

Factores Influenciadores da
Aquisição de Seguro de Saúde
Voluntário em Portugal:

Validação Interna de um
Questionário

Alberto Guerra

XXXIX Curso de Especialização
em Administração Hospitalar
(2009-2011)

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade do seu autor

39º Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH)

**FACTORES INFLUENCIADORES DA AQUISIÇÃO DE
SEGURO DE SAÚDE VOLUNTÁRIO EM PORTUGAL:
VALIDAÇÃO INTERNA DE UM QUESTIONÁRIO**

Autor:

Alberto José Varandas Guerra

Orientadora:

Dr^a. Teresa Magalhães

Lisboa, 2014

Coisas que nos parecem impossíveis, só podem ser conseguidas com uma teimosia pacífica!

Mahatma Ghandi

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho é o culminar de um longo percurso e do desejo sempre presente de aprofundar conhecimentos na área da gestão e economia da saúde.

Como forma de reconhecimento, desejo agradecer a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho, em especial:

À Professora Teresa Magalhães, por ter aceitado o desafio de acompanhar o meu percurso em condições especiais, mas acima de tudo pela disponibilidade e paciência demonstrada durante este longo caminho.

Ao Professor Doutor João Pereira, director da Escola Nacional de Saúde Pública por ter considerado que a minha motivação era prova de que conseguiria ultrapassar as dificuldades impostas por uma vida profissional no estrangeiro, não criando barreiras acrescidas à conclusão do trabalho e curso. Um grande bem-haja à sua clarividência.

À professora Carla Nunes e ao Professor Luis Graça pela revisão do trabalho, em especial do questionário a aplicar.

A todos aqueles que dispuseram do seu tempo para responderem aos inquéritos.

Aos meus pais, por tudo e em especial por me ensinarem a aprender.

À Ana, por estar sempre a meu lado e por me mostrar a luz ao fundo do túnel, em especial em fases difíceis em que pensamos em desistir. Obrigado por toda a paciência, apoio e suporte, aqui ou em qualquer lugar.

RESUMO

Enquadramento: A compreensão dos factores que levam o indivíduo a adquirir um seguro de saúde voluntário no contexto do sistema de saúde português é importante de modo a definir políticas de saúde que visem incentivar a compra, ou de forma contrária, reforçar o Serviço Nacional de Saúde no intuito de se minimizar essa necessidade.

Objectivo: O presente trabalho tem como objectivo geral construir e validar um questionário para identificar os factores que determinam o comportamento das pessoas para adquirirem seguros de saúde voluntários em Portugal.

Metodologia: Foi seguida a metodologia de validação de instrumentos de medida recomendada pelo Comité Conjunto formado pela *American Educational Research Association*, a *American Psychological Association* e o *National Council on Measurement in Education*. A matriz de dados resultante mostrou-se adequada para factoração. Para o efeito foi utilizada a análise factorial exploratória com recurso ao método de análise de componentes principais.

Resultados: A análise revelou a existência de duas variáveis latentes determinantes dos comportamentos de aquisição do seguro de saúde voluntário: a rapidez de acesso aos cuidados/serviços de saúde e a diferenciação da oferta por parte dos serviços relacionados ao seguro comparativamente à oferta fornecida pelo subsistema de saúde do qual o segurado é beneficiário. A análise das relações entre as variáveis latentes e as características sócio-demográficas da amostra não revelou a existência de correlações estatisticamente significativas.

Discussão: Em concordância com a literatura especializada consultada, o estudo comprovou que a aquisição do seguro de saúde voluntário é, em grande medida, determinada pelas características da oferta. A realização de entrevistas qualitativas individuais e a organização de grupos de discussão sobre o tema das razões que levam as pessoas a adquirir um seguro de saúde voluntário poderá melhorar significativamente a representatividade do constructo.

Palavras-chave: seguro de saúde voluntário; factores; instrumento de medida; construção; validação.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. O sistema de saúde português	3
2.2. Os seguros de saúde	11
2.2.1. Factores determinantes da procura de seguros de saúde privados	16
2.3. A medição dos comportamentos sociais: a centralidade da validação estatística	24
2.3.1. Validação dos testes e escalas estatísticas	25
3. OBJECTIVOS	36
4. METODOLOGIA.....	37
4.1. Procedimento de validação do conteúdo do instrumento de medida.....	37
4.2. Procedimento de validação dos processos de resposta	40
4.3. Procedimento de validação da estrutura interna do instrumento de medida.....	41
4.4. Medição das relações entre as variáveis latentes e as variáveis exteriores à escala.....	42
4.5. Avaliação das consequências do uso para as quais o teste foi proposto	42
5. RESULTADOS.....	43
5.1. Resultados do procedimento de validação dos processos de resposta.....	43
5.2. Resultados da validação da estrutura interna do instrumento.....	44
5.3. Correlação entre os factores e as variáveis exteriores à escala.....	51
6. DISCUSSÃO	54
6.1. Discussão metodológica	54
6.2. Discussão de resultados e recomendações.....	60
7. CONCLUSÕES.....	69
8. BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Elementos do Sistema de Saúde em Portugal	5
Figura 2 – Fluxos financeiros e de serviços no Sistema de Saúde em Portugal.....	6
Figura 3 – Despesas em saúde em percentagem do PIB, países da OCDE, 2011	9
Figura 4 – Despesas em saúde <i>per capita</i> : financiamento público e privado, 2011.....	9
Figura 5 – Carregamentos dos factores, correlação entre os factores e consistência interna da escala.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do financiamento público e privado do sistema de saúde em Portugal, 2000-2010	10
Gráfico 2 – Evolução do número de empresas de seguros de acidentes e doença, 2000-2011	11
Gráfico 3 – Evolução do número de pessoas com seguro de saúde, por tipo de apólice (2000-2011)	12
Gráfico 4 – Percentagem da população coberta por seguros de saúde privados na Europa (valores de 2008)	14
Gráfico 5 – Visualização do carregamento factorial dos componentes	46
Gráfico 6 – Disposição dos factores no espaço rotacionado	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Financiamento Privado em Portugal por fontes - 2000 a 2010.....	10
Tabela 2 – Operacionalização das variáveis e estruturação do questionário.....	38
Tabela 3 – Índice KMO e teste de esfericidade de Bartlett	44
Tabela 4 – Matriz de comunalidades	45
Tabela 5 – Matriz dos componentes principais	45
Tabela 6 – Variância total explicada	46
Tabela 7 – Matriz de correlação entre os factores	47
Tabela 8 – Matrizes de padrões e de estrutura.....	47
Tabela 9 – Matriz dos valores de covariância entre os factores	48
Tabela 10 – Alfa item-total	49
Tabela 11 – Correlação entre as razões para adquirir o seguro e as características da amostra	52

LISTA DE ABREVIATURAS

ADM – Assistência à Doença aos Militares das Forças Armadas

ADSE – Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado

AERA – *American Educational Research Association*

AFE – Análise Factorial Exploratória

APA – *American Psychological Association*

DOSPRT – *Domain Specific Risk Taking*

EUROSTAT – Serviço de Estatística da Comissão Europeia

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRS – Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Singulares

KMO – Índice de Kaiser-Meyer-Olkin

NCME – *National Council on Measurement in Education*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PT-ACS – Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde

SAD/GNR – Serviços de Assistência à Doença à Guarda Nacional Republicana

SAD/PSP – Serviços de Assistência à Doença da Polícia de Segurança Pública

SAMS – Serviços de Assistência Medico-Social

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

SSMJ – Serviços de Saúde do Ministério da Justiça

WHO – *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

Portugal tem um Serviço Nacional de Saúde (SNS) que tem o dever constitucional de satisfazer as necessidades de cuidados de saúde de todos os portugueses de forma tendencialmente gratuita. No contexto português, aliado à cobertura universal por parte do SNS, são introduzidos ainda elementos de dupla cobertura por parte de subsistemas públicos e privados que coexistem com o SNS.

A existência de um SNS que oferece cobertura universal de uma gama de benefícios global e de forma tendencialmente gratuita poderia, eventualmente, anular (ou reduzir drasticamente) a necessidade de o consumidor adquirir um seguro de saúde. No entanto, o sistema de saúde tem um contributo de despesa privada na ordem dos 30%. Desta despesa privada, uma crescente parte tem sido suportada por seguros de saúde contratualizados, quer por empresas, como forma de benefício para os seus empregados, quer individualmente e de forma voluntária pelo consumidor. Os dados disponíveis mostram que, em especial na última década, tem havido um aumento dos comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários em Portugal, correspondendo, em 2010, a cerca de 20% da população.

Alguns estudos têm sido feitos para tentar explicar este aumento num país com um sistema de saúde onde tal não seria, pelo menos à primeira vista, expectável. A crescente atenção que este problema suscita junto dos investigadores sugere que a compreensão deste fenómeno é importante para estudarmos a evolução do sistema de saúde português, em especial, porque essa compreensão pode contribuir para analisar estratégias de definição de políticas que visem incentivar a compra de seguro de saúde ou que visem reforçar o SNS no intuito de se minimizar essa necessidade.

A maioria dos estudos realizados sobre este assunto em Portugal baseia-se na análise do último inquérito nacional de saúde disponível e são muito poucos os que procuram ouvir directamente o consumidor, negligenciando-se, assim, a interferência eventual de variáveis explicativas dos comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários sustentadas por evidências empíricas. Neste contexto, justifica-se que se faça uma análise rigorosa dos factores determinantes destes comportamentos. Tal análise permitirá estruturar um instrumento de medição válido que possa sustentar a elaboração

de um modelo teórico para estudar os comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários em Portugal. Enquadrando-se nesta lógica de problematização, o presente estudo encontra-se organizado em cinco capítulos principais.

O problema da aquisição de seguros de saúde voluntários em Portugal é enquadrado teoricamente no capítulo 2, o qual se divide em três pontos, correspondentes a cada uma das dimensões conceptuais que estruturam o objecto de estudo “factores determinantes dos comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários em Portugal”. O primeiro ponto descreve o sistema de saúde português para contextualizar a posição relativa dos seguros de saúde no seu contexto. O segundo ponto descreve a evolução dos seguros de saúde em Portugal e, apoiando-se na tradição teórica disponível, identifica os factores de ordem sócio-demográfica determinantes da aquisição de seguros de saúde. O terceiro ponto analisa a centralidade dos processos de validação dos instrumentos de medida para garantir a fiabilidade das predições dos comportamentos sociais, nomeadamente, os comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários.

O capítulo 3 expõe os objectivos do estudo. No capítulo 4 apresenta-se as características do constructo cuja validação constitui o objectivo geral do presente estudo e descreve o procedimento metodológico utilizado para o estruturar e validar.

No capítulo 5 apresenta-se os resultados decorrentes da aplicação da metodologia e elabora-se o modelo teórico sugerido pelos mesmos. Finalmente, no capítulo 6 discute-se as implicações metodológicas dos resultados obtidos e enumera-se as eventuais recomendações sugeridas pelos dados a ter em conta em trabalhos futuros sobre o mesmo problema.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na saúde, a imprevisibilidade do momento da ocorrência de situações adversas que geram a necessidade de aceder a cuidados de saúde e a incerteza relativa aos custos associados destes episódios motivam os indivíduos, de forma individual ou em grupo, a procurar formas de protecção a este risco. Estes mecanismos de protecção assentam em diversas formas nas quais os indivíduos/sociedade trocam a imprevisibilidade da ocorrência da necessidade de acesso a cuidados de saúde e a incerteza dos seus custos, em suma, trocam o risco financeiro associado aos pagamentos directos, por outras formas de financiamento que exigem “o sacrifício” de parte concreta do rendimento, quer por forma de impostos, seguros de saúde sociais ou seguros de saúde voluntários.

Assim sendo, os sistemas de saúde e o seu financiamento constituem formas de transferência de risco.

2.1. O sistema de saúde português

Um sistema pode ser definido como um conjunto de elementos que se relacionam entre si de forma organizada para obtenção de um objectivo geral, sendo que o factor diferenciador de um sistema de saúde é que o objectivo geral está relacionado com a saúde dos indivíduos.

Um sistema de saúde engloba diversos elementos (pessoas e suas famílias, comunidades, Ministério da Saúde, serviços de saúde e hospitais, empresas farmacêuticas, entidades financiadores e outras organizações) e as relações entre estes dependem do tipo de papel realizado por cada um dos elementos. Podemos encontrar elementos com papel regulador, prestador, financiador e de gestão de recursos. Considerando os diversos elementos, as suas interconexões e papéis, Roemer (1991) definiu sistema de saúde como “a combinação de recursos, organizações, financiamento e gestão que culmina na prestação de cuidados de saúde à população”, cuidados esses que poderão estar relacionados com a promoção, recuperação ou manutenção da saúde (WHO, 2000).

Comparando diferentes países, rapidamente se conclui que existem diferenças quer ao nível do grau de desenvolvimento do sistema de saúde, quer das relações entre o sector público e privado, diferenças estas que, de acordo com Simões (2009) e a *World Health Organization* (WHO) (2002), foram motivadas (1) pelos valores da sociedade e pelo contexto cultural e histórico de cada país (aspectos políticos, económicos e sociais), (2) pelos objectivos de saúde estabelecidos por cada país e respectiva ordem de prioridades e (3) pelo próprio funcionamento do sistema de saúde, dos seus recursos, da forma ou do processo como se combinam e dos resultados obtidos em termos de saúde das populações.

Os sistemas de saúde são habitualmente classificados de acordo com a sua matriz ideológica de protecção social e conseqüentemente a sua forma predominante de financiamento. Os actuais sistemas de saúde europeus desenvolveram-se à sombra de dois grandes modelos, associados, um a Bismark, na Alemanha nos finais do século XIX, e outro a Beveridge, em Inglaterra na década de 1940. Ambos os modelos assentam no princípio de que o acesso a cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagar, pelo que a contribuição deverá depender do rendimento, mas a utilização apenas da necessidade (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

Nos sistemas de saúde do tipo Beveridge, o Estado tem a responsabilidade do financiamento, a posse e a gestão das instalações de saúde. O financiamento é efectuado sobretudo através de impostos, os cuidados hospitalares estão essencialmente nas mãos de agentes públicos, enquanto os cuidados de ambulatório são prestados por agentes públicos, privados ou por uma combinação dos mesmos (Ham, 1997; Maarse, 2006). Estes sistemas organizam-se geralmente em torno de um SNS que garante uma cobertura e protecção social universal. Na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), são exemplos deste tipo de sistemas o caso de Portugal, Reino Unido, Espanha, Itália, Suécia, Dinamarca e Irlanda.

Nos países cujo sistema de saúde está baseado no modelo Bismark, existe um esquema de seguro de saúde social (baseado na contribuição de empregadores e empregados e em que o Estado assume apenas as contribuições dos desempregados e de alguns grupos vulneráveis) e co-existem entidades públicas e privadas na prestação de cuidados de saúde. As funções do Estado realizam-se na afirmação dos princípios gerais do funcionamento dos seguros de saúde e dos sistemas de prestação de cuidados, na

aprovação de medidas de contenção de custos, na acreditação e no controlo da qualidade, na responsabilidade pela gestão dos hospitais públicos e no financiamento de cuidados para os excluídos do sistema de seguros (Maarse, 2006; Simões, 2009). Alemanha, Áustria, França, Holanda e Bélgica são exemplos de países com este tipo de financiamento do sistema de saúde. Contudo, refira-se que nenhum país apresenta, apenas e exclusivamente, uma fonte de financiamento (OCDE, 2004) e a conjugação de diversas fontes é a norma com tendência para se acentuar (Barros, 2007). No entanto os sistemas de saúde baseiam o seu financiamento essencialmente em impostos ou em seguros sociais sendo que os pagamentos directos e os seguros de saúde têm por sua vez um contributo mais ou menos preponderante.

Podemos afirmar que, em Portugal, o sistema de saúde é, do ponto de vista da prestação, composto pelo SNS e algumas unidades privadas, e do ponto de vista do financiamento pelo Estado, por alguns subsistemas de saúde, quer públicos quer privados, pelo sector segurador, e também pelo sector puramente privado (financiado pelos pagamentos directos dos indivíduos). Verificam-se algumas sobreposições, quer em termos dos beneficiários (uma vez que há pessoas com múltiplas coberturas), quer dos prestadores de cuidados (que, frequentemente, estabelecem relações com vários financiadores). A forma de organização e relação dos vários elementos dentro do sistema pode ser resumido na Figura 1.

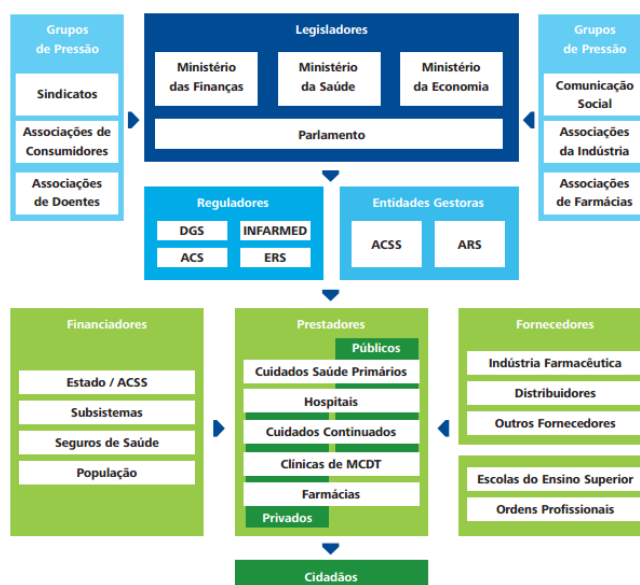


Figura 1 - Elementos do Sistema de Saúde em Portugal

(Fonte: Deloitte, 2011)

Ao considerarmos os fluxos financeiros e de serviços/doentes, podemos resumir o sistema de saúde português na Figura 2.

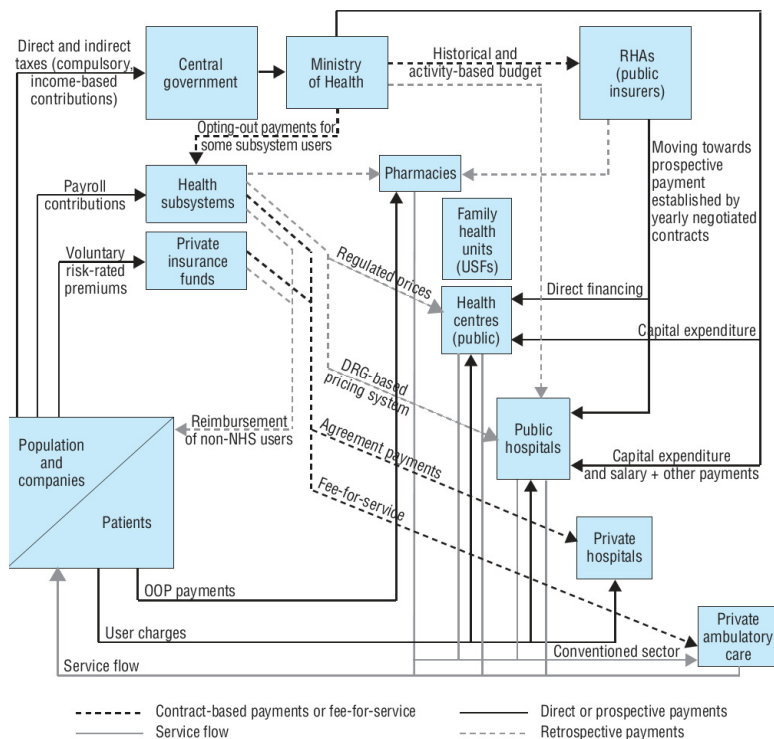


Figura 2 - Fluxos financeiros e de serviços no Sistema de Saúde em Portugal

(Fonte: Barros *et al.*, 2011)

Da análise da figura 2 verifica-se que, apesar do Sistema Nacional de Saúde ser em grande parte alicerçado no SNS, o sector privado possui um papel bastante importante na prestação de serviços funcionando maioritariamente em suporte ao SNS.

O SNS presta predominantemente cuidados hospitalares, cuidados primários e cuidados infantis e maternos, contractualizando com o sector privado cuidados relacionados com serviços de diagnóstico, fisioterapia e diálise. Já no âmbito das consultas de especialidade os prestadores privados assumem a maioria dos serviços (Barros e Simões, 2007). Na teoria não existem serviços excluídos da cobertura do SNS, no entanto, em Portugal, os serviços em odontologia e de saúde oral não são oferecidos nem tão pouco financiados pelo SNS (Busse, 2001), pelo que o sector privado actua isoladamente nesta área.

Aquando da criação do SNS, este não absorveu os sistemas de protecção na doença de base ocupacional – os chamados subsistemas – previamente existentes. Estes subsistemas estão também previstos na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) – Base XXXIII – bem como no próprio Estatuto do SNS, em especial no seu artigo 23.º. Tal significa que existem cidadãos com específicos mecanismos de protecção na doença, designados habitualmente por “subsistemas de saúde”, os quais se apresentam como responsáveis por assegurar a estes os custos resultantes da prestação de cuidados de saúde, designadamente nos serviços e estabelecimentos do SNS (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Os subsistemas de saúde podem, assim, ser definidos como entidades de natureza pública ou privada que, por lei ou por contracto, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente os correspondentes encargos. Tratam-se de subsistemas de saúde de base profissional – independentemente dos respectivos beneficiários se encontrarem em situação de exercício efectivo de funções ou aposentados, e muitas vezes sem prejuízo da sua extensão aos agregados familiares – cuja adesão apresenta, em alguns casos ou para alguns beneficiários, carácter obrigatório (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Os beneficiários destes subsistemas têm acesso não apenas à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, tal como todos os outros utentes/beneficiários do SNS, mas igualmente a uma rede de prestadores de cuidados de saúde próprios ou com os quais os subsistemas possuam acordo ou convenção. Podem ainda facilitar o acesso a todos os outros prestadores (com os quais não exista acordo ou convenção) mediante um mecanismo de reembolso total ou parcial de despesas (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, estes subsistemas garantem a cerca de 16% da população mecanismos de protecção para situações de doença com carácter mais aditivo do que substitutivo em relação ao SNS (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2009).

Nos subsistemas públicos, como é o caso da Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE), os Serviços de Saúde do Ministério da Justiça (SSMJ), a Assistência à Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM), os Serviços de Assistência à Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP) e os Serviços de

Assistência à Doença à Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR), o financiamento privado, que é feito com base no rendimento, é complementado por transferências do Estado.

Já nos subsistemas privados, como o caso da Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde (PT-ACS) e Serviços de Assistência Medico-Social (SAMS), o financiamento individual é complementado por transferências da própria empresa que assume assim parte do risco.

Convém no entanto realçar que, embora no passado alguns dos subsistemas privados assumissem, tal e qual os subsistemas públicos, a responsabilidade pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários pelos serviços e instituições integrados no SNS, apresentando-se como substitutivos do SNS, os mesmos têm vindo gradualmente a transformar-se em meros sistemas complementares, sendo que na actualidade nenhum deles tem função substitutiva. Assim sendo, passaram a actuar mais no âmbito de um seguro de saúde privado de grupo, do que no âmbito de um subsistema de saúde propriamente dito (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Tanto nos subsistemas privados como nos subsistemas públicos, o individuo não possui qualquer escolha relativa ao segurador, já que é incluído no subsistema de forma compulsória. No entanto, a capacidade de escolha do prestador é claramente superior ao possível no SNS, o que muito contribui para estimular a oferta privada de cuidados de saúde (Da Silva, 2009).

Relativamente ao financiamento do sistema de saúde, podemos verificar, através da Figura 3, que Portugal despendeu em 2011 um total de 10.2% do produto interno bruto, valor que fica 0.9% acima da média dos países da OCDE que é de 9.3% (OCDE, 2013).

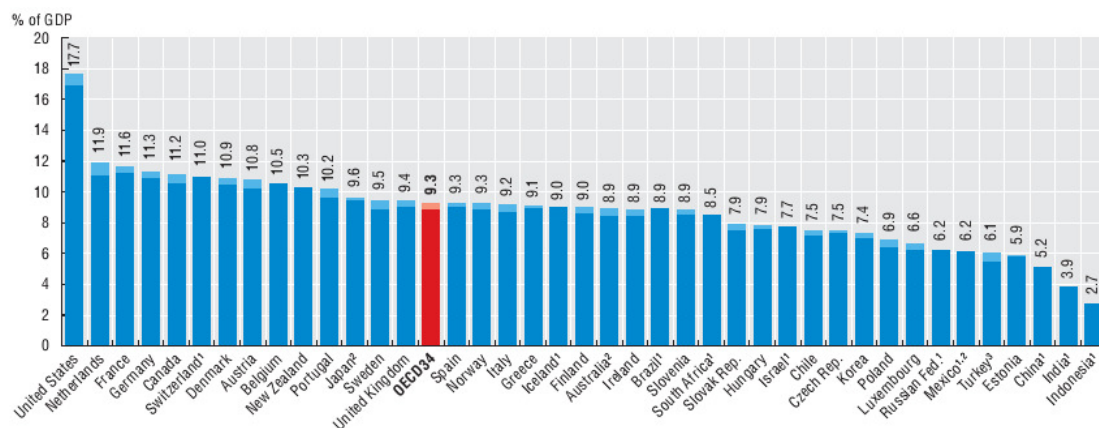


Figura 3 - Despesas em saúde em percentagem do PIB, países da OCDE, 2011

(Fonte: OCDE, 2013)

No entanto, se tivermos em consideração o valor *per capita* alocado à saúde, demonstrado na figura 4, verificamos que em Portugal este foi de 2619 USD em 2011, estando por isso muito abaixo da média que é de 3322 USD (OCDE, 2013).

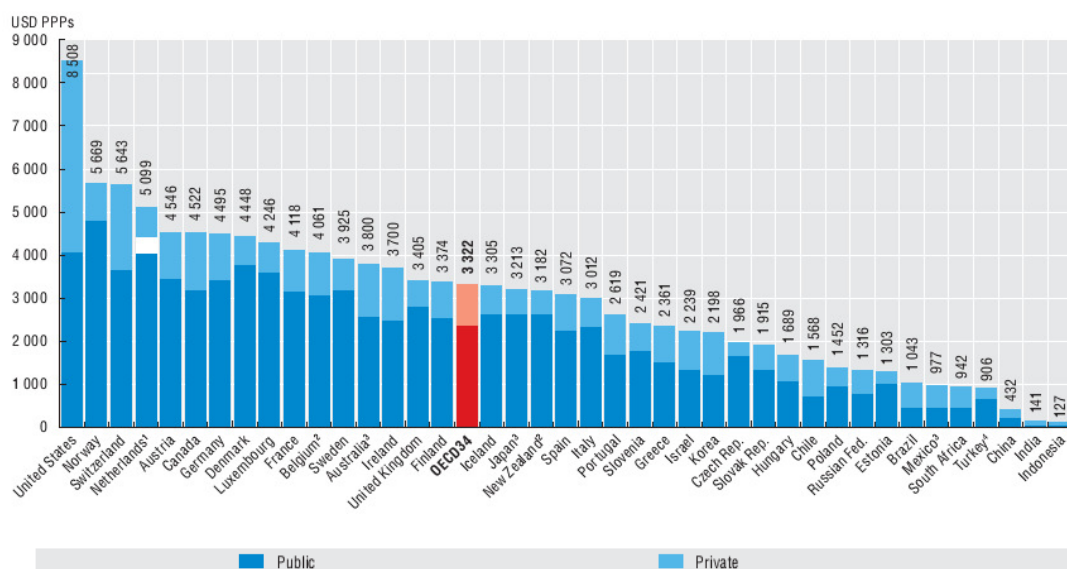


Figura 4 - Despesas em saúde *per capita*: financiamento público e privado, 2011

(Fonte: OCDE, 2013)

Os dados da OCDE demonstram que os gastos em saúde em Portugal aumentaram, anualmente, em média e em termos reais, cerca de 1,8% no período de 2000 a 2009, sendo que, de 2009 a 2011, registou-se um decréscimo dos gastos em saúde de 2,2%. Esta tendência de abrandamento do crescimento dos gastos em saúde ou mesmo decréscimo

foi também registada em muitos outros países, e pode ser explicada em parte pelos efeitos da recessão e pela necessidade de consolidação fiscal (OCDE, 2013).

Tal como na maioria dos países da OCDE, em Portugal a maior parte do financiamento da Saúde é público, com 65% do valor total que compara com a média de 72% registada nos restantes países (OCDE, 2013). Como demonstrado no gráfico 1, tem-se assistido a uma tendência de aumento do financiamento privado com a consequente diminuição das contribuições públicas.

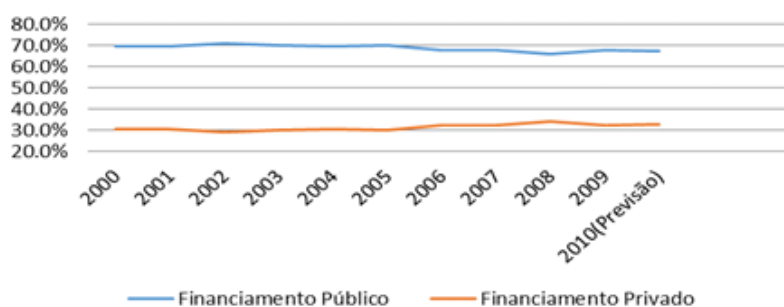


Gráfico 1 - Evolução do financiamento público e privado do sistema de saúde em Portugal, 2000-2010

(Adaptado de INE, 2000-2010)

O aumento da contribuição privada é justificada, em grande parte, pelo aumento das contribuições dos seguros privados de saúde, que era de 1,4% no ano 2000 e que foi responsável em 2010 por 2,8% do financiamento do sistema de saúde, como se pode concluir pela análise da Tabela 1.

Tabela 1 - Financiamento Privado em Portugal por fontes - 2000 a 2010

(Adaptado de INE, 2000-2010)

Ano	Financiamento Privado				Subtotal
	Subsistemas de saúde privados (%)	Outros seguros privados (excepto seguros sociais) (%)	Despesa privada familiar (%)	Outros (%)	Financiamento Privado (%)
2000	2.2%	1.4%	26.3%	0.7%	30.6%
2001	2.3%	1.4%	25.9%	0.7%	30.3%
2002	2.2%	1.7%	24.7%	0.6%	29.2%
2003	2.7%	2.0%	24.8%	0.6%	30.1%
2004	2.8%	2.1%	24.8%	0.6%	30.3%
2005	2.4%	2.0%	25.2%	0.5%	30.2%
2006	2.4%	2.4%	26.8%	0.6%	32.2%
2007	2.2%	2.5%	27.2%	0.5%	32.4%
2008	2.2%	2.7%	28.5%	0.6%	33.9%
2009	1.9%	2.7%	27.3%	0.6%	32.4%
2010 ¹	1.8%	2.8%	27.5%	0.6%	32.7%

¹ Valor previsto.

2.2. Os seguros de saúde

O mercado de seguros de saúde insere-se dentro do ramo de seguros não vida, denominando-se no sector segurador como ramo doença, que compreende todos os seguros destinados à reparação de danos corporais, incluindo a incapacidade profissional, a morte por acidente ou a invalidez em consequência de doença (Autoridade da Concorrência 2004).

Os contratos de seguros de saúde – geralmente designados como apólices - são todos aqueles em que o subscritor do contrato (normalmente designado por tomador) paga voluntariamente à entidade seguradora uma contribuição monetária calculada em função do risco individual ou de grupo – o prémio – sendo que a seguradora em contrapartida se compromete a cobrir, segundo os termos e condições acordadas, os custos com a utilização de cuidados de saúde efectuados pelos beneficiários (também designados como segurados) (Pereira, 2004). Este segmento funciona num regime de livre mercado, estando sujeito à legislação geral do sector segurador, e, de acordo com a base XXIII da Lei de Bases da Saúde, às regras próprias e à disciplina e inspeção do Ministério da Saúde (Da Silva, 2009).

Tal como demonstrado no Gráfico 2, em 2011, o mercado de seguros de acidente e doença em Portugal era composto por 23 empresas sendo que no ano 2000 existiam 41 empresas no mercado. É, assim, notório um fenómeno de concentração no mercado, sendo que, em 2006, 80% do mercado era compartilhado por apenas três empresas. Esta tendência de concentração regista-se também na generalidade dos países europeus (Mossialos e Thomson, 2009).

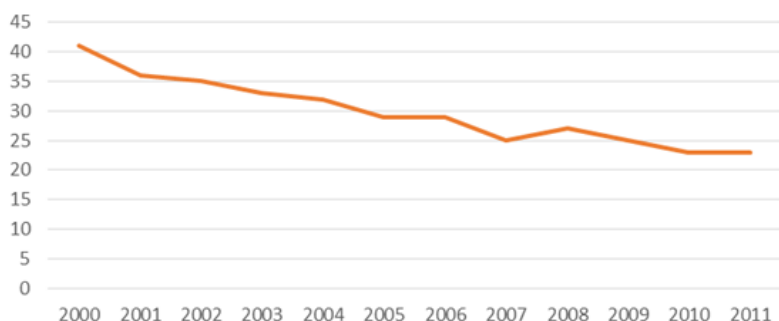


Gráfico 2 - Evolução do número de empresas de seguros de acidentes e doença, 2000-2011

(Adaptado de Instituto de Seguros de Portugal, 2000-2011)

No mercado de seguros de saúde, a apólice pode ser individual (ou voluntária) ou de grupo. Nas apólices voluntárias, os prémios são calculados em função do risco individual e a adesão é voluntária. Regra geral, não há produtos abertos à subscrição para indivíduos com mais de 65 anos, devido ao seu elevado risco de doença que as seguradoras não têm interesse em suportar, ou que os clientes não têm interesse em pagar devido ao elevado prémio que originaria.

Já os seguros de saúde de grupo funcionam como um pequeno subsistema em que o empregador oferece em forma de benefício ao colaborador um conjunto de coberturas cujo intuito é diminuir os períodos de ausência do trabalho por doença. Os riscos são assim colectivos e o prémio, calculado com base no risco dessa população, é normalmente fixado igualmente para todos os indivíduos.

Segundo Da Silva (2009), o número de pessoas com seguros de saúde tem vindo a crescer em Portugal desde o início dos anos 90, a taxas superiores a 10% ao ano, tendo-se registado um abrandamento desse crescimento no final da década. No ano 2011 mais de 2 milhões de portugueses (cerca de 20% da população) tinham um seguro de saúde, valor que compara com cerca de 500 mil pessoas abrangidas no ano de 1990, comprovando o rápido crescimento do mercado nos últimos 20 anos (Instituto de Seguros de Portugal, 2011).

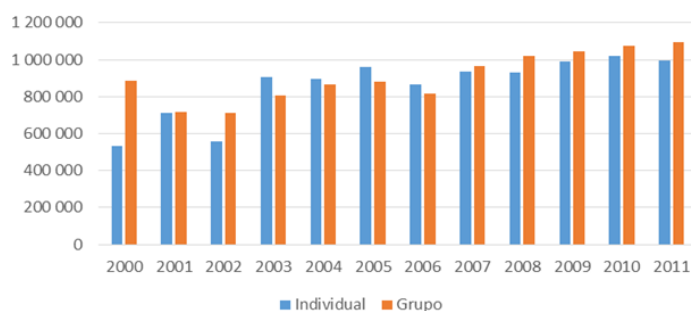


Gráfico 3 - Evolução do número de pessoas com seguro de saúde, por tipo de apólice (2000-2011)

(Adaptado de Instituto de Seguros de Portugal, 2000-2011)

Outra tendência registada nos últimos 20 anos diz respeito ao aumento da proporção de segurados com apólices individuais, sendo que, actualmente, o número de indivíduos segurados em apólices individuais é praticamente igual àqueles segurados em apólice de

grupo, enquanto que no início dos anos 90 os seguros individuais contribuía com menos de 15% para o total de segurados (Da Silva, 2009).

Segundo o Instituto de Seguros de Portugal (2003) os benefícios oferecidos pelos seguros de saúde podem ser proporcionados por três tipos de modelos:

- Modelo de reembolso: neste modelo o segurado escolhe livremente o prestador ao qual pretende recorrer e paga a totalidade das despesas sendo posteriormente reembolsado pela seguradora mediante a apresentação dos comprovativos de pagamento. Não há neste regime o estabelecimento de qualquer relação entre a seguradora e os diferentes prestadores de cuidados de saúde.
- Modelo convencionado: neste modelo a seguradora possui uma rede convencionada de prestadores as quais o segurado terá que recorrer em caso de necessidade. Os pagamentos fazem-se directamente entre o prestador e a seguradora, segundo os termos e condições da convenção celebrada entre estes. Este sistema permite um maior controlo de custos por parte da seguradora, mas implica menor liberdade de escolha do consumidor.
- Modelo misto: o segurado tanto pode recorrer a uma rede convencionada de prestadores (com condições mais vantajosas), como a prestadores não convencionados (em sistema de reembolso).

Ainda de acordo com o Instituto de Seguros de Portugal (2011), o modelo convencionado é dominante tanto nas apólices individuais como nas de grupo, com cerca de 50% de quota, o sistema misto tem uma quota de 43% nas apólices individuais e 25% nas apólices de grupo e o modelo de reembolso contribui com 8% dos reembolsos nas apólices individuais e 22% nas de grupo. Nos últimos anos, tanto nas apólices individuais como nas de grupo tem-se assistido a uma tendência de aumento da preponderância do sistema convencionado e misto com redução do sistema de reembolso (Da Silva, 2009).

Esta crescente relação entre o mercado segurador e prestador proporcionado pelo modelo convencionado, contribuiu marcadamente para o crescimento do sector prestador privado em Portugal, que evoluiu de um sector fragmentado, composto essencialmente por pequenos consultórios individuais dedicados a cuidados em ambulatório, para um mercado organizado, dominado por grupos económicos detentores de estruturas

prestadoras de grande dimensão, e onde os profissionais de saúde são, maioritariamente, assalariados.

Apesar do crescimento registado em Portugal nos últimos 20 anos, o número de pessoas seguras, em percentagem da população total, continua abaixo da média da Europa, tal como é demonstrado no Gráfico 4:

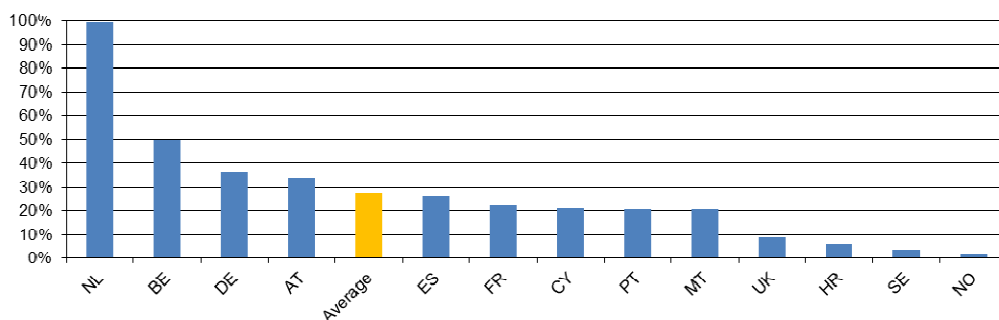


Gráfico 4 – Percentagem da população coberta por seguros de saúde privados na Europa (valores de 2008)

(Fonte: Insurance Europe, 2010)

Este facto não é surpreendente, na medida em que as diferenças existentes nos diversos sistemas de saúde na Europa originam mercados de seguros de saúde bastante distintos.

Segundo Mossialos e Thomson (2002) os seguros de saúde podem desempenhar funções substitutivas, complementares e suplementares. O seguro de saúde é substitutivo quando substitui o sistema público, existindo, por exemplo, na Holanda e na Alemanha. O seguro de saúde diz-se de natureza complementar quando complementa o sistema de saúde público, assegurando uma cobertura parcial ou total dos serviços não incluídos no pacote de benefícios do sistema público, tais como cuidados odontológicos, medicina alternativa, entre outros, podendo ainda cobrir os custos associados aos co-pagamentos do sistema público. Bélgica, Dinamarca, França, Irlanda e Luxemburgo são exemplos de países onde este tipo de seguro pode ser encontrado. O seguro de saúde de natureza suplementar caracteriza-se por permitir o aumento do poder de escolha dos consumidores relativamente aos prestadores de serviços de saúde. Este tipo de seguro dá acesso privilegiado aos prestadores privados, garantido um acesso mais rápido a cuidados de

saúde, particularmente em especialidades com longas filas de espera, e melhores condições de alojamento. Este tipo de cobertura suplementar é muitas vezes designado como “dupla cobertura” (Mossialos e Thomson, 2002).

São portanto estas diferenças de função, associadas ao tamanho do mercado e à sua forma de regulação, que explicam as marcadas diferenças entre os diversos países europeus (Mossialos e Thomson, 2009).

Em Portugal, como em outros países da União Europeia (por exemplo Grécia, Itália, Espanha e Reino Unido) cujo sistema de saúde tem por base um SNS, prevalecem seguros de saúde de natureza essencialmente suplementar, com excepção dos planos destinados a cobrir cuidados de saúde dentária que têm natureza complementar. No entanto, não existem outros produtos de natureza complementar que cubram áreas em que o SNS possa ser considerado deficitário, tal como os cuidados continuados ou a saúde mental. Assim sendo, e em regra geral, os seguros privados têm vindo a oferecer serviços também disponíveis no SNS, com vantagens a nível do acesso e liberdade de escolha.

Os produtos existentes no mercado português possuem uma abrangência de cobertura bastante limitada excluindo habitualmente, entre outros, doenças pré-existentes, doenças crónicas, doenças infecto-contagiosas e doenças do foro psíquico. Custos associados à hemodialise, transplante de órgãos, cirurgia para correcção de erros de refração são outros exemplos de coberturas normalmente excluídas das apólices (Da Silva, 2009).

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2009), os contratos básicos dominam o mercado de seguros de saúde e, comparando a informação dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1998/1999 e 2005/2006, observa-se que o seu peso relativo tem vindo a aumentar. Estes contractos cobrem os custos relacionados com o internamento e cuidados hospitalares, tratamento ambulatorio, consultas de clínica geral e de especialidade e meios complementares de diagnóstico, excluindo, geralmente, todos os outros tipos de cuidados de saúde. Coberturas suplementares como estomatologia, partos, próteses e ortóteses podem ser adicionadas, tais como maiores percentagens de participação, maiores limites anuais de reembolso e maiores ou menores franquias. Alguns produtos, mais caros e abrangentes, oferecem apoio financeiro e apoio domiciliário em caso de doença. Apenas cerca de 30% das pessoas seguras optam por

produtos que cobrem as despesas privadas com medicamentos (que representam a maior fatia das despesas directas com saúde das famílias). No entanto, mesmo nestes casos, existem exclusões e limites máximos de reembolso (Da Silva, 2009).

2.2.1. Factores determinantes da procura de seguros de saúde privados

Na sua função de segurador público, o SNS oferece a todos os cidadãos portugueses, cidadãos nacionais de Estados membros da União Europeia (nos termos das normas comunitárias aplicáveis), cidadãos estrangeiros residentes em Portugal (em condições de reciprocidade) e apátridas residentes em Portugal o acesso a cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

Assim sendo, e ao contrário de outros ramos de seguros, não é a incerteza quanto à possibilidade de perdas financeiras resultantes do custo dos cuidados de saúde por si só que motiva o consumidor a comprar seguros de saúde em Portugal. Existem pois outros factores que influenciam esta decisão de compra.

Os factores determinantes da compra de seguros de saúde privados podem ser divididos em dois grandes grupos que se interrelacionam. O primeiro grupo, associado às características da oferta, está relacionado com o preço dos seguros de saúde e a qualidade do SNS (e a percepção que o consumidor tem da mesma), tendo particular relevância as dimensões não clínicas da qualidade já que o consumidor tem poucos conhecimentos acerca das dimensões clínicas. O segundo grupo, associado às características da procura, está relacionado com as características dos consumidores tais como idade, género, área de residência, educação, estado de emprego, tipo de emprego, preferências políticas e rendimento (Foubister *et al.*, 2006).

Diversos estudos de investigação internacionais sobre esta temática fazem uso de dados recolhidos em diferentes tipos de inquéritos tais como o inquérito geral aos agregados familiares (Propper, 1989), inquérito às despesas familiares (Propper *et al.*, 2001), inquérito britânico às atitudes sociais (Besley *et al.*, 1999), inquérito aos orçamentos familiares (Emmerson *et al.*, 2001) e o inquérito britânico aos agregados familiares (Wallis, 2004; King e Mossialos, 2005).

Estudos iniciais centraram-se na procura de seguros de saúde privados individuais, mas devido ao crescimento do mercado corporativo, estudos mais recentes também abordam esse mercado (Emmerson *et al.*, 2001; Wallis, 2004; King e Mossialos, 2005).

Já em Portugal, apenas um estudo procurou investigar a problemática da crescente procura por seguros de saúde num ambiente de SNS universal e tendencialmente gratuito, estudo esse realizado por Guiomar (2010), utilizando os últimos dados do Inquérito Nacional de Saúde, edição 2005/2006. Neste estudo, a investigadora caracterizou os possuidores de seguros de saúde portugueses como maioritariamente homens, jovens, quase sempre trabalhadores, com elevados graus de escolaridade, com rendimentos acima da média e maioritariamente residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo. Assim sendo, factores como a idade, o aumento dos níveis de escolaridade, o aumento dos escalões de rendimento, o aumento dos estados de saúde auto-percepcionada de muito bom, bom e razoável, e a residência na região de Lisboa e Vale do Tejo, isoladamente, mostraram exercer uma influência positiva na aquisição de um seguro de saúde. Por outro lado, factores como ser mulher, ter diabetes e residir na região autónoma dos Açores demonstraram neste estudo ter uma influência negativa, estatisticamente relevante, na aquisição destes seguros. Neste estudo não foi comprovada qualquer relação entre a actividade profissional dos indivíduos, ou o facto de possuírem hipertensão arterial e asma/brônquica e a probabilidade de possuírem seguro de saúde.

2.2.1.1 Factores relacionados com a oferta

Factores como a eficiência percebida do SNS, os preços dos seguros de saúde e a subsidiação por parte do Estado são elementos relacionados com a oferta que têm sido estudados e cujas principais associações são descritas seguidamente.

a) A eficiência percebida do Serviço Nacional de Saúde

A eficiência percebida do SNS por parte do consumidor é difícil de mensurar até porque existem diversas visões conflictuantes acerca da melhor forma de avaliar o desempenho do sistema de saúde. Contudo, na maioria dos estudos, a medida mais comumente utilizada são as listas de espera. Em meados dos anos 90, foi estimado que

cerca de 20% das condições médicas originavam cerca de 60% do número de pedidos de reembolso, e que essas condições tendiam a estar associadas às listas de espera mais longas (Natarajan, 1996). No entanto, a evidência acerca do efeito geral das listas de espera na procura de seguros de saúde privados é ainda inconclusiva (Propper, 1993; Propper *et al.*, 2001), o que levou o investigador a concluir que são as percepções gerais dos consumidores relativamente às listas de espera que mais influenciam a decisão, e não as listas de espera em si mesmo. Estas investigações também não encontraram relação significativa entre a evolução da despesa pública em saúde e este tipo de mercado. No entanto, foi encontrada relação significativamente relevante com o número de unidades hospitalares privadas existentes na área do consumidor e com o número de médicos que mantêm simultaneamente funções no sector privado e sector público.

Utilizando o inquérito britânico às atitudes sociais, Besley *et al.*, (1999) demonstraram uma correlação positiva entre as listas de espera do SNS com mais de doze meses e a procura de seguros de saúde privados. O estudo provou ainda que essa correlação é mais forte no mercado de seguros de saúde individuais do que no mercado corporativo, sendo que também não foi encontrada relação com a evolução da despesa pública em saúde.

King e Mossialos (2005), analisando o inquérito britânico de agregados familiares, e testando a ideia sugerida por Propper que a percepção do consumidor relativamente à qualidade do SNS, nomeadamente no que diz respeito aos tempos de espera e listas de espera, é mais importante que as listas e os tempos de espera em si mesmos, também obtiveram resultados sugestivos que a percepção, muitas vezes enviesada por informações recentes da comunicação social, parece ser mais influenciadora da decisão de compra de seguros de saúde que a realidade em si mesma. Este estudo confirmou ainda que a existência de cirurgiões a trabalhar simultaneamente no sector público e sector privado é estimulante da compra de seguros de saúde privados.

Costa e Garcia (2001, 2003) também concluíram que percepções de qualidade inferior no SNS aumentam a probabilidade de compra de seguros de saúde privados. Concluíram ainda que, mantendo a qualidade do SNS constante, um aumento de 10% da qualidade percebida no sector privado faria aumentar o número de pessoas com seguro de saúde em 8.4%. Calnam *et al.* (1993) também concluíram que aqueles que

compram seguros de saúde privados têm maior probabilidade de estarem insatisfeitos com o SNS.

Wallis (2004) também identificou uma relação entre listas de espera, não a nível nacional, mas sim a nível regional.

Szabó (1997) concluiu que quanto maior a diferença do tempo de espera para consultas entre público e privado maior a probabilidade de comprar seguro.

Harmon e Nolan (2001) após inquirirem 1100 segurados na Irlanda, concluíram que a principal razão para a compra de seguro de saúde foi garantir o acesso rápido ao hospital em caso de necessidade de tratamento.

b) Preço dos seguros de saúde

Nos Estados Unidos da América, a procura de seguros de saúde privados tem demonstrado um comportamento inelástico relativamente ao preço, com variações na ordem dos -0.03 até -0.54 (Manning e Marquis, 1996; Marquis e Long 1995), podendo estas conclusões ser reflexo do facto da maioria dos seguros de saúde serem comprados pelas entidades patronais ou subsidiadas por fundos públicos sob a forma de benefícios fiscais.

A elasticidade da procura de seguros de saúde privados em Espanha também demonstrou comportamento similar (Murillo e Gonzalez, 1993) assim como no Reino Unido (Emmerson *et al.*, 2001). Nestes países a explicação poderá residir no facto deste tipo de seguros ser comprado por grupos de maior rendimento, ou oferecidos como benefício por parte das entidades empregadoras. Esta hipótese é suportada por King e Mossialos (2005).

c) Subsidição por parte do Estado

Apesar de alguns dos países europeus ainda usarem incentivos com base em benefícios fiscais como forma de incentivo à compra deste tipo de seguros, como é o caso da Irlanda e Portugal, nos anos mais recentes tem-se assistido a uma tendência para diminuir ou abolir a aplicação destes benefícios, já que estes têm sido considerados regressivos, dispendiosos e ineficazes a estimular a procura (Mossialos e Thomson,

2004). Os governos usam incentivos fiscais na tentativa de encorajar a compra de um produto sempre que o valor da perda de receitas fiscais seja compensado pelo valor da poupança em despesa pública. No entanto, e considerando a inelasticidade relativamente ao preço dos seguros de saúde privados, o que acontece é que a maioria das pessoas compraria na mesma o seguro ainda que não existisse benefício fiscal, o que prova a ineficácia do uso desta ferramenta fiscal (Emmerson *et al.*, 2001).

Em Portugal, apesar da redução registada em 2011, ainda são dedutíveis à colecta de Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Singulares (IRS) 10% dos prémios de seguros que cubram exclusivamente os riscos de saúde relativos ao sujeito passivo ou aos seus dependentes, pagos por aquele ou por terceiros, desde que, neste caso, tenham sido comprovadamente tributados como rendimento do sujeito passivo, com o limite de 50 € para sujeitos passivos não casados ou separados judicialmente de pessoas e bens e 100 € para sujeitos passivos casados e não separados judicialmente de pessoas e bens. Ao limite definido acresce 25 € por cada dependente a cargo do sujeito passivo (Lei n.º 64-B/2011, de 30 de Dezembro).

2.2.1.2. Factores relacionados com a procura

As características pessoais geralmente associadas aos subscritores de seguros de saúde privados, e descritas seguidamente, são idade, género, rendimento, nível de educação, estado e tipo de emprego, área de residência e atitude política.

a) Idade

Estudos sugerem que a procura por seguros de saúde voluntários aumenta com a idade, embora esta associação não seja linear, já que o pico da procura se situa nos indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos (Emmerson *et al.*, 2001; Wallis, 2004; King e Mossialos, 2005; Jofre-Bonet, 2000). A não linearidade da procura relativamente à idade é explicada pelo facto de que nos grupos etários mais jovens o estado de saúde percebido é melhor, enquanto nos grupos etários mais elevados, apesar disso já não suceder, a oferta deste tipo de seguros é, quando existente, dependente

do pagamento de prémios bastante elevados ou exclusões de condições de saúde pré-existentes que desincentivam a procura.

b) Género

Os estudos sugerem que indivíduos do género masculino têm maior probabilidade de comprar seguros de saúde voluntários. De acordo com a análise realizada por King e Mossialos (2005) ao inquérito britânico aos agregados familiares entre 1996 e 2002, os homens têm cerca de três vezes mais probabilidade de subscreverem um seguro de saúde voluntário do que as mulheres. No entanto, estas conclusões devem ser analisadas com precaução pois muitas vezes o subscritor faz abranger sob a mesma apólice outros elementos da sua família, o que muda a proporção entre os géneros no que diz respeito à cobertura por seguros de saúde.

c) Rendimento

O rendimento tem um efeito claro e significativo na compra de seguros de saúde, mas com tendência a diminuir à medida que vamos atingindo classes de rendimento mais elevadas (Emmerson *et al.*, 2001). A análise do inquérito britânico aos agregados familiares demonstrou que indivíduos com maiores rendimentos têm maior probabilidade de compra de seguros de saúde voluntários do que aqueles com menores rendimentos (Wallis, 2004; King e Mossialos, 2005; Emmerson *et al.*, 2001; Besley *et al.*, 1999).

Estudos também demonstraram que indivíduos com níveis de poupança mais elevados ou que possuem as suas próprias casas têm maior probabilidade em estarem cobertos por seguros de saúde voluntários (Besley *et al.*, 1999; Emmerson *et al.*, 2001).

O facto de os indivíduos viverem sozinhos, com um companheiro ou crianças também parece ter algum efeito na procura de seguros de saúde privados, o que sugere que o nível de rendimento disponível tem maior importância que o rendimento por si só na decisão de compra (King e Mossialos, 2005). Por exemplo, Besley *et al.* (1999) e Szabó (1997) concluíram que a compra de seguros de saúde privados é menos provável entre grandes agregados familiares. Da mesma forma, Emmerson *et al.* (2001) e King e Mossialos (2005) concluíram que indivíduos que vivem em agregados familiares com crianças têm menor probabilidade de possuírem seguros de saúde privados.

d) Nível de Educação

Alguns estudos demonstraram que o nível de educação está positivamente associado à compra de seguros de saúde privados (Gonzalez, 1995; Szabó, 1997; Jofre-Bonet, 2000). Emmerson *et al.* (2001) concluíram que indivíduos com níveis de educação mais avançados têm maior probabilidade de ter um seguro de saúde voluntário do que indivíduos com a escolaridade mínima. Estas conclusões são corroboradas pelos dados do inquérito britânico aos agregados familiares que demonstram que indivíduos com qualificações pós secundário têm maior probabilidade de ter um seguro de saúde privado comparativamente aos que não atingiram este nível (King e Mossialos, 2005).

e) Estado e tipo de emprego

A literatura tem demonstrado que a variável “emprego” é um importante determinante da procura de seguros de saúde privados, sendo que indivíduos empregados têm maior probabilidade de possuírem seguro de saúde privado (Propper, 1989; Emmerson *et al.*, 2001; King e Mossialos, 2005). No entanto, as conclusões não são unânimes quanto às diferenças entre aqueles empregados por conta de outrem e aqueles empregados por conta própria. Propper (1989) e Besley *et al.* (1999) concluíram que empregados por conta própria têm menor probabilidade de possuírem seguro de saúde privado enquanto Wallis (2004) confirmou a hipótese mais intuitiva que indica o contrário.

O tipo de ocupação também parece influenciar a cobertura de seguros de saúde privados. Emmerson *et al.* (2001) concluíram que aqueles que têm empregos em trabalhos não manuais têm maior probabilidade de possuírem seguro de saúde privado independentemente do rendimento, sendo que gestores e pessoal técnico têm maior probabilidade de possuírem este tipo de seguros, seguidos dos técnicos e trabalhadores especializados em trabalhos não manuais. Os membros das forças armadas são indicados como aqueles com menor probabilidade de possuírem seguro de saúde privado. No entanto, o efeito do tipo de emprego é muito mais pronunciado no mercado de seguros de saúde corporativos do que no mercado de seguros de saúde individuais (King e Mossialos, 2005). Seguros de saúde financiados por entidades empregadoras são mais comuns em

posições de gestão e posições técnicas, enquanto seguros de saúde individuais são mais comuns entre as restantes ocupações (Wallis, 2004).

f) Área de Residência

Diversos estudos demonstram que a área de residência afecta a probabilidade de possuir um seguro de saúde privado. Laing e Buisson (2003) demonstraram que no Reino Unido a cobertura de seguros de saúde voluntários varia entre 20% da população no sudeste, 18 % em Londres, 8% na Escócia, 8% no País de Gales e 6% no Nordeste.

Jofre-Bonet (2000) concluiu ainda que viver em grandes cidades aumenta a probabilidade de possuir um seguro de saúde privado.

g) Atitude Política

Inúmeros estudos têm demonstrado que a atitude política pode influenciar a decisão de compra de seguros de saúde privados. Besley *et al.* (1999) descobriram que no Reino Unido, os indivíduos que suportam o partido conservador têm maior probabilidade de comprar seguros de saúde privados, o que também foi confirmado pela análise dos dados resultantes do inquérito britânico aos agregados familiares, onde aqueles que votaram partido conservador tinham três vezes mais probabilidade de possuir seguro de saúde privado do que aqueles que votaram em outros partidos. Burchardt *et al.* (1999) concluíram ainda que os possuidores de seguro de saúde privado estão geralmente menos interessados em apoiar os objectivos de equidade e os aumentos nos gastos do SNS.

h) Estado de Saúde

Os estudos de Propper (1989 e 1993) que examinaram o impacto do estado de saúde actual na cobertura por seguros de saúde privados não encontraram relação significativa com o estado de saúde – mensurado através das variáveis “visitas ao médico de família e “internamentos hospitalares”. Propper (1989) também não encontrou relação significativa entre o facto de fumar e a cobertura por seguros de saúde privados, mas uma relação negativa foi encontrada por King e Mossialos (2005).

Por sua vez Jofre-Bonet (2000) encontrou relação significativamente positiva com estilos de vida saudáveis e excesso de peso e relação negativa com hábitos alcoólicos marcados.

2.3. A medição dos comportamentos sociais: a centralidade da validação estatística

O questionário é o instrumento de medição dos comportamentos sociais – entre os quais se situam os comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários – por excelência (Ghigliione e Matalon, 2005). O exposto no ponto anterior sugere que a decisão de adquirir um seguro de saúde resulta da avaliação, por parte do interessado, da relação entre as suas motivações para adquirir o seguro e os benefícios que essa eventual aquisição lhe proporcionará. Prevê-se que, na tomada dessa decisão, a atitude da pessoa que procura um seguro de saúde é influenciada por vários factores, em particular atributos de ordem sócio-cultural dos próprios sujeitos (Aday, 1976; Bearden e Woodside, 1978; McCracken, 1986; Roth e Moorman, 1988; Netemeyer *et al.*, 1992; Arnould e Thompson, 2005) e estratégias de promoção da saúde no contexto das relações de mercado (Lowenberg, 1995; Conrad e Leiter, 2004; Iriart *et al.*, 2011).

O estudo da relação entre a atitude e o comportamento de alguém para adquirir um producto ou serviço tem sido uma preocupação especialmente nas áreas da psicologia cognitiva (Millar e Millar, 1996; Millar e Tesser, 1989; Holland *et al.*, 2002) e do marketing (Alwin, 1973; Belk, 1975; Mostyn, 1978; Smith e Swinyard, 1983; Kim e Hunter, 1993; Glasman e Albarracín, 2006). Ajzen e Fishbein (1977) lembram que a própria psicologia foi inicialmente definida como o estudo das atitudes. Com efeito, os estudos sobre a relação entre atitudes e comportamentos fundamentaram as teorias do comportamento planeado (*Planned Behavior Theory*) e da acção racional (*Rational Action Theory*), as quais suportaram inúmeras teses no âmbito da teorização do marketing (Ehrlich e Becker, 1972; McGuire, 1976; Granovetter e Soong, 1986; Peter e Olson, 2010 [1987]; Reynolds e Olson, 2001; Ratneshwar *et al.*, 2000; Mick *et al.*, 2004; Loomes *et al.*, 2009), bem como da sociologia e da prática social em geral (Chaiklin, 2011).

Considerando a importância da relação atitudes-comportamentos na adoção de estratégias de vida, o estudo das atitudes e a forma com estas determinam o comportamento não pode ser menosprezado no procedimento de análise dos factores que influenciam a aquisição de um seguro de saúde.

Assumindo o pressuposto da centralidade das atitudes na determinação dos comportamentos, desde cedo os investigadores mostraram interesse por determinar o modo como elas variam. Louis Leon Thurstone (1887-1955), um dos implantadores das teorias da medida de Francis Galton nos Estados Unidos da América, foi um dos primeiros investigadores a declarar que as “atitudes podem ser medidas” (Thurstone, 1928, 1931).

2.3.1. Validação dos testes e escalas estatísticas

No presente ponto apresentam-se as técnicas necessárias à validação de uma escala estatística (isto é, aspectos relacionados com o seu conteúdo) que permita obter dados válidos e precisos capazes de serem generalizados de uma amostra para a população geral.

A validação de escalas estatísticas remonta ao século XIX, e a sua finalidade era descrever as características psicométricas que salientavam os padrões na avaliação das situações por parte das pessoas através da detecção das covariâncias nas respostas obtidas por meio de testes.

A validação de instrumentos de medida teve os seus antecedentes nos trabalhos realizados em meados do século XIX pelos psicofísicos Ernst Heinrich Weber (1795-1878) e Gustav Theodor Fechner (1801-1887). A tese de base ao “movimento” psicofísico defendia que a dimensão física e psíquica não seriam realidades mutuamente excludentes, mas sim aspectos de uma mesma realidade. O movimento começado por Weber e Fechner atingiu o seu corolário com Wilhelm Wundt (1832-1920), o qual, inspirado naqueles, criou um laboratório em Leipzig em 1879, onde desenvolveu inúmeras experiências. As experiências de Wundt estabeleceram uma ruptura entre a filosofia e a psicologia, que se encontravam misturadas nos trabalhos dos seus antecessores. Nascia assim a psicologia experimental. A escola de Wundt teve enorme impacto na sua época, dando origem tanto à psicometria como à teoria do conexionismo. A primeira, embora tenha sido sistematizada por Thurstone, como se disse, foi inicialmente desenvolvida por Francis

Galton (1822-1911) que o influenciou directamente. A segunda foi desenvolvida por Edward Lee Thorndike (1874-1949), pioneiro na construção de testes de desempenho *standard* (Thorndike, 1904), que propunham estudar a associação entre as impressões dos sentidos e os impulsos para a acção, ou, como é usualmente entendido, entre as respostas (R) e os estímulos (S) – ideia que foi desenvolvida por William James (1842-1910), em *The Principles of Psychology* (1890).

Entretanto, Francis Galton elegeu a medição das funções psicológicas como o seu objecto de estudo predilecto. Tendo sido influenciado pela teoria da evolução das espécies de Charles Darwin, o seu interesse principal foi descobrir a relação entre a evolução biológica e o desenvolvimento psicológico, mais concretamente, estudando a hipótese de as capacidades intelectuais se desenvolverem em famílias, abrindo, assim, caminho à medição dos factores psicossociológicos condicionados pela hereditariedade e, por conseguinte, à eugenia. As experiências de Galton no laboratório que fundou em Londres, inspirado no modelo do de Wundt, permitiram-lhe obter inúmeros dados em milhares de indivíduos e famílias. O seu trabalho foi continuado por James McKeen Cattell (1860-1944) nos Estados Unidos da América, que estudou a relação entre os vários níveis de inteligência e as várias medidas através de cálculos discriminantes. Esta investigação tinha sido apoiada na aplicação de questionários a grupos de pessoas, começada por Galton. Mas seria Hermann Ebbinghaus (1850-1909) a desenvolver o primeiro teste moderno com aplicação possível a grupos de indivíduos e de forma sistemática: o Ebbinghaus Completion Test, que foi adaptado por Emil Kraepelin (1856-1926) ao âmbito da psiquiatria. Embora tivesse sido o primeiro teste de inteligência a ser aplicado, o teste de Ebbinghaus tornava a obtenção de padrões de resposta muito difícil e viria a ser o psicólogo francês Alfred Binet (1857-1911) a desenvolver o primeiro teste de inteligência de sucesso. Binet encontrava-se à frente de uma equipa mobilizada para ajudar a distinguir as crianças em idade escolar entre as que podiam frequentar o ensino regular e as que necessitavam de educação especial. O resultado deste trabalho foi a Escala Binet-Simon, publicada por Alfred Binet e Theodore Simon (1872-1961) em 1905. A facilidade de avaliação dos padrões de resposta à bateria de trinta testes que compunha a Escala era a grande vantagem do método. Mais tarde, William Stern (1871-1938) proporia adaptar a Escala Binet-Simon de maneira a poder retirar-se um quociente a partir dos seus resultados através da divisão do nível mental obtido pela idade dos sujeitos: surgia assim o popularizado quociente de inteligência (QI). De entre os estudiosos das

características psicométricas da Escala, encontram-se Karl Pearson e Charles Spearman. O primeiro, com créditos repartidos com Dalton, foi o co-fundador do método correlacional (Pearson, 1892, 1905); o segundo foi o fundador da análise factorial. Pearson desenvolveu o método de regressão linear e o coeficiente de correlação, utilizados na avaliação de medidas entre variáveis contínuas. Spearman estendeu o conceito de correlação às variáveis ordinais e nominais, adequando o método de medida da correlação não ao valor numérico da variável, mas à sua posição na escala, a chamada correlação de postos (Spearman, 1904).

A possibilidade de testar as escalas de avaliação, tanto dos testes psicométricos como das escalas estatísticas em geral, criou as condições para a proliferação de questionários aplicados a amostras cada vez mais abrangentes. Lewis Terman (1916) foi pioneiro na elaboração de testes de grupo, aplicados a grande quantidade de sujeitos, que foram enriquecidos com a introdução de modelos de inquéritos com respostas de escolha múltipla, por parte de Arthur Otis (1871-1951). Estes testes foram inicialmente aplicados ao exército americano durante a primeira Guerra Mundial e foram, no pós-guerra, aplicados no ensino, por Thorndike. Foi neste contexto que surgiram os conceitos de confiabilidade e de validade (Urbina, 2004) e que se estandardizaram algumas das escalas psicométricas mais importantes, nomeadamente, testes de aptidão escolar, testes vocacionais e testes de habilidades e de atitudes.

A aplicação sistemática dos testes e dos questionários promoveu o aperfeiçoamento das técnicas de validação das medidas. A classificação dos níveis de medida e respectivas escalas, operada por Stanley Smith Stevens (1946), foi também fundamental para esse aperfeiçoamento. Partindo da definição de medida do físico e filósofo da ciência Norman Robert Campbell (1880-1949), segundo a qual, a medida é a atribuição de números a objectos ou eventos de acordo com regras, e, considerando que os números têm atributos diversos, conforme Whitehead e Russell (1910) destacaram, Stevens (1946) constatou ser necessário tornar explícitas: a) as várias regras de atribuição de números, b) as propriedades matemáticas (ou estrutura de grupo) das escalas resultantes e c) as operações estatísticas aplicáveis para fazer a medição de acordo com cada tipo de escala. Stevens distingue quatro tipos de escalas: nominal, ordinal, intervalo e de rácio (ou de razão). A primeira baseia-se na identidade do número, significando que os membros de uma categoria devem ter o mesmo número e que categorias diferentes não devem partilhar o

mesmo número: os números são utilizados para rotular os sujeitos ou as categorias e é possível calcular estatisticamente o número de casos, a moda e a correlação. A segunda acrescenta à identidade do número a sua inscrição numa ordem dentro do conjunto: os números são utilizados para ordenar uma série hierárquica e é possível calcular a mediana e os percentis. A terceira acrescenta a equitatividade das unidades à identidade e à ordem no conjunto: os números são arrumados em séries delimitadas e é possível calcular a média, o desvio-padrão, a correlação de posição e a correlação produto-momento (mais conhecido como coeficiente de correlação de Pearson). A quarta acrescenta a aditividade à equitatividade das unidades, à identidade e à ordem dentro do conjunto: os números incluem o zero, todas as operações aritméticas podem ser realizadas e é possível calcular o coeficiente de variação.

A classificação operada por Stevens permite adequar os instrumentos de medida à natureza dos dados e, assim, observar a qualidade tanto das escalas estatísticas como da metodologia de análise dos dados. Por outras palavras, permite-nos concluir que os dados categoriais ou discretos devem ser colhidos através, e medidos por, escalas nominais (ou ordinais, desde que os dados possam ser arrumados em sequências) e que os dados contínuos ou métricos devem ser colhidos através, e medidos por, escalas de intervalo ou de rácio (neste caso, se houver um zero verdadeiro). Porém, isto não significa que as escalas contínuas não possam ser medidas por intermédio de escalas nominais ou ordinais, desde que se estabeleçam os respectivos intervalos aos quais possam ser atribuídas categorias, como, por exemplo, dividindo as medidas de altura das pessoas em altas, médias e baixas, delimitando as categorias e arrumando-as numa hierarquia.

A escolha adequada do tipo de escala é pois fundamental para avaliar a validade e a precisão dos instrumentos de medida.

Mas antes de se abordar em maior detalhe as fontes de validação importa lembrar que a validação é um processo que começa com a identificação da informação pertinente para suportar a interpretação de um problema de estudo (AERA, APA & NCME, 1999). O objecto da validação não é o teste, mas sim a interpretação científica de um problema (AERA, APA & NCME, 1999; Prieto e Delgado, 2010).

A fiabilidade (*reliability*) dos dados é o principal indicador da precisão da escala. Através da avaliação da consistência interna dos dados é possível perceber se a escala contribui para explicar o constructo satisfatoriamente. Os principais modelos para avaliar

a consistência interna dos instrumentos de medida são a Fórmula Spearman-Brown (Spearman, 1910; Brown, 1910), a fórmula KR-20 (Kuder e Richardson, 1937) e o alfa de Cronbach (Cronbach, 1947, 1951). Os coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman são por vezes utilizados para avaliar a consistência interna das escalas, uma vez que medem a relação de covariância entre as variáveis (Eisinga *et al.*, 2012). De entre estes métodos, a fórmula KR-20 é utilizada apenas para itens dicotómicos e o r de Pearson utiliza-se em variáveis contínuas. Por outro lado, o alfa de Cronbach pode ser aplicado a todos os tipos de escala. O alfa de Cronbach é ainda considerado “uma fonte importante de evidência quando se pretende estabelecer a validade das inferências que se fazem baseadas em contagens a partir de testes e medidas” (Zumbo, 2007; Gadermann *et al.*, 2012). Deste modo, o cálculo do alfa contribui grandemente para a validação do constructo, considerada a principal forma de validação (Cronbach e Meehl, 1955; Messick, 1989), mas não é condição suficiente (Nunnally e Bernstein, 1967).

2.3.2.1 Fontes de validação

A validação dos testes (ou do argumento para a interpretação de um problema) é fundamental para podermos generalizar os resultados, ou seja, para podermos inferir da amostra para a população. Além de garantir o critério para a generalização, a validação também permite padronizar os procedimentos de investigação de um problema concreto, isto é, estandardiza a medida. Para isto ser possível, 1) as regras da medição têm que ser claras, 2) o instrumento de medida deve ser prático em termos de aplicação, 3) não é necessário os administradores do instrumento terem conhecimentos avançados sobre a medida, para além dos necessários ao seu treino inicial e 4) os resultados devem ser idênticos independentemente de quem administre o instrumento de medida e analise os dados resultantes (Nunnally e Bernstein, 1967).

A generalização dos resultados e dos procedimentos mobilizou os psicometristas clássicos no sentido de estabelecerem uma regra psicométrica fundamental: para generalizar, é necessário decompor os valores observáveis num componente determinístico e num componente estocástico (não determinístico, ou com origem em eventos aleatórios). O objectivo seria distinguir os valores observados entre um resultado

verdadeiro (V) e o erro (E) num dado resultado total (T). Este seria a soma do resultado verdadeiro e do erro, ou seja, $T = V + E$, e consequentemente, $E = T - V$; $V = T - E$ (Gulliksen, 1950).

De um modo geral, o processo de validação tem sido realizado em três níveis: a validação do constructo, a validação do conteúdo e a validação preditiva (Nunnally e Bernstein, 1967) ou do critério (Pasquali, 2009). Devido às diferenças na interpretação e na selecção dos níveis de validação dos instrumentos de medida, o Comité Conjunto formado pela *American Educational Research Association*, a *American Psychological Association* e o *National Council on Measurement in Education* estabeleceram os *Standards for educational and psychological testing* (AERA, APA e NCME, 1999) que têm sido utilizados como referência no processo de validação.

O Comité identificou cinco fontes a partir das quais aconselha que se faça a validação dos instrumentos de medida: 1) o conteúdo do teste; 2) os processos de resposta; 3) a estrutura interna do teste; 4) as relações com outras variáveis exteriores à escala; e 5) as consequências do uso para as quais o teste foi proposto.

Cada uma das fontes remete para diferentes níveis da validação, pelo que a validação em si mesma deve ser encarada como um conceito agregador. Cada um dos níveis remete igualmente para diferentes métodos de validação, que irão ser discutidos seguidamente.

a) O conteúdo do teste

A noção de validação do conteúdo do teste tem motivado intenso debate (Sireci, 1998). A definição mais comum refere a validação do conteúdo como um meio para garantir a qualidade das medidas, ou seja, a sua capacidade para avaliar as diferentes facetas das manifestações dos constructos. Os dados são representações de relações entre os seres humanos e o meio social e natural onde vivem. Tratando-se de algo muito complexo, a realidade é sempre deficitariamente representada por variáveis que tendem a reduzir essa complexidade no intuito de a tornar manipulável. É por esta razão que Steinar Kvale (1995) reclama o carácter constructivista da validade. Sendo impossível representar a realidade na totalidade, qualquer empreendimento que permita aproximar os dados do sentido real da vivência das pessoas no mundo é considerado como um

esforço legítimo para minimizar a sub-representatividade dos constructos. A melhor forma de o fazer é descrever exhaustivamente as manifestações dos constructos, nomeadamente, por meio de métodos qualitativos (Nunnally e Bernstein, 1967; Czaja, 1998; Schwarz e Oyserman, 2001; Presser *et al.*, 2004, entre outros). Estes métodos permitem obter conteúdos sem que se determinem à partida as informações a recolher, optando-se por uma abordagem indutiva, isto é, que parte da realidade para a teorização, e não o contrário.

Perante a dificuldade em realizar empreendimentos deste tipo, que tornam o processo de investigação moroso e muito dispendioso, a forma usualmente encontrada para levantar as diferentes facetas das manifestações de constructos passa por realizar um levantamento bibliográfico extenso e profundo sobre o tema em análise. A partir da fundamentação teórica é então possível obter um conjunto de variáveis que se entende que podem representar satisfatoriamente as diferentes facetas das manifestações dos constructos.

No que concerne à identificação das variáveis, Gorsuch (1988) indica os seguintes critérios a respeitar: seleccionar o maior número possível de variáveis, o que aumenta a representatividade e as probabilidades de correlação entre elas; seleccionar variáveis que sejam fiáveis, isto é, que se adequem à caracterização dos constructos latentes; e incluir variáveis conhecidas, isto é, que foram já seleccionadas em estudos anteriores e que revelaram pertinência. Este último aspecto contribui para aumentar o conhecimento sobre o objecto de estudo devido à natureza cumulativa da investigação.

b) Os processos de resposta

A análise dos processos de resposta varia de acordo com a área científica seleccionada para aplicação do teste. Esta análise denota a influência das ciências cognitivas no âmbito da psicometria (Prieto e Delgado, 2010). Apesar do teor marcadamente cognitivo, a análise dos processos de resposta é passível de ser realizada independentemente do tipo de escala que se utilize. O procedimento consiste em avaliar a relação entre os itens e as respostas obtidas. A Teoria Item-Resposta (Lord, 1952; Rasch, 1960) permite saber qual é a probabilidade de um item ser ou não rejeitado, nomeadamente através da análise dos coeficientes de correlação como o alfa de Cronbach.

Este método ajuda a descobrir itens válidos para avaliar traços latentes que poderão ser incluídos em bancos para poderem ser integrados nos instrumentos de colheita de dados em momentos sucessivos (Pasquali, 2009).

Adicionalmente, o método de eleição para a validação de instrumentos de medidas – a análise factorial – permite seleccionar os itens que estão mais correlacionados com o constructo. A avaliação do modo como cada item se relaciona com o seu próprio constructo bem como com outros constructos associados ou similares é um meio privilegiado para analisarmos os processos de resposta. A análise da estrutura interna do teste expõe o procedimento padrão que pretendemos utilizar no presente trabalho.

c) A estrutura interna do teste

A análise da estrutura interna do teste considera a análise do seu conteúdo e dos processos de resposta para poder decidir sobre a possibilidade de se fazerem inferências sobre as relações entre as variáveis observadas e as variáveis latentes. Em sentido clássico, os testes têm como objectivo fornecer medidas para avaliar os constructos. O conceito de validade do constructo foi elaborado por Cronbach e Meehl (1955), que o elegeram como o principal meio de validação dos testes. A noção de validade do constructo é a própria razão de ser das teorias de validação, daqui resulta que a origem da validade do constructo está intimamente ligada à origem da validação dos testes (Campbell, 1960; Messick, 1989). A validação dos constructos é um processo sem fim tratando-se de um processo compreensivo que inclui outros processos de validação (Anastasi, 1986), razão pela qual, por vezes é confundido com métodos particulares de avaliação das relações entre as variáveis, como a correlação (Campbell, 1960). É comum confundirem-se três tipos de validação complementares: a validação do constructo, a validação do conteúdo e a validação preditiva. Nunnally e Bernstein (1967) tinham aludido para a centralidade da validação do constructo nesta trindade de validações. De acordo com os autores, a validação do constructo suporta a validação do conteúdo e a validação preditiva. Por outro lado, a validação do conteúdo e a validação preditiva não são suficientes para validar uma medida (Messick, 1989).

Os constructos “são essencialmente conceitos teóricos com graus variados de abstracção e de generabilidade que facilitam a compreensão dos dados empíricos. Eles

derivam, em última instância, de consistências comportamentais observadas empiricamente e são identificados e definidos através de uma rede de interrelações observadas. Nos comportamentos individuais, o constructo corresponde ao que é geralmente designado por traço” (Anastasi, 1986, pp. 4,5). Considerando esta definição, os constructos são provisoriamente validados pelas observações empíricas analisadas em trabalhos anteriores sobre o mesmo problema. A validação definitiva dos constructos implica, portanto, uma análise da sua validade para cobrirem o conteúdo do domínio problemático, isto é, da sua adequação para representarem satisfatoriamente o problema de estudo, e para fornecerem apoio para realizar previsões dos comportamentos.

A melhor forma de medir a validade dos constructos é recorrendo à análise factorial exploratória (AFE) (Nunnally e Bernstein, 1967; Gorsuch, 1997; Goodwin e Leech, 2003), que pode ser complementada com uma análise factorial confirmatória e com a análise das relações item-resposta por meio de medidas de correlação.

A análise factorial desempenha um papel importante nos três tipos de validação (Nunnally e Bernstein, 1967), uma vez que permite determinar “(1) a estrutura estatística interna de um conjunto de variáveis que medem um constructo e (2) as estruturas cruzadas entre as diferentes medidas de um constructo e as de outros constructos” (Nunnally e Bernstein, 1967, p. 111). Assim sendo, esta metodologia permite suplantar as duas principais ameaças à validade dos constructos (Messick, 1989): a sub-representatividade e a irrelevante variância entre os constructos. A validação dos constructos a partir da análise dos factores permite testar o nível de confiança de uma escala para interpretar os comportamentos observados, contribuindo, simultaneamente, para aperfeiçoar o seu desempenho interpretativo e identificar as relações entre os comportamentos observados e outras variáveis exteriores à escala (Messick, 1989).

d) As relações com outras variáveis exteriores à escala

A relação das variáveis internas à escala (aqui considerada como conjuntos de itens questionando sobre uma única variável ou um domínio específico da escala total, no nosso caso, as razões que levam as pessoas a adquirirem um seguro de saúde voluntário, usualmente designada por sub-escala) com variáveis externas é um procedimento que ajuda a compreender o comportamento das variáveis observadas, relacionando-as com

variáveis independentes ou de cariz demográfico e sócio-económico, como é o caso dos atributos dos sujeitos.

Além de técnicas de análise interna, um processo de análise externa pode ser também realizado. Este processo consiste em comparar os resultados obtidos pela escala construída e os resultados obtidos por outros investigadores sobre o mesmo problema. Isto significa que o poder preditivo da escala é avaliado pela concordância entre as evidências encontradas no presente estudo e as evidências apresentadas por outros estudos. A comparação dos resultados permitirá discutir sobre o significado da eventual concordância entre os resultados (Goodwin e Leech, 2003). A melhor forma de o fazer é aumentar o impacto dos resultados procedendo ao aumento da amostra, um procedimento conseguido especialmente pela realização de meta-análises (Glasman e Albarracín, 2006; Prieto e Delgado, 2010).

e) As consequências do uso para o qual o teste é proposto

A validação das escalas incluem uma previsão dos efeitos da sua aplicação na realidade. A antecipação dos efeitos é muito difícil de fazer, uma vez que remete para o papel social dos instrumentos de medida. Seja, como for, em parte, é possível antecipar o tipo de uso que as escalas ou os testes poderão ter no futuro e quais as consequências sociais desse uso.

As consequências do uso dos testes e das escalas podem ser avaliadas sobre dois focos: as implicações nos valores (Messick, 1980, 1988, 1989) e as consequências sociais (Hubley e Zumbo, 2011; Messick, 1998). As implicações nos valores “desafiam-nos a reflectir sobre: (a) os valores pessoais e sociais sugeridos pelo nosso interesse no constructo e no nome/rótulo seleccionado para representar o constructo, (b) os valores pessoais e sociais reflectidos pela teoria subjacente ao constructo e às suas medidas; e (c) os valores reflectidos pelas ideologias sociais abrangentes que provocam impacto no desenvolvimento da teoria identificada” (Hubley e Zumbo, 2011, p. 222). As consequências sociais incidem especialmente na legitimação da aplicação do instrumento de medida. O autor e/ou o administrador do instrumento deverão legitimar a aplicação deste através da obtenção de um consentimento informado. A aceitação da aplicação dos instrumentos de medida por parte dos utilizadores significa o reconhecimento prévio da

importância do estudo em realização. Este aspecto é importante na validação, uma vez que confere legitimidade ao autor/administrador do teste por via do reconhecimento da pertinência do estudo que está a desenvolver.

3. OBJECTIVOS

Em termos gerais, o presente trabalho objectiva construir e validar um questionário que suporte a identificação dos factores, ou as variáveis latentes, que determinam o comportamento das pessoas para adquirirem seguros de saúde voluntários no contexto do sistema de saúde em Portugal.

O cumprimento deste objectivo está dependente do cumprimento de dois objectivos específicos:

- 1) Construir um questionário que suporte a identificação dos factores, ou as variáveis latentes, que determinam o comportamento das pessoas para adquirirem seguros de saúde voluntários no contexto do sistema de saúde em Portugal;
- 2) Validar o questionário.

4. METODOLOGIA

Conforme foi referido na introdução, neste capítulo apresenta-se o procedimento metodológico percorrido para a construção e a validação do instrumento de medida do comportamento de aquisição de seguros de saúde voluntários.

A metodologia adoptada no presente estudo segue o procedimento *standard* de validação de instrumentos de medida, proposto pelo comité formado pela *American Educational Research Association*, a *American Psychological Association* e o *National Council on Measurement in Education* (AERA, APA e NCME, 1999). Como foi oportunamente apresentado, de acordo com essas recomendações, o processo de validação executa-se a partir de cinco fontes, que correspondem a cinco níveis de um processo de validação único. Cada um destes níveis implica a aplicação de métodos de validação específicos.

Considerando que os diferentes níveis de validação constituem uma estrutura sequencial lógica, pensamos que a apresentação do procedimento metodológico percorrido no presente trabalho sairá beneficiado se optarmos por expor os métodos utilizados respeitando essa estrutura.

4.1. Procedimento de validação do conteúdo do instrumento de medida

Considerando as sugestões dos estudos consultados e as alterações realizadas após a revisão dos resultados da primeira aplicação do instrumento durante a fase do pré-teste do instrumento (explicado no ponto 4.2), as variáveis independentes seleccionadas para estudo foram: “idade”, “género”, “região onde tem residência habitual”, “tipo de localidade onde reside”, “nível de escolaridade”, “número de pessoas no agregado familiar”, “número de pessoas com menos de 18 anos no agregado familiar”, “ocupação principal actual”, “rendimento médio mensal líquido”, “poupança média mensal”, “preferência política”, “entidade de saúde do qual beneficia” e “atitude perante o risco”.

A variável “atitude perante o risco” foi acrescentada às variáveis seleccionadas por permitir avaliar a relação entre a aquisição de seguro de saúde voluntário, o nível de

poupança dos agregados e o risco na disponibilização de parte dos rendimentos para a cobertura de despesas de saúde *versus* aquisição do seguro. A pertinência desta relação foi demonstrada em vários estudos (por exemplo, Kahneman e Tversky, 1979; Camerer e Kunreuther, 1989, 1993; Heath e Tversky, 1991; Tversky e Kahneman, 1992; Eekhoudt *et al.*, 1997).

Tabela 2 - Operacionalização das variáveis e estruturação do questionário

Variável Observável e item correspondente no questionário	Codificação
1. Idade	<i>N</i>
2. Género	1 – Masculino 2 – Feminino
3. Região onde tem residência habitual	1 – Norte 2 – Centro 3 – Lisboa e Vale do Tejo 4 – Alentejo 5 – Algarve 6 – Açores 7 – Madeira
4. Tipo de localidade onde reside	1 – Cidade 2 – Vila 3 – Aldeia ou outra localidade equivalente
5. Nível de escolaridade	1 – Nenhum 2 – Nenhum, mas sabe ler e escrever 3 – Ensino básico (até ao 9º ano) 4 – Ensino secundário (até ao 12º ano) 5 – Ensino superior
6. Nº de pessoas no agregado familiar	<i>N</i>
7. Nº de pessoas com menos de 18 anos no agregado familiar	<i>N</i>
8. Ocupação principal actual	1 – Trabalhador por conta própria 2 – Trabalhador por conta de outrem 3 – Trabalhador sem remuneração 4 – Desempregado 5 – Aposentado 6 – Estudante 7 – Outra
9. Rendimento médio mensal líquido	1 – Até 585€ 2 – Entre 586€ e 633€ 3 – Entre 634€ e 907€ 4 – Entre 908€ e 1401€ 5 – Entre 1402€ e 2056€ 6 – Entre 2057€ e 3478€ 7 – Entre 3479€ e 6653€ 8 – Entre 6654€ e 25000€ 9 – Superior a 25000€
10. Poupança média mensal	1 – Até 5% 2 – Entre 5% e 10% 3 – Entre 10% e 15% 4 – Entre 15% e 20% 5 – Mais de 20%
11. Preferência política	1 – Extrema esquerda 2 – Esquerda 3 – Centro 4 – Direita 5 – Extrema direita 6 – Sem preferência política
12. Entidade de Saúde	1 – Serviço Nacional de Saúde 2 – Subsistema público de saúde 3 – Subsistema privado de saúde

No conjunto, o questionário inicial foi composto por 25 itens, dos quais, 15 objectivavam descrever as variáveis independentes e 10 a variável dependente. Na Tabela 2, apresenta-se o processo de operacionalização das variáveis e a correspondente estruturação do instrumento de medida na fase preliminar à sua aplicação com vista ao teste de consistência interna que avalia o grau de fiabilidade da escala cujo procedimento é apresentado no ponto seguinte.

A variável dependente do estudo é a “razão que levou à aquisição de seguro de saúde”, e varia ao nível micro em: “assistência por profissionais com qualidade técnica superior”, “assistência por profissionais mais simpáticos”, “acesso a instalações mais cómodas”, “acesso a instalações mais higiénicas”, “acesso mais rápido a cirurgias”, “acesso mais rápido a consultas de especialidade”, “acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica”, “acesso a exames de diagnóstico e terapêutica não disponíveis no sistema de saúde do inquirido”, “taxas moderadoras dos serviços públicos elevadas” e “comparticipações baixas da entidade de saúde do inquirido”.

Tabela 2 (cont.) - Operacionalização das variáveis e estruturação do questionário

Variável latente	Variável observável e item correspondente no questionário	Codificação
Razões para comprar seguro de saúde	13. Assistência por profissionais com qualidade técnica superior	1 – Discordo totalmente 2 – Discordo 3 – Nem discordo, nem concordo 4 – Concordo 5 – Concordo totalmente
	14. Assistência por profissionais mais simpáticos	
	15. Acesso a instalações mais cómodas	
	16. Acesso a instalações mais higiénicas	
	17. Acesso mais rápido a cirurgias	
	18. Acesso mais rápido a consultas de especialidade	
	19. Acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica	
	20. Acesso a exames de diagnóstico e terapêutica não disponíveis no sistema de saúde do inquirido	
	21. Taxas moderadoras dos serviços públicos demasiado elevadas	
	22. Participações demasiado reduzidas do sistema de saúde do inquirido	
Atitude perante o risco financeiro	23. Investimento de 10% dos rendimentos num fundo mutualista	1 – Muito improvável
	24. Investimento de 10% dos rendimentos em títulos do tesouro	2 – Improvável
	25. Investimento de 5% dos rendimentos num fundo fortemente especulativo	3 – Não tenho a certeza 4 – Provável 5 – Muito provável

Em concordância com a relação central entre atitudes e comportamentos que foi exposta no enquadramento teórico, optou-se por utilizar uma escala de atitudes tipo Likert (Likert, 1932) com cinco atributos para medir a variável dependente. O objectivo foi

medir as atitudes de concordância/discordância dos respondentes acerca das proposições apresentadas.

4.2. Procedimento de validação dos processos de resposta

Tendo sido esboçada a estruturação das variáveis, realizou-se um primeiro pré-teste através da aplicação do inquérito a uma amostra de 15 respondentes representativos da população-alvo, isto é, a pessoas que cumprissem, cumulativamente, os critérios de inclusão, ou seja, possuírem idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, possuírem seguro de saúde voluntário e serem residentes em Portugal. A intenção foi testar a adequação da construção, o tempo de preenchimento e a compreensão das perguntas colocadas, cuja formulação foi sustentada numa revisão prévia da estrutura do questionário realizada por uma equipa de peritos que incluiu dois docentes da Escola Nacional de Saúde Pública e a orientadora do estudo, seguindo-se para o efeito as recomendações e o procedimento propostos na literatura especializada (Czaja, 1998). Desta revisão resultaram algumas alterações ao esboço inicial do questionário, nomeadamente na ordem das perguntas, e na sua formulação, de forma a maximizarmos o número de respostas, no primeiro caso, e melhorar a compreensão daquilo que é solicitado, no segundo caso. Foi ainda adicionada uma questão relativa ao número de pessoas existentes no agregado familiar.

Após estas alterações, o questionário foi aplicado uma segunda vez, com o objectivo de se testar a consistência interna da escala estatística para garantir a sua fiabilidade. O questionário foi aplicado a uma amostra de 30 pessoas que cumprissem os critérios de selecção.

O processo foi realizado durante o mês de Janeiro de 2014 seguindo-se a lógica de construção da amostragem por redes, também conhecida como técnica “bola de neve”, servindo-nos, para o efeito, da *world wide web* e utilizando o aplicativo *Google Drive*, que permite aplicar os questionários via *web*. Os resultados obtidos permitiram calcular o alfa da escala total e o alfa obtido no caso de exclusão das variáveis cuja presença reduziria a consistência interna da escala global, utilizando-se para o efeito a versão 20.0 do programa de análise estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*).

4.3. Procedimento de validação da estrutura interna do instrumento de medida

O método de eleição para a validação interna dos instrumentos de medidas é a análise factorial. No nosso estudo seguimos o procedimento da AFE proposto por Williams *et al.* (2010), desenvolvido em cinco fases: 1) avaliação da possibilidade de os dados poderem ser analisados pela análise factorial, 2) selecção do procedimento de retenção dos factores, 3) definição dos critérios que assistem à extracção dos factores, 4) selecção do método de rotação dos factores e 5) interpretação e rotulagem dos factores. A análise factorial exploratória foi realizada com recurso ao programa SPSS 20.0.

Um dos pressupostos essenciais para avaliar a possibilidade de uma escala poder ser factorada é o tamanho da amostra (William *et al.*, 2010). Para determinar o tamanho da amostra adoptámos o critério proposto por Guadagnoli e Velicer (1988). Pressupondo que o constructo das razões que levam as pessoas a adquirir um seguro de saúde voluntário está (pelo menos) moderadamente representado pelas variáveis seleccionadas, consideramos que uma amostra de 150 respondentes pode garantir a realização de uma análise factorial em boas condições.

Para observar se a matriz de dados é passível de factoração foram ainda realizados os testes estatísticos inicialmente recomendados por Charles Dziuban e Edwin Shirkey (1974): o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett.

Avaliada a possibilidade de factoração da matriz de dados, foram definidos os critérios de retenção dos factores. Os critérios mais utilizados têm sido o de Kaiser-Guttman (Guttman, 1954; Kaiser, 1960) e o do teste “screenplot” ou teste de Cattell (1978). Estes foram os critérios adoptados no presente estudo para reter os factores. Ambos os critérios se apoiam no critério do autovalor (*eigenvalue*), segundo o qual são salientados os carregamentos factoriais com valores superiores a 1.

Retidos os factores, procedeu-se à sua rotação. Optámos pela aplicação de um método de rotação oblíqua, o qual assume que os factores estão correlacionados entre si (Gorsuch, 1974). O método Promax foi o escolhido para o efeito, conforme recomendado por Gorsuch (1988) para rotações oblíquas.

A AFE foi finalizada com a interpretação e a rotulagem dos factores. A interpretação foi realizada a partir dos critérios indicados para distinguir os carregamentos significativos de relações elevadas entre as variáveis (Williams *et al.*, 2010), de acordo com os valores recomendados por Gorsuch (1988) e Kline (2002). A interpretação resultou na saliência da estrutura factorial do constructo. No final, os factores identificados pelos métodos de extracção foram rotulados. O objectivo da rotulagem é operacionalizar e descrever o factor, relacionando-o com a intenção teórica e conceptual que norteou a formulação do problema de estudo.

4.4. Medição das relações entre as variáveis latentes e as variáveis exteriores à escala

A validação das relações das variáveis latentes com as outras variáveis exteriores à escala foi analisada a partir do cálculo do coeficiente de correlação entre os factores determinantes dos resultados obtidos na variável dependente e as variáveis independentes. Para medir o coeficiente de correlação entre a variável dependente e as variáveis independentes recorreremos ao cálculo do *rho* de Spearman, o qual permite analisar a covariância entre variáveis medidas por escalas diversas.

4.5. Avaliação das consequências do uso para as quais o teste foi proposto

Por fim, tanto as consequências da aplicação do instrumento de medida nos valores pessoais e sociais como a informação sobre os objectivos do procedimento junto dos respondentes foram critérios de validação das consequências do uso do instrumento seguido no presente trabalho. O efeito social da aplicação do questionário numa fase posterior à sua validação serve apenas o interesse de se aprofundar o conhecimento sobre as atitudes que as pessoas têm perante os seguros de saúde voluntários e sobre a relação entre essas atitudes e os comportamentos de aquisição dos seguros. Esta intenção foi comunicada na introdução ao questionário, onde se informa os respondentes sobre o objecto de estudo concreto.

5. RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se e interpretam-se os resultados obtidos pelos diferentes testes utilizados no processo de validação do instrumento de medida. Respeitando-se a lógica do procedimento de validação, são apresentados primeiramente os resultados da validação dos processos de resposta. Num segundo momento são apresentados os resultados da validação da estrutura interna do instrumento de medida, percorrendo-se o procedimento da AFE. Por último, são apresentados os resultados da avaliação das relações entre a variável dependente e as variáveis independentes.

5.1. Resultados do procedimento de validação dos processos de resposta

O alfa de Cronbach obtido no pré-teste situou-se em 0.492, correspondendo a uma covariância média de 0.102.² As causas do baixo valor do alfa foram atribuídas à presença da variável “taxas moderadoras dos serviços público demasiado elevadas”, a qual indicava uma correlação negativa (-0.319), colocando-se em contraposição às demais variáveis que formam a escala. Após a exclusão desta variável, atingiu-se um valor alfa de 0.629, insuficiente para garantir a fiabilidade da escala. O teste indicou ainda a presença de outras três variáveis cuja exclusão elevaria o valor do alfa. A exclusão da variável “assistência por profissionais mais simpáticos” elevaria o alfa para 0.669; a exclusão da variável “assistência por profissionais com qualidade técnica superior” elevá-lo-ia para 0.649; e a exclusão da variável “acesso mais rápido a cirurgias” colocá-lo-ia em 0.637. Por sua vez, o coeficiente de correlação de Spearman indicava que a variável “acesso mais rápido a cirurgias” estava fortemente correlacionada com a variável “acesso mais rápido a consultas de especialidade” ($\rho = 0.501$) e com a variável “acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica” ($\rho = 0.435$), ambos os valores com significância estatística ($p < 0.05$). Considerando que as correlações estatisticamente significativas indicam uma representação apropriada da mesma variável latente por parte

² Para observar em pormenor os dados estatísticos apresentados neste capítulo, ver Anexo 2 - “Quadros estatísticos”.

das variáveis observáveis em questão, optámos por excluir, de entre estas, apenas as variáveis “assistência por profissionais mais simpáticos” e “assistência por profissionais com qualidade técnica superior”, para além da variável “taxas moderadoras dos serviços público demasiado elevadas”. Com esta opção, obtivemos um valor alfa de 0.764, garantido-se, assim, a fiabilidade da escala.

No final, a escala aplicada para efeitos de análise reduziu o número de itens definidos antes do cálculo do alfa de Cronbach de 25 para 22, excluindo-se do instrumento de medida os itens 13, 14 e 21 referidos na Tabela 2 e procedendo-se à renumeração dos itens subsequentes.

Após a aplicação do questionário (que pode ser consultado no Anexo 1) à amostra final de 150 respondentes, voltámos a calcular o índice de consistência interna da escala total, compreendendo-se neste cálculo os 22 itens que estruturam o instrumento. O valor final situou-se em 0.800, confirmando uma fiabilidade muito boa da escala para medir o constructo.

5.2. Resultados da validação da estrutura interna do instrumento

O índice de 0.7 de KMO atingido (por arredondamento às décimas) confirma que a amostra é adequada para a análise factorial (Tabela 3). O valor do teste de esfericidade de Bartlett comprova a rejeição da hipótese nula, isto é, contraria a hipótese de a matriz de covariância ser similar a uma matriz-identidade, conforme demonstrado pelo valor de $\chi^2(21) = 276,571$, com valor p inferior a 0,001.

Tabela 3 - Índice KMO e teste de esfericidade de Bartlett

Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin		,671
Teste de esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	276,571
	df	21
	Sig.	,000

Os valores de KMO e do teste de esfericidade de Bartlett permitiram-nos proceder à retenção e à extracção dos factores através do método de análise dos componentes principais. Na Tabela 4 podemos observar a medida da proporção de variância dos vários itens.

Tabela 4 - Matriz de comunalidades

	Valor inicial de comunalidade	Extracção
13. Acesso a instalações mais cómodas	1,000	,548
14. Acesso a instalações mais higiénicas	1,000	,698
15. Acesso mais rápido a cirurgias	1,000	,780
16. Acesso mais rápido a consultas de especialidade	1,000	,729
17. Acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica	1,000	,763
18. Acesso a exames de diagnóstico e terapêutica não disponíveis no sistema de saúde do inquirido	1,000	,377
19. Participações demasiado reduzidas do sistema de saúde do inquirido	1,000	,566

Método de extracção: Análise dos componentes principais

A análise revelou a existência de dois componentes principais (Tabela 5). Todos os itens estão correlacionados com ambos os componentes ainda não rotacionados.

Tabela 5 - Matriz dos componentes principais^a

	Componentes	
	1	2
13. Acesso a instalações mais cómodas	,708	,216
14. Acesso a instalações mais higiénicas	,675	,493
15. Acesso mais rápido a cirurgias	,738	-,485
16. Acesso mais rápido a consultas de especialidade	,797	-,307
17. Acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica	,821	-,297
18. Acesso a exames de diagnóstico e terapêutica não disponíveis no sistema de saúde do inquirido	,580	,202
19. Participações demasiado reduzidas do sistema de saúde do inquirido	,374	,653

Método de extracção: Análise dos componentes principais

a. 2 componentes extraídos.

O componente 1 explica 46,944% do total da variância dos valores registados na escala e o componente 2 explica 16,779% dessa variância. No conjunto, os dois componentes extraídos explicam 63,723% da variância total dos componentes retidos (Tabela 6).

Às percentagens de variância total corresponde um carregamento factorial inicial de 3,286 e 1,175, respectivamente. As somas rotacionadas do quadrado dos

carregamentos equalizou a importância relativa dos factores, atribuindo-lhes carregamentos de 2,549 e 1,911, respectivamente.

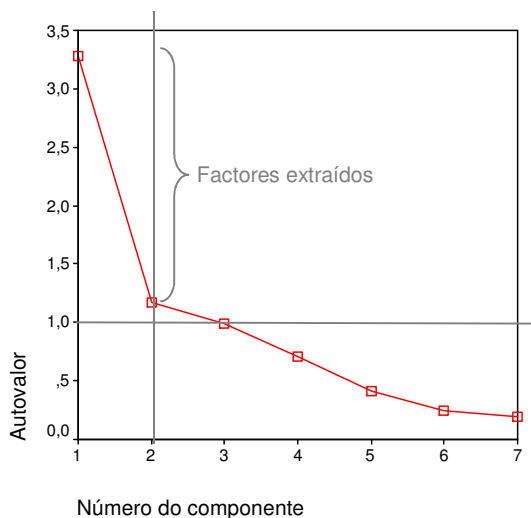
Tabela 6 - Variância total explicada

Componente	Auto-valores (eigenvalues) iniciais			Somadas extraídas dos carregamentos quadrados			Somadas rotacionadas dos carregamentos quadrados		
	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada
1	3,286	46,944	46,944	3,286	46,944	46,944	2,549	36,419	36,419
2	1,175	16,779	63,723	1,175	16,779	63,723	1,911	27,304	63,723
3	,989	14,126	77,849						
4	,701	10,019	87,868						
5	,408	5,826	93,694						
6	,246	3,515	97,209						
7	,195	2,791	100,000						

Método de extracção: Análise dos componentes principais

Através do teste de Cattell foi possível representar graficamente a distinção entre os carregamentos factoriais dos carregamentos com autovalor inferior à unidade em cada um dos componentes retidos na escala (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Visualização do carregamento factorial dos componentes



A rotação dos factores permitiu discernir a matriz de correlações entre os factores e, conseqüentemente, o padrão e a estrutura destas correlações. Como podemos observar na Tabela 7, os factores encontram-se correlacionados com um coeficiente de 0,435. Este resultado comprova haver relação entre os componentes, confirmando, portanto, que o método de rotação oblíqua é adequado para a extracção dos factores.

Tabela 7 - Matriz de correlação entre os factores

Componentes	1	2
1	1,000	,435
2	,435	1,000

Método de extracção: Análise de componentes principais.
Método de rotação: Promax com normalização de Kaiser.

A partir desta matriz, obteve-se a matriz de padrões e de estrutura das correlações. A primeira equivale à matriz factorial obtida por rotações ortogonais e mostra os carregamentos das variáveis nos factores extraídos e rotacionados; a segunda resulta do produto da matriz de padrões com a matriz de correlação entre os factores. A Tabela 8 apresenta as duas matrizes, mostrando o carregamento das variáveis em cada um dos componentes/factores retidos e rotacionados. A matriz de estrutura indica os valores de carregamento finais após rotação (valores destacados na tabela).

Tabela 8 - Matrizes de padrões e de estrutura

Variáveis	Matriz de padrões ^a		Matriz de estrutura	
	1	2	1	2
13	,331	,534	,563	,678
14	,074	,801	,422	,833
15	,943	-,167	,870	,243
16	,835	,041	,853	,404
17	,845	,061	,872	,429
18	,249	,462	,451	,571
19	-,280	,831	,082	,709

Método de extracção: Análise de componentes principais.
Método de rotação: Promax com normalização de Kaiser

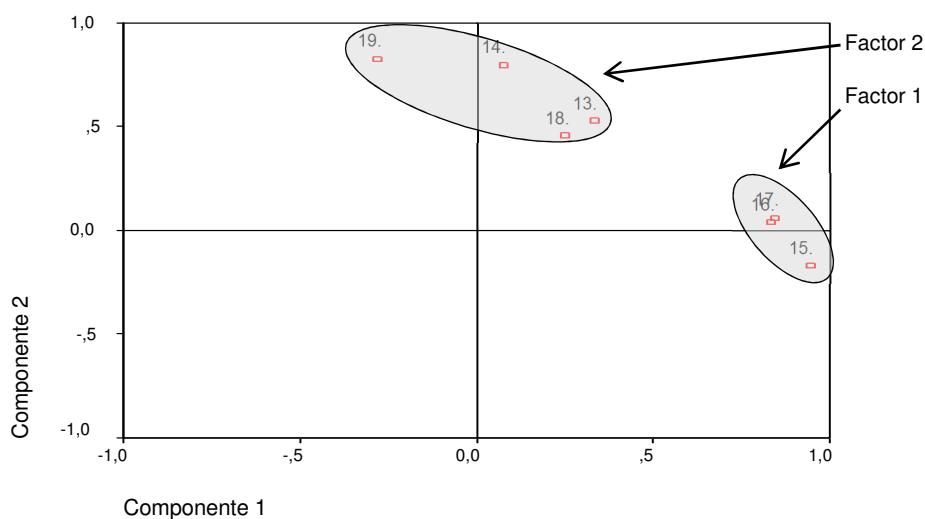
^aA rotação converge em 3 iterações

Podemos ver que a matriz de estrutura associa os/as itens/variáveis 15,16,17 e os/as itens/variáveis 13,14,18,19 em dois factores/componentes. Em linguagem corrente, o primeiro factor associa o acesso mais rápido a cirurgias (item/variável n.º 15) com o acesso mais rápido a consultas de especialidade (item/variável n.º 16) e com o acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica (item/variável n.º 17). Por seu turno, o segundo factor associa o acesso a instalações mais cómodas (item/variável n.º 13), o acesso a instalações mais higiénicas (item/variável n.º 14), o acesso a exames de diagnóstico e terapêutica não disponíveis no sistema de saúde do inquirido (item/variável

n.º 18) e as participações demasiado reduzidas do sistema de saúde do inquirido (item/variável n.º 19).

A representação gráfica da rotação dos factores demonstra o modo como as variáveis se correlacionam no espaço rotacionado formando os dois componentes/factores (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Disposição dos factores no espaço rotacionado



Os dois factores apresentam um elevado valor de covariância (0,871). Isto significa que ambos os factores variam em concomitância na explicação das razões que levaram os respondentes a adquirirem o seguro de saúde voluntário (ver Tabela 9).

Tabela 9 - Matriz dos valores de covariância entre os factores

Componentes	1	2
1	1,190	,871
2	,871	1,190

Método de extracção: Análise de componentes principais.
Método de rotação: Promax com normalização de Kaiser.

O valor de alfa de Cronbach para a escala total que mede a variável dependente do estudo é de 0,729, revelando, portanto, que os/as sete itens/variáveis estão fortemente

correlacionados e que a escala é fiável. Este resultado é reafirmado pelo valor do alfa calculado para cada conjunto de variáveis incluídas em cada factor. Neste caso, o valor do alfa situa-se em 0,735 para o factor 1 e em 0,725 para o factor 2.

Conforme podemos observar pelos dados constantes na Tabela 10, os valores do alfa poderiam ser mais elevados, caso fossem excluídos os itens 13, 15 e 19. No conjunto dos itens, o item 13 é o que possui pior qualidade psicométrica. A sua exclusão elevaria o valor de alfa para 0,800. Porém, a sua inclusão na escala não reduz o alfa para valores inaceitáveis. Por esta razão, decidimos mantê-lo.

Tabela 10 - Alfa item-total

Itens/Variáveis	Alfa se o item for excluído
13. Acesso a instalações mais cómodas	,800
14. Acesso a instalações mais higiénicas	,673
15. Acesso mais rápido a cirurgias	,774
16. Acesso mais rápido a consultas de especialidade	,713
17. Acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica	,719
18. Acesso a exames de diagnóstico e terapêutica não disponíveis no sistema de saúde do inquirido	,687
19. Comparticipações demasiado reduzidas do sistema de saúde do inquirido	,741

Em síntese, os resultados da análise factorial mostraram que as razões para os respondentes adquirirem seguro de saúde voluntário são determinadas por dois factores. Prestando atenção às categorias comuns aos/às itens/variáveis, percebemos que o primeiro factor associa características relacionadas com a maior rapidez de acesso aos cuidados de saúde prestados e o segundo associa características relacionadas com a oferta de condições e serviços em que os sistemas de saúde detidos pelos inquiridos são deficitários. De facto, os dados revelam que as principais razões para as pessoas adquirirem seguros de saúde voluntários são 1) a rapidez de acesso e 2) a diferenciação das condições e dos produtos e serviços oferecidos em comparação com as condições e os produtos e serviços aos quais os segurados têm acesso no subsistema de saúde do qual são beneficiários. Estas designações foram simplificadas nos rótulos “rapidez dos serviços” e “diferenciação dos serviços”, os quais, pensamos, identificam cabalmente as razões que determinam a aquisição dos seguros de saúde voluntários identificadas pelo presente estudo. Este argumento obtém sustentação nos valores dos carregamentos das

variáveis, nas medidas da correlação entre os factores obtidas e nos valores do alfa de Cronbach, cuja articulação está representada na Figura 5.

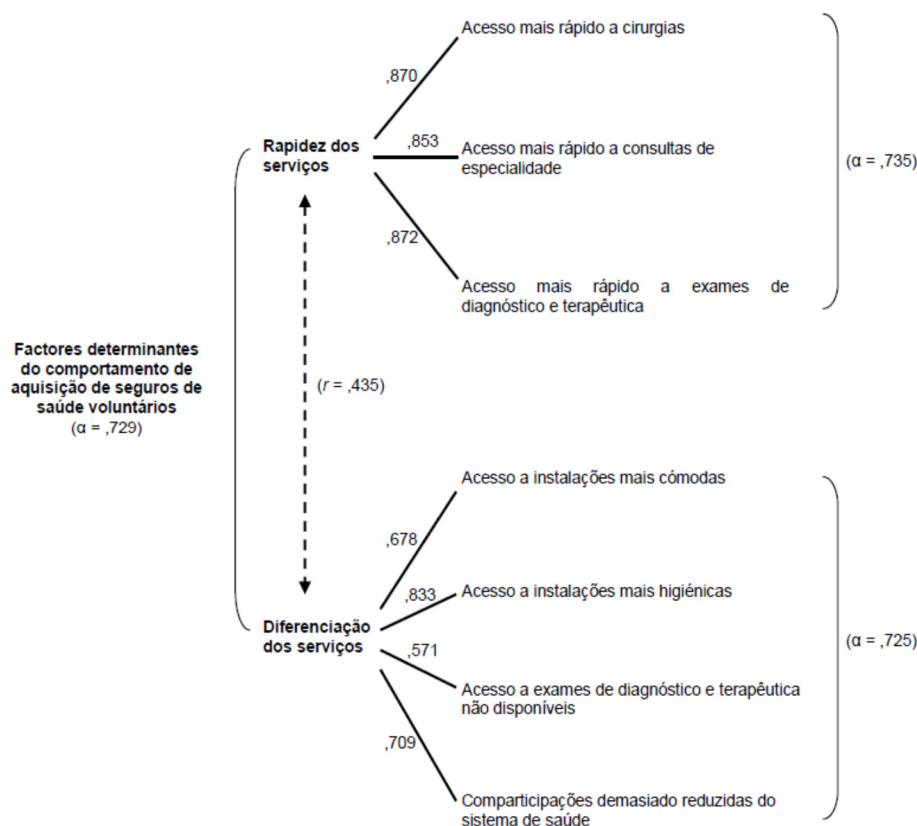


Figura 5 - Carregamentos dos factores, correlação entre os factores e consistência interna da escala

Enquanto os primeiros valores demonstram o peso de cada variável para explicar os respectivos factores, os segundos comprovam que os factores se correlacionam, garantindo a representatividade do constructo “razões para a aquisição dos seguros de saúde voluntários”, e os últimos atestam sobre a confiabilidade da escala para medir este mesmo constructo.

Identificados os factores que *determinam* a decisão das pessoas em adquirirem seguro de saúde voluntário, importa agora identificar as condições sócio-demográficas que *influenciam* essa tomada de decisão. Este processo consiste em medir o valor da eventual covariância entre as variáveis independentes e a variável dependente.

5.3. Correlação entre os factores e as variáveis exteriores à escala

Conforme vimos no enquadramento teórico do problema de estudo, vários estudos indicam que os comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários de saúde são influenciados pelas características sócio-demográficas dos respondentes. Considerando que a avaliação da relação entre os factores e as variáveis exteriores à escala constitui uma das fontes de validação dos instrumentos de medida, neste ponto avaliamos se esse tipo de relação se verifica no presente estudo. Num primeiro momento, descrevemos, de modo sucinto, as características sócio-demográficas dos respondentes³ e, em seguida, analisaremos a hipótese de estas características influenciarem a aquisição do seguro de saúde voluntário.

Os respondentes têm, em média, 33,98 anos, com idades compreendidas entre 22 e 65 anos ($\sigma = 10,361$, moda = 29). São maioritariamente do género feminino (73,5%) e residem principalmente na região de Lisboa e Vale do Tejo (59,2%), especialmente em cidades (79,6%), e possuem curso superior (86,7%). Vivem em agregados maioritariamente constituídos por duas pessoas (média = 2,39, $\sigma = 1,172$, moda = 2) com uma média de 0,51 menores ($\sigma = 0,076$, moda = 0). Trabalham, na sua maioria, por conta de outrem (74,5%), auferem um rendimento mensal líquido de entre 1402€ e 2056€ (39,8%), e poupam, em média, até 5% do rendimento disponível (35,7%). A maior percentagem dos respondentes (48%) não tem preferência política e a grande maioria é exclusivamente beneficiária do SNS (76,5%).

Relativamente à atitude perante o risco a maioria dos inquiridos (40,9%) respondeu que seria improvável ou muito improvável investir num fundo mutualista (risco médio). Valores semelhantes a estes foram registados acerca da probabilidade de investimento num fundo fortemente especulativo. Neste caso, 52,1% dos inquiridos responderam ser improvável ou muito improvável investirem neste tipo de produtos. Em contraste com estas atitudes, 43,9% dos respondentes referiram que seria provável ou muito provável investirem em títulos do tesouro (risco reduzido).

³ Os dados totais encontram-se no anexo estatístico.

O cálculo do coeficiente de correlação de Spearman não identificou qualquer relação estatisticamente significativa entre as características da amostra e os factores identificados pela nossa análise. A análise não revelou qualquer relação entre as variáveis idade, género, região de residência, tipo de localidade, nível de escolaridade, número de pessoas do agregado, preferência política e as razões para a aquisição do seguro de saúde voluntário.

Apenas foram encontradas relações significativas entre variáveis consideradas individualmente (Tabela 11).

Foram encontradas covariâncias positivas entre a razão “acesso a instalações mais cómodas” (variável 13) e o número de pessoas menores de 18 anos no agregado familiar ($\rho = 0,279$, $p < 0,05$), a razão “acesso mais rápido a consultas de especialidade” (variável 16) e a probabilidade de investimento em títulos de tesouro ($\rho = 0,258$, $p < 0,05$), a razão “acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica” (variável 17) e a probabilidade de investimento em títulos de tesouro ($\rho = 0,223$, $p < 0,05$) e a razão “acesso a exames de diagnóstico e terapêutica não disponíveis no sistema de saúde do inquirido” (variável 18) e a percentagem de poupança do agregado ($\rho = 0,215$, $p < 0,05$).

Tabela 11 - Correlação entre as razões para adquirir o seguro e as características da amostra

Características da amostra	Razões para adquirir o seguro					
	13	15	16	17	18	19
N.º de pessoas menores de 18 anos no agregado familiar	,279*					
Ocupação principal		-,233*				
Investimento de 10% do rendimento em títulos do tesouro			,258*	,223*		
Entidade de saúde				-,205*		
Poupança média mensal					,215*	
Rendimento líquido mensal						-,199*

* $p < 0,05$

Foram também identificados valores de covariância negativa entre a razão “acesso mais rápido a cirurgias” (variável 15) e a ocupação dos respondentes ($\rho = -0,233$, $p < 0,05$), a razão “acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica” (variável 17) e a entidade de saúde da qual o respondente é beneficiário ($\rho = -0,205$, $p < 0,05$) e a razão “comparticipações demasiado reduzidas do sistema de saúde do inquirido” (variável 19)

e o rendimento dos respondentes ($\rho = -0,199, p < 0,05$). Estes valores confirmam que há relação estatisticamente significativa entre estas variáveis. Os resultados da covariância negativa devem ser interpretados tendo-se em atenção a diferença do tipo de escalas utilizadas para medir as variáveis em questão. No caso da correlação entre as variáveis “ocupação” e “acesso mais rápido a cirurgias”, devemos ler que há uma relação entre as intensidades elevadas registadas na escala de Likert que mede o acesso mais rápido a cirurgias e os códigos inferiores da escala nominal que mede a variável ocupação. Por outras palavras, o valor da correlação significa que as ocupações 1 e 2 (trabalhador por conta própria e trabalhador por conta de outrem, respectivamente) influenciam a elevada concordância com a proposição “o acesso a cirurgias (ao abrigo do seguro) é mais rápido”. O mesmo se aplica na interpretação da correlação entre a variável “acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica” e a variável “entidade de saúde da qual o respondente é beneficiário”. Enquanto na primeira variável se aplica o mesmo princípio de leitura da escala de Likert, na segunda o valor mais baixo da escala refere-se ao SNS. Este resultado indica, portanto, que as pessoas que beneficiam apenas do SNS têm tendência a concordar com o facto de, comparativamente, o acesso a exames de diagnóstico e terapêutica ser mais rápido se possuem seguro de saúde. Este princípio de interpretação deve ser seguido igualmente na leitura da relação entre as variáveis “comparticipações demasiado reduzidas do sistema de saúde do inquirido” e “rendimento mensal líquido”. Neste caso, existe uma relação entre o menor rendimento e a maior concordância com a proposição “as participações no sistema público são demasiado reduzidas”, o que tem toda a lógica.

Em conclusão, os resultados da análise correlacional não sustentam a hipótese da existência de relações significativas entre as características da amostra e os factores determinantes da aquisição do seguro de saúde voluntário identificados no nosso estudo considerados na sua globalidade. Dito de outro modo, os comportamentos de aquisição de seguro voluntário, entendidos na sua complexidade – isto é, enquanto resultados de uma avaliação das vantagens obtidas pela aquisição do seguro em comparação com a condição de não o adquirir, num quadro avaliativo onde interferem razões que combinam as condições de qualidade dos serviços e a agilização no acesso – não são cabalmente explicáveis pelas características da amostra. Pelo contrário, eles parecem ser determinados pela relação oferta-procura, conforme alguns estudos sugerem. Este resultado motiva uma reflexão mais abrangente, a ser realizada no próximo capítulo.

6. DISCUSSÃO

Neste capítulo reflecte-se sobre os resultados encontrados no nosso estudo. As conclusões desta reflexão são apresentadas em dois momentos. No primeiro momento, discute-se a pertinência da metodologia utilizada para cumprir os objectivos do estudo e no segundo momento discute-se as implicações dos resultados obtidos para explicarmos e compreendermos o problema de estudo que motivou a realização da investigação.

6.1. Discussão metodológica

A metodologia utilizada no nosso estudo seguiu as recomendações feitas pelo Comité Conjunto formado pela AERA, APA e NCME (1999). Tanto o processo de construção do instrumento de medida como o processo da sua validação foram realizados de acordo com o modelo de análise proposto pelo Comité. Este modelo permitiu incluir ambos os processos num procedimento de validação único, abrangente e integrador, respeitando uma estrutura lógica que associa várias fontes de validação. A nosso ver, esta opção facilita grandemente a interpretação e a compreensão do procedimento metodológico na sua globalidade.

Nos parágrafos seguintes reflectiremos sobre os fundamentos das opções metodológicas tomadas durante todo o procedimento de validação, começando pelo processo de construção do instrumento de medida, que corresponde à validação do seu conteúdo e à validação dos processos de resposta.

A validação do conteúdo do instrumento de medida figura como a primeira fonte de validação dentro da estrutura proposta pelo Comité referido. Para garantir a qualidade do conteúdo do nosso questionário, tivemos o cuidado de prever a sua capacidade em medir as diferentes facetas dos constructos. Esta capacidade revela o grau de representatividade dos constructos que se pretende medir com o instrumento. Neste contexto, foi feito um levantamento das diferentes facetas das manifestações dos constructos incluídos no instrumento a partir de uma pesquisa bibliográfica extensa e profunda sobre o tema em análise. A identificação das facetas foi realizada respeitando-

se os critérios propostos por Gorsuch (1988), isto é, seleccionando-se o maior número possível de variáveis – com vista a aumentar a representatividade do constructo e as probabilidades de correlação entre elas – o mais fiáveis possível – isto é, que se adequassem à caracterização dos constructos latentes – e que fossem conhecidas – isto é, cuja pertinência e representatividade tivessem sido comprovadas nos estudos consultados sobre o mesmo problema.

A pertinência das variáveis sócio-demográficas seleccionadas foi comprovada por diversos estudos, conforme exposto no ponto 2.2.1.2. do enquadramento teórico. Os atributos das variáveis “nível de escolaridade” e “situação profissional” respeitaram as classificações utilizadas e recomendadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). A variável “região de residência” respeitou a classificação recomendada pelo Serviço de Estatística da Comissão Europeia (EUROSTAT) para efeitos de divisão do território económico comunitário, especificamente, no seu segundo nível (NUT II). Os atributos da variável “tipo de localidade onde reside” foram identificados a partir dos estudos de Jofre-Bonet (2000) e de Laing e Buisson (2003). Os atributos da variável “rendimento médio mensal líquido” foram identificados a partir do Despacho n.º 796-B/2013, de 14 de Janeiro, que aprova as tabelas de retenção na fonte para o ano de 2013. Não encontrando uma estrutura de variação respeitante ao rendimento mensal líquido por agregado familiar⁴, decidimos adoptar a estrutura constante neste diploma. Os atributos da variável “poupança média mensal” foram obtidos a partir do cálculo de poupança das famílias portuguesas por parte do Banco de Portugal (Alves e Cardoso, 2010). Os atributos da variável “preferência política” foram identificados a partir da estrutura do espectro ideológico abrangido pelas posições partidárias no contexto dos regimes democráticos. A opção pela classificação destas preferências por posição ideológica permitiu incluir no instrumento todos os partidos políticos possíveis, em acordo com a recomendação dos peritos que realizaram a leitura crítica do esboço do inquérito. Os atributos da variável “entidade de saúde do qual beneficia” foram identificados a partir da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto). Os atributos da variável “atitude perante o risco” foram adoptados a partir da proposta de medição da aversão ao risco no domínio

⁴ A classificação dos rendimentos dos agregados familiares é estabelecida numa base anual. Consideramos que esta base dificulta a percepção dos impactos do investimento no rendimento das famílias, uma vez que estas, por lógica de gestão doméstica, tenderão a perceber esses impactos tomando por referência o seu vencimento mensal.

“investimento” apresentada na escala *Domain-Specific Risk Taking* (DOSPERT), da autoria de Weber *et al.* (2002). A adopção da escala de Likert para medir a propensão para o risco, de entre as existentes (Rohrman, 2005), justifica-se pela sua vantagem em isolar as atitudes de propensão para o risco no domínio concreto do investimento de outros domínios, permitindo, por isso, facilitar a análise de eventuais relações estatisticamente significativas entre esta variável e as variáveis independentes “rendimento médio mensal” e “poupança média mensal” que se possam encontrar em estudos de avaliação inferencial apoiadas em descrições realizadas a jusante do presente trabalho que utilizem o instrumento.

A opção adoptada para a variação micro da variável dependente foi testada pela leitura crítica dos peritos. Os resultados do primeiro pré-teste indicaram que este modo de variação das razões que levaram à aquisição de seguro de saúde representa satisfatoriamente as facetas do constructo “razões que levaram à aquisição do seguro de saúde voluntário”.

O procedimento de revisão crítica do instrumento por parte dos peritos percorreu os critérios sugeridos na literatura sobre as metodologias de pré-teste (Czaja, 1998; Willis *et al.*, 1999). Nessa leitura, os peritos identificaram 1) potenciais problemas de compreensão por parte dos respondentes, 2) potenciais problemas na análise dos dados e 3) apresentaram sugestões para rever as questões e o questionário na globalidade.

Após a revisão crítica dos peritos, foram analisados os processos de resposta, já na segunda fase do procedimento metodológico recomendado pelo Comité, mas ainda dentro do processo de construção do instrumento. O instrumento de medida foi aplicado via *web* a uma amostra de 30 respondentes, respeitando-se as recomendações sobre o tamanho da amostra para efeitos de pré-teste (Malhotra, 2004, p. 308). A aplicação do questionário via *web* permitiu-nos obter uma boa participação, revelando que esta técnica é muito útil para a colheita dos dados, conforme sugerido por Umbach (2004). A rápida participação dos respondentes revela igualmente que esta técnica é de fácil aceitação por parte dos respondentes, conforme Vieira *et al.* (2010) haviam denotado. Estes factores abonaram em favor da utilização da mesma técnica na aplicação do questionário na fase subsequente ao pré-teste. Os resultados obtidos no pré-teste serviram de apoio para avaliar a consistência interna da escala estatística. Esta análise revelou-se fundamental para garantir a qualidade dos resultados obtidos na fase da aplicação final do instrumento, e,

por inerência, para garantir a fiabilidade deste último, conforme é amplamente reconhecido em estudos que utilizam questionários como instrumentos de colheita de dados (Hubley e Zumbo, 1996, citado em Hoss e Caten, 2010, p. 2). O coeficiente alfa de Cronbach foi a medida de consistência interna adoptada, uma vez que permite medir a relação entre os itens em escalas formadas por sub-escalas diversas e diversos tipos de variáveis (Cronbach e Meehl, 1955). Foi definido o valor crítico de 0.70 para confirmar a fiabilidade do instrumento de medida, conforme recomendado por Nunnally (1978, citado por Maroco e Garcia-Marques, 2006, pág. 73).

A validação dos processos de resposta foi a última fase do processo de construção do instrumento de medida. Seguiu-se o processo de validação propriamente dita. A primeira fase – ou fonte – deste processo consistiu na validação da estrutura interna do instrumento. Para o efeito, foram seguidas as recomendações constantes na literatura especializada sobre a metodologia de validação de questionários (Williams *et al.*, 2010), adoptando-se a metodologia da AFE. A adopção desta metodologia sustenta-se no facto de não haver uma teoria prévia consistente sobre os factores que determinam a aquisição de um seguro de saúde voluntário devido à insuficiência de evidências empíricas que permitam explicitar como os itens da escala que mede os comportamentos de aquisição do seguro devem ser agrupados e avaliados (Floyd e Widaman, 1995). A AFE permite-nos explorar as dimensões principais deste problema para se poder gerar uma teoria a partir de um conjunto relativamente amplo de constructos latentes representados por conjuntos de itens (William *et al.*, 2010). Este é um dos dois critérios que justificam a adopção da AFE para validar os constructos; o outro é a infirmação ou confirmação de uma estrutura factorial pré-existente (Damásio, 2012). Considerando que a identificação de uma estrutura de factores determinantes dos comportamentos de aquisição de seguro de saúde voluntário em Portugal resta por fazer e que apenas conseguimos identificar factores de ordem sócio-económica e demográfica influenciadores de tais comportamentos a partir de estudos realizados em outros países, é nossa convicção que a AFE contribui, assim, para cumprir ambos os critérios referidos. Através da aplicação da análise factorial foi, de facto, possível: a) reduzir o número de variáveis, b) examinar a estrutura ou relação entre variáveis, c) detectar e avaliar a unidimensionalidade do constructo teórico, d) avaliar a validade do constructo da escala ou do instrumento, e) desenvolver uma análise e interpretação parcimoniosa, ou simples, f) aceder à

multicolinearidade (duas ou mais variáveis correlacionadas), g) desenvolver constructos teóricos e h) aprovar ou desaprovar teorias propostas, conforme são reconhecidas na literatura especializada (Williams *et al.*, 2010).

Um dos pressupostos que sustentam a qualidade da análise factorial é garantir que a amostra fornece apoio para se obterem resultados fiáveis. Tendo em conta as críticas sobre as divergências na definição da amostra apoiada nos critérios de N e de N:p (Guadagnoli e Velicer, 1988), no presente estudo adoptámos o critério de saturação dos componentes (Guadagnoli e Velicer, 1988), uma vez que o mesmo permite ultrapassar a relativa arbitrariedade das abordagens anteriores. Segundo estes autores, o melhor critério para definir o tamanho da amostra é o nível de saturação dos componentes, isto é, “a magnitude da correlação entre as variáveis observadas e os componentes” (Guadagnoli e Velicer, 1988, p. 265). De acordo com este critério, para um coeficiente de correlação de 0.40, os resultados da análise factorial são seguros com uma amostra de 300 ou 400 indivíduos (ou acima disso); para uma correlação de 0.60, os resultados são consistentes numa amostra com o mínimo de 150 indivíduos. Este último valor foi assumido à partida para determinar o tamanho da amostra no nosso estudo. Neste caso, considera-se que o componente está representado com um grau de saturação moderado.

Avaliada a fiabilidade da escala, calculou-se, em seguida, a possibilidade de factoração da amostra e da matriz de dados. Para o efeito, foram aplicados, respectivamente, o critério de Kaiser-Meyer-Olkin, ou índice KMO, e o teste de esfericidade de Bartlett. O índice KMO, também conhecido por índice de adequação da amostra, (Damásio, 2012) ou índice MAS (MSA, em língua inglesa), indica a proporção de variância dos itens a ser explicada por uma variável latente e varia entre 0 e 1. Os valores inferiores a 0,5 indicam que a análise factorial pode ser desadequada para este fim; valores entre 0,5 e 0,7 são considerados medíocres; valores entre 0,7 e 0,8 são considerados bons e valores superiores a 0,8 são considerados óptimos ou excelentes (Damásio, 2012). A adequação da matriz de dados para efeitos de factoração é revelada pelo valor crítico de $p < 0,05$ no teste de Bartlett.

Depois de confirmarmos a adequação da amostra e da matriz de dados para efeitos de factoração, foram retidos os factores, com base no critério de Kaiser-Guttman e do teste de Cattell. O critério de Kaiser-Guttman parte do pressuposto que, se uma variável possui o valor de 1, então, um factor possui necessariamente o valor > 1 , uma vez que o

objectivo da análise factorial é reduzir o número de variáveis. O teste de Cattell, cujos resultados são representados no gráfico 5 (usualmente conhecido por *screeplot*) permitiu visualizar a existência dos componentes principais sobre os quais incidem os autovalores das variáveis observadas. Estes componentes correspondem, assim, às variáveis latentes preditivas da variância dos itens agrupados por esse factor. Os factores a reter são os que se apresentam no gráfico com valor superior a 1, isto é, os valores situados à esquerda do “cotovelo”, que é o ponto em que a curva flecte, representando os valores superiores a 1 (à esquerda do “cotovelo”) e inferiores a 1 (à direita do “cotovelo”).

A validação da estrutura interna do instrumento foi concluída após a rotação dos factores retidos com base no critério de Kaiser-Guttman cujo resultado foi representado pelo teste de Cattell. O objectivo do procedimento de rotação de factores é separar o conjunto de variáveis iniciais em factores com a maior independência possível entre si de forma a obter-se factores simples e interpretáveis, contribuindo para o princípio da parcimónia. Nos comportamentos humanos – que dificilmente não se interrelacionam – assume-se que a independência total ($r = 0$) dos factores não é coerente. Por esta razão, os métodos de rotação ortogonais são considerados desadequados para o efeito (Damásio, 2012). O valor do alfa da escala total que mede a variável dependente comprovou haver uma elevada correlação entre os factores, significando que a estrutura dos factores não é ortogonal⁵. A escolha do método Promax para proceder à rotação dos factores revelou-se, portanto, a melhor opção, tal como é recomendado para rotações oblíquas (Gorsuch, 1983). O procedimento de rotação definiu a estrutura simples dentro dos critérios estabelecidos inicialmente por Thurstone (1947), a qual deve figurar como objectivo final da análise factorial (Cattell, 1978; Kim e Mueller, 1978; Kline, 2002).

Na quarta fase (ou fonte) da validação do instrumento de medida, foram medidas as relações entre os factores determinantes das razões para a aquisição de seguro de saúde voluntário e as variáveis sócio-demográficas, consideradas aqui como estando situadas no exterior da escala. A medição através do coeficiente de correlação de Spearman permitiu analisar essa relação entre todas as sub-escalas, independentemente do tipo de variáveis medidas por elas.

⁵ Os valores da covariância entre as variáveis utilizadas para medir a variável dependente podem ser consultados em pormenor no ponto 4 do Anexo 2.

6.2. Discussão de resultados e recomendações

O seguimento das recomendações metodológicas do Comité Conjunto formado pela AERA, a APA e o NCME (1999) permitiu cumprir cabalmente os dois objectivos específicos propostos no nosso estudo. A adopção da metodologia padrão recomendada pelo Comité tem a vantagem de garantir a qualidade dos processos de construção e de validação do instrumento de medida. Adicionalmente, o seguimento de um procedimento metodológico padronizado facilita a realização de comparações entre os resultados obtidos pelo nosso estudo e os resultados obtidos por outros que eventualmente tenham adoptado o mesmo procedimento.

O instrumento de medida construído comprovou ser fiável, garantindo, por conseguinte, a obtenção de dados representativos do constructo. A representatividade do constructo foi confirmada pela elevada correlação entre as variáveis utilizadas para o medir. Conforme vimos, tanto a sub-escala que mede a variável dependente como a escala global mostraram ser consistentes para medir os constructos ($\alpha = 0.76$ e $\alpha = 0.80$, respectivamente). O procedimento de pré-teste do instrumento seguiu praticamente todo o processo recomendado pela literatura especializada (Czaja, 1998; Willis *et al.*, 1999; Aldridge e Levine, 2001; Malhotra, 2004), exceptuando a realização de entrevistas individuais e a organização de grupos de discussão.

A elevada consistência interna da escala associada ao critério de definição do tamanho da amostra baseado no nível de saturação dos componentes proposto por Guadagnoli e Velicer (1988) ofereceu-nos garantias de qualidade dos dados colhidos na amostra seleccionada. Conforme foi apresentado na matriz de estrutura factorial (rever Tabela 8), a correlação entre as variáveis observadas e as variáveis latentes é, em média, de 0.78 (0.87 no factor 1 e 0.69 no factor 2). Este valor significa que a magnitude da correlação entre as variáveis observadas e os componentes é superior ao valor crítico de 0.60, com o qual se obtém uma análise factorial segura numa amostra de 150 respondentes, de acordo com o critério recomendado por Guadagnoli e Velicer (1988). De facto, o índice de 0,7 de KMO garantiu uma boa adequação da amostra para efeitos de factoração. Esta adequação foi igualmente comprovada pelo teste de esfericidade de Bartlett, que avalia a adequação da matriz de dados para efeitos de factoração.

A análise de componentes principais identificou duas variáveis latentes, que, no conjunto, explicam mais de 63% da variância total dos componentes retidos. Estes resultados sugerem que o comportamento de aquisição de seguros de saúde voluntários é determinado pela 1) rapidez de acesso aos cuidados/serviços de saúde e pela 2) diferenciação da oferta em comparação com a oferta dos subsistemas de saúde dos quais os respondentes beneficiam. Os dois factores identificados indicam que a aquisição de seguros voluntários de saúde é determinada pela percepção da aquisição de vantagens comparativamente às características ou condições dos cuidados/serviços de saúde de que os respondentes beneficiam nos subsistemas de saúde que possuem. À primeira vista, esta parece ser a conclusão mais consentânea com os dados encontrados. Porém, isto não significa que os comportamentos de aquisição dos seguros de saúde voluntários são determinados exclusivamente pelos dois factores identificados no nosso estudo. Na verdade, todas as variáveis que formam a escala de medição da variável dependente aludem à comparação mais ou menos implícita entre os cuidados/serviços de saúde obtidos por via do seguro de saúde e os cuidados/serviços de saúde obtidos por via do subsistema de saúde do qual os respondentes beneficiam. É, portanto, natural que, independentemente dos valores obtidos nas respostas, se observe sempre essa relação comparativa. Por outras palavras, independentemente de os respondentes emitirem atitudes de concordância ou de discordância com as proposições contidas na escala, verificar-se-ia sempre essa relação comparativa. Seja como for, as sugestões resultantes do nosso estudo não são prejudicadas por esta aparente redundância, uma vez que o objectivo deste é discernir os factores que associam as diferentes tendências de resposta, independentemente do tipo de tendências. A análise da qualidade das tendências interessa apenas no caso de a finalidade do estudo ser explorar e descrever um dado padrão de tendência que possa ser eventualmente revelado pelo valor das frequências das atitudes dos respondentes. Este tipo de análise deverá constituir o objecto de estudos que utilizem a escala construída no presente trabalho como instrumento de colheita de dados. Em suma, os factores identificados neste estudo determinam comprovadamente as atitudes dos respondentes para adquirirem seguros de saúde voluntários no contexto concreto das razões que são propostas na escala estatística aqui utilizada.

A identificação das variáveis latentes através da medição das características das atitudes dos respondentes perante as razões formuladas no questionário constitui, de

facto, a principal descoberta do nosso estudo. Como vimos, esta é a primeira estrutura construída com o objectivo de se identificarem os factores determinantes dos comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários em Portugal.⁶ Sendo, portanto, a primeira estrutura factorial reveladora dos determinantes destes comportamentos, ela pode apresentar-se como referência para a realização de estudos que pretendam medir as atitudes para adquirir seguros de saúde voluntários no contexto nacional. Isto significa que a estrutura factorial encontrada pode (e deve) ser sujeita a testes sucessivos no sentido do seu aperfeiçoamento.

A realização do nosso estudo foi motivada pela intenção de testar as estruturas correlacionais, que associam as características da oferta e da procura de seguros de saúde voluntários com a aquisição destes por parte das populações, reveladas em estudos anteriores realizados fora do nosso país.

Em concordância com a literatura especializada consultada, a nossa análise comprova que a aquisição do seguro de saúde voluntário é, em grande medida, determinada pelas características da oferta. De facto, a oferta de cuidados/serviços de saúde de acesso mais rápido e de condições e serviços mais eficientes do que os que são proporcionados pelos subsistemas de saúde dos quais os respondentes beneficiam revela ser determinante na decisão de compra do seguro.

No que respeita à rapidez dos cuidados/serviços, os dados sugerem que o acesso aos cuidados/serviços de saúde prestados pelos subsistemas de saúde dos sujeitos é mais lento do que o acesso aos cuidados/serviços de saúde proporcionados no âmbito do seguro, tal como tinha sido observado no estudo de Harmon e Nolan (2001), realizado na Irlanda. Porém, não possuímos dados que sustentem a identificação do acesso lento aos cuidados/serviços prestados pelos subsistemas de saúde dos sujeitos com a existência de listas de espera, não se comprovando, assim, que estas determinem a aquisição do seguro de saúde voluntário, como foi sugerido pelos estudos de Szabó (1997), de Besley e colegas (1999) e de Wallis (2004). Contudo, a procura de um acesso mais rápido aos cuidados/serviços é um dos factores determinantes, de facto, da atitude para adquirir o

⁶ Embora versando sobre o problema da determinação dos comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários em Portugal, o estudo de Guiomar (2010), citado no enquadramento teórico, não tem como objectivo validar um instrumento de medida para o efeito, tratando-se de um estudo exploratório e correlacional com intenção inferencial.

seguro de saúde voluntário, significando, portanto, que os sujeitos percebem que o acesso aos cuidados/serviços nos subsistemas de saúde dos quais beneficiam é mais lento. Neste sentido, não podemos excluir a hipótese desta existência nem afirmá-la, conforme foi sugerido pelo trabalho de Natarajan (1996). Parece, portanto, que os resultados do nosso estudo confirmam a hipótese levantada por Propper (1993) e por Propper e colegas (2001) segundo a qual são as percepções gerais dos consumidores relativamente às listas de espera que mais influenciam a decisão para adquirirem seguro de saúde voluntário, e não a existência ou não das mesmas. Esta conclusão tinha sido também encontrada no estudo de King e Mossialos (2005), realizado no Reino Unido.

Complementarmente, a identificação de vantagens comparativas na aquisição do seguro de saúde voluntário por parte dos respondentes remete também para a questão da eficiência das condições e dos serviços fornecidos pelos subsistemas de saúde dos quais beneficiam. Com efeito, foi identificada uma relação forte entre a oferta de instalações mais cómodas e higiénicas, de exames de diagnóstico e terapêutica não acessíveis nos subsistemas de saúde e do facto de a comparticipação por parte do Estado ser reduzida e a decisão para adquirir o seguro de saúde voluntário. Estes resultados mostram que os respondentes percebem uma maior ineficiência das condições e dos serviços proporcionados pelos subsistemas de saúde, concordando com as sugestões dos estudos de Calnam e colegas (1993) e de Costa e Garcia (2001, 2003). A influência da comparticipação do Estado nos cuidados/serviços de saúde sobre a decisão para adquirir o seguro de saúde voluntário não parece ser irrelevante no nosso país, como indutivamente se esperaria.

No contexto do mercado de serviços de saúde, como no mercado em geral, a oferta e a procura estão intimamente relacionadas. Por conseguinte, é pertinente considerar que a oferta de cuidados/serviços de saúde de acesso mais rápido, bem como de serviços e condições mais eficientes por parte das entidades seguradoras procura satisfazer as necessidades da procura. De outro modo, não é compreensível estudar-se apenas as influências das características da oferta do seguro sem se estudar simultaneamente as características da sua procura por parte da população. Partindo das sugestões de estudos realizados sobre os comportamentos de procura de seguros de saúde voluntários citados no enquadramento teórico, incluímos no processo de validação do instrumento de medida a hipótese de as características sócio-demográficas da amostra poderem influenciar esses

comportamentos. Ora, conforme tivemos oportunidade de referir, não foram encontradas relações significativas entre as variáveis sócio-demográficas e os factores determinantes da aquisição do seguro de saúde voluntário tomados no seu conjunto. Apenas foram encontradas correlações significativas entre algumas variáveis internas à escala que mede a variável dependente e algumas variáveis externas. A matriz de correlações resultante do cálculo do coeficiente de correlação não revela qualquer padrão. Os próprios coeficientes de correlação observados são bastante baixos (média = 0,230).

Apesar destas limitações, é possível afirmar que a existência de menores de idade nos agregados familiares influencia a procura de instalações mais cómodas oferecidas ao abrigo dos contratos de seguro. Este dado não contraria necessariamente a menor probabilidade de aquisição de seguros de saúde voluntários por parte de famílias com menores, como é sugerido pelos estudos de Szabó (1997), Emmerson e colegas (2001) e King e Mossialos (2005), uma vez que, como vimos, no capítulo anterior, na grande maioria dos agregados não existem menores (moda = 0). Face à ambivalência observada nos resultados do nosso estudo, não é possível confirmar ou refutar as sugestões dos estudos anteriores.

Observou-se, também, que a probabilidade de investimento em títulos de tesouro influencia a procura de consultas de especialidade e de exames de diagnóstico e terapêutica cujo acesso seja mais rápido. Este resultado não pode ser comparado com os resultados obtidos em outros estudos, já que não encontramos nenhum que tenha estudado esta relação. Por outro lado, o significado desta correlação não é claro, pois seria também de esperar que as restantes modalidades de investimento propostas no questionário estivessem igualmente correlacionadas com o acesso mais rápido a consultas de especialidade e de exames de diagnóstico e terapêutica, o que não acontece. Mesmo neste caso, seria necessário associar exclusivamente a procura deste tipo de acesso à decisão de comprar um seguro de saúde voluntário e ao apetite pelo risco, o que não é claro neste estudo.

A análise correlacional revelou ainda que a percentagem de poupança do agregado familiar influencia a procura de exames de diagnóstico e terapêutica não disponíveis no sistema de saúde do inquirido. Este resultado é concordante com os que foram encontrados nos estudos de Besley e colegas (1999) e de Emmerson e colegas (2001).

A análise revelou ainda que a ocupação dos respondentes influencia a procura do acesso mais rápido a cirurgias. Os estudos realizados no estrangeiro que analisaram a eventualidade da existência de uma relação positiva entre a ocupação e a aquisição do seguro de saúde voluntário não discerniram a diferença entre os seguros incluídos nos termos do contrato de trabalho dos seguros adquiridos exclusivamente por opção do tomador (Propper, 1989; Besley *et al.*, 1999; Emmerson *et al.*, 2001; King e Mossialos, 2005). Como sabemos, o nosso estudo incidiu apenas neste último tipo de segurado. Em Portugal, Guiomar (2010) encontrou um resultado semelhante ao do nosso estudo. A autora concluiu que o facto de os indivíduos estarem empregados influencia positivamente a decisão para a aquisição do seguro de saúde voluntário. No nosso estudo, foi possível identificar as modalidades de emprego dos respondentes que concordaram com a proposição segundo a qual o facto de possuírem seguro de saúde voluntário lhe permite ter acesso mais rápido a cirurgias. De acordo com os dados, os trabalhadores por conta própria e os trabalhadores por conta de outrem revelaram uma atitude de concordância elevada para com a proposição, sugerindo que o seu estatuto ocupacional influencia a decisão de adquirirem o seguro de saúde voluntário.

O mesmo tipo de relação foi encontrada entre a variável entidade de saúde da qual o respondente é beneficiário e a procura do acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica. Também o rendimento dos respondentes influencia a procura de vantagens que minimizem o facto de as participações no sistema de saúde do inquirido serem demasiado reduzidas. Este facto parece indicar que vantagens económicas eventualmente obtidas pela aquisição do seguro de saúde são importantes para a sua compra. Este resultado concorda com os que foram obtidos por Guiomar (2010).

Não se observaram correlações significativas entre o rendimento disponível e o tamanho do agregado familiar que influenciassessem a decisão da aquisição do seguro, como foi sugerido nos estudos de Szabó (1997), Besley e colegas (1999), Emmerson e colegas (2001) e King e Mossialos (2005).

Finalmente, os dados não confirmam que a idade dos respondentes influencie a decisão para adquirirem seguro de saúde voluntário, como sugerem os estudos de Guiomar (2010), Jofre-Bonet, (2000), Emmerson e colegas (2001), Wallis (2004) e King e Mossialos (2005). Do mesmo modo, não foi comprovado que a decisão para a aquisição do seguro seja influenciada pelo género, conforme também sugere o estudo de Guiomar

(2010) e King e Mossialos (2005), nem pelo nível de educação, como sugerem os estudos de Guiomar (2010), Gonzalez, (1995), Szabó (1997), Jofre-Bonet (2000), Emmerson e colegas (2001) e King e Mossialos (2005). Também não foi confirmada relação significativa entre a área de residência e a decisão para a aquisição do seguro, contrariando-se os resultados encontrados por Guiomar (2010), bem como os que foram encontrados no Reino Unido por Laing e Buisson (2003). A relação entre essa aquisição e o tipo de localidade de residência também não foi observada, não corroborando o que havia sido sugerido pelo estudo de Guiomar (2010) e de Jofre-Bonet (2000). O mesmo resultado foi encontrado na avaliação da relação entre a atitude política e a decisão de adquirir seguro de saúde voluntário, contrariando-se as sugestões dos estudos realizados por Besley e colegas (1999) e por Burchardt e colegas (1999).

Os resultados encontrados no nosso estudo podem ser interpretados para se conhecer melhor as motivações que determinam os comportamentos das pessoas no sentido de adquirirem seguros de saúde voluntários. Considerando que não há estudos sobre o problema específico da medição das razões que levam as pessoas a adquirirem um seguro de saúde voluntário em Portugal, o presente trabalho pode contribuir para estimular, em particular, os investigadores das áreas da economia e gestão da saúde no sentido de desenvolverem esforços para aperfeiçoarem instrumentos que permitam identificar e medir um número de factores cada vez mais representativo dos comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários.

A principal vantagem da presente investigação consiste, a nosso ver, no fornecimento de dados empíricos fundamentais para se poder esboçar uma teoria sobre as dimensões preditivas dos comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários na sociedade portuguesa. A identificação dos factores que determinam a compra do seguro constitui o principal reflexo prático do nosso estudo.

Uma outra vantagem consiste na análise comparativa crítica das dimensões que influenciam e determinam a aquisição dos seguros de saúde voluntários. A comparação dos resultados obtidos na sociedade portuguesa com os resultados obtidos nas sociedades de outros países ajuda a identificar, simultaneamente, os factores determinantes da aquisição do seguro voluntário que são comuns às diversas sociedades e os que lhes são específicos. Consideramos este aspecto muito importante, visto que os indivíduos integrados em sociedades que vivem em diferentes países incorporam nos seus

comportamentos motivações e expectativas de origem cultural e política que podem explicar de modo determinante as suas atitudes quando deparados com uma situação concreta de escolha.

Combinando-se as duas vantagens, o nosso trabalho atinge, portanto, um alvo duplo: o de contribuir para o desenvolvimento de uma teoria sobre o problema dos comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários e o de adequar um instrumento de medida desses comportamentos à realidade portuguesa. Ambos estes reflexos práticos da nossa investigação são apoiados no respeito escrupuloso do procedimento metodológico padronizado recomendado pelo Comité Conjunto formado pela AERA, a APA e o NCME, o que julgamos ser uma importante mais-valia.

Apesar das vantagens que reconhecemos ao procedimento percorrido para identificar os factores determinantes da aquisição de seguros de saúde voluntários, há igualmente espaço para reconhecer as limitações do nosso estudo. No nosso entender, a maior limitação verifica-se no procedimento de validação do conteúdo do instrumento de medida. Tivemos oportunidade de observar que as variáveis influenciadoras dos comportamentos de aquisição do seguro, identificadas em estudos realizados em outros países, não foram totalmente adequadas à realidade do nosso país. Caso o fossem, ter-se-iam observado níveis de correlação mais consistentes entre as características sócio-demográficas e as razões para a aquisição do seguro. Este aspecto motiva uma reflexão sobre o procedimento de identificação das variáveis representativas do constructo no contexto da sociedade portuguesa. O melhoramento deste procedimento poderia aumentar o coeficiente de correlação entre as variáveis se tivesse sido realizado um levantamento exaustivo de opiniões individuais sobre a aquisição do seguro de saúde voluntário por quem o possuísse. Tal levantamento implicaria a aplicação de métodos e técnicas qualitativas na fase de pré-teste, conforme é recomendado por diversos autores (Nunnally e Bernstein, 1967; De Vaus, 1985; Cannell *et al.*, 1989; Kvale, 1995; Czaja, 1998; DeMaio *et al.*, 1998; Aldridge e Levine, 2001; Schwarz e Oyserman, 2001; Bradburn *et al.*, 2004; Hughes, 2004; Presser *et al.*, 2004). Além de promoverem a melhoria da representatividade do constructo pela identificação exaustiva de variáveis que poderiam ser incluídas no presente estudo, os métodos e técnicas de diversas naturezas poderiam aumentar igualmente o rigor na identificação dos diversos problemas que pudessem surgir na fase de construção do questionário (Hughes, 2004).

A necessidade de aplicar métodos qualitativos, nomeadamente entrevistas individuais e a organização de grupos de discussão justifica-se pelo simples facto de a realidade social ser dinâmica e as próprias condições sócio-económicas evoluírem, provocando inevitáveis diferenças de opiniões entre os indivíduos e até no mesmo indivíduo em tempos diferentes. Por outras palavras, a realidade é construída e reconstruída pela sociedade, conforme lembra Steinar Kvale (1995), que apela ao reconhecimento do carácter constructivista das metodologias de validação dos instrumentos de medida. A vantagem de uma atitude indutivista na fase inicial da construção dos instrumentos de medida é inegável e permite que estes se radiquem, de facto, na realidade. Este princípio tem um impacto importante nos próprios resultados do processo de validação e determina mesmo as consequências do uso para o qual o teste é proposto, que, lembremo-nos, constitui a última fonte de validação dos instrumentos de medida.

7. CONCLUSÕES

O presente trabalho teve como objectivo geral construir e validar um questionário para identificar os factores que determinam o comportamento das pessoas para adquirirem seguros de saúde voluntários no contexto do sistema de saúde em Portugal.

Para cumprir este objectivo foi seguida a metodologia padrão recomendada pelo Comité Conjunto formado pela AERA, APA, NCME, dividida em cinco fontes de validação. A construção do questionário foi realizada com base nas duas primeiras fontes de validação, em que foi validado o seu conteúdo – através da identificação das variáveis relacionadas com o problema de estudo a partir da pesquisa bibliográfica – e os processos de resposta – através do cálculo do coeficiente alfa. As variáveis foram identificadas a partir da consulta da literatura especializada e a escolha dos seus atributos foi devidamente sustentada em diversos documentos, entre os quais, alguns que funcionam como guiões para a realização de levantamentos estatísticos por parte do INE e do EUROSTAT e outros que determinam critérios de classificação, como é o caso dos diplomas legais que regulam escalões de retenção fiscal. A análise do coeficiente de consistência interna da escala estatística global construída comprovou a sua fiabilidade para medir o constructo. O processo de validação propriamente dita foi realizado com recurso à análise factorial, analisando-se, por esta via, a estrutura interna do teste. O método de análise de componentes principais revelou a existência de duas variáveis latentes, ou factores, que determinam a compra do seguro de saúde voluntário: a rapidez de acesso aos cuidados/serviços de saúde e a diferenciação da oferta por parte dos serviços relacionados ao seguro. Na quarta fase de validação, foram analisadas as relações entre as variáveis independentes e a variável dependente, recorrendo-se, para o efeito, ao cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre as variáveis independentes e os factores extraídos, significando que, na sua globalidade, estes não são influenciados pelas características sócio-demográficas da amostra. Apenas foram encontradas covariâncias entre as variáveis independentes e as variáveis da escala que medem a variável dependente tomadas na sua individualidade. Estas relações concordam com alguns dos resultados obtidos por outros estudos realizados em Portugal e no estrangeiro, em especial, com as

sugestões segundo as quais a aquisição do seguro de saúde voluntário é grandemente influenciada pelas características relacionadas com a oferta do seguro.

Os resultados encontrados contribuem para aumentar o conhecimento sobre os factores que determinam a aquisição de seguros de saúde voluntários em Portugal, podendo ajudar a construir uma base de sustentação para esboçar uma teoria consistente sobre este problema. A dimensão desta contribuição poderá ser aumentada se forem aprofundados e diversificados os métodos para validar o conteúdo do instrumento de medida. A realização de entrevistas qualitativas individuais e a organização de grupos de discussão sobre o tema das razões que levam as pessoas a adquirir um seguro de saúde voluntário poderá melhorar significativamente a representatividade do constructo no futuro.

Este é essencialmente um trabalho que pretende ter o condão de provocar a atenção séria dos investigadores e especialistas do estudo dos comportamentos de aquisição de seguros de saúde voluntários. Estamos certos que o aprofundamento do conhecimento sobre os factores que determinam e/ou influenciam esta aquisição permitirá caminhar no sentido de uma teorização tão urgente como necessária.

8. BIBLIOGRAFIA

- Aday, L. A. (1976). "Consumer behavior in the health marketplace: Emphasis in access to care", in Ian M. Newman (ed.) *Consumer Behavior in the Health Marketplace: A Symposium Proceedings*, Center for Health Education & University of Nebraska-Lincoln, pp. 65-79.
- AERA, APA & NCME (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington: American Educational Research Association.
- Ajzen, I. e Fishbein, M. (1977). "Attitude-Behavior Relations: A theoretical analysis and review of empirical research", *Psychological Bulletin*, 84(5), pp. 888-918.
- Aldridge, A. e Levine, K. (2001). *Surveying the Social World: Principles and practices in survey research*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Alves, N. e Cardoso, F. (2010). "A poupança das famílias em Portugal: Evidência micro e macroeconómica", *Boletim Económico do Banco de Portugal*, Inverno de 2010, pp. 49-70.
- Alwin, D. (1973). "Making Inferences from Attitude-Behavior Correlations", *Sociometry*, 36(2), pp. 253-278.
- Anastasi, A. (1986). "Evolving concepts of test validation", *Annual Review of Psychology*, 37, pp. 1-15.
- Arnould, E. e Thompson, C. (2005). "Consumer Culture Theory (CCT): Twenty Years of Research", *Journal of Consumer Research*, 31, pp. 868-882.
- Autoridade da Concorrência. (2004). Parecer da autoridade da concorrência sobre a compra do sector segurados do BCP pela Caixa Seguros, Processo nº28/2004.
- Barros, P. (2007). The slow and unnoticed changes in the funding mix. *Health Economics*. 16: 437 - 440.
- Barros, P. (2009). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. 2º Edição, Almedina. Coimbra
- Barros, P. e Simões, J. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. 9(5): 1-140.

- Barros, P., Machado, S. e Simões, J. (2011). “Portugal – Health system review”, *Health systems in transition*. 13 (4): 1-156.
- Bearden, W. O. e Woodside, A. G. (1978). “Consumption occasion influence on consumer brand choice”, *Decision Sciences*, 9, pp. 273-284.
- Belk, R. (1975). “Situational variables and consumer behavior”, *Journal of Consumer Research*, 2, pp. 157-164.
- Besley, T., Hall, J. e Preston, I. (1999). The demand for private health insurance: do waiting lists matter?, *Journal of Public Economics*. 72: 155–181.
- Bradburn, N., Wansink, B., e Sudman, S. (2004). Asking questions: the definitive guide to questionnaire design for market research, political polls, and social and health questionnaires. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Brown, W. (1910). “Some experimental results in the correlation of mental abilities”, *British Journal of Psychology*, 3, 296-322.
- Burchardt, T., Hills, J. e Propper, C. (1999). *Private welfare and public policy*. Joseph Rowntree Foundation, York.
- Busse, R. (2001). Expenditure on health care in the EU: making projections for the future based on the past. *European Observatory on Health Care Systems*. 2: 158-161.
- Camerer, C. e Kunreuther, H. (1989). “Experimental Markets for Insurance”, *Journal of Risk and Uncertainty*, 2, pp. 265-300.
- Camerer, C. e Kunreuther, H. (1993). “Making Decisions About Liability and Insurance: Editors' Comments”, *Journal of Risk and Uncertainty*, 7, pp. 5-15.
- Campbell, D. (1960). “Recommendations for APA test standards regarding construct, trait, or discriminant validity”, *American Psychologist*, 15, pp. 546-553.
- Cannell, C., Oksenberg, L., Fowler, F., Kalton, G. e Bischooping, K. (1989). “New Techniques for Pretesting Survey Questions”, *National Center for Health Services Research and Health Care*.
- Cattell, R. (1978). *The Scientific Use of Factor Analysis in Behavioral and Life Sciences*. Nova York: Plenum.

- Chaiklin, H. (2011). “Attitudes, Behavior and Social Practice”, *Journal of Sociology & Social Welfare*, XXXVIII(1), pp. 31-54.
- Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. (2007). Relatório Final. Lisboa: Portugal
- Conrad, P. e Leiter, V. (2004). “Medicalization, Markets and Consumers”, *Journal of Health and Social Behavior*, 45(Extra Issue), pp. 158–176.
- Costa, J. e Garcia J. (2003). Demand for Private Health Insurance: How Important is the Quality Gap?. *Health Economics*. 12(7): 587-599.
- Costa, J. e Garcia, J. (2001). “The Demand for Private Health Insurance: Does the Quality Gap Matter?”, Departament d’Economia i Empresa, Universitat Pompeu Fabra, Working Paper, n 531.
- Cronbach, L. (1947). “Test “reliability”: Its meaning and determination”, *Psichometrika*, 12(1), pp. 151-160.
- Cronbach, L. (1951). “Coefficient alpha and the internal structure of tests”, *Psichometrika*, 16(3), p. 297-334.
- Cronbach, L. e Meehl, P. (1955). “Construct validity in psychological tests”, *Psychological Bulletin*, 52(4), pp. 281-302.
- Czaja, R. (1998). “Questionnaire Pretesting Comes of Age”, *Marketing Bulletin*, 9, pp. 52-66.
- Da Silva, S. (2009). Os seguros de saúde privados no contexto do Sistema de Saúde Português. *Associação Portuguesa de Seguradores*.
- Damásio, B. (2012). “Uso da análise fatorial exploratória em psicologia”, *Avaliação Psicológica*, 11(2), pp. 213-228.
- De Vaus, D. (2002 [1985]). *Surveys in Social Research*. London: Routledge.
- Delloite Touche Tohmatsu Limited. (2011). *Saúde em Análise. Uma visão para o futuro*. Public Sector, Life Sciences & Healthcare. Deloitte Consultores, S.A.
- DeMaio, T., Rothgeb, J., e Hess, J. (1998). “Improving survey quality through pretesting”, *Proceedings of the Survey Research Methods Section*. Alexandria, VA: American Statistical Association.

Despacho n.º 796-B/2013, de 14 de Janeiro. *Diário da República n.º 9 – II série*. Assembleia da República. Lisboa

Dziuban, C. e Shirkey, E. (1974). “When is a correlation matrix appropriate for factor analysis? Some decision rules”, *Psychological Bulletin*, 81(6), pp. 358-361.

Ehrlich, I. e Becker, G. (1972). “Market Insurance, self-insurance, and self-protection”, *The Journal of Political Economy*, 80(4), pp. 623-648.

Eisinga, R., Grotenhuis, M. e Pelzer, B. (2012). “The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach or Spearman?”, *International Journal of Public Health*, pp. 1-13.

Emmerson, C., Frayne, C. e Goodman, A. (2001). “Should private medical insurance be subsidised? *Health Care UK*. 49–65.

Entidade Reguladora da Saúde (2009). *Avaliação do Modelo de Contratação de Prestadores de Cuidados de Saúde pelos subsistemas e seguros de saúde*. Porto: Portugal.

Floyd, F. e Widaman, K. (1995). “Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments”, *Psychological Assessment*, 7(3), pp. 286-299.

Foubister, T., Thomson, S., Mossialos, E. e McGuire, A. (2006). *Private Medical Insurance in the United Kingdom*. The European Observatory on Health Systems and Policies. The Cromwell Press. Great Britain.

Gadermann, A., Guhn, M. e Zumbo, B. (2012). “Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide”, *Practical Assessment Research & Evaluation*, 17(3), pp. 1-13.

Ghiglione, R. e Matalon, B. (2005). *O Inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta.

Giomar, J. (2010). Os seguros de saúde voluntários – O perfil dos utilizadores e determinantes da procura. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

Glasman, L. e Albarracín, D. (2006). “Forming Attitudes That Predict Future Behavior: A Meta-Analysis of the Attitude-Behavior Relation”, *Psychological Bulletin*, 132(5), pp. 778-822.

Gonzalez, Y. (1995). La demanda de seguros sanitarios. *Revista de Economia Aplicada*. 8: 111-142.

- Goodwin, L. e Leech, N. (2003). "The meaning of validity in the New Standards for Educational and Psychological Testing: Implications for measurement courses", *Measurement and Evaluation in Counselin and Development*, 36, pp. 181-191.
- Gorsuch, R. (1974). *Factor Analysis*. Philadelphia, London, Toronto: W. B. Saunders Company.
- Gorsuch, R. (1988). "Exploratory factor analysis", In J. Nesselroade & R. B. Cattell (eds.), *Handbook of multivariate and experimental psychology*, pp. 231-258.
- Gorsuch, R. (1997). "Exploratory Factor Analysis: Its Role in Item Analysis", *Journal of Personality Assessment*, 68(3), pp. 532-560.
- Granovetter, M. e Soong, R. (1986). "Threshold models of interpersonal effects in consumer demand", *Journal of Economic Behavior and Organization*, 7, pp. 83-99.
- Guadagnoli, E. e Velicer, W. (1988). "Relation of Sample Size to the Stability of Component Patterns", *Psychological Bulletin*, 103(2), pp. 265-275.
- Gulliksen, H. (1950). *Theory of Mental Tests*. New York: John Wiley & Sons, London: Chapman and Hall.
- Guttman, L. (1954). "Some necessary conditions for common-factor analysis", *Psychometrika*, 19(2), pp. 149-161.
- Ham, C. (1997). *Health care reform: learning from international experience*. Philadelphia: Open University Press.
- Harmon, C. e Nolan, B. (2001). Health Insurance and Health Services Utilization in Ireland. *Health Economics*. 10: 135-145.
- Heath, C. e Tversky, A. (1991). "Preference and belief: Ambiguity and competence in choice under uncertainty", *Journal of Risk and Uncertainty*, 4, pp. 5-28.
- Holland, R., Verplanken, B. e Van Knippenberg (2002). "On the nature of attitude-behavior relations: the strong guide, the weak follow", *European Journal of Social Psychology*, 32(6), pp. 869-876.
- Hubley, A. e Zumbo, B. (2011). "Validity and the Consequences of Test Interpretation and Use", *Soc Indic Res*, 103, pp. 219-230.

Hughes, K. (2004). “Comparing pretesting methods: Cognitive interviews, respondent debriefing, and behavior coding”, Paper prepared for presentation at the Annual Meeting of the Federal Committee on Statistical Methodology November 17-19, 2003 Arlington, VA.

Instituto de Seguros de Portugal. (2000 – 2011). Estatísticas de Seguros. Disponível em <http://www.isp.pt/NR/exeres/34CBFBFE-40B5-4ECF-AA75-5934E13A57E4.htm>

Instituto de Seguros de Portugal. (2011). Estatísticas de Seguros 2011. Lisboa: Portugal.

Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Portugal.

Instituto Nacional de Estatística. (2000-2010). Contas Nacionais, Conta Satélite da Saúde. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_contas_nacionais&contexto=cs&selTab=tab3&perfil=97154797&INST=116634832

Instituto de Seguros de Portugal. (2003). Relatório anual sobre o sector segurado e fundos de pensões: estudos específicos - o mercado de seguros de doença, pp. 173-181.

Insurance Europe (2010). CEA Statistics N°41: The European Health Insurance Market in 2008. Disponível em <http://www.insuranceeurope.eu/publications/statistics>

Insurance Europe (2013). *Statistics N°46: European Insurance in Figures*. Insurance Europe aisbl. Brussels.

Iriart, C., Franco, T. e Merhy, E. (2011). “The creation of the health consumer: Challenges on health sector regulation after managed care era”, *Globalization and Health*, 7(2), pp. 1-12.

James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York: Henry Holt and Company.

Jofre-Bonet, M. (2000). Public Health Care and Private Insurance Demand: The Waiting Time as a Link. *Health Care Management Science*.3: 51-71.

Kahneman, D. e Tversky, A. (1979). “Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk”, *Econometrica*, 47(2), pp. 263-292.

Kaiser, H. (1960). “The application of electronic computers to factor analysis”, *Educational Psychological Measurement*, 20, pp. 141-151.

- Kim, J. e Mueller, C. (1978). *Introduction to factor analysis: What it is and how to do it*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Kim, M-S. e Hunter, J. (1993). “Attitude-Behavior Relations: A Meta-Analysis of Attitudinal Relevance and Topic”, *Journal of Communication*, 43(1), pp. 101-142.
- King, D. e Mossialos, E. (2005). “The determinants of private medical insurance prevalence in England 1997–2000”, *Health Services Research*. 40(1), pp. 195–212.
- Kline, P. (2002). *An easy guide to factor analysis*. London: Routledge.
- Kuder, G. e Richardson, M. (1937). “The theory of the estimation of test reliability”, *Psichometrika*, 2(2), pp. 151-160.
- Kvale, S. (1995). “The Social Construction of Validity”, *Qualitative Inquiry*, 1(1), pp. 19-40.
- Laing & Buisson (2003). *Private medical insurance: UK market sector report 2003*. London: Laing & Buisson.
- Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. *Diário da República n.º 195 – I série A*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 64-B/2011, de 30 de Dezembro. *Diário da República n.º 250 – I série A*. Assembleia da República. Lisboa
- Likert, R. (1932). “A technique for the measurement of attitudes”, *Archives of Psychology*, 22, pp. 5-55.
- Loomes, G. Orr, S. e Sugden, R. (2009). “Taste uncertainty and status quo effects in consumer choice”, *Journal of Risk Uncertain*, 39, pp. 113–135.
- Lord, F. (1952), “A Theory of test scores”, *Psychometric Monograph*, N.º 7.
- Lowenberg, J. S. (1995). “Health Promotion and the ‘Ideology of Choice’”, *Public Health Nursing*, 12(5), pp. 319-323.
- Maarse, H. (2006). The privatization of healthcare in Europe: a eight-country analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 4(31): 981-1014.
- Malhotra, N. (2004). *Pesquisa de Marketing: Uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.

- Manning, W. e Marquis, M. (1996). Health insurance: the trade-off between risk pooling and moral hazard. *Journal of Health Economics*. 15: 609–639.
- Maroco, J. e Garcia-Marques, T. (2006). “Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas”, *Laboratório de Psicologia*, 4(1), pp. 65-90.
- Marquis, M. e Long, S. (1995). Worker demand for health insurance in the non-group market. *Journal of Health Economics*. 14: 47–63.
- McCracken, G. (1986). “Culture and Consumption: A Theoretical Account of the Structure and Movement of the Cultural Meaning of Consumer Goods”, *Journal of Consumer Research*, 13, pp. 71-84.
- McGuire, W. (1976). “Some Internal psychological factors influencing consumer choice”, *Journal of Consumer Research*, 2, pp. 302-319.
- Messick, S. (1980). “Test validity and the ethics of assessment”, *American Psychologist*, 35, pp. 1012-1027.
- Messick, S. (1988). “Consequences of test interpretation and use: The fusion of validity and values in psychological assessment”, Paper present at the International Congress of Applied Psychology.
- Messick, S. (1989). “Meaning and Values in Test Validation: The Science and Ethics of Assessment”, *Educational Researcher*, 18(5), pp. 5-11.
- Messick, S. (1998). “Test Validity: A Matter of Consequence”, *Social Indicators Research*, 45, pp. 35–44.
- Mick, D., Broniarczyk, S. e Haidt, J. (2004). “Choose, Choose, Choose, Choose, Choose, Choose, Choose: Emerging and Prospective Research on the Deleterious Effects of Living in Consumer Hyperchoice”, *Journal of Business Ethics*, 52, pp. 207–211.
- Millar, M. e Millar, K. (1996). The Effects of Direct and Indirect Experience on Affective and Cognitive Responses and the Attitude–Behavior Relation”, *Journal of Experimental Social Psychology*, 32(6), pp. 561–579.
- Millar, M. e Tesser, A. (1989). “The effects of affective-cognitive consistency and thought on the attitude-behavior relation”, *Journal of Experimental Social Psychology*, 25(2), pp. 189-202.

- Mossialos, E. e Thomson, S. (2002). *Voluntary health insurance in the European Union*. European Observatory on Health Care Systems and London School of Economics and Political Science.
- Mossialos, E. e Thomson, S. (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Mossialos, E. e Thomson, S. (2009). *Private health insurance in the European Union*. London School of Economics and Political Science. Londres.
- Mostyn, B. (1978). “The Attitude Behaviour Relationship”, *Marketing Communications Research Center*, Report 15.
- Murillo, C. e Gonzalez, Y. (1993). “El sector sanitario en España: situación actual y perspectivas de futuro”, *Hacienda Pública Española*. 119, pp. 41–58.
- Natarajan, K. (1996). *European health insurance markets: opportunity or false dawn?* FT Financial Publishing. London
- Netemeyer, R., Bearden, W. e Tel, J. (1992). “Consumer susceptibility to interpersonal influence and attributional sensitivity”, *Psychology & Marketing*, 9(5), pp. 379-394.
- Nunnally, J. e Bernstein, I. (1994 [1967]). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2013). *Health at a glance 2013 – OCDE Indicators*. OECD Publishing. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2004). *Summary on Private health insurance in OECD countries*. OECD Working paper n.15, Paris: França.
- Pasquali, L. (2009). “Psicometria”, *Rev Esc Enferm*, 43(Esp), pp. 992-999.
- Pearson, K. (1892). *The Grammar of Science*. London: Adam and Charles Black.
- Pearson, K. (1905). *Mathematical contributions to the theory of evolution: On the general theory of skew correlation and non-linear regression*. London: Dulau and Company.
- Pereira, J. (2004). *Economia da Saúde: Glossário de termos e conceitos*. Documento de trabalho 1/93. 4ª Edição. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Lisboa

- Peter, J. e Olson, J. (2010 [1987]). *Consumer Behavior & Marketing Strategy*. New York: McGraw-Hill.
- Presser, S., Couper, M., Lessler, J., Martin, E., Martin, J., Rothgeb, J. e Singer, E. (2004). “Methods for testing and evaluating survey questions”, *Public Opinion Quarterly*, 68(1), pp. 109-130.
- Prieto, G. e Delgado, A. (2010). “Reliability and Validity”, *Papeles del Psicólogo*, 31(1), pp. 67-74.
- Propper, C. (1989). “An econometric analysis of the demand for private health insurance in England and Wales”, *Applied Economics*, 21, pp. 777–792.
- Propper, C. (1993). “Constrained choice sets in the UK: demand for private medical insurance”, *Journal of Public Economics*, 51, pp. 287–307.
- Propper, C., Rees, H. e Green, K. (2001). “The demand for private medical insurance in the UK: a cohort analysis”, *The Economic Journal*. 111, pp. 180–200.
- Rasch, G. (1960). *Probabilistic Models for Some Intelligence and Attainment Tests. Studies in Mathematical Psychology I*. Danmarks pædagogiske Institut: Copenhagen.
- Ratneshwar, Mick, D. e Huffman, S. (eds.) (2000). *The Why of Consumption: Contemporary perspectives on consumer motives, goals, and desires*. London and New York: Routledge.
- Reynolds, T. e Olson, J. (eds.) (2001). *Understanding consumer decision-making: The Means-End Approach to Marketing and Advertising Strategy*. Mahwah, New Jersey London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Roemer, M. (1991). *National Health Systems of the World - The Countries*. Vol. 1. New York: Oxford University Press.
- Rohrmann, B. (2005). “Risk Attitude Scales: Concepts, Questionnaires, Utilizations”, Project Report University of Melbourne/Australia. Disponível em: www.rohrmannresearch.net
- Roth, M. e Moorman, C. (1988). “The cultural content of cognition and the cognitive content of culture: Implications for consumer research”, *Advances in Consumer Research*, 15, pp. 403-410.

Schwarz, N. e Oyserman, D. (2001). “Asking Questions about Behavior: Cognition, Communication, and Questionnaire Construction”, *American Journal of Evaluation*, 22(2), pp. 127–160.

Simões, J. (2009). *Retrato Político da Saúde: Dependências do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

Sireci, S. (1998). “The Construct of Content Validity”, *Social Indicators Research*, 45, pp. 83–117.

Smith, R. e Swinyard, W. (1983). “Attitude-Behavior Consistency; The impact of product trial versus advertising”, *Journal of Marketing Research*, XX, pp. 257-267.

Spearman, C. (1904). “The proof and measurement of association between two things”, *The American Journal of Psychology*, 15(1), pp. 72-101.

Spearman, C. (1910). “Correlation calculated from faulty data”, *British Journal of Psychology*, 3, pp. 271-295.

Stevens, S. (1946). “On the Theory of Scales of Measurement”, *Science*, New Series, 103(2684), pp. 677-680.

Szabo, T. (1997). *La demanda de seguros privados y el uso de servicios sanitarios en España*. Edição 9706. Tesina CEMFI. Madrid.

Terman, L. (1916). *The measurement of Intelligence: An explanation of and a complete guide for the use of the Stanford revision and extension of the Binet-Simon Intelligence Scale*. Boston, New York, Chicago: Houghton Mifflin Company.

Thorndike, E. (1904). *An Introduction to the theory of mental and social measurements*. New York: The Science Press.

Thurstone, L. (1928). “Attitudes can be measured. Thurstone”, *American Journal of Sociology*, 33, pp. 529-554.

Thurstone, L. (1931). “The Measurement of Social Attitudes.” *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 27, pp. 249-269.

Thurstone, L. (1947). *Multiple factor analysis: A development and expansion of vectors of the mind*. Chicago: University of Chicago.

- Tversky, A. e Kahneman, D. (1992). “Advances in prospect theory: Cumulative representation of uncertainty”, *Journal of Risk and Uncertainty*, 5, pp. 297-323.
- Umbach, P. (2004). “Web surveys: Best practices”, *New directions for institutional research*, 121, pp. 23-38.
- Urbina, S. (2004). *Essentials of Psychological Testing*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Vieira, H., Castro, A. e Schuch, V. (2010). “O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes”, XIII SEMEAD, Seminários em Administração, Setembro de 2010.
- Wallis, G. (2004). “The demand for private medical insurance”, *Economic Trends*, 606, pp. 46–56.
- Weber, E., Blais, A-R. e Betz, N. (2002). “A Domain-specific risk-attitude scale: Measuring risk perceptions and risk behaviors”, *Journal of Behavioral Decision Making*, 15, pp. 263–290.
- Williams, B., Onsmann, A. e Brown, T. (2010). “Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices”, *Australasian Journal of Paramedicine*, 8(3), pp. 1-13.
- Willis, G., Schechter, S. e Whitaker, K. (1999). “A comparison of cognitive interviewing, expert review, and behavior coding: What do they tell us?”, *Proceedings of the Section on Survey Research methods, American Statistical Association*, pp. 28–37.
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report – Health Systems: Improving Performance*. Geneva: Suíça.
- World Health Organization. (2002). *The role of private sector and privatization in European health systems*. Regional Committee for Europe 52^a session. Copenhaga: Dinamarca.
- Zumbo, B. (2007). “Validity; Foundational issues and statistical methodology”, In C.R. Rao e S. Sinharay (eds.) *Handbook of Statistics*, Vol. 26: Psychometrics, pp. 45-79.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

ANEXO 2 – QUADROS ESTATÍSTICOS

Trabalho de projecto - Evolução dos seguros de saúde voluntários em Portugal

O meu nome é Alberto Guerra e tenho 30 anos.

O presente questionário que agora lhe apresento está a ser realizado no âmbito de um trabalho de projecto inserido no 39º Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH) que frequento na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa (Avenida Padre Cruz, 1600-560 Lisboa; Website: www.ensp.unl.pt).

O objectivo do questionário é validar um teste cuja finalidade é identificar os factores influenciadores da compra de seguros de saúde voluntários em Portugal.

A sua ajuda irá contribuir para um melhor conhecimento do fenómeno em Portugal, com possível impacto nas políticas de saúde definidas.

O questionário é absolutamente confidencial e anónimo e os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para efeitos de tratamento estatístico.

Poderá ser realizado por todos aqueles residentes em Portugal com idade compreendida entre os 18 e os 65 anos, tenham ou não tenham seguro de saúde.

Qualquer dúvida no seu preenchimento deve ser enviada para o e-mail tozequerra@yahoo.com.

Agradeço a divulgação do presente questionário pela sua rede de contactos pessoais, via e-mail, Facebook ou outra rede social, bastando para tal indicar o seguinte endereço:
<https://docs.google.com/forms/d/1v4GJ5YfiZLSINUQQVoTdrQLsoHdINT4dW7UHgBwabac/viewform>

Desde já o meu obrigado pela sua colaboração.

Alberto Guerra

***Obrigatório**

I. Qualidade do Serviço de Saúde

1. Entidade de Saúde da qual é beneficiário *

Por favor repare que um seguro de saúde não é considerado uma Entidade de Saúde
Marcar apenas uma oval.

- Serviço Nacional de Saúde (apenas)
- Subsistema público de saúde (por exemplo, ADSE, SSMJ, ADMA, ADFA, ADME, SAD/PSP, SAD/GNR)
- Subsistema privado de saúde (por exemplo, SAMS, PT)

2. Satisfação em relação ao serviço de saúde do qual é beneficiário **Marcar apenas uma oval por linha.*

	Totalmente insatisfeito	Insatisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Totalmente Satisfeito
Comodidade das instalações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higiene das instalações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade técnica dos profissionais de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpatia dos profissionais de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rapidez no acesso a cirurgias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rapidez no acesso a consultas de especialidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rapidez no acesso a exames de diagnóstico e terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II. Seguro de Saúde**3. Posuo Seguro de Saúde***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não *Passe para a pergunta 6.*

II. Seguro de Saúde**4. O seguro de saúde é pago...**

Se o seguro de saúde é pago por ambos, por favor seleccionar aquele que paga maior parte.

Marcar apenas uma oval.

- Por mim
- Entidade Patronal *Pare de preencher este formulário.*

III. Factores que influenciaram a decisão de compra de seguro de saúde*Passe para a pergunta 6.***5. Razões que levaram à aquisição de seguro de saúde ****Marcar apenas uma oval por linha.*

	Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O seguro permite-me ser assistido por profissionais com qualidade técnica superior àqueles disponibilizados pela minha entidade de saúde

O seguro permite-me ser assistido por profissionais mais simpáticos do que aqueles disponibilizados pela minha entidade de saúde

As instalações de saúde são mais cómodas do que as disponibilizadas pela minha entidade de saúde

As instalações de saúde têm condições mais higiénicas do que as disponibilizadas pela minha entidade de saúde

O acesso a cirurgias é mais rápido do que aquele disponibilizado pela minha entidade de saúde

O acesso às consultas de especialidade é mais rápido do que aquele disponibilizado pela minha entidade de saúde

O acesso a exames de diagnóstico e terapêutica é mais rápido do que disponibilizado pela minha entidade de saúde

Tenho acesso a exames de diagnóstico e terapêutica que não são disponibilizados

pela minha entidade de saúde

As taxas moderadoras dos serviços públicos são demasiado elevadas

As participações da minha entidade de saúde são demasiado baixas

IV. Atitude perante o risco financeiro

Passe para a pergunta 6.

6. Por favor indique a sua tendência para optar pelas seguintes opções *

Marcar apenas uma oval por linha.

Muito
improvável

Improvável

Não tenho a
certeza

Provável

Muito
Provável

Investir 10% do meu rendimento anual num fundo mutualista, ou seja, aceito poder perder uma pequena parte do capital investido, podendo usufruir de um lucro moderado.

Investir 10% do meu rendimento anual em títulos do tesouro, ou seja, não aceito perder parte do capital investido, usufruindo assim de apenas um pequeno lucro;

Investir 5% do meu rendimento anual num fundo fortemente especulativo, ou seja, aceito poder perder uma parte substancial do capital investido, podendo usufruir igualmente de um lucro assinalável.

V. Caracterização Geral

Passe para a pergunta 7.

7. Idade *

Indique a sua idade em anos completos.

.....

8. Género *

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
- Feminino

9. Região onde tem residência habitual *

Marcar apenas uma oval.

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Açores
- Madeira

10. Tipo de localidade onde reside *

Marcar apenas uma oval.

- Cidade
- Vila
- Aldeia ou outra localidade equivalente

11. Nível de escolaridade *

(Por favor seleccionar o nível de escolaridade mais elevado que completou ou ao qual obteve equivalência)

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum
- Nenhum, mas sabe ler e escrever
- Ensino Básico (até ao 9º ano)
- Ensino Secundário (até ao 12º ano)
- Ensino Superior

12. Número de pessoas do agregado familiar *

(Por favor considere que um agregado familiar é um conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e cujas despesas fundamentais ou básicas (alimentação, alojamento) são suportadas conjuntamente, independentemente da existência ou não de laços de parentesco)

.....

13. **Número de pessoas com menos de 18 anos no agregado familiar ***

(Por favor considere que um agregado familiar é um conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e cujas despesas fundamentais ou básicas (alimentação, alojamento) são suportadas conjuntamente, independentemente da existência ou não de laços de parentesco)

14. **Situação ocupacional actual ***

Marcar apenas uma oval.

- Trabalha, por conta própria
- Trabalha, por conta de outrem
- Trabalha, mas sem remuneração
- Desempregado
- Aposentado
- Estudante
- Outra

VI. Rendimento e Poupança

Passe para a pergunta 15.

15. **Rendimento médio mensal líquido do agregado familiar ***

Marcar apenas uma oval.

- Até 585€
- Entre 586€ e 633€
- Entre 634€ e 907€
- Entre 908€ e 1401€
- Entre 1402€ e 2056€
- Entre 2057€ e 3478€
- Entre 3479€ e 6653€
- Entre 6654€ e 25000€
- Superior a 25000€

16. Poupança média mensal actual do seu agregado familiar *

(Referir a percentagem aproximada do rendimento mensal líquido que pode poupar)

Marcar apenas uma oval.

- Até 5%
- Entre 5% e 10%
- Entre 10% e 15%
- Entre 15% e 20%
- Mais de 20%

VII. Preferência política

Passa para a pergunta 17.

17. Preferência política *

Marcar apenas uma oval.

- Extrema Esquerda
- Esquerda
- Centro
- Direita
- Extrema Direita
- Sem preferência política

Com tecnologia

 Google Drive

ANEXO 2

QUADROS ESTATÍSTICOS

1. Valores de alfa na fase de pré-teste antes da exclusão da variável “taxas moderadoras dos serviços público demasiado elevadas”

Estadísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,492	,532	10

Estadísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Correlações entre itens	,102	-,404	,882	1,286	-2,186	,132	10

Estadísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Assistência por profissionais com qualidade técnica superior	29,25	11,643	,132	.	,500
Assistência por profissionais mais simpáticos	29,00	11,714	,148	.	,490
Acesso a instalações mais cómodas	28,50	11,714	,365	.	,422
Acesso a instalações mais higiénicas	28,88	9,268	,710	.	,273
Acesso mais rápido a cirurgias	28,25	13,643	,056	.	,498
Acesso mais rápido a consultas de especialidade	28,13	12,411	,244	.	,456
Acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica	28,25	11,929	,320	.	,435
Acesso a exames de diagnóstico e terapêutica não disponíveis no sistema de saúde do inquirido	28,75	10,500	,411	.	,386
Taxas moderadoras dos serviços públicos demasiado elevadas	28,75	15,643	-,319	.	,629
Comparticipações demasiado reduzidas do sistema de saúde do inquirido	29,13	12,411	,244	.	,456

Estadísticas de escala

Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
31,88	14,125	3,758	10

2. Valores de alfa na fase de pré-teste após exclusão da variável “taxas moderadoras dos serviços público demasiado elevadas”

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,629	,652	9

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Correlações entre itens	,172	-,404	,882	1,286	-2,186	,135	9

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Assistência por profissionais com qualidade técnica superior	26,13	12,696	,181	.	,649
Assistência por profissionais mais simpáticos	25,88	13,554	,099	.	,669
Acesso a instalações mais cómodas	25,38	13,125	,364	.	,591
Acesso a instalações mais higiénicas	25,75	10,500	,714	.	,486
Acesso mais rápido a cirurgias	25,13	14,982	,098	.	,637
Acesso mais rápido a consultas de especialidade	25,00	13,429	,331	.	,599
Acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica	25,13	13,268	,336	.	,597
Acesso a exames de diagnóstico e terapêutica não disponíveis no sistema de saúde do inquirido	25,63	11,411	,485	.	,551
Comparticipações demasiado reduzidas do sistema de saúde do inquirido	26,00	13,429	,331	.	,599

Estatísticas de escala

Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
28,75	15,643	3,955	9

3. Valores de alfa na fase de pré-teste após exclusão das variáveis “assistência por profissionais com qualidade técnica superior” e “assistência por profissionais mais simpáticos”

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,764	,748	7

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Acesso a instalações mais cómodas	19,88	10,982	,138	.	,800
Acesso a instalações mais higiênicas	20,25	7,643	,726	.	,673
Acesso mais rápido a cirurgias	19,63	11,125	,238	.	,774
Acesso mais rápido a consultas de especialidade	19,50	9,143	,601	.	,713
Acesso mais rápido a exames de diagnóstico e terapêutica	19,63	9,125	,564	.	,719
Acesso a exames de diagnóstico e terapêutica não disponíveis no sistema de saúde do inquirido	20,13	7,554	,675	.	,687
Comparticipações demasiado reduzidas do sistema de saúde do inquirido	20,50	9,714	,454	.	,741

Estatísticas de escala

Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
23,25	12,214	3,495	7

4. Correlação entre itens da escala que mede a variável dependente

			13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
Spearman's rho	13.	Correlation Coefficient	1,000	,639**	,420**	,376**	,441**	,276**	,061
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000	,006	,549
	14.	Correlation Coefficient	,639**	1,000	,184	,269**	,356**	,282**	,314**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,070	,007	,000	,005	,002
	15.	Correlation Coefficient	,420**	,184	1,000	,562**	,537**	,292**	-,077
		Sig. (2-tailed)	,000	,070	.	,000	,000	,004	,453
	16.	Correlation Coefficient	,376**	,269**	,562**	1,000	,728**	,151	,196
		Sig. (2-tailed)	,000	,007	,000	.	,000	,138	,053
	17.	Correlation Coefficient	,441**	,356**	,537**	,728**	1,000	,357**	,085
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	.	,000	,405
	18.	Correlation Coefficient	,276**	,282**	,292**	,151	,357**	1,000	,305**
		Sig. (2-tailed)	,006	,005	,004	,138	,000	.	,002
	19.	Correlation Coefficient	,061	,314**	-,077	,196	,085	,305**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,549	,002	,453	,053	,405	,002	.

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

5. Descrição das variáveis independentes

1. Idade

N	Valid	150
	Missing	0
Mean		33,98
Std. Error of Mean		1,047
Mode		29
Std. Deviation		10,361
Variance		107,360
Range		43
Minimum		22
Maximum		65

2. Género

		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	26,5	26,5	26,5
	Feminino	73,5	73,5	100,0
	Total	100,0	100,0	

3. Região onde tem residência habitual

		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Norte	8,2	8,2	8,2
	Centro	11,2	11,2	19,4
	Lisboa e Vale do Tejo	59,2	59,2	78,6
	Alentejo	17,3	17,3	95,9
	Algarve	3,1	3,1	99,0
	Madeira	1,0	1,0	100,0
	Total	100,0	100,0	

4. Tipo de localidade onde reside

		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cidade	79,6	79,6	79,6
	Vila	12,2	12,2	91,8
	Aldeia ou outra localidade equivalente	8,2	8,2	100,0
	Total	100,0	100,0	

5. Nível de escolaridade

		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino básico (até ao 9º ano)	2,0	2,0	2,0
	Ensino secundário (até ao 12º ano)	11,2	11,2	13,3
	Ensino superior	86,7	86,7	100,0
	Total	100,0	100,0	

6. N.º de pessoas do agregado familiar

N	Valid	150
	Missing	0
Mean		2,39
Std. Error of Mean		,118
Mode		2
Std. Deviation		1,172
Variance		1,374
Range		6
Minimum		0
Maximum		6

7. N.º de pessoas com menos de 18 anos no agregado familiar

N	Valid	150
	Missing	0
Mean		,51
Std. Error of Mean		,076
Mode		0
Std. Deviation		,750
Variance		,562
Range		3
Minimum		0
Maximum		3

8. Ocupação principal actual

	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Trabalhador por conta própria	15,3	15,3	15,3
Trabalhador por conta de outrém	74,5	74,5	89,8
Trabalhador sem remuneração	1,0	1,0	90,8
Desempregado	6,1	6,1	96,9
Aposentado	1,0	1,0	98,0
Estudante	1,0	1,0	99,0
Outra	1,0	1,0	100,0
Total	100,0	100,0	

9. Rendimento mensal líquido

	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Entre 586 € e 633 €	3,1	3,1	3,1
Entre 634 € e 907 €	9,2	9,2	12,2
Entre 908 € e 1401 €	24,5	24,5	36,7
Entre 1402 € e 2056 €	39,8	39,8	76,5
Entre 2057 € e 3478 €	14,3	14,3	90,8
Entre 3479 € e 6653 €	3,1	3,1	93,9
Entre 6654 € e 25000 €	4,1	4,1	98,0
Superior a 25000 €	2,0	2,0	100,0
Total	100,0	100,0	

10. Poupança média mensal

		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 5%	35,7	35,7	35,7
	Entre 5% e 10%	26,5	26,5	62,2
	Entre 10% e 15%	17,3	17,3	79,6
	Entre 15% e 20%	11,2	11,2	90,8
	Mais de 20%	9,2	9,2	100,0
	Total	100,0	100,0	

11. Preferência política

		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esquerda	30,6	30,6	30,6
	Centro	6,1	6,1	36,7
	Direita	15,3	15,3	52,0
	Sem preferência política	48,0	48,0	100,0
	Total	100,0	100,0	

12. Entidade de saúde da qual beneficia

		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Serviço Nacional de Saúde	76,5	76,5	76,5
	Subsistema público de saúde	12,2	12,2	88,8
	Subsistema privado de saúde	11,2	11,2	100,0
	Total	100,0	100,0	

20. Investimento de 10% dos rendimentos num fundo mutualista

		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito improvável	13,3	13,3	13,3
	Improvável	27,6	27,6	40,8
	Não tenho a certeza	29,6	29,6	70,4
	Provável	23,5	23,5	93,9
	Muito provável	6,1	6,1	100,0
	Total	100,0	100,0	

21. Investimento de 10% dos rendimentos em títulos do tesouro

		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito improvável	11,2	11,2	11,2
	Improvável	14,3	14,3	25,5
	Não tenho a certeza	30,6	30,6	56,1
	Provável	38,8	38,8	94,9
	Muito provável	5,1	5,1	100,0
	Total	100,0	100,0	

22. Investimento de 5% dos rendimentos num fundo fortemente especulativo

		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito improvável	28,6	28,6	28,6
	Improvável	23,5	23,5	52,0
	Não tenho a certeza	26,5	26,5	78,6
	Provável	18,4	18,4	96,9
	Muito provável	3,1	3,1	100,0
	Total	100,0	100,0	

6. Correlações entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes

Correlations

		13.	14.	15.	1. Idade	2. Género	3. Região onde tem residência habitual	4. Tipo de localidade onde reside	5. Nível de escolaridade	6. N.º de pessoas do agregado familiar	7. N.º de pessoas com menos de 18 anos no agregado familiar	8. Ocupação principal actual	9. Rendimento mensal líquido	10. Poupança média mensal	11. Preferência política	12. Entidade de saúde da qual beneficia
Spearman's r	Correlation Coeffic	1,000	,639*	,420*	,074	-,137	-,061	,110	-,196	,114	,279*	-,163	-,053	-,053	-,015	,055
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,469	,179	,549	,281	,053	,266	,005	,108	,606	,603	,885	,591
14.	Correlation Coeffic	,639*	1,000	,184	,167	-,022	-,021	,085	-,155	,050	,132	-,172	-,087	-,031	,058	,066
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,070	,100	,833	,834	,405	,128	,622	,195	,090	,394	,763	,571	,519
15.	Correlation Coeffic	,420*	,184	1,000	,054	-,020	-,144	,126	-,073	,032	,149	-,233*	,002	-,042	-,123	-,101
	Sig. (2-tailed)	,000	,070	.	,597	,846	,156	,215	,473	,752	,144	,021	,983	,685	,228	,325
1. Idade	Correlation Coeffic	,074	,167	,054	1,000	-,038	,084	-,207*	-,202*	,127	,236*	-,089	,099	-,252*	-,114	,074
	Sig. (2-tailed)	,469	,100	,597	.	,709	,408	,040	,046	,212	,019	,385	,332	,012	,263	,466
2. Género	Correlation Coeffic	-,137	-,022	-,020	-,038	1,000	,001	,198	,041	-,067	-,144	,260*	-,054	-,121	,269*	-,252*
	Sig. (2-tailed)	,179	,833	,846	,709	.	,989	,051	,689	,510	,157	,010	,599	,236	,007	,012
3. Região onde tem residência habitual	Correlation Coeffic	-,061	-,021	-,144	,084	,001	1,000	-,122	-,095	-,054	,062	,037	-,200*	-,100	,112	,156
	Sig. (2-tailed)	,549	,834	,156	,408	,989	.	,231	,351	,595	,542	,717	,049	,326	,274	,124
4. Tipo de localidade onde reside	Correlation Coeffic	,110	,085	,126	-,207*	,198	-,122	1,000	-,166	,045	-,027	-,153	-,197	-,137	,180	-,218*
	Sig. (2-tailed)	,281	,405	,215	,040	,051	,231	.	,102	,662	,789	,134	,051	,179	,076	,031
5. Nível de escolaridade	Correlation Coeffic	-,196	-,155	-,073	-,202*	,041	-,095	-,166	1,000	-,229*	-,043	-,023	,224*	,104	-,080	,092
	Sig. (2-tailed)	,053	,128	,473	,046	,689	,351	,102	.	,023	,671	,824	,027	,308	,433	,367
6. N.º de pessoas do agregado familiar	Correlation Coeffic	,114	,050	,032	,127	-,067	-,054	,045	-,229*	1,000	,681*	-,019	,221*	-,077	,039	-,151
	Sig. (2-tailed)	,266	,622	,752	,212	,510	,595	,662	,023	.	,000	,854	,029	,451	,701	,138
7. N.º de pessoas com menos de 18 anos no agregado familiar	Correlation Coeffic	,279*	,132	,149	,236*	-,144	,062	-,027	-,043	,681*	1,000	-,073	,066	-,265*	,012	-,039
	Sig. (2-tailed)	,005	,195	,144	,019	,157	,542	,789	,671	,000	.	,478	,518	,008	,905	,702
8. Ocupação principal actual	Correlation Coeffic	-,163	-,172	-,233*	-,089	,260*	,037	-,153	-,023	-,019	-,073	1,000	,055	,055	,115	-,022
	Sig. (2-tailed)	,108	,090	,021	,385	,010	,717	,134	,824	,854	,478	.	,591	,588	,262	,833
9. Rendimento mensal líquido	Correlation Coeffic	-,053	-,087	,002	,099	-,054	-,200*	-,197	,224*	,221*	,066	,055	1,000	,322*	-,139	,052
	Sig. (2-tailed)	,606	,394	,983	,332	,599	,049	,051	,027	,029	,518	,591	.	,001	,172	,613
10. Poupança média mensal	Correlation Coeffic	-,053	-,031	-,042	-,252*	-,121	-,100	-,137	,104	-,077	-,265*	,055	,322*	1,000	-,178	,068
	Sig. (2-tailed)	,603	,763	,685	,012	,236	,326	,179	,308	,451	,008	,588	,001	.	,080	,507
11. Preferência política	Correlation Coeffic	-,015	,058	-,123	-,114	,269*	,112	,180	-,080	,039	,012	,115	-,139	-,178	1,000	,016
	Sig. (2-tailed)	,885	,571	,228	,263	,007	,274	,076	,433	,701	,905	,262	,172	,080	.	,879
12. Entidade de saúde da qual beneficia	Correlation Coeffic	,055	,066	-,101	,074	-,252*	,156	-,218*	,092	-,151	-,039	-,022	,052	,068	,016	1,000
	Sig. (2-tailed)	,591	,519	,325	,466	,012	,124	,031	,367	,138	,702	,833	,613	,507	,879	.

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Listwise N = 98

Correlations

		16.	17.	18.	19.	1. Idade	2. Género	3. Região onde tem residência habitual	4. Tipo de localidade onde reside	5. Nível de escolaridade	6. N.º de pessoas do agregado familiar	7. N.º de pessoas com menos de 18 anos no agregado familiar	8. Ocupação principal	9. Rendimento mensal líquido	10. Poupança média mensal	11. Preferência política	12. Entidade de saúde da qual beneficia
Spearman's r	Correlation Coeffici	1,000	,728*	,151	,196	-.007	-.030	-.142	-.104	,137	,032	,138	-.177	-.022	-.025	-.055	-.155
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,138	,053	,948	,770	,162	,308	,177	,752	,176	,081	,831	,809	,592	,128
17.	Correlation Coeffici	,728*	1,000	,357*	,085	-.037	-.013	-.103	-.045	,018	-.008	,064	-.095	,026	,015	-.059	-.205*
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,405	,716	,898	,314	,660	,858	,936	,531	,353	,800	,883	,563	,042
18.	Correlation Coeffici	,151	,357*	1,000	,305*	-.073	,040	-.100	,102	-.148	-.014	-.030	-.139	-.054	,215*	-.023	,078
	Sig. (2-tailed)	,138	,000	.	,002	,477	,697	,326	,320	,147	,889	,773	,171	,597	,034	,821	,447
19.	Correlation Coeffici	,196	,085	,305*	1,000	,035	,088	-.058	-.089	-.043	-.035	,008	,002	-.199*	-.067	,004	-.036
	Sig. (2-tailed)	,053	,405	,002	.	,732	,390	,572	,385	,672	,730	,941	,983	,049	,509	,970	,726
1. Idade	Correlation Coeffici	-.007	-.037	-.073	,035	1,000	-.038	,084	-.207*	-.202*	,127	,236*	-.089	,099	-.252*	-.114	,074
	Sig. (2-tailed)	,948	,716	,477	,732	.	,709	,408	,040	,046	,212	,019	,385	,332	,012	,263	,466
2. Género	Correlation Coeffici	-.030	-.013	,040	,088	-.038	1,000	,001	,198	,041	-.067	-.144	,260*	-.054	-.121	,269*	-.252*
	Sig. (2-tailed)	,770	,898	,697	,390	,709	.	,989	,051	,689	,510	,157	,010	,599	,236	,007	,012
3. Região onde tem residência habitual	Correlation Coeffici	-.142	-.103	-.100	-.058	,084	,001	1,000	-.122	-.095	-.054	,062	,037	-.200*	-.100	,112	,156
	Sig. (2-tailed)	,162	,314	,326	,572	,408	,989	.	,231	,351	,595	,542	,717	,049	,326	,274	,124
4. Tipo de localidade onde reside	Correlation Coeffici	-.104	-.045	,102	-.089	-.207*	,198	-.122	1,000	-.166	,045	-.027	-.153	-.197	-.137	,180	-.218*
	Sig. (2-tailed)	,308	,660	,320	,385	,040	,051	,231	.	,102	,662	,789	,134	,051	,179	,076	,031
5. Nível de escolaridade	Correlation Coeffici	,137	,018	-.148	-.043	-.202*	,041	-.095	-.166	1,000	-.229*	-.043	-.023	,224*	,104	-.080	,092
	Sig. (2-tailed)	,177	,858	,147	,672	,046	,689	,351	,102	.	,023	,671	,824	,027	,308	,433	,367
6. N.º de pessoas do agregado familiar	Correlation Coeffici	,032	-.008	-.014	-.035	,127	-.067	-.054	,045	-.229*	1,000	,681*	-.019	,221*	-.077	,039	-.151
	Sig. (2-tailed)	,752	,936	,889	,730	,212	,510	,595	,662	,023	.	,000	,854	,029	,451	,701	,138
7. N.º de pessoas com menos de 18 anos no agregado familiar	Correlation Coeffici	,138	,064	-.030	,008	,236*	-.144	,062	-.027	-.043	,681*	1,000	-.073	,066	-.265*	,012	-.039
	Sig. (2-tailed)	,176	,531	,773	,941	,019	,157	,542	,789	,671	,000	.	,478	,518	,008	,905	,702
8. Ocupação principal actual	Correlation Coeffici	-.177	-.095	-.139	,002	-.089	,260*	,037	-.153	-.023	-.019	-.073	1,000	,055	,055	,115	-.022
	Sig. (2-tailed)	,081	,353	,171	,983	,385	,010	,717	,134	,824	,854	,478	.	,591	,588	,262	,833
9. Rendimento mensal líquido	Correlation Coeffici	-.022	,026	-.054	-.199*	,099	-.054	-.200*	-.197	,224*	,221*	,066	,055	1,000	,322*	-.139	,052
	Sig. (2-tailed)	,831	,800	,597	,049	,332	,599	,049	,051	,027	,029	,518	,591	.	,001	,172	,613
10. Poupança média mensal	Correlation Coeffici	-.025	,015	,215*	-.067	-.252*	-.121	-.100	-.137	,104	-.077	-.265*	,055	,322*	1,000	-.178	,068
	Sig. (2-tailed)	,809	,883	,034	,509	,012	,236	,326	,179	,308	,451	,008	,588	,001	.	,080	,507
11. Preferência política	Correlation Coeffici	-.055	-.059	-.023	,004	-.114	,269*	,112	,180	-.080	,039	,012	,115	-.139	-.178	1,000	,016
	Sig. (2-tailed)	,592	,563	,821	,970	,263	,007	,274	,076	,433	,701	,905	,262	,172	,080	.	,879
12. Entidade de saúde da qual beneficia	Correlation Coeffici	-.155	-.205*	,078	-.036	,074	-.252*	,156	-.218*	,092	-.151	-.039	-.022	,052	,068	,016	1,000
	Sig. (2-tailed)	,128	,042	,447	,726	,466	,012	,124	,031	,367	,138	,702	,833	,613	,507	,879	.

** .Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* .Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Listwise N = 98