918	0,000	13,0517	34,9483
		26 - 35 anos	-12,000000*	3,328856	0,000	-18,55737	-5,44263
		36 - 45 anos	-4,5	3,468336	0,196	-11,33212	2,33212
Rank of q14b by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,442737	0,000	-46,72141	-25,27859
		36 - 45 anos	-28,500000*	5,530498	0,000	-39,39429	-17,60571
		46 - 65 anos	-24,000000*	5,601569	0,000	-35,03429	-12,96571
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,442737	0,000	25,27859	46,72141
		36 - 45 anos	7,500000*	3,234945	0,021	1,12762	13,87238
		46 - 65 anos	12,000000*	3,355	0,000	5,39113	18,60887
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,530498	0,000	17,60571	39,39429
		26 - 35 anos	-7,500000*	3,234945	0,021	-13,87238	-1,12762
		46 - 65 anos	4,5	3,495576	0,199	-2,38578	11,38578
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,601569	0,000	12,96571	35,03429
		26 - 35 anos	-12,000000*	3,355	0,000	-18,60887	-5,39113
		36 - 45 anos	-4,5	3,495576	0,199	-11,38578	2,38578
Rank of q14c by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,549749	0,000	-46,93221	-25,06779
		36 - 45 anos	-28,500000*	5,639236	0,000	-39,60848	-17,39152
		46 - 65 anos	-24,000000*	5,711704	0,000	-35,25124	-12,74876
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,549749	0,000	25,06779	46,93221
		36 - 45 anos	7,500000*	3,298548	0,024	1,00233	13,99767
		46 - 65 anos	12,000000*	3,420965	0,001	5,26119	18,73881
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,639236	0,000	17,39152	39,60848
		26 - 35 anos	-7,500000*	3,298548	0,024	-13,99767	-1,00233
		46 - 65 anos	4,5	3,564304	0,208	-2,52117	11,52117
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,711704	0,000	12,74876	35,25124
		26 - 35 anos	-12,000000*	3,420965	0,001	-18,73881	-5,26119
		36 - 45 anos	-4,5	3,564304	0,208	-11,52117	2,52117
Rank of q14g by grupo_etario	<= 25 anos	26 - 35 anos	-36,000000*	5,506009	0,000	-46,84605	-25,15395
		36 - 45 anos	-28,500000*	5,59479	0,000	-39,52093	-17,47907
		46 - 65 anos	-24,000000*	5,666687	0,000	-35,16256	-12,83744
	26 - 35 anos	<= 25 anos	36,000000*	5,506009	0,000	25,15395	46,84605
		36 - 45 anos	7,500000*	3,272551	0,023	1,05355	13,94645
		46 - 65 anos	12,000000*	3,394002	0,000	5,3143	18,6857
	36 - 45 anos	<= 25 anos	28,500000*	5,59479	0,000	17,47907	39,52093
		26 - 35 anos	-7,500000*	3,272551	0,023	-13,94645	-1,05355
		46 - 65 anos	4,5	3,536212	0,204	-2,46583	11,46583
	46 - 65 anos	<= 25 anos	24,000000*	5,666687	0,000	12,83744	35,16256
		26 - 35 anos	-12,000000*	3,394002	0,000	-18,6857	-5,3143
		36 - 45 anos	-4,5	3,536212	0,204	-11,46583	2,46583

Conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todos os grupos etários excepto entre o grupo dos 36 aos 45 anos e dos 46 aos 65 anos ($\alpha = 0,05$).

Anexo XXX – Quem toma a decisão na escolha da unidade de saúde a que vai em situações programadas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Eu	167	68%	68,2	68,2
Eu em conjunto com o meu(minha) esposo(a)	74	30%	30,2	98,8
Pais	3	1%	1,2	100
Outro	1	0%	0,4	68,6
Total	245	100	100	

Anexo XXXI – Quem toma a decisão na escolha da unidade de saúde a que vai em situações não programadas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Eu	157	64%	64,1	64,1
Eu em conjunto com o meu(minha) esposo(a)	83	34%	33,9	98,8
Pais	3	1%	1,2	100
Outro	2	1%	0,8	64,9
Total	245	100	100	