

Agradecimentos

Este trabalho de investigação não teria sido possível sem o contributo e compreensão de várias pessoas.

Desta forma, depois do agradecimento pessoal, apresento o agradecimento público:

Ao Professor Doutor Luís Fé de Pinho, orientador da dissertação, agradeço a disponibilidade, a orientação, a motivação e partilha de conhecimentos.

Ao Professor Doutor José Figueiredo, coorientador da dissertação, agradeço a sua total disponibilidade, a constante orientação, incentivo, as dicas e a preciosa partilha de conhecimentos.

Ao meu marido Beto, agradeço todo o apoio, a paciência, a disponibilidade, os conselhos e todo o amor que me motivaram a terminar esta etapa.

Aos meus filhos Mariana e Gonçalo, por serem uma fonte de inspiração e motivação.

A todos os familiares (pais, irmão, tios, avós, sogros, cunhados, sobrinha e primas), amigos, colegas, professores que me acompanharam e apoiaram para a concretização deste projeto.

Às minhas amigas mães, reais e virtuais, envolvidas neste estudo, pelo incentivo, disponibilidade e participação.

Aos médicos que participaram nas entrevistas pela disponibilidade e apoio.

A todos aqueles que com a sua boa vontade, tornaram este trabalho possível e uma realidade, deixo o meu sentido agradecimento.

Resumo

O setor da saúde apresenta características intrínsecas que o diferenciam das outras áreas de actividade. De entre estas características destaca-se a forte componente de juízos éticos associada à gestão de bens e recursos. A complexidade associada ao setor da saúde faz com que este seja uma área de elevado interesse tornando-o, frequentemente, alvo de vários estudos de mercado.

Se por um lado a evolução tecnológica e diagnóstica da ecografia é uma evidência reconhecida pela classe médica, por outro, o período da gravidez para a mulher e/ou casal envolve escolhas e decisões. Uma vez que este é um mercado muito competitivo, torna-se importante para as empresas que operam no mesmo, conhecer o comportamento do cliente e mais especificamente, os seus critérios de decisão.

Verifica-se então que o papel do agente da oferta, não é passivo, na medida em que este assume um papel relevante como prescriptor e mediador, podendo influenciar o nível de pesquisa sobre a temática.

Conclui-se ainda que existe uma crescente percepção da importância das tecnologias na saúde, estando este conceito percecionado no sentido da ligação intrínseca da tecnologia com a segurança e com a garantia de melhor diagnóstico. No caso específico da ecografia, não se verifica uma relação entre a opinião das pacientes e a aquisição de equipamentos. Este fenómeno é influenciado pelo facto dos médicos não considerarem que faça parte dos interesses das pacientes a componente técnica deste meio complementar de diagnóstico.

Palavras-chave: Ecografia, Ecografia Obstétrica, Grávida, Gravidez, Cuidados de Saúde, Mulher

Abstract

The healthcare sector has intrinsic characteristics that differentiate it from other areas of activity. Among these features there is the strong component of ethical judgments associated with the management of assets and resources. The complexity associated with the health sector makes this an area of great interest making it, often, target of several market studies.

If in one hand, technology and diagnostic development of ultrasound is evidence recognized by the clinical professionals, on the other hand, the pregnancy period is for the woman and/or couple a time that involves choices and decisions. Since this is a very competitive market, it is important for companies operating in the same, to meet customer behavior and more specifically, to know its decision's criteria.

It appears then that the role of the healthcare supplier is not passive, in means that he assumes a role as prescriber and mediator and can influence the level of research on the topic.

For conclusion, it's identified a growing sense of the importance of technology in health, with this concept perceived towards the technology intrinsically related to security and to the guarantee of better diagnosis. In the specific case of ultrasound, there is not a relationship between the views of patients and the purchase of equipment. This occurs influenced by the fact that doctors do not consider that it is a part of their patients interests the technical component of this diagnostic method.

Keywords: Ultrasound, Obstetric Ultrasound, Pregnant, Pregnancy, Healthcare, Women

INDICE

Capítulo 1 – Introdução	1
1.1- Introdução com apresentação geral do tema investigado	1
1.2- Finalidade, justificação da escolha e importância do tema.....	1
1.3- Delimitação precisa do trabalho de investigação.....	3
1.4- Objetivos do trabalho.....	3
1.5- Metodologia e fontes utilizadas (resumo).....	4
1.6- Estrutura do trabalho e resumo do conteúdo de cada capítulo.....	5
Capítulo 2 – Revisão Bibliográfica	7
2.1- Comportamento do consumidor.....	7
2.2- O Processo de Decisão de Compra	11
2.3- Grupos de referência	18
2.4- O comportamento do consumidor na área da saúde	19
2.4-1. Intervenientes e influenciadores nos cuidados de saúde	20
2.4-2. Processo de escolha e avaliação dos cuidados de saúde.....	22
2.5- Visão sobre a Saúde em Portugal	24
2.5-1. Organização do Sistema de Saúde Português.....	25
2.5-2. Sistema Nacional de Saúde vs Sistema Privado.....	25
2.5-3. A saúde em Portugal.....	28
2.5-4. Acesso e satisfação com cuidados de saúde	29
2.6- O papel da tecnologia na saúde.....	32
2.7- Ecografia Obstétrica	35
2.7-1. A gravidez e a ecografia	36
2.7-2. Ecografias trimestrais	38
Capítulo 3 – Metodologias e Fontes	42
3.1- Descrição do desenho da investigação.....	42
3.2- Definição do tipo de estudo	42
3.3- A população	42
3.4- A amostra.....	43
3.5- Instrumento de colheita de dados.....	43

3.5-1. Objectivos do questionário destinado à grávida	44
3.5-2. Objectivos do questionário destinado aos médicos	45
3.6- Pré-teste e desenrolar da recolha de dados	45
Capítulo 4 – Apresentação dos resultados	47
4.1- Apresentação e análise dos resultados.	47
4.1-1. Análise da amostra de mulheres	47
4.1-2. Análise descritiva do comportamento do consumidor (mulheres)	50
4.1-3. Caracterização da amostra de médicos	77
4.1-4. Análise descritiva do comportamento do agente da oferta (médicos).....	78
Capítulo 5 – Conclusões, Recomendações, Limitações e Investigação Futura.....	82
5.1- Conclusões	82
5.1-1. Conclusões relativas ao comportamento do consumidor (mulheres)	82
5.1-2. Conclusões relativas ao comportamento do agente da oferta (médicos).....	83
5.2- Recomendações.	84
5.3- Limitações da investigação e investigações futuras.....	85
Bibliografia.....	87
Anexos.....	91
Anexo 1 – Questionário às mulheres (grávidas).....	91
Anexo 2 – Questionário/Guia da entrevista aos médicos	96
Anexo 3 – Questionário Online	99

INDICE DE FIGURAS

Figura 1- Fatores de Influência no Processo de Decisão de Compra	8
Figura 2 - Adaptação do esquema de Comportamento do Consumidor de Noel	9
Figura 3- Intervenientes na relação paciente-prestador nos serviços de cuidados de saúde (Eiriz & Figueiredo, 2005)	21

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição geográfica da amostra de mulheres.....	48
Gráfico 2- Escalões de Idade.....	49
Gráfico 3 – Grau de escolaridade.....	49
Gráfico 4- Relação da profissão com a área da saúde.....	50
Gráfico 5- Ecografias realizadas durante um período de gravidez.....	51
Gráfico 6- Motivo para a realização de ecografias obstétricas.....	52
Gráfico 7- Realização de ecografias. Sistema público vs sistema privado.	53
Gráfico 8- Distribuição das ecografias realizadas no sector privado.	54
Gráfico 9- Distribuição geográfica da realização de ecografias obstétricas, por distrito.....	55
Gráfico 10- Comparação entre o local de origem e o local de realização das ecografias.	56
Gráfico 11- Motivos para a escolha do local para realização de ecografias	57
Gráfico 12 - Grau de importância para escolha do local para a realização da ecografia.....	58
Gráfico 13- Grau de importância para escolha do local por escolaridade.....	59
Gráfico 14 - Grau de importância para escolha do local por idade.....	60
Gráfico 15 - Grau de importância para escolha do local por relação c/saúde.....	61
Gráfico 16 - Critérios de importância nas ecografias realizadas.....	62
Gráfico 17 - Critérios de importância nas ecografias realizadas por escolaridade.....	63
Gráfico 18 - Grau de importância de critérios nas ecografias realizadas por idade.....	64
Gráfico 19 - Grau de importância nas ecografias realizadas - relação c/saúde.....	66
Gráfico 20 - Grau de satisfação nas ecografias realizadas.....	67
Gráfico 21 - Grau de satisfação nas ecografias realizadas por escolaridade.....	68
Gráfico 22 - Grau de satisfação nas ecografias realizadas por idade.....	69
Gráfico 23 - Grau de satisfação nas ecografias realizadas – relação c/saúde.....	70
Gráfico 24 – Comparativo entre o grau de importância e grau de satisfação para os mesmos critérios de avaliação.....	72
Gráfico 25- Identificação da marca do ecógrafo.....	73
Gráfico 26 – Marcas identificadas.....	73
Gráfico 27- Representação das respostas à questão: “Se tivesse conhecimento de um Hospital/Clinica/Consultório com um ecógrafo com tecnologia mais avançada procuraria fazer a ecografia nesse local?”.....	74
Gráfico 28 - Razões apontadas para a preferência por um local tecnologicamente mais avançado	75
Gráfico 29 – Análise da resposta à questão: “Alguma vez sentiu necessidade de procurar mais informação sobre o que é a ecografia e que tipos de tecnologias existem?”.....	76

Gráfico 30 – Fontes de informação consultadas. 77

Capítulo 1 – Introdução

1.1- Introdução com apresentação geral do tema investigado

Este estudo centra-se numa pesquisa qualitativa e quantitativa que tem por objectivo identificar os factores que influenciam o processo de decisão do serviço associado à realização de ecografias obstétricas. Tem como propósito contribuir para o estudo do comportamento do consumidor, neste caso a mulher grávida que recorre a este serviço. Apresenta uma análise que identifica pontos comuns entre a fundamentação teórica e os dados resultantes dos inquéritos realizados, no que diz respeito aos factores culturais, sociais, pessoais e psicológicos de influência no planeamento e aquisição do mesmo serviço. Neste mesmo estudo, analisa-se também o comportamento e opiniões do agente da oferta que, neste caso, são os prestadores de cuidados de saúde que prestam o serviço de ecografia obstétrica, representados pelos médicos obstetras e médicos radiologistas especializados.

1.2- Finalidade, justificação da escolha e importância do tema

O setor da saúde apresenta características intrínsecas que o diferenciam das outras áreas de actividade. De entre estas características destaca-se a forte componente de juízos éticos associada à gestão de bens e recursos. A complexidade associada ao setor da saúde faz com que seja uma área de elevado interesse que frequentemente se torna alvo de vários estudos de mercado (Jalles, 2008).

O avanço tecnológico ao nível da saúde tem contribuído para aumentar a segurança e confiança. Sendo o setor da saúde, um setor em constante mudança, a componente tecnológica é, por um lado, promotora desta mudança, por outro, tem por obrigação acompanhar essas alterações (Smith, 2010).

A prestação de cuidados de saúde é uma das maiores preocupações da economia ocidental. Este serviço revela-se problemático porque está sujeito a imensas mudanças, tais como:

- _ envelhecimento da população;
- _ redução da mortalidade infantil;
- _ subida do nível médio de conhecimentos do cidadão comum e conseqüente exigência de melhores serviços;
- _ evolução científica associada às novas alternativas e crescente variedade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. (Costa, 2005)

A ecografia está incluída nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica que pode definindo-se como o conjunto de técnicas de diagnóstico que fornecem ao médico imagens, de diversas partes do corpo humano, que apoiam o processo de diagnóstico (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

O processo de introdução de novas tecnologias na área da saúde, devido ao atual desenvolvimento tecnológico, é um processo irreversível que manifesta diferentes características dependendo do setor em questão, ou seja, setor público e privado (Matias, 1995).

A ecografia tem sido alvo de inúmeros avanços tecnológicos e faz parte da atualidade, a introdução destas novas tecnologias. (Matias, 1995). Este estudo tem como objeto de estudo um meio complementar de diagnóstico muito específico, a ecografia obstétrica, que é o exame no qual os ultrassons são utilizados para visualizar e monitorizar o embrião ou feto no útero materno. A realização de ecografias obstétricas faz parte dos cuidados pré-natais obrigatórios pois permitem recolher informação do estado de saúde da mãe e do feto, da progressão da gravidez e do desenvolvimento do bebé.

Se por um lado a evolução tecnológica e diagnóstica da ecografia é uma evidência reconhecida pela classe médica, por outro, o período da gravidez para a mulher e/ou casal envolve escolhas e decisões.

Uma vez que o serviço inerente à realização de ecografias obstétricas é um mercado muito competitivo, torna-se importante para as empresas de tecnologia que operam no mesmo, conhecer o comportamento do cliente e mais especificamente, os seus critérios de decisão.

Pretende-se assim, avaliar dois comportamentos:

- o comportamento do agente da procura, que neste caso é a grávida que recorre ao serviço de ecografia obstétrica;

- o comportamento do agente da oferta que, neste estudo, são os prestadores de cuidados de saúde que prestam o serviço de ecografia obstétrica, representados pelos médicos obstetras e radiologistas especializados.

1.3- Delimitação precisa do trabalho de investigação

Este estudo, tal como explicado anteriormente, divide-se em duas abordagens, como tal, as amostras populacionais para o mesmo são diferentes. A análise principal, qualitativa e quantitativa recai sobre uma amostra da população feminina que para recorrer a este tipo de serviço, ecografia obstétrica, está num dos dois seguintes estados: grávida ou foi mãe há relativamente pouco tempo.

A recolha da opinião dos prestadores do serviço - realização de ecografias obstétricas - foi efetuada mediante entrevista individual junto de um painel de quatro clínicos: três médicos obstetras e um radiologista, todos especializados neste tipo de ecografias.

1.4- Objetivos do trabalho

A análise do comportamento do consumidor é, desde há muito, recorrente alvo de estudo para reconhecidos estudiosos e profissionais de marketing. Para perceber quais os fatores que estão na base das preferências do consumidor, é necessário perceber o que vai na sua mente: as suas necessidades, as suas motivações, conscientes ou inconscientes, e bem como os influenciadores na decisão final.

Assim, face ao já exposto, com esta investigação pretende-se:

- Analisar o comportamento da grávida na escolha do local onde realiza as suas ecografias obstétricas, nomeadamente o grau de interesse e informação, as suas motivações e influências.

- Analisar o comportamento do médico na escolha do equipamento onde executa as ecografias obstétricas, nomeadamente as suas razões, prioridades e influências.
- Correlacionar ou não os fatores e influenciadores nestes dois processos.

1.5- Metodologia e fontes utilizadas (resumo)

Este é um trabalho de natureza empírica sobre os critérios de decisão de escolha na realização da ecografia obstétrica. Este estudo vai ter como alvo uma amostra da população portuguesa de grávidas e mães e outra composta por médicos obstetras e radiologistas especializados em ecografias obstétricas.

A recolha de informação será realizada através de um inquérito estruturado criado no Google Docs aplicado às grávidas e mães. A sua divulgação será feita através das redes sociais, nomeadamente em grupos fechados exclusivos a este setor (Grávidas e Mães). A informação será de natureza qualitativa e quantitativa.

Adicionalmente, serão realizadas entrevistas pessoais a médicos obstetras e radiologistas especializados em ecografias obstétricas a operar no mercado português. Estas entrevistas terão como guião um inquérito estruturado.

Este trabalho utiliza um modelo de comportamento do cliente e de critérios de decisão de escolha, com base em modelos já existentes. Assim, a base teórica para este estudo baseia-se nas teorias de diferentes autores referentes aos fatores que influenciam as escolhas dos consumidores, nomeadamente os factores culturais, sociais e pessoais (Kotler & Keller, 2011). Por outro lado, este estudo vai refletir as opiniões recolhidas no contacto com médicos obstetras e radiologistas especializados em ecografia obstétrica.

A autora deste estudo trabalha há sete anos na empresa Siemens, no setor Healthcare, na divisão de ecografia. Tendo como principais responsabilidades a divulgação, demonstração e comercialização de equipamentos médicos, especificamente, ecógrafos, em clínicas e hospitais de Portugal, a autora adquiriu conhecimentos clínicos e técnicos associados à realização de ecografias obstétricas. Desta forma, o reconhecimento prévio dos intervenientes, processos e outras particularidades do meio complementar de diagnóstico, revelou-se um precioso contributo para a realização deste estudo

1.6- Estrutura do trabalho e resumo do conteúdo de cada capítulo

Este trabalho de investigação está organizado em cinco capítulos e três anexos, nos quais se encontram os questionários realizados.

No primeiro capítulo – Introdução - é feita a apresentação geral do tema investigado, são descritas a finalidade, a justificação da escolha e a importância do tema. Neste primeiro capítulo delimita-se de forma precisa, o trabalho de investigação, com os objectivos, metodologias e fontes utilizadas, assim como a estrutura escolhida.

No segundo capítulo - Revisão Bibliográfica - é apresentada uma fundamentação teórica, fazendo uma abordagem aos temas que justificam e enquadram o interesse e a relevância do estudo, permitindo a sua melhor compreensão. São apresentadas as abordagens já descritas na literatura sobre o comportamento do consumidor, o processo de decisão de compra, o que são grupos de referência e como é analisado o comportamento do consumidor na área da saúde (intervenientes e influenciadores; processo de escolha e avaliação dos cuidados de saúde). Neste capítulo é feito um resumo da visão sobre a saúde em Portugal, nomeadamente, no que diz respeito à organização do sistema nacional de saúde, comparando –o com o sistema privado de saúde. São analisados os diferentes níveis de acesso e graus de satisfação com os cuidados de saúde. Numa das secções é discutido ainda o papel da tecnologia na saúde e são explicados os conceitos práticos desta investigação, com a apresentação do que são ecografias obstétricas, quando e porque motivos são realizadas.

No terceiro capítulo – Metodologias e Fontes - é feita a descrição do desenho da investigação com a definição do tipo de estudo, da população e da amostra considerada para a investigação. São ainda apresentados os instrumentos de colheita de dados, o desenrolar da metodologia aplicada e a definição clara dos objectivos dos questionários por destinatário.

No quarto capítulo – Apresentação dos Resultados - é feita uma apresentação e análise sumárias dos resultados obtidos: primeiramente, através da análise da amostra de mulheres (grávidas ou que estiveram grávidas) e da análise descritiva do seu comportamento como consumidoras do serviço de ecografia obstétrica; seguidamente, por

meio da caracterização da amostra de médicos selecionados e da análise descritiva do comportamento destes, como agentes da oferta do mesmo serviço.

No quinto capítulo – Conclusões, Recomendações, Limitações e Investigação Futura - são apresentadas as principais conclusões deste estudo, assim como as recomendações e limitações que permitem finalizar esta dissertação com sugestões de linhas de investigação futuras inerentes ao tema aqui desenvolvido.

Capítulo 2 – Revisão Bibliográfica

2.1- Comportamento do consumidor

De acordo com Richers, o comportamento do consumidor caracteriza-se pelas atividades mentais e emocionais realizadas na seleção, compra e uso de produtos/ serviços para a satisfação de necessidades e desejos (Richers, 1984).

Segundo o autor Solomon, o estudo do comportamento do consumidor é o estudo de todos os processos envolvidos quando os indivíduos ou grupos seleccionam, compram, usam ou dispõem de produtos, serviços, ideias ou experiências com o objetivo de satisfazer as suas necessidades (Solomon, 2008).

As pesquisas iniciais sobre este assunto basearam-se em conceitos económicos onde o indivíduo compra, de forma racional, para maximizar os seus benefícios. Pesquisas posteriores concluíram que os consumidores podem comprar impulsivamente e podem ser influenciados pela família e amigos, bem como pela publicidade, modelos de papéis, estado de espírito, situação e emoção. Todos estes fatores são combinados para formar um modelo de estudo do comportamento do consumidor que reflete aspetos cognitivos e emocionais na decisão de compra do consumidor (Schiffman & Kanuk, 2000).

Estudar o comportamento do consumidor permite perceber o porquê dos indivíduos tomarem determinadas decisões, identificando variáveis internas e externas que influenciam e contribuem para a decisão. Desta forma, tal contribui de forma positiva para o planeamento e a elaboração de estratégias de marketing coerentes com as necessidades dos consumidores-alvo (Solomon, 2002).

Para Kotler, uma vez que o propósito do marketing se centra em atender e satisfazer as necessidades e os desejos dos consumidores, torna-se fundamental conhecer o seu comportamento de compra (Kotler & Keller, 2011).

Engel et al. definem comportamento do consumidor como “as atividades diretamente envolvidas em obter, consumir e dispor de produtos e serviços, incluindo os processos decisórios que antecedem e sucedem estas ações. O consumidor é soberano e

tem capacidade total para filtrar todas as tentativas de influências, com o resultado de que tudo o que é feito pela empresa deve ser adaptado ao comportamento do consumidor”. (Blackwell, Engel, & Miniard, 2005)

Para Engel et al., as variáveis que influenciam o processo de decisão de compra encontram-se divididas entre as influências ambientais, as diferenças individuais e os factores pessoais. Solomon e Schiffman compreendem que o indivíduo, como consumidor, sofre influências psicológicas, pessoais, sociais e culturais. (Solomon, 2008) (Schiffman L. G., 2000) Conclui-se que são vários os fatores internos e externos que influenciam o processo de tomada de decisão de compra dos consumidores.

O consumidor é influenciado por fatores culturais, sociais, individuais e psicológicos tal como apresentado na figura 1. O consumidor também é estimulado pelo ambiente externo que aglomera fatores económicos, tecnológicos e culturais. Mas, para além dos estímulos do ambiente externo, o consumidor é influenciado pelos quatro pontos fundamentais de Marketing: 1- produto, por meio do seu conjunto de atributos e vantagens procuradas; 2- preço, que representa o custo de aquisição e utilidade; 3- distribuição, como disponibilidade no tempo e no espaço; 4- publicidade e promoção, com informação e persuasão como fator determinante à aquisição. Em seguida passa por um processo de decisão que leva à escolha do produto, da marca, do revendedor, do momento da compra e da quantidade comprada (Kotler, 1998).

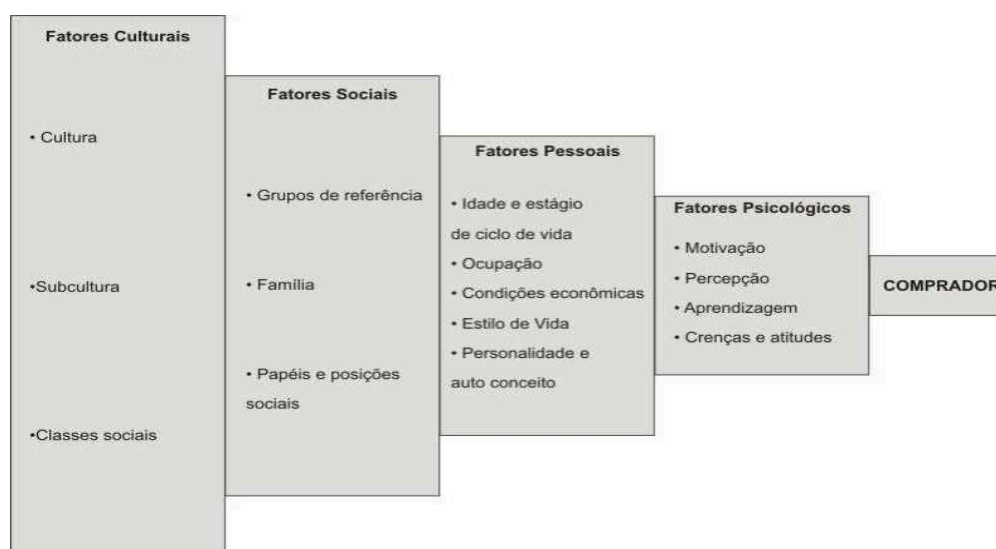
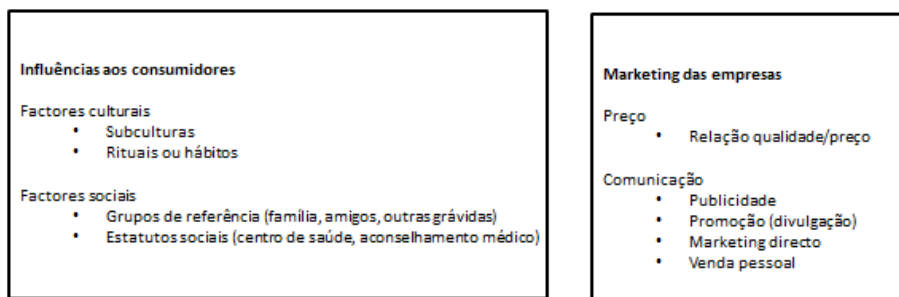


Figura 1- Fatores de Influência no Processo de Decisão de Compra

Fonte: Kotler (1998, p.163)

Influências externas



Influências internas

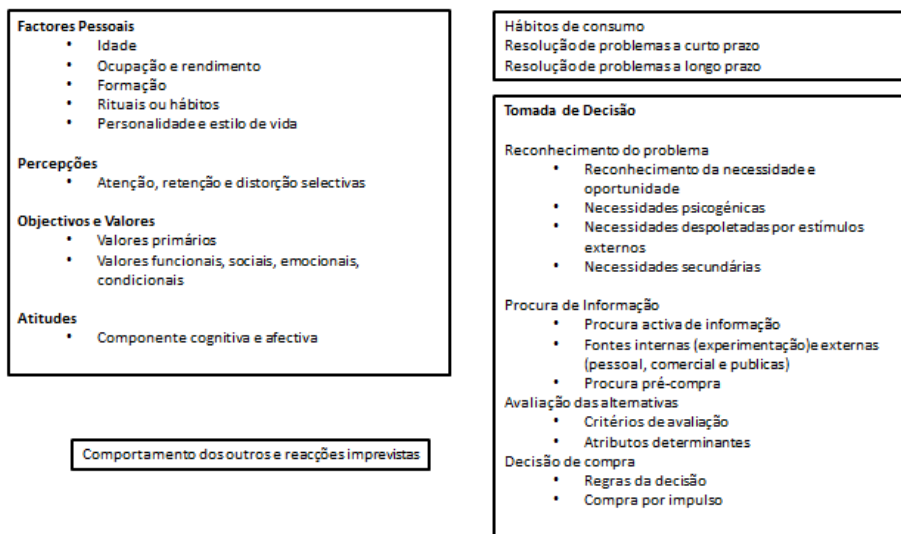


Figura 2 - Adaptação do esquema de Comportamento do Consumidor de Noel

Podemos então verificar segundo o esquema de comportamento do consumidor apresentado na figura 2, que o comportamento do consumidor é afetado tanto por influências externas como por processos internos. As influências externas incluem factores culturais e sociais, assim como os esforços de marketing feitos pelas empresas quer ao nível do preço quer ao nível da comunicação. As necessidades e os comportamentos do ser humano são fortemente moldados pelos grupos e forças sociais, uma vez que as pessoas definem aquilo que desejam com base na sua cultura, subcultura, classes sociais e grupos de referência. A socialização faz com que o individuo seja influenciado pelos pequenos grupos com os quais interage. Poderão ser grupos primários (como a família, amigos, vizinhos ou colegas de trabalho) ou grupos secundários (como as associações). Os grupos que interagem e influenciam as atitudes e o comportamento de um individuo são denominados grupos de referência (Noel H. , 2009).

Os processos internos têm também grande impacto nas escolhas dos consumidores. Estes processos são despoletados internamente e incluem factores pessoais (por exemplo a idade, a ocupação e a formação), percepções, valores e objetivos, assim como, atitudes que o consumidor toma perante determinadas situações. As influências internas acompanham todo o processo de decisão do consumidor (nos 4 estádios: reconhecimento do problema; procura de informação, avaliação das alternativas, tomada de decisão) e têm impacto nas diferentes decisões tomadas ao longo do processo. O comportamento dos outros e factores não antecipáveis podem também influenciar a decisão do consumidor. (Kotler & Keller, 2011)

No interior das principais dimensões demográficas (idade, género, classe social, rendimento, etc.), consumidores de grupos diferentes têm necessidades e desejos, também, muito diferentes. Apesar de pessoas da mesma faixa etária diferirem em determinados aspetos, elas tendem a partilhar um conjunto de experiências culturais e valores comuns que mantêm ao longo da vida. Já no que se refere à classe social e ao rendimento, estes abrangem grupos de pessoas aproximadamente iguais em termos de rendimentos e posição social na comunidade. Como tal, tendem a ter gostos parecidos para a música, arte, vestuário, entre outros. Também tendem a socializar uns com os outros e partilham inúmeras ideias e valores em relação à forma de viver a vida (Solomon, 2002).

Assim, o comportamento do consumidor é algo muito complexo afetado por factores externos e internos e que nem sempre segue o mesmo padrão exato, variando consoante o consumidor e a situação em questão. (Kotler & Keller, 2011) Os indivíduos podem desempenhar um ou vários papéis no processo de decisão de compra:

Iniciador: pessoa que apresenta a ideia de comprar um produto ou serviço.

Influenciador: pessoa cuja opinião influencia tanto a busca de informação e alternativas como os critérios de avaliação e a decisão final.

Decisor: pessoa que determina a compra e por norma como, onde, em que quantidade, marca, preço, etc.

Comprador: pessoa que executa a compra.

Utilizador: pessoa que consome ou usa o produto ou serviço.

A tomada de decisão do consumidor no ato da compra varia consoante o tipo de decisão de compra.

Revela-se assim a importância de analisar o processo de decisão pelo qual o consumidor passa, desde aquilo que o impulsiona à compra de determinado produto ou serviço, até ao comportamento pós-compra, etapa que o pode transformar fiel ou não relativamente a determinado produto ou serviço ao longo do tempo.

2.2- O Processo de Decisão de Compra

O processo de decisão de compra, bem como o comportamento do consumidor tornaram-se foco de investigações desde há vários anos.

Para Batra o comportamento do consumidor é o processo mental e emocional sendo um comportamento observável durante a escolha, a compra e a pós-compra de um produto ou serviço. (Batra, 2004) Segundo Engel et al, o comportamento do consumidor é a ação e o processo de decisão dos indivíduos que compram bens e serviços para consumo pessoal (Blackwell, Engel, & Miniard, 2005).

Tendo em conta que a essência do marketing se centra em acolher e satisfazer as necessidades e os desejos dos consumidores, é crucial conhecer e acompanhar o comportamento de compra destes (Kotler & Keller, 2011). Conhecer na perfeição o que os consumidores querem e a maneira como eles tomam as decisões sobre a compra e a utilização dos produtos é fundamental para as empresas que querem ter sucesso no mercado (Sheth, Mittal, & Newman, 2001).

Todos os dias, cada um de nós toma decisões nas mais diversas áreas das nossas vidas. Todavia, a maioria dessas decisões são tomadas sem pensarmos sequer em como as tomámos. De uma maneira geral, a decisão é uma seleção de uma opção entre duas ou mais escolhas de alternativas que são compostas por informações, dados, factos e crenças. Estes dados por si só não constituem informação útil a não ser que tenham sido analisados e processados (Schiffman, 2000). Por outro lado, se o consumidor não tem alternativas e é obrigado a atuar de um determinado modo, então essa única “não escolha”, chamada de *Hobson's choice*, não constitui uma decisão. Na realidade, atualmente, esses são casos raros, visto que na maioria dos países industrializados a liberdade é, geralmente, demonstrada através de uma vasta gama de escolha de produtos (Schiffman, Hansen, & Kanuk, 2008).

O autor Baker diz que uma boa tomada de decisão abarca uma série de passos que impõem a entrada de informações nos diferentes estágios do processo (Baker, 2002). A

tomada de decisão do consumidor pode ser considerada como o padrão de comportamento deste para a aquisição de produtos que satisfaçam as necessidades, ideias ou serviços (Du Plessis, Rousseau, & Blem, 1991).

De constatar é o facto de que nem todas as situações de tomada de decisão exigem o mesmo grau de pesquisa de informação. A distinção pode ser feita através de três níveis específicos na tomada de decisão, nomeadamente, a solução de problemas extensiva, a solução de problemas limitada e a resposta comportamental rotineira (Schiffman, Kanuk, & Hansen, 2008).

- **Solução de problemas extensiva:** acontece quando os consumidores não têm critérios estabelecidos para a avaliação de uma categoria de produto ou marca específica, ou quando este não limitou o número de marcas a serem consideradas. Neste nível, o consumidor precisa de muitas informações para estabelecer um conjunto de critérios para apreciar marcas específicas e uma grande quantidade de informação a respeito de cada marca a ser avaliada.
- **Solução de problemas limitada:** neste nível, os consumidores já estabeleceram critérios essenciais para avaliar uma categoria de produtos e as várias marcas nessa mesma categoria. Mas, a preferência ainda não foi estabelecida no que respeita a um determinado grupo de marcas. Neste caso, a procura de informação é uma necessidade de melhoramento, uma exigência, caso se queira diferenciar uma marca de outra.
- **Resposta comportamental rotineira:** neste nível, os consumidores já possuem experiência com a categoria de produtos e já estabeleceram um conjunto de critérios para avaliar as marcas que estão a considerar. Em certas situações é necessário realizar uma pequena pesquisa de informação, noutras situações apenas rever o que já sabem.

Conclui-se que analisar o processo de decisão do consumidor é determinante para perceber o comportamento do mesmo. Assim sendo, as cinco fases do processo de decisão são:

1- Reconhecimento da necessidade

O reconhecimento da necessidade é crucial e é o primeiro patamar do processo de decisão, uma vez que se a necessidade não é reconhecida o consumo e a compra não se

efetuem. O reconhecimento da necessidade pode ser “ativado” por mudanças no estado atual do consumidor, tais como mudanças de humor, alterações económicas ou já ser desejado por este mas, até então, ainda não ter sido percebida como necessidade.

Quando o consumidor se apercebe da existência de uma carência, acontece o reconhecimento da necessidade. Alguns consumidores percebem que têm de facto uma carência, quando o produto falha em relação ao desempenho esperado, outros consumidores são influenciados pelo desejo que faz disparar o processo de decisão (Schiffman, Kanuk, & Hansen, 2008).

Kotler relata que o processo de compra começa quando o consumidor reconhece uma carência ou uma necessidade, que pode ser despertada por estímulos internos ou externos. No caso de ser provocada por estímulos internos, como a fome ou a sede, a necessidade sobe para o nível de consciência da pessoa e torna-se um impulso. Por outro lado, no caso de ser provocada por estímulos externos, essas necessidades podem ser moldadas ou mesmo criadas (Kotler & Keller, 2011).

2- Recolha de informação

A recolha de informação é a segunda etapa do processo de decisão e inicia-se quando o consumidor percebe a existência da necessidade e que esta pode ser satisfeita com a compra ou consumo de um produto ou serviço.

A recolha de informação pode ser organizada como interna ou externa. Esta é encarada como interna quando o consumidor recolhe informações através das recordações que conserva do produto e é, igualmente, motivada pelo conhecimento que o consumidor tem e pela habilidade que tem de recolher informações importantes a respeito deste (Engel, Blackwell, & Miniard, 2000). A memória de experiências passadas pode facultar ao consumidor a informação adequada para que a escolha seja feita. Por outro lado, se o consumidor não teve experiência ou contacto com o produto é necessária a recolha de informação externa. Esta é a que também sucede quando a recolha de dados interna não é satisfatória para cobrir as necessidades do consumidor devendo este responsabilizar-se por pesquisar o ambiente externo à procura de informações úteis que possam ser a base da escolha. A recolha externa abrange maior ou menor interação pessoal por parte do consumidor, por exemplo através do “*word of mouth*” ou através de estratégias de comunicação de massa (Holbrook, 1982).

Quando deteta uma necessidade relacionada com o consumo, regra geral, o consumidor procura informação nas suas recordações ou fontes internas, antes de partir para as fontes externas de informação. Quanto mais importante tiver sido a experiência, que é considerada informação interna, menos informação externa o consumidor irá precisar para chegar a uma conclusão. Inúmeras decisões do consumidor são baseadas numa combinação de experiências passadas (recursos internos), informação de marketing e informação não comercial (recursos externos). O grau do risco percebido pode, também, influenciar esta etapa do processo de decisão, visto que em situações de alto risco os consumidores tendem a esforçar-se mais numa pesquisa complexa e extensiva na procura de informação e avaliação. Numa situação de baixo risco os consumidores tendem a utilizar táticas simples e pouca pesquisa (Schiffman, Kanuk, & Hansen, 2008).

Kotler diz que existem dois níveis diferentes de interesse. Um onde o consumidor não procura a informação sobre o produto e outro onde este a procura ativamente. As principais fontes de informação a que o consumidor recorre dividem-se em quatro grupos:

- **Fontes pessoais** (família, amigos, vizinhos e conhecidos)
- **Fontes comerciais** (publicidade, vendedores, representantes, embalagens, catálogos)
- **Fontes públicas** (meios de comunicação de massa, organizações de classificação de consumo)
- **Fontes experimentais** (lidar, examinar, usar o produto)

A interferência destas fontes de informação altera-se de categoria para categoria de produto e de acordo com as características do comprador. A maioria das informações alusivas a produtos provém de fontes comerciais que exercem uma função informativa. Porém, as informações mais relevantes surgem de fontes pessoais que desempenham a função de avaliação ou legitimação (Kotler & Keller, 2011).

O empenho para procurar informações externas é maior para os consumidores que têm menor quantidade de conhecimento a respeito de uma categoria de produto. Também é importante frisar que a internet tem um grande impacto na pesquisa de informação, uma vez que os consumidores podem pesquisar *online* as informações que necessitam acerca de produtos e serviços que estão a ser equacionados (Schiffman & Kanuk, 1991).

3- Avaliação das alternativas

A avaliação de alternativas é a terceira etapa do processo de decisão de compra. É neste patamar que as alternativas são avaliadas e selecionadas para satisfazer as necessidades do consumidor. O preço, a marca e o país de origem são alguns dos importantes critérios frequentemente nomeados pelos compradores, visto serem fatores relevantes de escolha usados na avaliação de alternativas. Os critérios diferem no que respeita ao grau de importância, sendo que certas dimensões têm um impacto maior do que outras (Blackwell, Engel, & Miniard, 2005). Quando faltam informações externas ou o conhecimento sobre a categoria do produto é baixo, o preço pode ser utilizado como indicador da qualidade do produto (Gerstner, 1985). O país de origem é, também, um critério bastante importante (Ahmed, Johnson, Ling, Fang, & Hui, 2002). Embora o preço, a marca e o país de origem sejam critérios de avaliação populares, os consumidores podem diversificar os critérios de avaliação nas diferentes categorias de produto. Fatores situacionais, comparabilidade, motivações e envolvimento do consumidor são outros fatores que podem influenciar o processo de avaliação.

Quando determinam potenciais alternativas, os consumidores inclinam-se a usar dois tipos de informação, nomeadamente uma lista de marcas ou modelos entre os quais perspetivam fazer a seleção (conjunto a ser evocado) e o critério usado para a avaliação de cada marca ou modelo.

De acordo com Schiffman et al. no âmbito da tomada de decisão de um consumidor, o conjunto evocado (*evoked set*), é o que diz respeito a marcas e modelos que o consumidor considera comprar dentro de uma categoria particular de produtos, isto é, marcas ou modelos que são familiares ao consumidor, das quais se recorda e que considera aceitáveis. O consumidor também tem um conjunto inepto (*inept set*), que se refere a marcas e modelos que elimina da sua lista de apreciação, porque os considera inaceitáveis ou percebidos como inferiores. Já marcas ou modelos relativamente aos quais o consumidor mostra uma postura indiferente são chamados de conjunto neutro (*inert set*). De qualquer forma, o conjunto a ser examinado tem a tendência a ser pequeno, podendo ir de três a cinco marcas ou modelos e tende a ter um número maior consoante a experiência do consumidor com essa categoria. (Schiffman, Hansen, & Kanuk, 2008)

Os consumidores podem não diminuir repentinamente o número de escolhas possíveis no conjunto a ser considerado, em vez disso, eles podem tomar várias decisões dentro de um único processo de decisão. Esse processo em ondas é chamado *screening process* e é

utilizado para eliminar alternativas que não se adequam, antes de recolher mais informações ou equiparar as opções, ajudando assim a reduzir a complexidade para um nível mais fácil de controlo (Schiffman L. G., 2000).

Kotler diz que os critérios que os consumidores utilizam para avaliar as alternativas de produtos que formam o seu conjunto de consideração são, por norma, expressos por meio de atributos. De ressaltar que, para os consumidores, cada produto desempenha um conjunto de atributos com capacidades múltiplas de conceder benefícios para satisfazer as necessidades. Os consumidores vão variando de acordo com os atributos que veem como os mais relevantes e a importância que associam a cada atributo, que altera de produto para produto. Eles dão preferência aos atributos que fornecem os benefícios procurados. O consumidor avalia as alternativas relacionadas com as inúmeras marcas através de um procedimento de avaliação de atributos.

No que respeita à marca, existem três fatores que cooperam para a sua credibilidade nomeadamente: a qualidade percebida da marca, o risco percebido associado à marca e o custo de informação poupado com a marca (devido ao tempo e esforço utilizados ao ter que procurar marcas diferentes). Contudo, geralmente, a integridade da marca tem ainda maior importância do que o nível de capacidade da mesma (Kotler & Keller, 2011).

4- Compra

A quarta etapa no processo de decisão é a compra. (Blackwell, Engel, & Miniard, 2005) consideram que existem três categorias de decisão de compra, sendo elas:

- **Compra totalmente planeada:** quando produtos e marcas são eleitos antes de ir à loja.
- **Compra parcialmente planeada:** quando existe a intenção de comprar o produto, mas a escolha da marca só é feita no momento da compra.
- **Compra por impulso:** quando não existe uma intenção planeada de comprar o produto. A escolha deste e da marca são decididos, apenas, no local onde é tomada a decisão.

Para além destas três categorias de compra existem fatores situacionais, como a promoção, o tempo e a atmosfera da loja que desempenham um papel crucial no ato da compra.

Já segundo Kotler existem dois fatores que podem intervir no que é a intenção de compra e a decisão de compra. O primeiro fator refere-se à atitude dos outros, que pode atuar como redutor da preferência de uma pessoa. Por exemplo, se a intensidade da atitude negativa da outra pessoa em relação à alternativa preferida pelo consumidor for alta, poderá dar-se uma diminuição da intenção de compra. O mesmo acontece quando o consumidor é altamente influenciado a aceitar os desejos da outra pessoa. Ao contrário, se alguém que o consumidor respeita apoia fortemente a marca, a consequência será o aumento da intenção de compra. O segundo fator diz respeito a situações inesperadas que podem aparecer e mudar a intenção de compra. Daí, poder-se deduzir que as preferências de um consumidor ou as intenções de compra não são indicadores de total confiança do comportamento de compra.

Kotler frisa que a transformação, adiamento e rejeição da decisão de um consumidor referente a uma compra é muito influenciada pelo risco percebido, sendo que este varia de acordo com o montante de dinheiro envolvido, com o nível de incerteza quanto aos atributos e o nível de confiança de quem compra.

5- Avaliação Pós-compra

A última etapa do processo de decisão é o resultado da compra, isto é, a avaliação pós-compra do consumidor a respeito da mesma. Esta serve para incutir decisões futuras relacionadas com o produto, especialmente nas etapas de reconhecimento da necessidade e recolha de informações.

Os consumidores fazem dois tipos de compras: de experimentação ou repetida (Schiffman, Hansen, & Kanuk, 2008). Se um consumidor compra determinado produto ou marca pela primeira vez e compra uma quantidade menor que a habitual, esta compra tem carácter de experiência. Logo, esta é a fase exploratória do comportamento de compra, onde o consumidor tenta avaliá-lo através do uso direto. Porém, experimentar muitas vezes não é possível, como é o caso da maioria dos bens de longa duração, onde o consumidor vai da fase de avaliação para o compromisso de longo termo. Quando o consumidor utiliza um produto, sobretudo durante a compra experimental, avalia o desempenho deste mediante as próprias expectativas.

A satisfação do cliente é fruto da proximidade entre a expectativa do comprador e o desempenho percebido do produto. Se o desempenho conseguir atingir as expectativas, o consumidor ficará satisfeito e se as ultrapassar este ficará fascinado. Caso aconteça o

contrário, isto é, se o desempenho não satisfaz totalmente as expectativas, o cliente irá ficar insatisfeito. É isto que define, na maioria das vezes, se o cliente voltará a comprar ou não o produto e se ele falará favorável ou desfavoravelmente sobre o mesmo (Kotler & Keller, 2011).

As compras repetidas designam que o produto ou a marca vai de encontro à aprovação do consumidor e que este tem intenção de o usar outra vez, em maior escala. Deve ter-se em atenção que o comportamento de repetição de compra se relaciona com o conceito de lealdade à marca, que é aquilo que a maioria das empresas tenta obter para assegurar a sua estabilidade no mercado. De acordo com Schiffman existe um elemento importante da avaliação pós-compra que é a limitação da incerteza ou dúvida que o consumidor possa ter tido sobre a sua escolha. Faz parte da análise pós-compra os consumidores tentarem saber se a escolha feita foi a mais sábia, o que em outras palavras é a tentativa do consumidor reduzir a desarmonia cognitiva pós-compra. Para tal, estes adotam estratégias tais como: racionalizar a escolha como sendo sábia, procurar publicidade que auxilie a escolha feita e evitar as que dizem respeito às marcas concorrentes, tentar convencer amigos e vizinhos a comprar a mesma marca e assim confirmar a sua própria escolha ou procurar outros consumidores satisfeitos. (Schiffman L. G., 2000)

2.3- Grupos de referência

Segundo Schiffman, um grupo de referência é “qualquer pessoa ou grupo que sirva como ponto de comparação (ou referência) para um indivíduo na formação de valores, atitudes ou comportamentos, tanto gerais quanto específicos” (Schiffman L. G., 2000). Esses grupos podem ser grupos de referência normativa (influenciam valores, comportamentos gerais ou de definições amplas) ou grupos de referência comparativa (servem como ponto de partida para atitudes, comportamentos específicos ou estritamente definidos).

Estes grupos de referência servem como orientadores para os indivíduos nas suas decisões de compra. Os grupos pertinentes para o consumidor são:

Família: encontra-se na melhor posição para influenciar as decisões de consumo.

Grupos de amigos: geralmente classificados como informais, em termos de influência relativa são considerados depois da família, aqueles que mais influenciam as decisões de compra.

Grupos sociais formais: são mais distantes do que os amigos e têm uma função distinta para o indivíduo.

Outros grupos: também devem ter a devida atenção no que refere às compras, ação do consumidor e grupos de trabalho.

Consoante o indivíduo e dependendo de fatores sociais, históricos e psicológicos, a influência exercida por um grupo de referência terá efeitos diferentes. Assim sendo, o importante é saber quando ou em que condições os grupos de referência influenciam determinado indivíduo (Sheth, Mittal, & Newman, 2001).

Para Kotler os grupos de referência de uma pessoa “são aqueles que exercem influência direta ou indireta sobre as atitudes ou comportamento dessa pessoa” (Kotler & Keller, 2011).

As pessoas são influenciadas pelos seus grupos de referência, de forma significativa, por meio de, pelo menos, três maneiras diferentes. Ou seja, os grupos de referência: influenciam as atitudes e autoimagem; expõem uma pessoa a novos comportamentos e estilos de vida; exercem pressão quanto à conformidade que pode afetar as escolhas da marca e do produto.

2.4- O comportamento do consumidor na área da saúde

Estudar economia da saúde torna-se complexo na medida em que os agentes de mercado exibem comportamentos diferentes relativamente ao que acontece noutros mercados. A origem desta diferenciação começa pela natureza do produto. Na verdade, na maioria dos casos, os cuidados de saúde constituem um bem cujo consumo, por si só, não proporciona utilidade, Nomeadamente quando o consumo de cuidados de saúde se faz com o objectivo de restabelecer um estado de saúde entretanto perdido ou debilitado. Assim sendo, neste caso, estaremos na presença de um bem sem utilidade intrínseca, e cujo consumo estará sempre relacionado com um estado de necessidade por parte do agente da procura – o doente. (Williams, 1978)

Conforme diz Alan Williams, a necessidade de cuidados de saúde deverá ser distinguida da procura de cuidados de saúde e da utilização de cuidados de saúde. Assim, a necessidade de consumir cuidados de saúde é quando um indivíduo fica doente ou incapacitado, sabendo da existência de tratamento ou cura para a situação em causa. A procura de cuidados de saúde manifesta-se quando um indivíduo considera ter uma necessidade e deseja receber tratamento.

Consequentemente, o papel do agente da oferta - médicos ou outros profissionais da saúde - não é necessariamente passivo, e pode mesmo ser responsável pela indução de procura, fazendo os indivíduos acreditar numa necessidade de consumo de cuidados de saúde nem sempre real. Neste contexto, a necessidade é um conceito que se apresenta muito do lado da oferta, uma vez que, em última análise, a mesma existirá enquanto a prestação de cuidados de saúde apresentar uma produtividade marginal positiva, isto é, existirá procura enquanto o produto oferecido gerar benefícios marginais positivos.

Este comportamento está rodeado de particularidades, designadamente porque o agente da oferta se apresenta no mercado em situação de superioridade relativa, o que levanta problemas ao nível da deontologia médica e do exercício, ou não, de poder discricionário por parte do médico. (Rochaix, 1983)

2.4-1. Intervenientes e influenciadores nos cuidados de saúde

Apesar de muitos fatores influenciarem a perceção de qualidade, deverá ser realçado o facto de predominantemente ser enfatizado o ponto de vista do cliente. De facto, dada a complexidade, heterogeneidade e ambiguidade dos serviços de saúde muitas das avaliações da qualidade tradicionais, centradas na opinião dos consumidores, deve ser complementada por avaliações de qualidade centradas nos próprios prestadores de cuidados de saúde. Ou seja, são reconhecidas a complexidade na caracterização dos serviços de saúde, a heterogeneidade e variedade de especialidades medicas e serviços associados e a sua ambiguidade, na medida em que o paciente comum não terá o conhecimento técnico suficiente para compreender as suas necessidades particulares ou quais os serviços disponíveis para o satisfazer.

Assim, uma abordagem com base na avaliação das duas vertentes, consumidores e prestadores, oferece uma imagem mais completa da qualidade na saúde do que apenas medir a satisfação dos consumidores. Esta avaliação é a que está relacionada com a performance financeira dos serviços, a logística e a competência técnica dos mesmos.

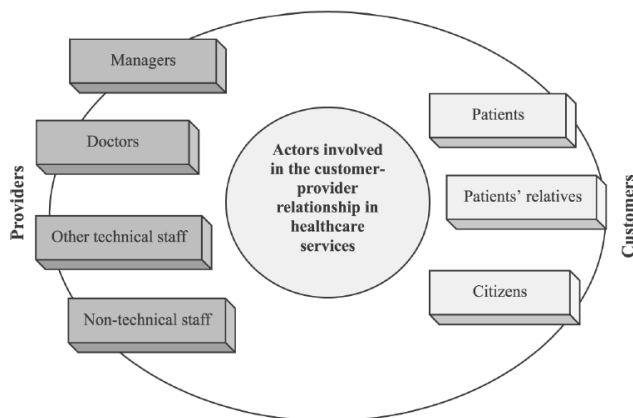


Figura 3- Intervenientes na relação paciente-prestador nos serviços de cuidados de saúde (Eiriz & Figueiredo, 2005)

Dada a natureza dos serviços de cuidados de saúde, existem muitos intervenientes na relação paciente-prestador. Segundo os autores (Eiriz & Figueiredo, 2005) os principais intervenientes do lado dos prestadores são os diretores dos serviços, os médicos, o pessoal tecnicamente diferenciado (por ex. enfermeiros) e o pessoal não diferenciado. No lado do paciente, podemos encontrar os pacientes, os seus familiares e os cidadãos. Esta representação está esquematicamente apresentada na Figura 3. Os pacientes e os seus familiares têm uma relação mais direta com os médicos e pessoal diferenciado ou não diferenciado, enquanto os cidadãos, como pagadores de impostos, estão indiretamente ligados aos serviços de saúde.

Algumas vezes, as expectativas e as percepções dos diferentes intervenientes são diferentes podendo até colidir, nomeadamente as percepções e as expectativas dos médicos que são diferentes das dos seus pacientes. Assim como quando os pacientes e os seus familiares apreciam a educação e simpatia do pessoal, a percepção de qualidade dos mesmos está muito longe da qualificação técnica ou do seu profissionalismo.

Numa situação de extremo, quando um paciente inconsciente entra para uma cirurgia, não tem a percepção das suas necessidades efetivas. Neste caso, uma decisão tomada pelos seus familiares pode até ir contra à sua vontade. Este é o caso mais exemplar

no qual verificamos que a avaliação da qualidade no serviço de saúde deverá ir para além da perspectiva do paciente, porque frequentemente, este não está capacitado para julgar ou avaliar os aspetos técnicos dos cuidados prestados. Outro exemplo, são os pacientes que em hospitais com elevado nível de tecnologia em termos de procedimentos clínicos e equipamento, caso o nível de recetividade seja baixo, podem ter uma perceção de baixa qualidade.

Assim, é esperado que para cada um dos intervenientes, as expetativas e perceções sejam diferentes para cada um dos quatros parâmetros de qualidade considerados para avaliação dos cuidados de saúde: orientação para o paciente, performance financeira, logística e nível de formação do pessoal. Por exemplo, a avaliação financeira dos serviços de cuidados de saúde não será um item importante do ponto de vista direto do paciente, mas será indiretamente enquanto cidadão e pagador de impostos.

2.4-2. Processo de escolha e avaliação dos cuidados de saúde

Até recentemente, a maioria da indústria dos cuidados de saúde em Portugal pertencia apenas ao setor público, no entanto, esta realidade tem vindo a mudar. Serviços orientados para o lucro, serviços cooperativos, associações e parcerias público-privadas existem em cada vez maior número aumentando os fornecimentos de cuidados de saúde e aumentando a possibilidade de escolha dos consumidores.

Simultaneamente, as pessoas estão mais conscientes dos problemas de saúde e os consumidores (pacientes, familiares e cidadãos) exigem prestação de serviços de saúde mais sofisticados. Como consequência desta mudança na atitude dos consumidores, a indústria da saúde tornou-se mais atrativa para o setor privado.

Esse crescimento do setor faz com que, conseqüentemente e cada vez mais recorrentemente, os consumidores possam escolher os seus prestadores de cuidados de saúde, baseando-se no equilíbrio entre as suas expetativas e as suas experiências (Eiriz & Figueiredo, 2005).

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde levanta problemas pelo tamanho da organização, pela complexidade e heterogeneidade e ainda pelo leque variado de especializações do sistema nacional de saúde (Carter, 1992).

Rubin *et al.* Concluíram que os parâmetros de avaliação dos cuidados de saúde deverão ser considerados sob o ponto de vista do paciente, sendo esta uma visão tradicional utilizada ao nível organizacional (Rubin, 2001).

Baseado no modelo SERVQUAL (modelo desenvolvido por Parasuraman, que consiste num instrumento de 22 itens para avaliar a percepção da qualidade de um serviço por parte do consumidor (Parasuraman, 1988)), Lytle *et al* denominaram os serviços de saúde como serviços que providenciam um conjunto de três tipos de benefícios:

(1) Benefício principal (o produto principal oferecido ou o resultado que o paciente procura);

(2) Benefícios intangíveis (interação entre o paciente e o médico baseada na confiança, empatia, receptividade e segurança);

(3) Benefícios tangíveis (meio envolvente físico como o local, decoração, aparência das infraestruturas e do pessoal) (Lytle, 1992).

Por outro lado, Ware (Ware, 1978), citado em Sargeant (Sargeant, 1999), estudou a avaliação e significado da satisfação do paciente e identificou quatro dimensões de satisfação que afetam a percepção dos pacientes:

(1) Comportamento do médico;

(2) Disponibilidade do serviço;

(3) Confiança;

(4) Eficiência no resultado

Outros estudos sobre a satisfação dos pacientes nos serviços de saúde evidenciam a importância de factores como a conveniência, acesso, tempos de espera, poder de escolha, qualidade da informação, leque de serviços, natureza do problema de saúde e passado demográfico do paciente ((Brown, 1989); (Singh, 1990); (Sage, 1991)).

Coddington sugeriu que a avaliação de outros fatores teria um “valor acrescentado” à avaliação, nomeadamente fatores como: conveniência, acesso, relação com o médico, inovação, preço e volume ou intensidade de utilização de determinados recursos. No entanto, o mesmo autor reconhece a dificuldade na medição da qualidade destes parâmetros devido à variação inexplicável de práticas clínicas em diferentes comunidades com as mesmas características demográficas, o que traz constantes constrangimentos à medicina atual (Coddington, Fischer, & Moore, 2000).

Em Portugal, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) tem como finalidade proporcionar a todos aqueles, que de maneira ou outra, podem influenciar a saúde em Portugal, uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos factores que a determinam. O propósito é facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efetivas. Os seus principais objetivos podem resumir-se da seguinte forma: (a) analisar prospetivamente a evolução do sistema de saúde português; (b) tornar essa análise facilmente acessível a todos os interessados; (c) constituir e melhorar continuamente uma base de conhecimentos sobre a gestão da saúde, de forma a estimular a análise dos sistemas de saúde e a investigação sobre serviços de saúde; (d) reforçar as relações de trabalho com outras instituições e projectos Europeus similares, muito particularmente com o Observatório Europeu de Sistemas de Saúde.

Assim, o OPSS é constituído por uma rede de investigadores e instituições académicas dedicadas ao estudo dos sistemas de saúde. Esta organização em rede permite uma considerável pluralidade de pontos de vista, uma importante complementaridade de competências e uma gestão flexível das capacidades disponíveis.

Anualmente são produzidos relatórios síntese da evolução do sistema de saúde português (Relatório de Primavera), e são publicados trabalhos técnicos relacionados com este tema (Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 2002). O OPSS, para além de observar o presente e analisar o passado mais ou menos imediato, procura estabelecer cenários sobre o futuro e aprender através de uma comparação contínua entre o "previsto" e o "observado" (OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde).

2.5- Visão sobre a Saúde em Portugal

Os cuidados de saúde estão a tornar-se cada vez mais uma preocupação para a população portuguesa, à medida que há uma maior consciencialização para a qualidade de vida. Assim, os cuidados de saúde estão a expandir-se em Portugal com as organizações públicas e privadas a debaterem-se pelo aumento de capital.

Estes serviços públicos e privados encontram-se numa nova fase de desenvolvimento, mais virada para a orientação do mercado. No entanto, a saúde lida com seres humanos que é possivelmente a maior diferença de outros serviços considerados em estudos de marketing.

Os grupos privados da área da saúde e o próprio governo exigem o aumento da eficiência na prestação de cuidados de saúde e nessa medida a avaliação deste serviço torna-se essencial. Assim, há três diferenças importantes a considerar-se nessa avaliação: os seres humanos são os objetos do serviço; as componentes técnicas e tecnológicas para o diagnóstico são importantes e dada a complexidade, heterogeneidade e ambiguidade dos cuidados de saúde a avaliação não deverá ser apenas centrada nos pacientes mas também nos prestadores. (Eiriz & Figueiredo, 2005)

2.5-1. Organização do Sistema de Saúde Português

A preocupação pelo bem-estar e a procura de uma esperança média de vida cada vez mais elevada faz com que a população cada vez mais frequentemente procure médicos e instituições prestadoras de cuidados de saúde no sentido de se poderem tratar ou até mesmo com a finalidade de realizarem meros check-ups. Todos estes tendem a procurar um serviço de saúde eficiente, bem organizado, de boa qualidade e com uma diversidade de profissionais de saúde experientes (Giraldes, 2003).

O sistema de saúde Português caracteriza-se pela sua natureza mista, é composto pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), constituído pelas suas próprias unidades de cuidados de saúde e pelas unidades de cuidados de saúde Privadas. Uma vez que o número de unidades de saúde do SNS é limitado ao nível de recursos disponíveis para a crescente necessidade que população tem vindo a manifestar. O Estado de forma a assegurar resposta às necessidades dos utentes criou a possibilidade de complementar os recursos públicos através dos serviços privados, criando alguns acordos: ADSE (Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública); FMM (Forças Militares e Militarizadas) e os SAMS (Serviço de Assistência Médico-social aos Bancários). O setor privado engloba todas as entidades que não têm qualquer tipo de acordo com o estado, sendo que todos os utentes que façam usufruto dos seus cuidados médicos acarretarão com a totalidade dos custos ou poderão fazê-lo através dos seguros de saúde (Giraldes, 2003).

2.5-2. Sistema Nacional de Saúde vs Sistema Privado

Segundo a descrição da Entidade Reguladora da Saúde “O SNS é um conjunto organizado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de

saúde funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministério da Saúde”, sendo o Ministério o órgão máximo na decisão e definição da saúde em Portugal.

O SNS existe desde 1971 e está organizado por cinco regiões: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo, Algarve, fazendo parte destas dezoito sub-regiões, constituídas pelos diferentes Distritos do País: Viana do Castelo; Braga; Porto; Bragança; Vila Real; Aveiro; Coimbra; Leiria; Viseu; Guarda; Castelo Branco; Santarém; Lisboa; Setúbal; Portalegre; Évora; Beja e Faro. De forma geral, o SNS é caracterizado por um sistema de qualidade do qual fazem parte todas as instituições e serviços oficiais na área da saúde que dependem inteiramente do Ministério da Saúde. No entanto, este é um serviço com inúmeras necessidades, que devem ser melhoradas. Neste âmbito e através da DGS (Direcção Geral de Saúde) e seguidamente da Administração Regional de Saúde (ARS), o Ministério da Saúde recorre a meios privados para responder às necessidades impostas pela população satisfazendo os utentes a nível de comodidade e atendimento, proximidade e tempos de espera (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Assim através dos acordos e convenções foi possível satisfazer o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. Em 2003 mais de 96% da produção total de meios complementares de diagnóstico em ambulatório do SNS foi feita por prestadores que possuíam este tipo de convenções, o que explica a grande necessidade deste tipo de contrato. Desta forma, é bastante positivo, tanto para o SNS como para os prescritores de cuidados de saúde privados a realização destes contratos uma vez que, assim os utentes podem ter hipótese de escolha relativamente aos profissionais e ao local onde pretendem usufruir dos mesmos.

Devido ao aumento das opções de escolha de médicos, potencia-se por parte das entidades privadas a melhoria na qualidade e eficiência dos cuidados de saúde, por outro lado observa-se um descongestionamento dos serviços públicos. Sendo assim o sistema privado com os quais foram elaboradas convenções através da DGS e ARS fazem parte da rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Deste modo é a ARS que fica responsável pelo controlo e supervisão das unidades com as quais o estado criou convenções.

Verifica-se, no entanto, que a maioria das despesas no SNS são com o sector convencionado e no que respeita aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica corresponde a cerca de 86,5% da despesa total de convenções. Assim, é possível verificar que a prestação de cuidados de saúde por parte do sector privado tem relevante preferência

pelos utentes. Deste modo, podemos constatar que as convenções são um grandioso alicerce ao SNS, tornando-se indispensável ao serviço de assistência do País.

Desde o início de 1999 não têm sido realizadas celebrações de convenções, uma vez que os custos que acarretam para o SNS não são plausíveis. Podemos ainda constatar que as maiorias das convenções efetuadas pela ARS são anteriores ao ano de 1993. Esta tomada de decisão teve claramente a ver com a tentativa de travar o acréscimo dos custos para a saúde. No entanto, esta opção acarreta alguns problemas do ponto de vista dos utentes podendo revelar-se altamente prejudicial quer a nível de escolha das entidades de saúde quer na disponibilidade geográfica das mesmas, na medida em que poderá impedir a entrada de novos prestadores nos mercados, que por vezes não realizam os investimentos por falta de convenções, com receio da possível inviabilidade económica do negócio, ou noutros casos, diminuir a acessibilidade dos utentes a determinados médicos que já estão no mercado, mas sem convenções (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Deste modo, verifica-se a importância do sistema privado de saúde, dado que, nos últimos anos, se nota uma crescente tendência para aumentar, o que permite aos utentes, perante uma maior oferta, a escolha do serviço mais adequado e preferido. É uma área que cada vez mais tem apostado na oferta de serviços diferenciados e na qualidade da prestação dos mesmos. Deste modo, os seguros de saúde têm vindo cada vez mais a ser adotados pela população portuguesa de modo a tentarem reforçar a cobertura do SNS. Segundo dados estatísticos os indivíduos que mais recorrem a este tipo de modalidade são pessoas com grau de ensino médio ou superior quer do sexo masculino quer feminino. A desigualdade regional é, sem dúvida, outro factor preponderante por parte da aquisição de seguros, sendo a área regional de Lisboa e Vale do Tejo a que tem maior percentagem de subscritores. (Giraldes, 2003)

Estudos comparativos de países europeus indicam que os indivíduos cobertos duplamente por sistemas de saúde público e privados (subsistemas) tendem a recorrer mais vezes a serviços de saúde (consultas e fármacos) que o resto da população, apesar destes se encontrarem em melhores condições de saúde. Os ricos têm significativamente maior probabilidade de consultar especialistas que os pobres e na maioria dos países ainda o fazem mais frequentemente. Estas diferenças são especialmente grandes em Portugal. Por outro lado, as consultas com médicos de clinica geral parecem ser mais equilibradamente distribuídas pois em Portugal existem medidas que beneficiam as populações carenciadas

no acesso aos cuidados de saúde primários (exemplo: isenção das taxas moderadoras) (Barros PP, 2008).

A duplicação dos sistemas de saúde devido aos subsistemas aumenta a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, uma vez que os indivíduos com esta duplicação acedem mais rapidamente e, provavelmente, mais facilmente aos serviços de saúde. Esta é a realidade de cerca de 18% da população que acede aos subsistemas através do emprego ou cargo que ocupa (WHO, 2010).

2.5-3. A saúde em Portugal

O objetivo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) é o estabelecimento de políticas que contribuirão para aumentar o bem-estar social e económico das pessoas em todo o mundo. Esta entidade promove fóruns nos quais os governos podem trabalhar em conjunto, partilhar experiências e procurar soluções para problemas comuns. Por outro lado, analisa os processos que desencadeiam as mudanças sociais, económicas e ambientais nos diferentes países e no mundo. Produz relatórios periódicos com análises de produtividade, movimentações dos mercados e comparação de dados. Cria ainda mapas de tendências futuras e estabelece padrões internacionais para uma enorme variedade de temas.

Assim, segundo a última análise apresentada para o sector da saúde, a saúde das populações dos países que incorporam a OCDE melhorou grandemente ao longo dos últimos 50 anos, com um aumento da esperança média de vida para números nunca antes alcançados. Desde 1960, a esperança média de vida aumentou uma média de 11 anos nos países da OCDE, chegando aos cerca de 80 anos em 2009. Portugal tem dos melhores indicadores chegando a uma média de 79,5 anos, tendo a população portuguesa ganho em média 15 anos de vida entre 1960 e 2009.

A esperança média de vida aquando do nascimento continua a aumentar significativamente nos países da OCDE, refletindo a redução da taxa de mortalidade em todas as faixas etárias. Estes ganhos de longevidade são atribuídos a diferentes fatores, nomeadamente, melhoria da expectativa do nível de vida, melhoria dos estilos de vida, maior acesso à educação e acesso a serviços de saúde com maior qualidade e maior frequência.

A mortalidade infantil, ou seja a taxa de mortes entre bebés e crianças com menos de um ano, é muito baixa na maioria dos países da OCDE e isso reflete a eficácia dos sistemas de saúde existentes. Aproximadamente dois terços das mortes que ocorrem durante o primeiro ano de vida são neonatais (isto é, durante as primeiras 4 semanas de vida). Defeitos à nascença, prematuridade e outros condicionalismos durante a gravidez são as principais causas da mortalidade neonatal nos países desenvolvidos. No entanto, verifica-se também um aumento da idade das mulheres mães pela primeira vez e um aumento dos nascimentos múltiplos derivados de tratamentos de fertilidade, o que conduz a um aumento dos nascimentos prematuros.

Em Portugal a taxa de mortalidade infantil reduziu numa média de cerca de 7% ao ano desde 1970, alterando a sua realidade desde então, como país com a mais alta taxa de mortalidade infantil na Europa, para o país com a mais baixa em 2009 de entre todos os países da OCDE.

O progresso alcançado na distribuição de informação e o estabelecimento da obrigatoriedade do aconselhamento pré-natal, conjuntamente com a vigilância médica durante a gravidez e o avanço na área da obstetrícia para lidar com partos complicados, resultou na maior redução da mortalidade perinatal (entre as 28 semanas de gestação e os primeiros 7 dias de vida) em todos os países da OCDE. (OECD, 2011) A redução foi de 6.2% em 2000 para abaixo dos 4% em 2008. (Institute, 2009)

Investigadores da área sugerem que muitos fatores para além da qualidade e eficiência dos sistemas de saúde estão na base destas alterações na taxa de mortalidade infantil. Nomeadamente, as discrepâncias de rendimentos, o ambiente social, estilo de vida pessoais e atitudes, são considerados influenciadores. (Kielv, 1995)

O progresso das tecnologias médicas continua a ser um factor que transforma positivamente a prestação de cuidados de saúde e melhora a esperança de vida assim como a qualidade da mesma. (OECD, 2011)

2.5-4. Acesso e satisfação com cuidados de saúde

A capacidade de resposta do sistema nacional de saúde é medida pelo nível de dignidade, autonomia e confidencialidade com que os indivíduos são tratados, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Inclui também a atenção que lhes é dispensada, a

qualidade dos serviços básicos, a facilidade de acesso à rede de apoio social e a possibilidade de escolha do local para o tratamento. (WHO, 2010)

Nas sociedades modernas e evoluídas, os cidadãos situam-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde. Por isso, devem ser ouvidos sobre os cuidados prestados e as suas opiniões e preferências devem ser respeitadas, tentando satisfazer as suas legítimas necessidades. (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010)

No entanto, "medir" essa satisfação revela-se uma tarefa que merece alguns cuidados. Não é o mesmo obter a opinião dos cidadãos – o denominado público – com ou sem experiência concreta de utilização, ou interrogar utilizadores efetivos de serviços de saúde. Enquanto a satisfação dos utentes é influenciada pela sua experiência mais recente, a do público é mais influenciada pelos *media* e, em Portugal, também por uma atitude demasiado negativa e crítica que os portugueses têm das suas instituições de saúde.

Durante os últimos anos, a avaliação da satisfação com os cuidados de saúde ganhou grande importância como medida da qualidade na prestação de cuidados de saúde públicos, de tal forma que durante as últimas décadas e de uma forma gradual, as atividades de garantia e melhoria da qualidade têm vindo a ser encaradas como fazendo parte dos processos de cuidados médicos e mesmo dos programas políticos. (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010)

Assim, na Europa verifica-se que existem disparidades significativas no que respeita ao nível de saúde, nomeadamente, entre homens e mulheres e entre regiões geográficas. (Van Doorslaer E, 2004) As mulheres têm uma maior longevidade que os homens, no entanto, estas parecem viver num estado de maior debilidade, de forma geral, vivendo menos tempo quando incapacitadas e recorrendo muito menos, por autoiniciativa, a cuidados de saúde. Especificamente no caso de Portugal, verifica-se que a esperança média de vida é menor nas regiões com menos população e menos urbanizadas. (WHO, 2010)

Apesar destas diferenças, a perceção individual do nível de saúde é igual em todas as regiões, e é ainda expectável pela população que o estado de saúde se altere com a idade. No entanto, a longevidade com que as pessoas se mantêm saudáveis, é um reflexo da eficácia do sistema de saúde que os manteve saudáveis até então. Apesar da perceção individual do nível de saúde ter melhorado em todas as faixas etárias entre 1998/1999 e 2005/2006, a percentagem de classificações de “má” ou “muito má” entre os grupos etários

dos mais idosos é muito superior aos objetivos traçados pela Organização Mundial da Saúde como sendo os ideais.

O mesmo estudo refere que os Portugueses parecem estar menos satisfeitos com a disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados, quando comparados com quinze outros países da União Europeia. Cerca de 80% da população portuguesa inquirida em 2002 sobre a satisfação com o sistema nacional de saúde considerou que uma reforma e mudanças de fundo eram necessárias. A média europeia com a mesma opinião rondou os 51%.

Apesar dos custos totais na saúde terem aumentado significativamente ao longo da última década, verifica-se também que os gastos em saúde das famílias no sector privado foram desproporcionados, suportando muitas destas, encargos adicionais. Consequentemente, este pode ser um indicador das limitações existentes ao acesso à saúde. Há falhas críticas nos sistemas de informação em Portugal que limitam o desenvolvimento de regras e estratégias no sistema nacional de saúde. Há informação muito limitada na quantificação do acesso privado à saúde, sendo difícil monitorizar a extensão da influência das diferenças socioeconómicas. (WHO, 2010)

A informação relativa às variações socioeconómicas (como o nível educação, o nível de rendimento e o tipo de ocupação/emprego) que possam estar por detrás destas desigualdades de perceção é limitada. No entanto, um estudo feito por Mackenbach *et al.* sugere que a desigualdade de perceção da saúde observada em Portugal, com respeito ao nível de educação é das mais altas dos dezanove países europeus analisados. E apesar de não ser a mais alta relativamente ao nível de rendimento, mesmo assim, esta desigualdade verifica-se. Devido a confidencialidade de dados, não há, actualmente, um mecanismo de monitorização sistemática que permita relacionar indicadores de perceção da saúde com o nível de educação ou de rendimentos. (Mackenbach, 2008)

Apesar de alguns dos inquéritos realizados em Portugal para avaliação dos níveis de satisfação com os cuidados continuados de saúde e cuidados de saúde primários indicarem que cerca de 80% da população está satisfeita ou muito satisfeita com os mesmos, ainda existem falhas significativas na avaliação da qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde quando comparados com outros países (Cabral V, 2009).

Em 2008, 64% da população portuguesa indicou que estava satisfeita com a disponibilidade dos serviços de saúde na localidade de residência, esta foi a 3ª classificação mais baixa de entre os 15 países da União Europeia analisados (Database, 2010).

Noutro inquérito em 2007, que avaliou a disponibilidade, qualidade e facilidade de acesso às diferentes especialidades clínicas, Portugal foi o penúltimo, dos 27 membros da União Europeia, na classificação que atribuiu nesta avaliação (Europeia, 2010).

Assim, verifica-se que os portugueses expressam baixos níveis de satisfação relativamente a outros países da União Europeia para aspectos específicos como a possibilidade financeira, a disponibilidade e a qualidade de determinados serviços de saúde. A satisfação e percepção da capacidade de resposta dos sistemas de saúde (público e privados) dependem de factores como o acesso ao mesmo (barreiras financeiras e outras), tempos de espera, qualidade técnica percebida e forma de relacionamento pelos cuidadores (médicos e técnicos).

Entrevistas com os maiores intervenientes do sector da saúde e a análise das políticas governamentais em relação à qualidade e segurança na saúde demonstram que a actual estratégia global para o setor está fragmentada e é seletiva (WHO, 2010).

2.6- O papel da tecnologia na saúde

As tecnologias da saúde podem ser definidas como “os medicamentos, equipamentos e procedimentos médicos usados nos cuidados de saúde, e os sistemas organizacionais e de suporte utilizados aquando da prestação destes mesmos cuidados ” (Office of Technology Assessment, 1978).

O estudo da avaliação tecnológica na saúde foi algo que se iniciou nos Estados Unidos e depois ao nível da Europa. Rapidamente, foi um tema que passou a ser analisado em todo o mundo. Pretende emparelhar a evidência com as tomadas de decisão e, assim, conduzir ao estabelecimento da saúde baseada na evidência.

A definição geral da avaliação tecnológica usada é a avaliação compreensiva das consequências sociais, a curto e a longo prazo, da aplicação ou utilização da tecnologia (Office of Technology Assessment, 1976).

No campo da saúde, o Gabinete de Avaliação Tecnológica (em inglês, Office of Technology Assessment (OTA)) reconheceu que esta avaliação enfatizaria a eficácia, uma vez que, o objectivo dos cuidados de saúde é melhorar a saúde (Office of Technology Assessment, 1980).

O impacto das tecnologias na saúde depende da penetração, uma vez que virtualmente toca a vida de todos. Não esquecendo que uma motivação importante para o aumento do interesse nesta avaliação, são os cada vez mais elevados custos da saúde. Assim, a análise custo-eficiência tem também sido alvo de uma atenção crescente.

A expansão da avaliação tecnológica na saúde foi motivada pela preocupação no aumento de custos na área da saúde, associada ainda à rápida mudança tecnológica. Ao mesmo tempo, médicos e investigadores apresentaram estudos que evidenciam a baixa qualidade de cuidados, o uso ineficiente da tecnologia não testada e uso abusivo e inapropriado da tecnologia. Isto conduziu ao tema “value for money” na área dos cuidados de saúde. A preocupação com os custos chamaram a atenção para o uso da tecnologia na saúde, os seus benefícios e os seus malefícios. No entanto, apesar de ser um tema recorrente abordado nos meios de comunicação, o público em geral, na maioria dos países, não está sensibilizado para a problemática nem para a busca de informação e soluções (Banta, 2003).

As tecnologias médicas são uma das mais inovadoras áreas dos cuidados de saúde. São também, por outro lado, as mais representativas em termos de aumento dos custos da saúde (Herzlinger, 1997). Em contraste com outras indústrias, a inovação em tecnologias da saúde não é só a redução de custos relativos ou o aumento de lucros face aos custos.

Tecnologias da saúde englobam os equipamentos médicos, medicamentos ou fármacos, assim como os procedimentos clínicos ou cirúrgicos. De acordo com Siebert *et al.*, a diretiva europeia 93/42/EEC define como equipamento médico:

“any instrument, apparatus, appliance, material or other article, whether used alone or in combination, including the software necessary for its proper application intended by the manufacturer to be used for human beings for the purpose of: i) diagnosis, prevention, monitoring, treatment or alleviation of disease; ii) diagnosis, monitoring, treatment or alleviation of or compensation for an injury or handicap; iii) investigation, replacement or modification of the anatomy or of a physiological process; iv) control of conception, and which does not achieve its principal intended action in or on the human body by pharmacological, immunological or metabolic means, but which may be assisted in its functions by such means.” (p.735)

Este autor conclui também que os equipamentos médicos são alvo de constantes modificações e inovações de produto, o que significa que o ciclo de vida do produto em si é curto, com uma duração de 18 a 24 meses (Siebert, 2002).

O melhoramento incremental dos equipamentos médicos traz um sério problema na avaliação da eficiência dos equipamentos constantemente melhorados/alterados. Isto porque as pessoas que trabalham com os mesmos devem ter um período de aprendizagem e treino de forma a utilizarem ao máximo as capacidades e todo o potencial destes equipamentos. Depois, acontece, muitas vezes, que assim que todo o pessoal adquiriu os conhecimentos suficientes para usar o equipamento médico, é lançada uma nova ou melhorada versão do mesmo equipamento, o que significa que o mesmo poderá ser abandonado. Isto torna difícil a avaliação constante de novos equipamentos e novas tecnologias, quer por parte do pessoal técnico, quer por parte dos pacientes. Significa também que as primeiras utilizações de um novo equipamento ou nova tecnologia vão servir para a criação de adaptações e modificações nesse mesmo equipamento ou tecnologia. Como consequência desse facto, até para o mesmo paciente, tratamentos e ou diagnósticos não têm um resultado constante.

O processo de avaliação de novos equipamentos é complexo porque existem pelo menos quatro entidades que decidem sobre a sua eficiência e eficácia:

1. O governo - nomeadamente, o ministério da saúde que normalmente paga pela tecnologia;
2. O pessoal técnico especializado - trabalha ativamente com a nova tecnologia;
3. As empresas - são os investidores de risco principais em todo o processo e, como tal, também os maiores possíveis beneficiários financeiros;
4. Os pacientes - primeiro como objeto para o novo produto inovador, segundo como últimos pagadores da nova tecnologia (como pagadores de impostos ou mesmo como clientes que pagam diretamente pelo serviço)

Um estudo de Siebert concluiu ainda que a falha no reconhecimento de tecnologias médicas inovadoras iria inibir o possível futuro desenvolvimento de tecnologias de melhoria da qualidade de vida e mesmo de tecnologias salvadoras de vidas. Isto significa que as autoridades enfrentam uma complexa decisão, pois é preciso combinarem a eficiência clínica e os benefícios para o paciente com a eficiência de custos (Siebert, 2002).

O autor Herzlinger descreveu diferentes tipos de novas tecnologias que trouxeram enormes vantagens para o paciente, reduzindo a dor e proporcionando conforto (Herzlinger, 1997). Coddington *et al.* são entusiastas da utilização de novas tecnologias na saúde, estabelecendo que a tecnologia é um dos dois ou três mais importantes fatores influenciadores na redução dos custos mas também do aumento da qualidade dos cuidados de saúde, nas últimas duas décadas (Coddington, 2000). No estudo deste autor e com base na experiência médica, as novas tecnologias como TAC (Tomografia Axial Computoriza), ressonância magnética e ecografia reduzem a necessidade de cirurgias invasivas e exploratórias, pois são métodos que permitem ter uma maior confiança no diagnóstico clínico, o que sugere uma melhoria da qualidade de vida para os pacientes e possivelmente uma redução dos custos na saúde destes.

2.7- Ecografia Obstétrica

A ecografia é uma técnica de imagem dinâmica, não invasiva e sem qualquer efeito secundário conhecido. É complementar com outras modalidades de imagem, muitas vezes a melhor ou mesmo o único método aplicável.

A ecografia ou o diagnóstico por ultrassons e o seu estado atual são o resultado do trabalho de várias décadas e com diferentes origens. Embora o diagnóstico médico apoiado pela ecografia se tenha iniciado nos finais da década de 30, só nos anos 60 com o aparecimento e comercialização de equipamentos adequados, a ecografia começou a ser utilizada por todo o mundo sobretudo por radiologistas e obstetras.

Nos primeiros anos da década de 90, o avanço noutras áreas da ciência, tais como, microprocessadores, telecomunicações e imagem de alta definição requeridas em parte para a aplicação dos ultrassons e que se tornaram disponíveis a preços acessíveis, deram o avanço tecnológico que levou à obtenção dos resultados que hoje dispomos. O estudo por ultrassons está em sintonia com estes parâmetros, apresentando cada vez melhores níveis de resolução e contraste, inocuidade e grande aceitação pelo doente, além de ser um exame de custos reduzidos. Hoje, pode considerar-se quase um exame de rotina dando múltiplas respostas em vastas áreas da medicina e muitas vezes um diagnóstico em apenas alguns minutos. Utilizado no estudo de todo o corpo humano, à exceção de estruturas ósseas, engloba também o estudo endocavitário de alguns órgãos. Atualmente, a finalidade da

ecografia é a de obter informação acerca de texturas dos órgãos com o fim de demonstrar a existência de doença e a sua caracterização (Gaivão, 2003).

Assim, a ecografia obstétrica é um exame que permite ver o feto no interior do útero da mãe, através de um sistema de emissão e deteção de ondas de ultrassons, absolutamente inofensivas, tanto para o feto como para a mãe. O obstetra pode utilizar duas técnicas distintas: a ecografia por via abdominal, mais conhecida, na qual a sonda é colocada sobre a barriga da mãe; mas também a ecografia com sonda vaginal, que permite a obtenção de imagens do útero por via endocavitária.

A Direcção Geral de Saúde em estreita consonância com a Comissão Técnica de Ecografia, recomendam que se realizem, de rotina, em gravidezes de baixo risco, 3 ecografias:

- a primeira ecografia deve ser feita entre as 11 e as 14 semanas, determinando a data rigorosa da gravidez e estudando algumas características do feto.
- a segunda ecografia, vulgarmente conhecida como «ecografia morfológica» deve ser feita entre as 20 e as 22 semanas, e consiste num estudo anatómico detalhado de todo o feto, para se excluírem eventuais malformações. É também nesta altura que se descobre qual o sexo do feto.
- entre as 30 e as 32 semanas é feita nova ecografia, avaliando o crescimento do feto, o líquido amniótico, a localização da placenta e, mais uma vez, a anatomia fetal. (Medina, 2012)

2.7-1. A gravidez e a ecografia

Numa gravidez dita normal ou de baixo risco, realizam-se três ecografias, de acordo com as normas da Direcção-Geral da Saúde. A primeira, entre as 11 e as 14 semanas, permite fazer a avaliação de marcadores de cromossomopatias e avaliação da ecoanatomia fetal; a segunda, entre as 20 e as 24 semanas, a avaliação mais detalhadas da anatomia fetal, o rastreio de parto pré-termo e pré-eclampsia; e a terceira, entre as 30 e as 32 semanas, a avaliação do crescimento e bem-estar fetal (Revista Pais e Filhos, 2014).

Os relatórios dos exames ecográficos são fornecidos à grávida, registados no Boletim de Saúde da Grávida e no seu processo clínico (Saúde D. G.-M., 2013).

Muitas grávidas pensam que a ecografia serve para saber se o feto está bem. Infelizmente ainda não existe, hoje, nenhum exame que permita garantir a uma grávida que o seu feto está bem. Existem exames que nos permitem afirmar que o feto tem, ou não, esta ou aquela lesão, mas, em medicina, quase todos os testes diagnósticos têm falsos positivos e falsos negativos (Centro de Diagnóstico Pré-natal do Hospital Garcia da Orta, 2003).

O progresso existente na ecografia materno-fetal tem sido enorme. Hoje, ao contrário do que acontecia há alguns anos, praticamente não se toma nenhuma decisão, em obstetria, sem que primeiro a grávida seja sujeita a um exame ecográfico. Esta evolução na capacidade diagnóstica resulta, fundamentalmente, da evolução tecnológica que os aparelhos têm sofrido nos últimos anos e da maior formação dos médicos que o realizam. Talvez alguma falta de informação no que diz respeito aos vários tipos de exames ecográficos sirva ainda hoje para que muitas grávidas não entendam a diferença entre os mesmos.

A ecografia pode informar acerca de possíveis anomalias morfológicas físicas, mas não de defeitos congénitos de outra natureza (bioquímicos, metabólicos, genéticos, cromossómicos, etc.). Portanto, o resultado normal do exame ecográfico não dá garantia que o bebé nasça sem doenças. Apesar de a ecografia permitir detetar anomalias morfológicas fetais, a precisão da técnica para essa deteção depende da época da gestação (tempo correto para as medições obrigatórias), do tipo de anomalias (algumas têm pouca ou nenhuma expressividade ecográfica), e das condições da grávida que podem dificultar o exame (obesidade, pouco líquido amniótico) e da própria posição do feto.

A ecografia permite uma avaliação indireta do bem-estar fetal, não sendo possível obter certezas dos seus resultados. Por vezes, outros exames são necessários mas, infelizmente, também eles com limitações.

Para além das 3 ecografias recomendadas, se a grávida, seguida no Serviço Nacional de Saúde, tiver um risco que justifique a sua inclusão numa consulta de medicina materno-fetal de um hospital, aí será decidido qual o número de ecografias a realizar. Igualmente, as que são seguidas por médicos obstetras num serviço de saúde privado (consultório ou clínica), poderão também realizar mais ecografias ao longo da gravidez (Revista Pais e Filhos, 2014).

2.7-2. Ecografias trimestrais

A primeira ecografia recomendada é a do primeiro trimestre, onde se faz uma avaliação clínica importante da gravidez. Idealmente, deve ser realizada entre as 11 e 13 semanas. Pode permitir obter informações que, nalguns casos, determinam alterações na forma como a gravidez irá ser acompanhada.

O principal objetivo deste exame é saber a idade da gravidez. Para o efeito, fazem-se algumas medições que, lançadas numa curva própria, estabelecem a idade gestacional e, por consequência, também a data provável do parto. A idade da gravidez mede-se em semanas, contadas a partir do primeiro dia da última menstruação e não da data da fecundação. Algumas mulheres desconhecem a data da última menstruação, outras são muito irregulares, outras ainda, tomaram anticoncecionais orais o que, de alguma forma, pode fazer pensar numa idade gestacional e ser outra. Toda a vigilância da gravidez é feita em função da idade gestacional.

Este exame permite também verificar a viabilidade da gravidez; saber o número de fetos, de sacos gestacionais e placentas; estudar, de forma básica, a anatomia (forma) externa e interna do feto verificando-se toda a anatomia (possível nessa altura); fazer um rastreio de anomalias cromossómicas. Verifica-se a ausência ou presença dos ossos do nariz e é feita a medição da translucência da nuca (“camada de linfa que existe na nuca do feto”). Estes dados, juntamente com as análises de sangue que a grávida faz previamente, permitem fazer o rastreio das anomalias cromossómicas. Numa base de dados informatizada, os valores bioquímicos, os dados da ecografia e da história da grávida são combinados e o médico pode fazer o cálculo do risco de anomalias cromossómicas. Este cálculo aponta para um risco aumentado ou diminuído de trissomia (13, 18 e 21).

Este rastreio combinado veio permitir a redução do número de técnicas invasivas para o estudo dos cromossomas fetais, tais como a amniocentese ou a biópsia de vilosidades coriónicas (Saúde D. G.-M., 2013).

O segundo exame ecográfico no segundo trimestre é considerado o mais importante e realiza-se entre as 20 e 22 semanas e é também designado por ecografia morfológica.

O principal objetivo deste exame é estudar a anatomia (forma) externa e interna do feto para verificar a existência, ou não, de defeitos da forma, a denominadas malformações ou defeitos congénitos. Este exame permite também avaliar o crescimento do feto; estudar

os anexos (líquido amniótico, placenta, cordão e membranas); verificar a viabilidade do feto (como no primeiro trimestre) e também determinar com precisão o sexo do bebê.

Assim, inclui-se neste exame, o estudo das seguintes estruturas: contorno craniano e cérebro (estruturas inter-hemisféricas incluindo o *cavum do septum pellucidum*; ventrículos laterais; plexo coróideu; cerebelo e cisterna magna; ventrículos laterais; plexo coróideu; cerebelo e cisterna magna); face e pescoço (órbitas, perfil, osso nasal, lábios, maxilares e prega da nuca); tórax (coração (quatro cavidades, cruzamento das grandes artérias e corte dos três vasos, frequência e ritmo cardíaco), pulmões); abdômen (parede abdominal, fígado, estômago, intestino, rins, bexiga); coluna vertebral; membros superiores (três segmentos); membros inferiores (três segmentos); cordão umbilical (inserção e número de vasos) e genitais externos.

No relatório escrito deste exame, deve constar informação clínica descrita acima e ainda eventuais limitações à qualidade do exame e enquadramento do observado num padrão de normalidade e referência a eventual patologia identificada.

A ecografia do segundo trimestre permite confirmar alguns dados da ecografia do primeiro trimestre, mas destina-se, sobretudo, à identificação de malformações fetais. São de especial relevância as malformações incompatíveis com a vida ou associadas a elevada morbidade pós-natal, anomalias com potencial para tratamento intrauterino ou que exigem tratamento ou investigação pós-natal (Saúde D. G.-M., 2013).

Estima-se uma prevalência de malformações fetais de cerca de 2% e uma taxa global de detecção pré-natal de cerca de 45% (15-85,3%). Existe, no entanto, uma grande variação na sensibilidade da ecografia para a detecção de malformações fetais, consoante os diferentes estudos, que poderá ser explicada: pelo tipo de anomalia, pela idade gestacional à data da ecografia, pela técnica utilizada pelo médico que realiza o exame e pela qualidade do equipamento utilizado. Existem poucos trabalhos que abordem a altura ideal para a realização da ecografia do 2º trimestre. Pretende-se um compromisso entre a idade gestacional em que melhor se visualizam as diferentes estruturas fetais com aquela em que a eventual opção de interrupção da gravidez é legal e eticamente aceitável para os casais. O período entre as 20 e as 22 semanas é aquele em que o exame é mais fácil de executar e com menos probabilidade de necessitar repetição quando comparado com as 18 semanas (Bricker L, 2000).

A ecografia do terceiro trimestre idealmente, realiza-se entre as 28 e 32 semanas. O principal objetivo deste exame é verificar o crescimento do feto para diagnosticar situações que podem ser graves e que se podem manifestar por alterações nesse crescimento.

Medem-se algumas estruturas e verifica-se se estão dentro dos limites esperados para a idade gestacional calculada com base na data da última menstruação e ecografia do primeiro trimestre. Assim, são realizadas as biometrias do polo cefálico, da circunferência abdominal e do comprimento do fêmur, e com base nelas é calculado o peso aproximado do feto. O peso fetal é projetado numa curva de percentis e assim este parâmetro é avaliado pelo médico obstetra. No entanto, este exame permite também avaliar os anexos (líquido amniótico, placenta, cordão e membranas); estudar o comportamento do feto e estudar a anatomia (forma) externa e interna do feto. A localização da placenta e a avaliação das fluxometrias (fluxos das artérias fetais) assim como a posição fetal vão, nesta altura, conduzir a uma avaliação médica dando uma indicação se o parto será por cesariana ou parto normal, espontâneo ou induzido.

As características verificadas neste exame são a apresentação fetal; perímetro cefálico; perímetro abdominal; comprimento do fêmur; estimativa ponderal; parâmetros biofísicos de avaliação do bem-estar fetal. No relatório escrito deve constar informação clínica e informação sobre e eventuais limitações à qualidade do exame; ao percentil e referência a eventual patologia identificada.

A ecografia obstétrica realizada entre as 30 e as 32 semanas é o exame de eleição para a avaliação do desenvolvimento fetal e o diagnóstico de anomalias tardias. A restrição de crescimento fetal (RCF) afeta 10-15% da população geral e é responsável pelo aumento da mortalidade fetal tardia (cerca de 10 vezes) e da mortalidade perinatal (risco relativo = 2,77). Existem estudos que evidenciam que a deteção e orientação atempadas dos fetos afetados por RCF diminuem de forma significativa (cerca de 20%) a morbidade e mortalidade perinatal. Da mesma forma, a deteção pré-natal de anomalias de aparecimento tardio permite, de forma eficaz, planear o parto num centro hospitalar de apoio perinatal diferenciado e informar atempadamente o casal do prognóstico, orientação e tratamento da anomalia detetada (Saúde D. G.-M., 2013).

As ecografias “obrigatórias” são realizadas em 2D (duas dimensões). Apesar de já serem comuns as ecografias tridimensionais (3D e 4D), a tecnologia bidimensional continua a ser a fundamental e a mais importante do ponto de vista do diagnóstico pré-natal. As ecografias 3D e 4D podem considerar-se um complemento da ecografia

bidimensional. As ecografias tridimensionais permitem observar o feto a três dimensões (3D), como numa fotografia, e em tempo real (4D), como num vídeo. A 3D reconstrói o volume e a 4D dá a imagem tridimensional quase em tempo real, com um curto atraso no tempo. Segundo os especialistas, a importância destes exames complementares resume-se ao aumento do apego emocional dos pais ao feto, mas não é um método para se fazer o exame do princípio ao fim.

A ecografia obstétrica já se faz há mais de quatro décadas e não se encontraram efeitos negativos, nem para a mãe nem para o feto. Há vários estudos que demonstram que a ecografia é 100 por cento segura durante a gravidez. Assim, os médicos obstetras que dispõem de ecógrafo e dominam a técnica, por regra, preferem acompanhar o crescimento, a dinâmica fetal e a quantidade de líquido em todas as consultas mensais fazendo ecografias muito mais abreviadas.

Em Portugal, as ecografias são feitas apenas por médicos. Em países como a Alemanha ou o Reino Unido podem ser feitas por parteiros com diferenciação ecográfica que, em caso de anomalia, referenciam para centros de medicina fetal. Em Portugal, por regra, são obstetras e radiologistas, que as realizam (Revista Pais e Filhos, 2014).

A norma da Direcção Nacional de Saúde para Exames Ecográficos na Gravidez de baixo risco preconiza que os exames ecográficos devem ser executados por médicos com treino específico e devidamente certificados para o efeito por entidade idónea e pela Ordem dos Médicos, Obstetras e Radiologista (Saúde D. G.-M., 2013). Devem realizar estes exames médicos especialistas com diferenciação em Medicina Fetal /Diagnóstico Pré-natal e devidamente certificados por entidades reconhecidas, devido à grande responsabilidade e treino específico necessários neste tipo de exame (Revista Pais e Filhos, 2014).

Capítulo 3 – Metodologias e Fontes

3.1- Descrição do desenho da investigação

O plano lógico criado desenvolveu-se tendo em consideração o agente da procura (a grávida) e o agente da oferta (médico que realiza ecografia obstétrica), ou seja, foi adotada uma metodologia segmentada para os dois grupos em estudo. Esta metodologia foi inteiramente construída de forma a atingir os objetivos lançados em associação à questão da investigação, que serve de tema à presente dissertação, ou seja, responder a duas questões:

- 1- Quais os critérios considerados aquando da realização de ecografias obstétricas por parte das grávidas?
- 2- Quais os critérios considerados pelos médicos quando escolhem o equipamento para executarem as ecografias obstétricas?

3.2- Definição do tipo de estudo

Com a elaboração desta dissertação pretende-se realizar um estudo quantitativo, descritivo e transversal. A abordagem quantitativa visa, tal como a denominação indica, a quantificação das variáveis analisadas junto da amostra de mulheres submetidas ao questionário. Com o estudo descritivo, pretende-se descrever os fenómenos e conceitos, anteriormente citados nesta dissertação, relativos às populações em estudo, com o propósito de estabelecer quais os critérios que as caracterizam. Pretende-se uma análise aos dois intervenientes principais na realização de ecografias obstétricas: o médico e as pacientes, permitindo que esta dissertação seja um estudo transversal aos critérios de decisão e de escolha na área da saúde obstétrica.

3.3- A população

Este estudo tem por população alvo mulheres portuguesas que tenham estado grávidas nos últimos 5 anos e ainda uma população de médicos obstetras ou radiologistas, prestadores de cuidados de saúde, do setor público e privado, que realizam ecografias obstétricas.

3.4- A amostra

Na população de grávidas optou-se por fazer uma amostra não probabilística segundo uma amostragem acidental. Os elementos incluídos tornaram-se acessíveis porque estavam *online* em grupos de mães e fóruns de grávidas na rede social *Facebook* na altura da realização dos inquéritos. A amostra de grávidas encerra 249 inquiridas.

A amostra de médicos contempla três obstetras e um radiologista que, tendo vários anos de experiência na área da execução de ecografias obstétricas, se manifestaram disponíveis para a realização da entrevista pessoal.

3.5- Instrumento de colheita de dados

Os dados podem ser recolhidos de diversas formas junto dos elementos em estudo. O tipo de instrumento mais adequado ao objetivo deste estudo é o método da entrevista estruturada.

A recolha de informação junto das grávidas foi realizada através de inquérito estruturado criado no *GoogleDocs*. A sua divulgação foi feita através das redes sociais, nomeadamente em grupos fechados exclusivos a este setor (Grávidas e Mães) no *Facebook*.

Na recolha de informação dos médicos, as entrevistas foram feitas pessoalmente, permitindo-se alguma flexibilidade de forma a combinar a abordagem estruturada e a não estruturada, com o objetivo de o entrevistador absorver o máximo de conhecimento nesta temática e também criar uma maior fluidez no diálogo.

Este tipo de entrevista permite recolher informação junto dos participantes no que diz respeito a:

- Factos;
- Ideias;

- Comportamentos;
- Preferências;
- Expetativas;
- Atitudes

Neste estudo, os inquéritos e a entrevista têm a funcionalidade de servir de método exploratório para avaliar conceitos, relações entre variáveis e conceber hipóteses, sendo o principal instrumento de medida desta investigação.

Antes da recolha de dados, ou seja, antes de começar a fase dos inquéritos e das entrevistas foi necessário criar dois guiões: um para o inquérito e outro para a entrevista e preparar os seus desenvolvimentos.

Com a identificação dos objectivos dos questionários, delimitou-se a informação pertinente a recolher para, de seguida, se construírem as questões relevantes. Na primeira revisão do questionário, estabeleceu-se a ordem das questões e ainda o seu formato segundo questões abertas e fechadas. Foi ainda redigido um texto introdutório aos questionários.

3.5-1. Objectivos do questionário destinado à grávida

- Identificar a mulher que realizou ecografias obstétricas há menos de 5 anos;
- Caracterizar a grávida, questionando acerca do local de residência, da idade, do nível de escolaridade e profissão;
- Identificar o número de ecografias obstétricas já realizadas;
- Distinguir os motivos da realização dos exames;
- Identificar o local onde faz os exames e aferir as razões da seleção;
- Perceber o grau de importância que dá aquando da escolha do local;
- Perceber o grau de satisfação pelo serviço recebido e as razões para essa classificação;
- Identificar o seu grau de conhecimento relativamente às diferentes marcas de equipamentos (ecógrafos);
- Perceber o seu grau de interesse, curiosidade e exigência pelo equipamento onde faz o exame;

- Perceber se a grávida alguma vez se questionou sobre os dois pontos acima mencionados e identificar os locais onde procurou informação.

3.5-2. Objetivos do questionário destinado aos médicos

- Identificar se trabalha no serviço público ou privado;
- Caracterizar quanto ao número de anos de experiência na área;
- Confirmar a existência de ecógrafo próprio, identificando a marca e o ano de aquisição;
- Averiguar qual o grau de satisfação face aos critérios: Qualidade de Imagem, Inovação tecnológica, Possibilidade 3D/4D, Tamanho do equipamento, Facilidade de utilização, Assistência técnica, ou outras;
- Identificar se existe ou não intenção de nova aquisição;
- Perceber as razões financeiras, tecnológicas ou de marketing implícitas na intenção manifestada;
- Caracterizar o grau de importância dos critérios apresentados (Aspectos Técnicos, Qualidade de Imagem, Inovação tecnológica, Possibilidade 3D/4D, Tamanho do equipamento, Facilidade de utilização, Assistência técnica, Prestígio da Marca, Recomendação/conselho dos colegas, Preço /condições de pagamento, Garantia ou outras) aquando de nova aquisição de ecógrafo;
- Perceber se houve intenção de procura de informação e fontes consultadas;
- Identificar a importância dada à opinião das pacientes aquando da equação de aquisição de ecógrafo.

3.6- Pré-teste e desenrolar da recolha de dados

Após a composição do questionário das grávidas, este foi testado antes da sua aplicação definitiva. Para tal, o pré-teste aplicou-se a um grupo de cinco mulheres com o objetivo de avaliar o grau de compreensão das questões e recolher algumas notas que poderiam servir de base ao seu aperfeiçoamento. Foi necessário refazer algumas questões colocando-as numa linguagem mais corrente e acessível. O restante desenrolar das entrevistas, nomeadamente dos médicos, decorreu sem perturbações de maior, excepto no

que diz respeito à dificuldade de agendamento e falta de disponibilidade manifestada para a participação nesse estudo por parte de alguns médicos contactados e que assim, não fazem parte da amostra inquirida.

Capítulo 4 – Apresentação dos resultados

4.1- Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo vão ser analisados, por um lado, os resultados obtidos a partir do questionário descrito no capítulo anterior aplicado ao agente da procura, ou seja, às mulheres grávidas ou que estiveram grávidas e por outro, os resultados das entrevistas realizadas aos agentes de oferta, ou seja os médicos que executam as ecografias obstétricas.

4.1-1. Análise da amostra de mulheres

As variáveis sociodemográficas que se estudaram no questionário são: a idade, as habilitações literárias, a relação da ocupação com a área da saúde e a residência, nesta última, considerando as variáveis, os distritos do país.

Os questionários foram aplicados a mulheres portuguesas. Foram registadas 255 respostas. No entanto, 6 revelaram encontrar-se fora da amostragem, uma vez que não estiveram grávidas há menos de 5 anos. Assim, a amostra é constituída por 249 inquiridas, das quais 36% são residentes no distrito de Lisboa, 17% no distrito de Setúbal, 12% no distrito do Porto, 9% no distrito de Santarém, 7% no distrito de Faro e as restantes distribuídas por todos os distritos do país como apresentado no Gráfico 1.

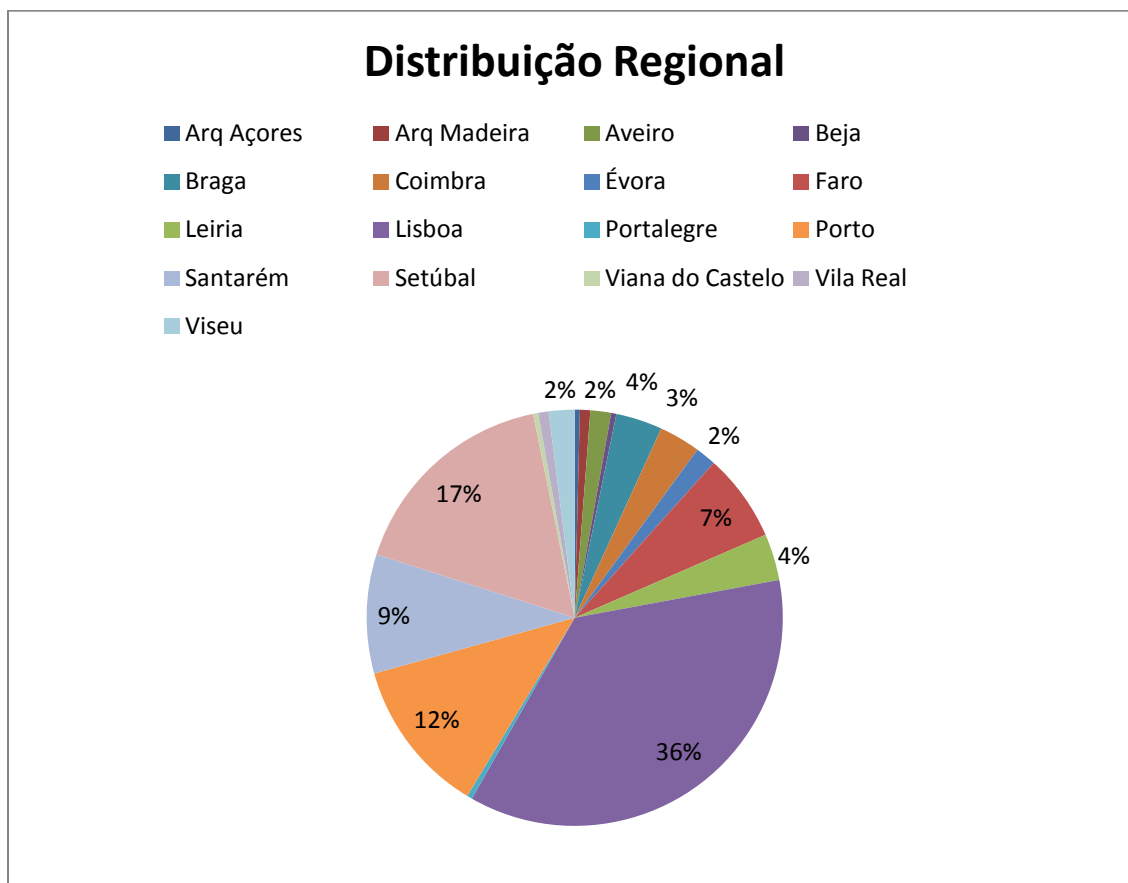


Gráfico 1- Distribuição geográfica da amostra de mulheres

No que respeita à idade das inquiridas, o escalão etário modal é o dos 26 aos 35 anos (73%), seguido do escalão dos 36 aos 42 anos (20%) tal como apresentado no Gráfico 2.

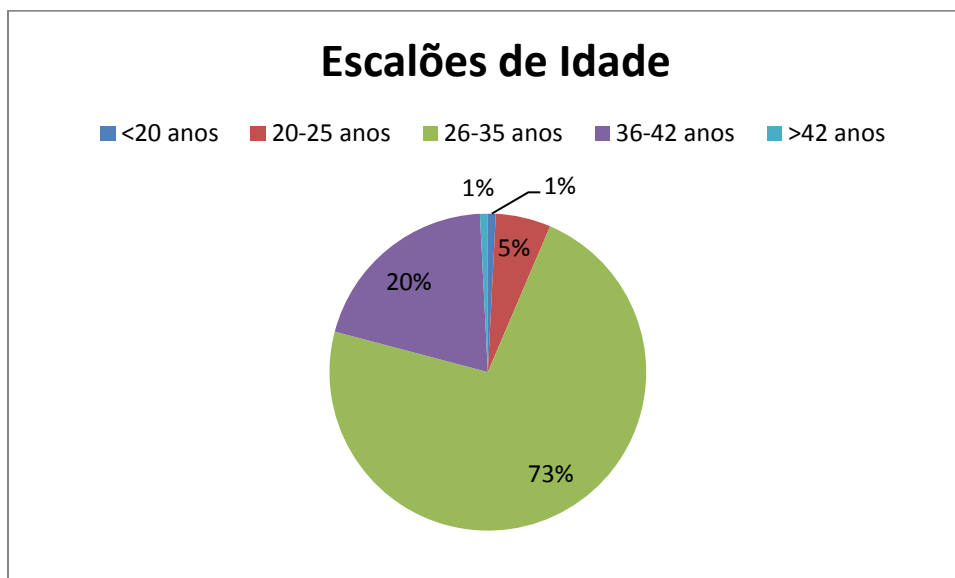


Gráfico 2- Escalões de Idade

No que concerne à formação académica (escolaridade) das inquiridas, o gráfico 3 demonstra que o destaque vai para quem possui o grau de Ensino Superior (68%), seguido das detentoras do grau de Ensino Secundário (29%).

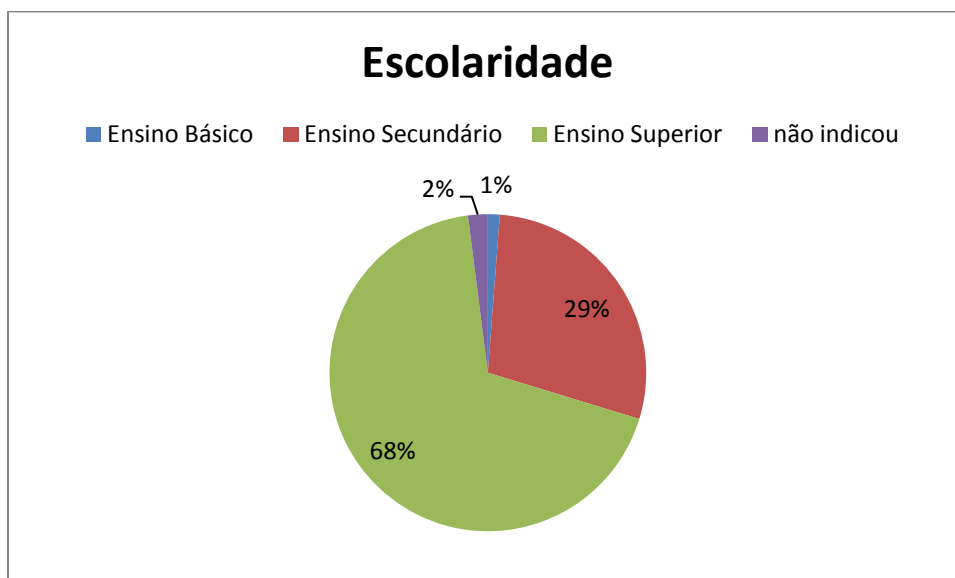


Gráfico 3 – Grau de escolaridade

Considerou-se importante também caracterizar a amostra quanto à ligação da sua profissão com a área da saúde. Assim, tal como apresentado no gráfico 4, podemos verificar que 86% das inquiridas não têm um trabalho relacionado com a área da saúde enquanto 34% estão, de alguma forma, dentro do setor.



Gráfico 4- Relação da profissão com a área da saúde

4.1-2. Análise descritiva do comportamento do consumidor (mulheres)

A fim de avaliar o comportamento do consumidor do serviço, neste caso, das mulheres, no que se refere à realização de ecografias obstétricas, pretendeu-se: identificar o número de ecografias obstétricas já realizadas; distinguir os motivos da realização dos exames; identificar o local onde faz os exames e aferir as razões da seleção; perceber o grau de importância que dá aquando da escolha do local; perceber o grau de satisfação pelo serviço recebido e as razões para essa classificação; identificar o grau de conhecimento relativamente às diferentes marcas de equipamentos (ecógrafos) e perceber o grau de interesse, curiosidade e exigência pelo equipamento onde habitualmente realiza o exame.

Assim, verificou-se que, apesar de serem apenas três as ecografias obrigatórias recomendadas, a maioria das inquiridas (70%) realizou mais de quatro ecografias durante

um período de gravidez. 11% realizou três e 19% realizou quatro, tal como apresentado no gráfico 5.

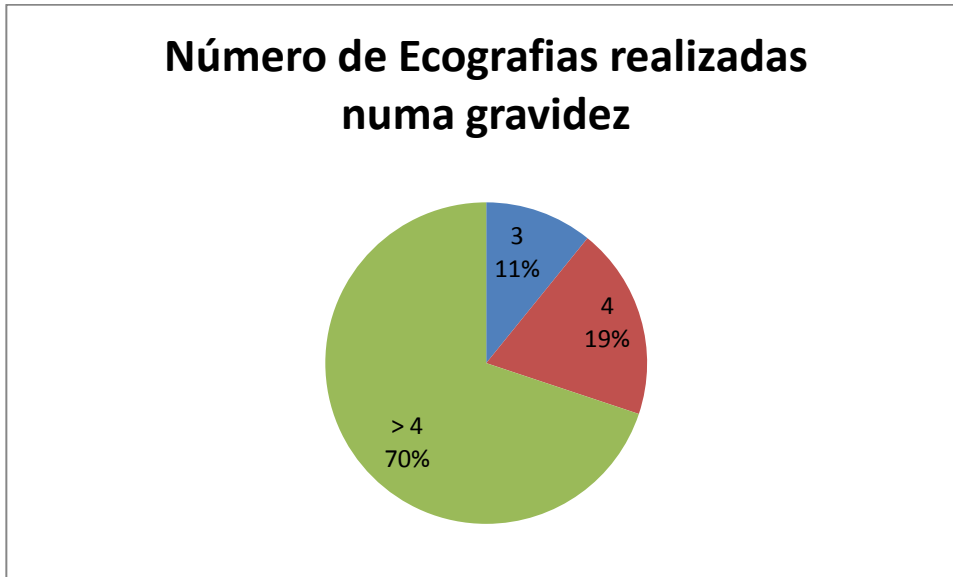


Gráfico 5- Ecografias realizadas durante um período de gravidez

Os motivos para a realização de ecografias obstétricas também foram analisados e verificou-se, tal como demonstrado no gráfico 6, que a maioria das inquiridas (51%) realizou os exames porque estes foram prescritos pelo médico obstetra particular que as acompanhava durante o período da gravidez. Das inquiridas, apenas 15% indicaram terem sido encaminhadas pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) através da prescrição do médico de família ou obstetra do hospital público. Outros dados relevantes são: 11% indicaram que para além da prescrição do obstetra particular, decidiram realizar os exames por decisão própria ou por aconselhamento de familiares ou amigos; 10% indicaram que foram motivadas pela prescrição nos dois sistemas - médico de família do SNS e obstetra particular - 4% por prescrição do médico de família e por decisão própria e 4%, unicamente, por decisão própria. De referir, ainda, que 5% indicaram que tiveram complicações durante a gravidez tendo sido esse o motivo para a realização de mais do que três ecografias. Outras razões que motivaram a realização de ecografias foram a facilidade de acesso ao meio complementar de diagnóstico (1 inquirida) e o método próprio do obstetra que acompanhou a gravidez (1 inquirida).

Podemos então verificar que, para além de uma prevalência grande do acompanhamento de grávidas por um sistema de saúde privado na área da obstetrícia, existe, muitas vezes, duplicação do acesso aos cuidados de saúde por repetição de exames, nos dois setores: público e privado.

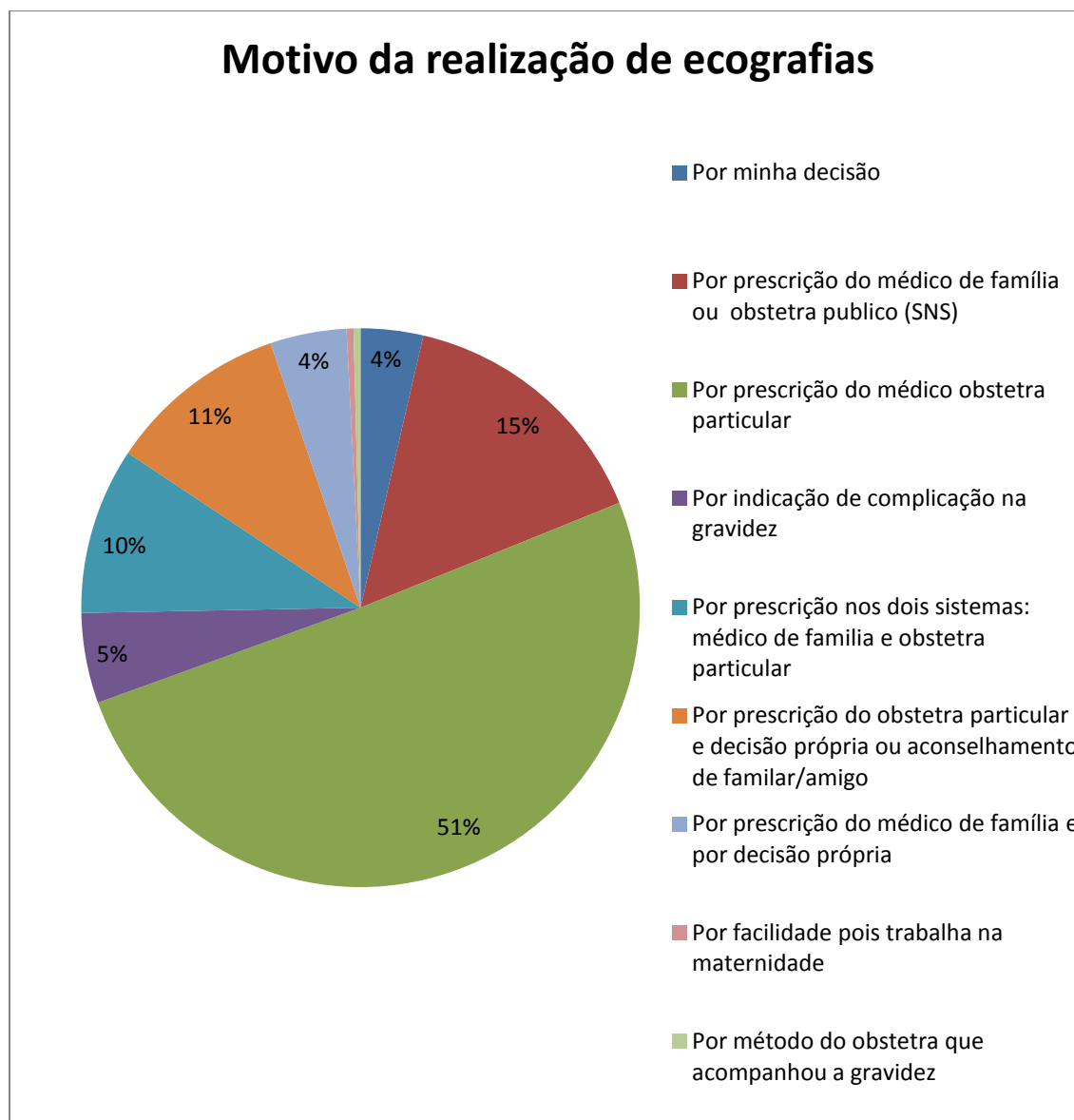


Gráfico 6- Motivo para a realização de ecografias obstétricas

Quanto à análise do local onde realizaram as ecografias, apresentada nos gráficos 7 e 8, verificou-se que 90% das inquiridas realizaram os seus exames num sistema privado, com apenas 10% a indicarem terem realizado as suas ecografias no hospital público.

Esta realidade poderá dever-se ao facto de existirem acordos do SNS com várias entidades privadas para a realização das ecografias obstétricas já que os hospitais públicos não têm capacidade de resposta para todas as solicitações em tempo útil.

Assim, dentro das opções apresentadas, 15% das inquiridas indicaram ter feito ecografias apenas no hospital privado, outras 15% referiram apenas ter recorrido ao consultório do médico obstetra e 18% responderam ter apenas realizado em clínicas especializadas em ecografias. Para além de outras indicações, a maioria (52%) indicou que optou por realizar em mais que um local, fosse ele em clínicas especializadas em ecografias (38%) ou em hospitais privados (9%) e consultórios de obstetras (4%).

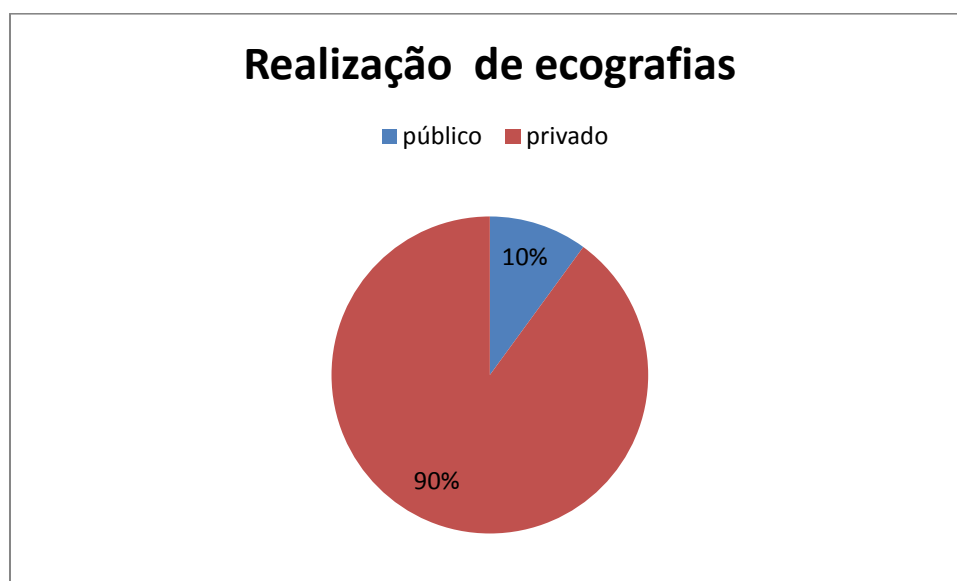


Gráfico 7- Realização de ecografias. Sistema público vs sistema privado.

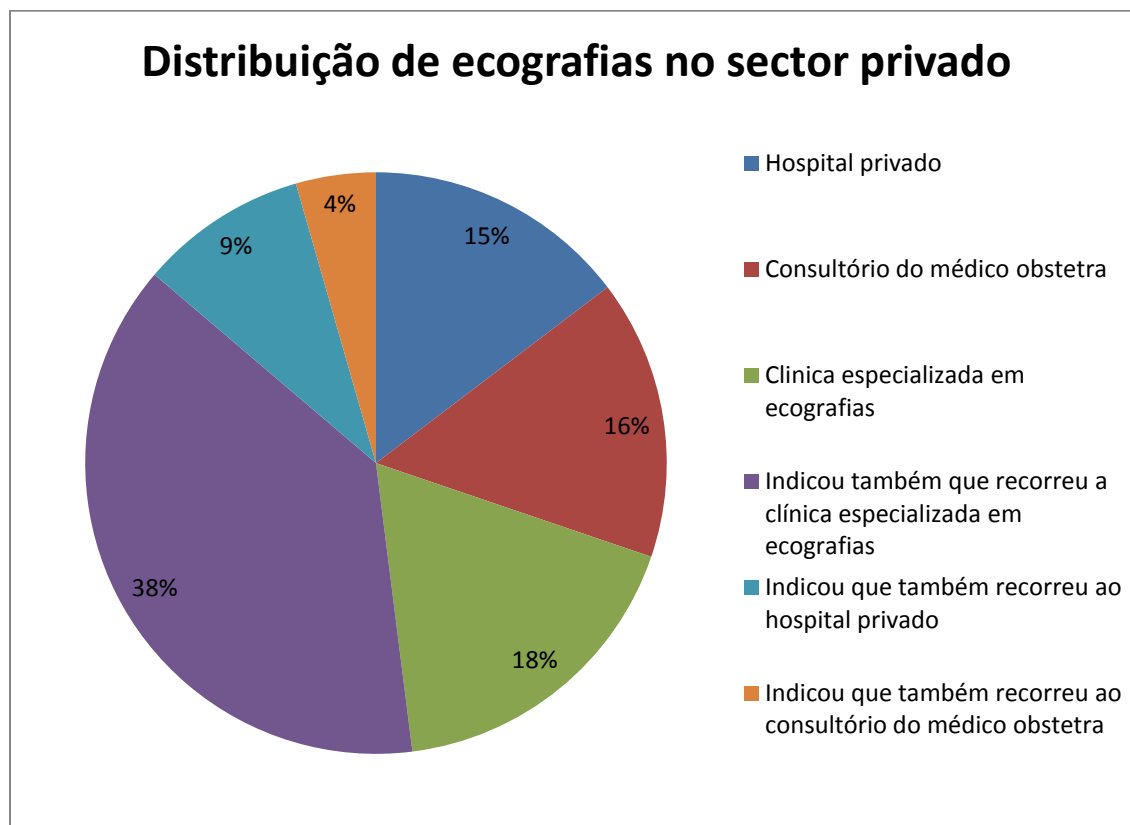


Gráfico 8- Distribuição das ecografias realizadas no sector privado.

Quanto à distribuição geográfica dos locais onde as inquiridas realizam as suas ecografias obstétricas, tal como indicada no gráfico 9, podemos observar que há uma grande parte da amostra que se distribui essencialmente pelos grandes centros urbanos, como Lisboa (48%) e Porto (14%).

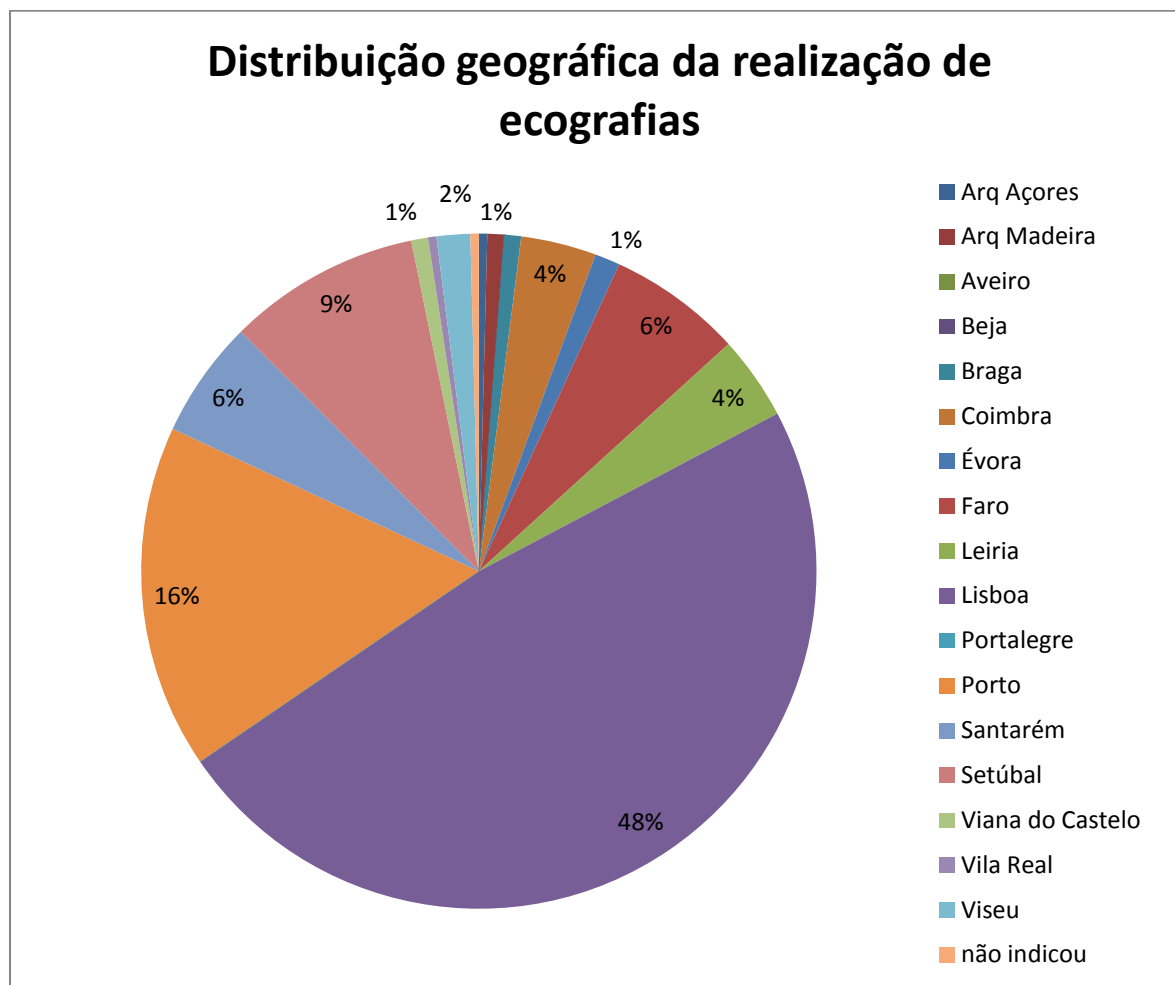


Gráfico 9- Distribuição geográfica da realização de ecografias obstétricas, por distrito

Quando comparamos, como no gráfico 10, a distribuição geográfica das inquiridas, com a distribuição geográfica dos locais onde as mesmas realizam as suas ecografias obstétricas, verificamos que existem diferenças, pois alguns distritos descem em relação aos maiores centros urbanos (essencialmente, os de Lisboa e Porto). Assim, pode-se colocar a hipótese de existirem, nestes centros urbanos, uma maior concentração de locais para a realização de ecografias obstétricas ou os que existem serem os que têm um maior número de recomendações, atraindo um maior número de pacientes.

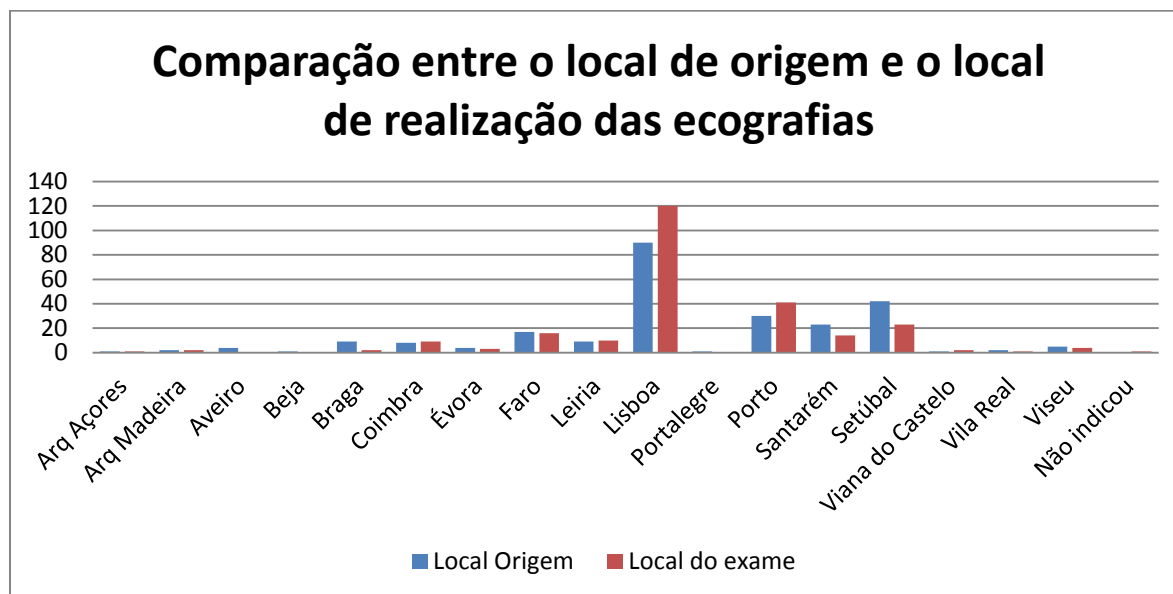


Gráfico 10- Comparação entre o local de origem e o local de realização das ecografias

A análise dos motivos para a escolha do local na realização de ecografias obstétricas, está esquematizado no gráfico 11. Assim, a razão principal para esta escolha assenta na indicação do médico que acompanha a gravidez (132 inquiridas). Seguem-se as outras razões tais como a recomendação de amigos e familiares (63 inquiridas) e o facto de existirem acordos nesses locais, quer com o sub-sistema ou seguro de saúde (59 inquiridas), quer com o Sistema Nacional de Saúde (57 inquiridas). 54 inquiridas indicaram, ainda, que o facto de saberem que o local escolhido possuía um ecógrafo com tecnologia mais avançada também influenciou a sua escolha. A informação disponível na internet foi apontada como motivo por apenas 12 inquiridas e 9 registaram outros motivos.

Assim, podemos delinear um perfil no padrão de comportamento das inquiridas, ou seja, para além do principal influenciador ser o médico que segue a grávida e que a encaminha para os seus locais de referência, identificamos a influência de grupos de referência (amigos, familiares) no comportamento das consumidoras do serviço.

Podemos ainda salientar a crescente perceção da importância das tecnologias na saúde, ou pelo menos, esta sensibilização já se encontra a par das razões financeiras (acordos e seguros) aquando das considerações para a escolha do local.

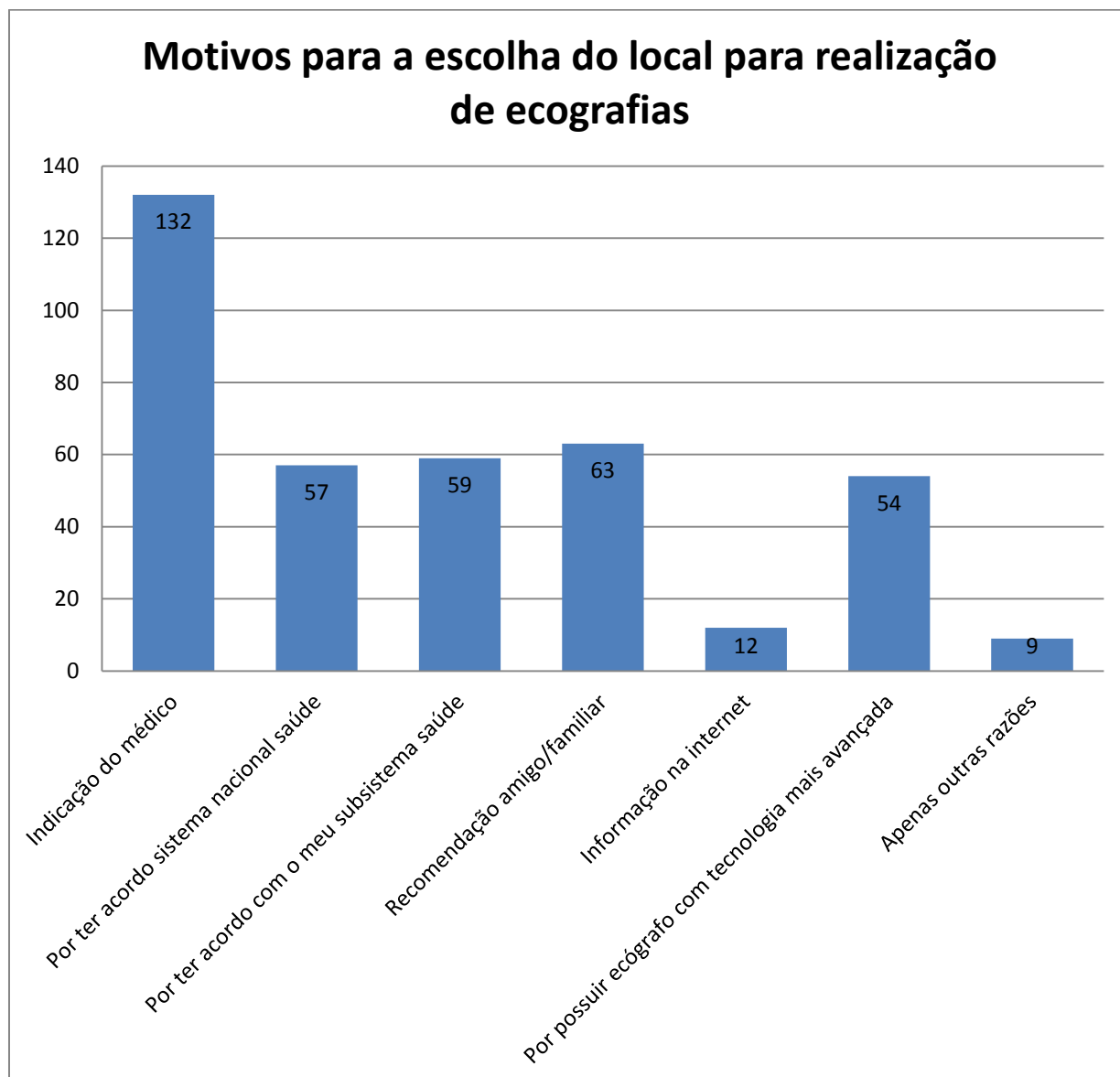


Gráfico 11- Motivos para a escolha do local para realização de ecografias

Averiguou-se o grau de importância dada a cada um dos seguintes critérios aquando da escolha do local para a realização de ecografias: indicação do médico, recomendação de amiga ou familiar, informação na internet, ter acordo com o Sistema Nacional de Saúde (gratuito), ter acordo com o sistema de saúde (ADSE/SAMS/Seguro de Saúde/etc.), possuir ecógrafo com tecnologia mais avançada (3D/4D) e preço do exame. Foi então pedido que classificassem de 1 a 5, sendo a escala de importância estabelecida da seguinte forma: 1- Nada importante; 2- Pouco importante; 3- Importante; 4- Muito importante; 5- MUITÍSSIMO importante.

Assim, constatou-se que o motivo que reuniu em média o maior grau de importância foi a indicação do médico (4,3), logo seguido do facto do local possuir ecógrafo com tecnologia avançada (3D/4D) (4,1). Em média, o que foi considerado com menor importância foi a informação disponível na internet (2,5). Todos estes dados são apresentados no gráfico 12.

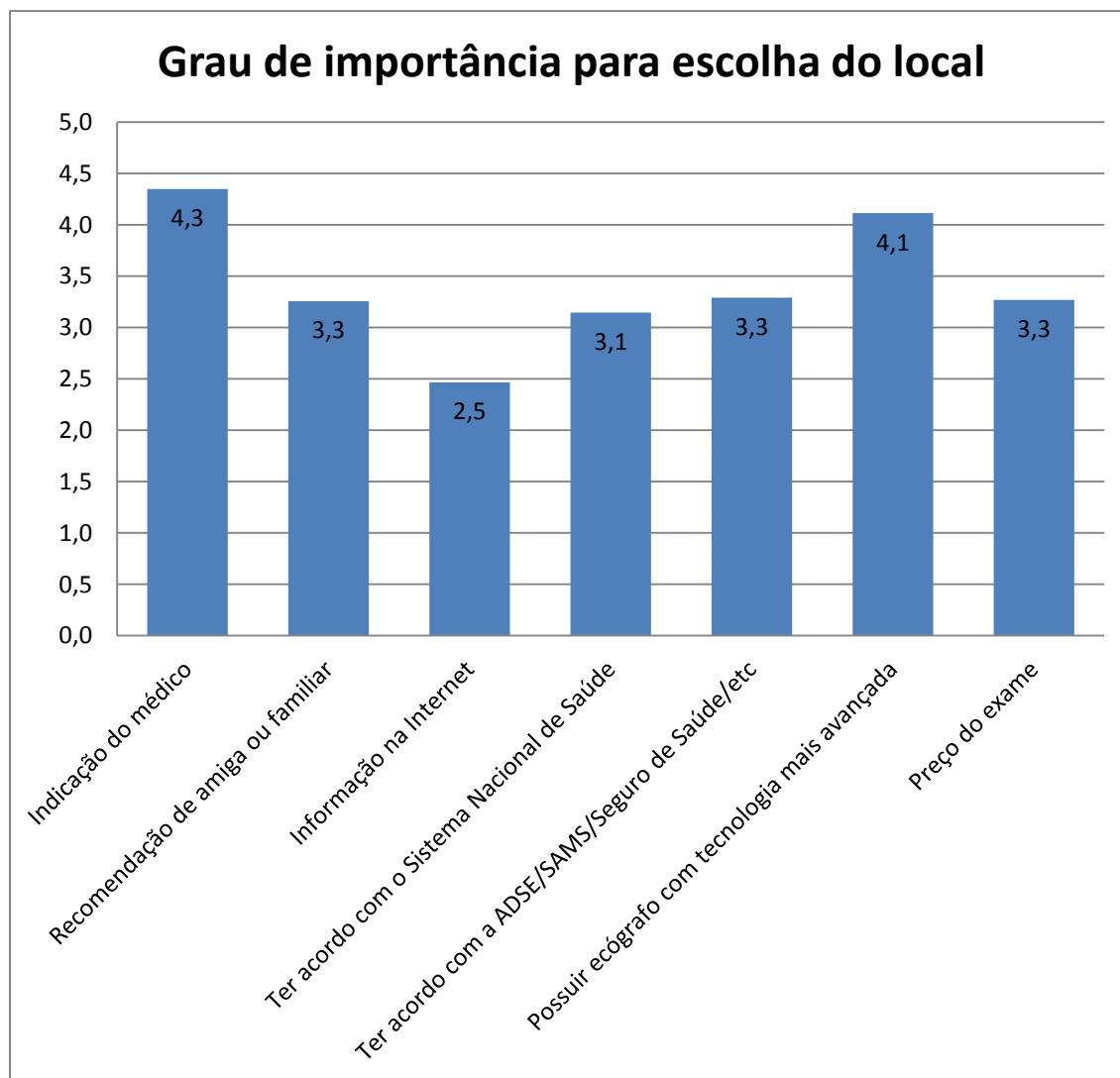


Gráfico 12 - Grau de importância para escolha do local para a realização da ecografia

Quando analisado o grau de importância destes critérios por grau de escolaridade, como no gráfico 13, verifica-se que não existem grandes variações na avaliação que é feita, à exceção do setor do ensino básico que valoriza menos, em média, a opinião do médico, a

recomendação de amigos ou familiares e o facto de o local possuir ecógrafo com tecnologia mais avançada. O setor do ensino superior que é a amostra mais significativa da população analisada, considera quase sempre mais importante qualquer um dos critérios, face aos outros setores, exceção feita aos fatores: ter acordo com o SNS e preço do exame.

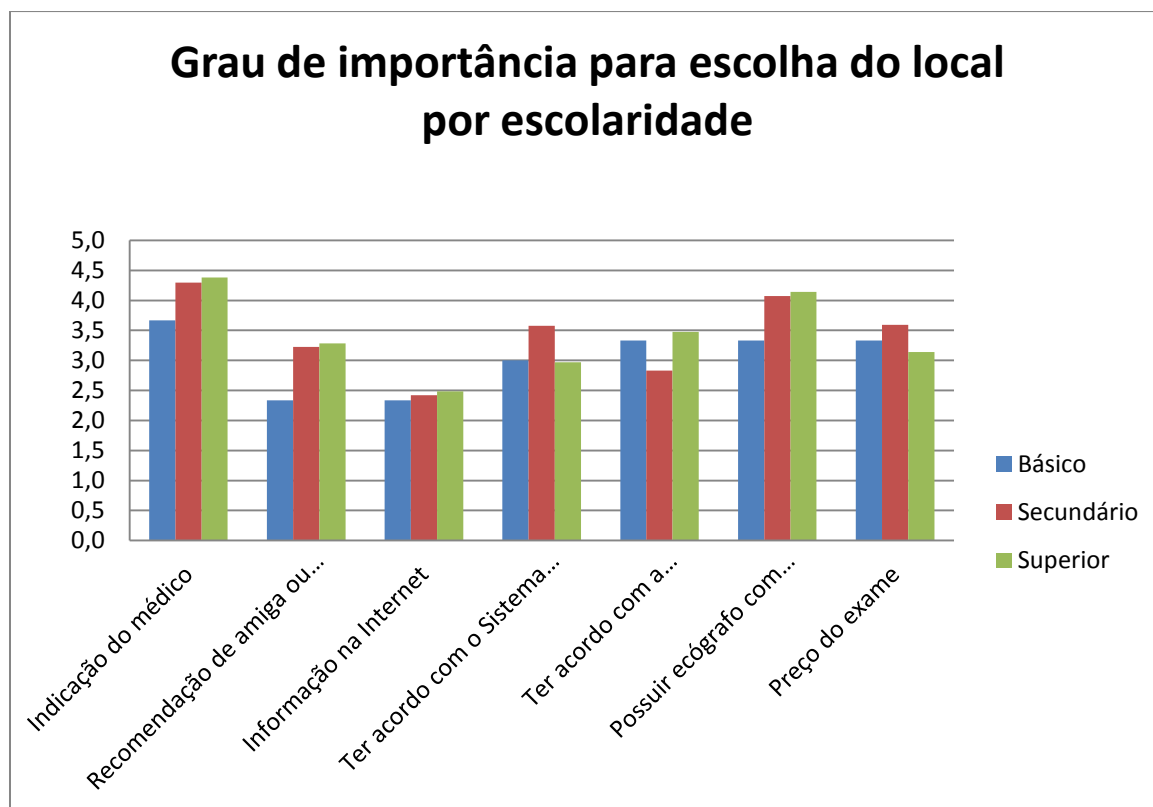


Gráfico 13- Grau de importância para escolha do local por escolaridade

Quando analisado o grau de importância destes critérios por escalão de idades, como no gráfico 14, verifica-se que não existem grandes variações na avaliação feita, à exceção dos sectores limítrofes - inferior a 20 anos e superior a 42 anos - que apresentam as maiores discrepâncias na avaliação de todos os critérios, à exceção do da informação na internet. Esta observação poderá ser motivada pela baixa contribuição representativa destes dois escalões na amostra utilizada.

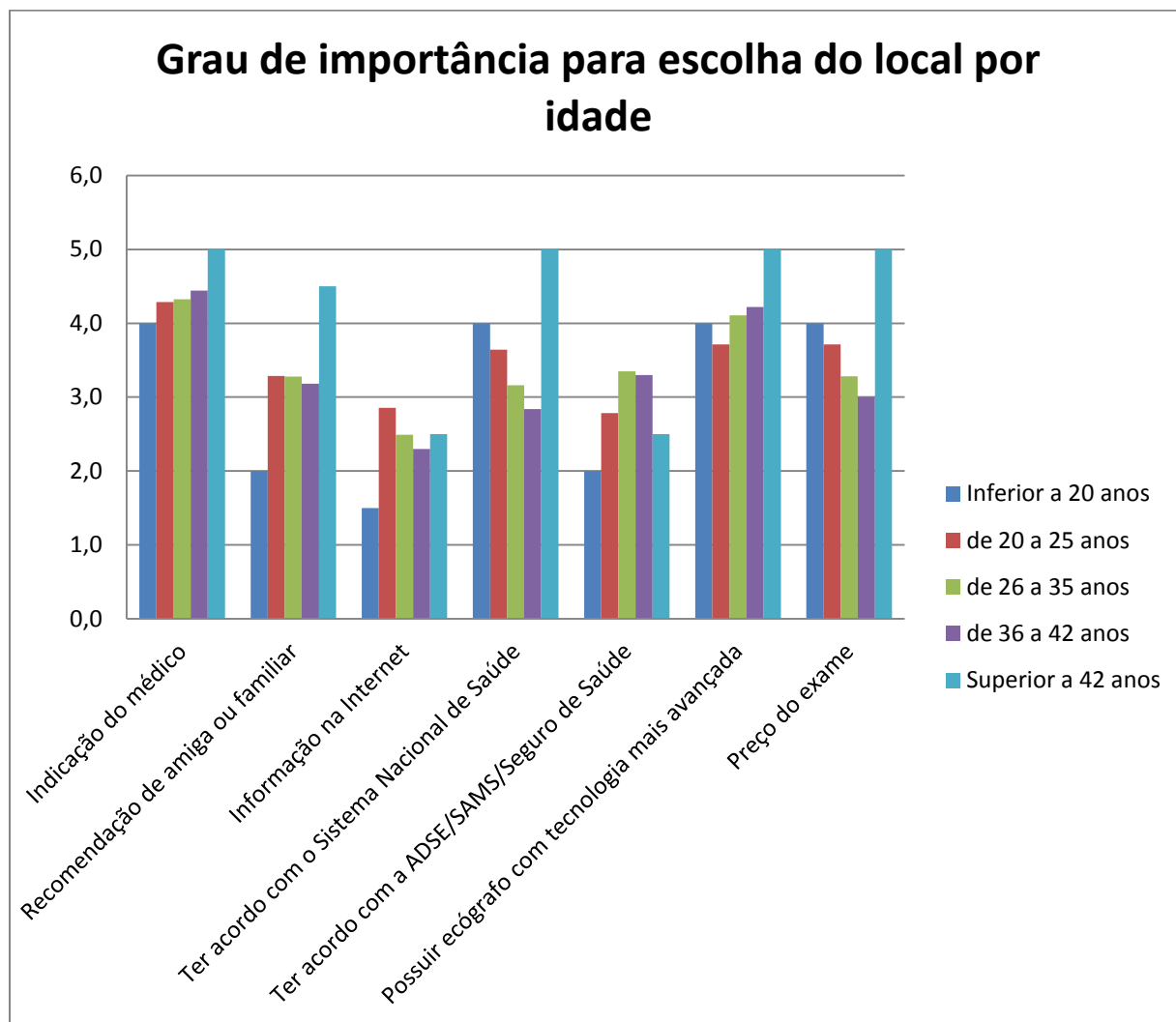


Gráfico 14 - Grau de importância para escolha do local por idade

Quando analisado o grau de importância destes critérios por relação da profissão das inquiridas com a área da saúde, como no gráfico 15, verifica-se que, contrariamente ao esperado, não existem grandes variações na avaliação efectuada. Seria de esperar que as inquiridas que, de alguma forma, estão ligadas ao sector da saúde estivessem mais sensibilizadas para as tecnologias da saúde e que, portanto, este fosse um critério a destacar-se. Tal não acontece, o que levanta a hipótese de toda a população de grávidas estar já bastante sensibilizada e consciente da importância da tecnologia mais avançada, uma vez que a classificação atribuída, no geral, ronda em média o “Muito Importante”, vindo logo a seguir à recomendação do médico.

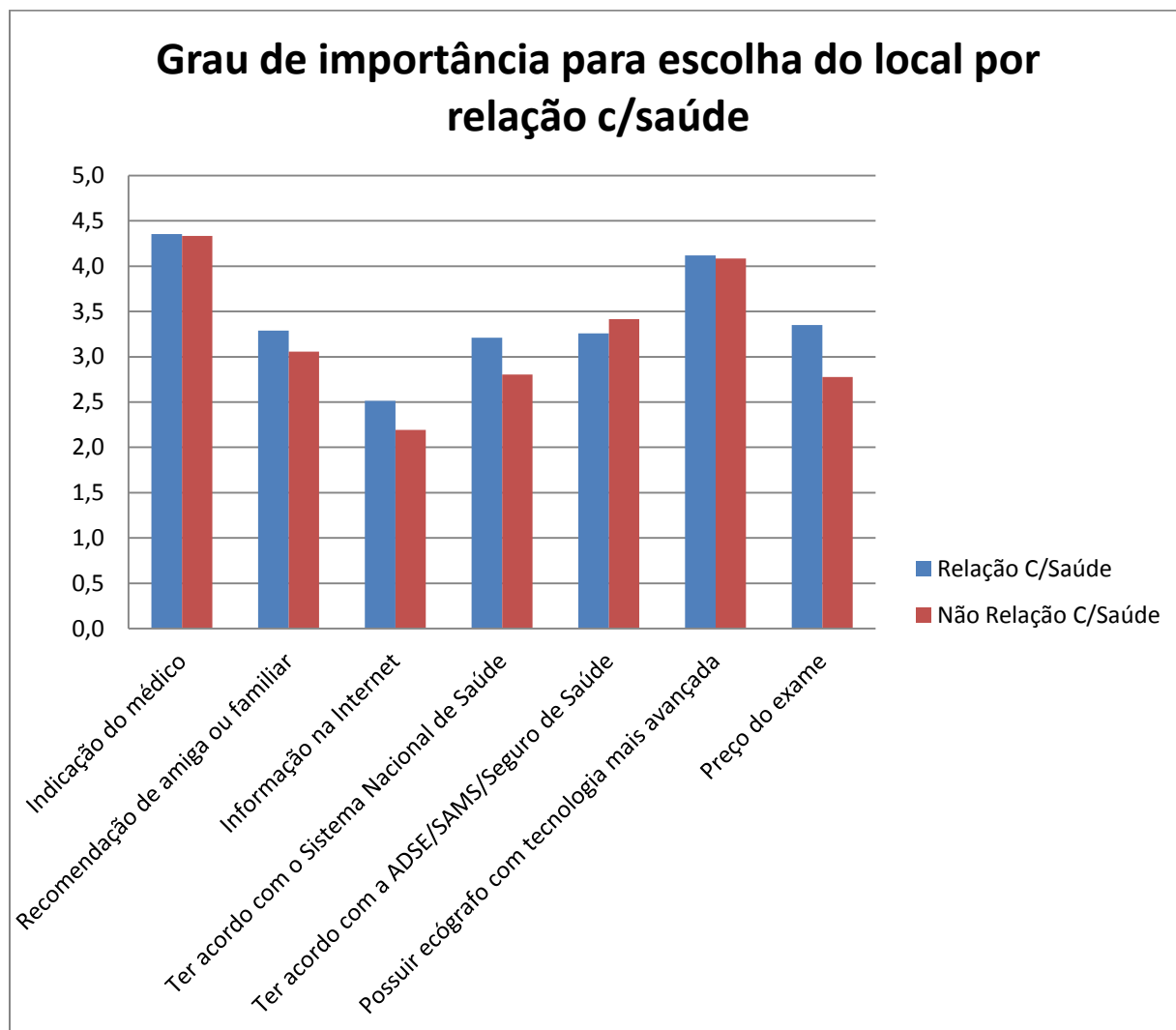


Gráfico 15 - Grau de importância para escolha do local por relação c/saúde

Quando foi solicitado que as inquiridas classificassem, em relação às ecografias realizadas, o grau de importância de diferentes factores: tempo de espera para realizar a ecografia; duração da ecografia; informação dada pelo médico durante a ecografia; número de imagens fornecidas em fotografia ou em CD; qualidade da imagem visualizada durante a ecografia; simpatia do médico durante a ecografia; preço da ecografia e marca do equipamento, o resultado foi o apresentado no gráfico 16. A escala de classificação deste parâmetro foi de 1 a 5, sendo 1- Nada importante; 2- Pouco importante; 3- Importante; 4- Muito importante; 5- MUITÍSSIMO importante.

Observou-se, então, que, em média, o grau de importância atribuído foi maior em relação à informação dada pelo médico e à qualidade da imagem visualizada durante a ecografia. Foram, também, classificados como muito importante os factores: simpatia do

médico e duração da ecografia. De pouca importância foi considerada a marca do equipamento.

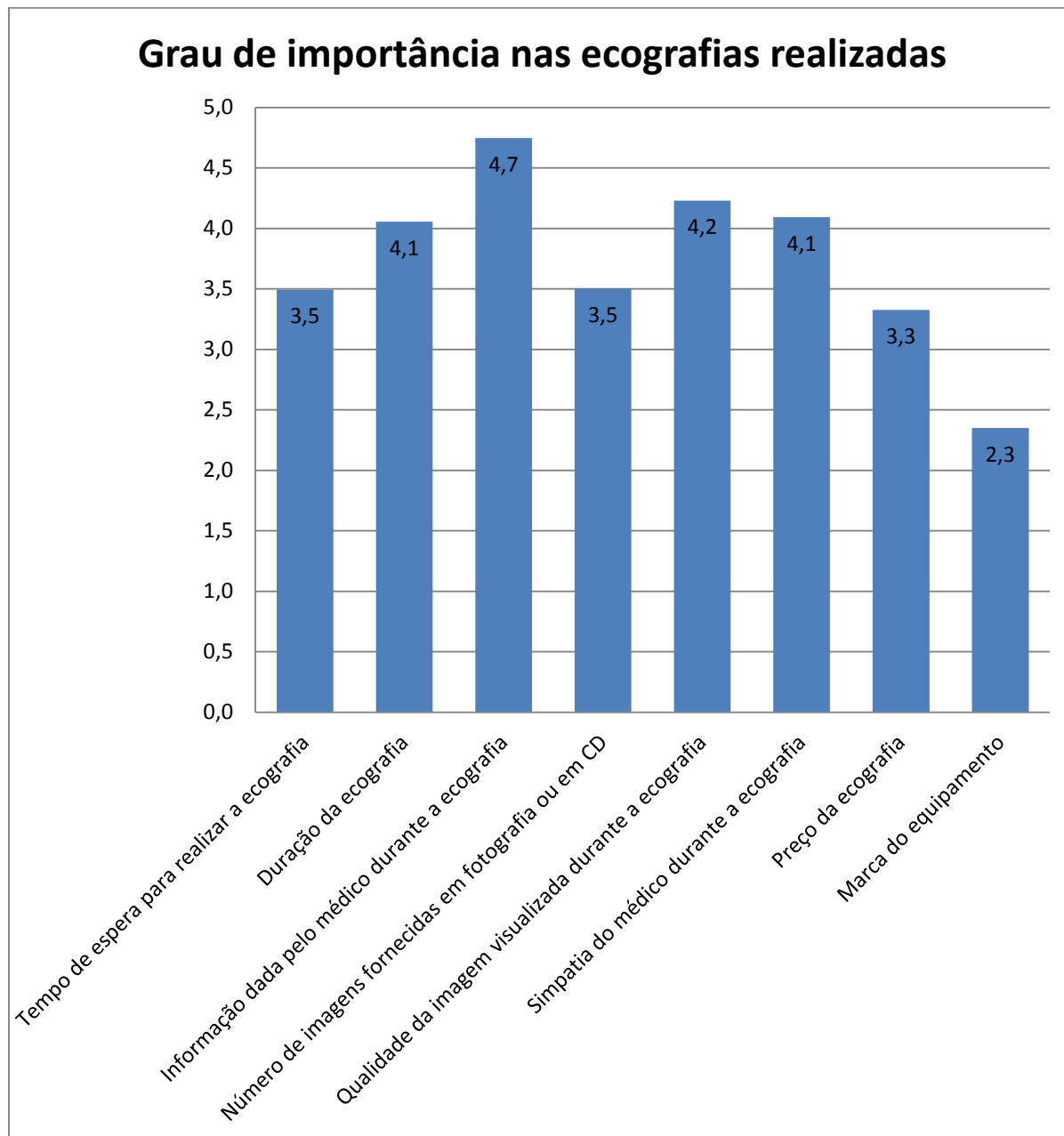


Gráfico 16 - Critérios de importância nas ecografias realizadas

Quando analisado, relativamente às ecografias já realizadas, o grau de importância destes critérios por grau de escolaridade, como no gráfico 17, verifica-se que não existem grandes variações na avaliação que é feita, à excepção do setor do ensino básico que valoriza menos, face aos outros setores, o número de imagens fornecidas, a qualidade de imagem visualizada e a marca do equipamento.

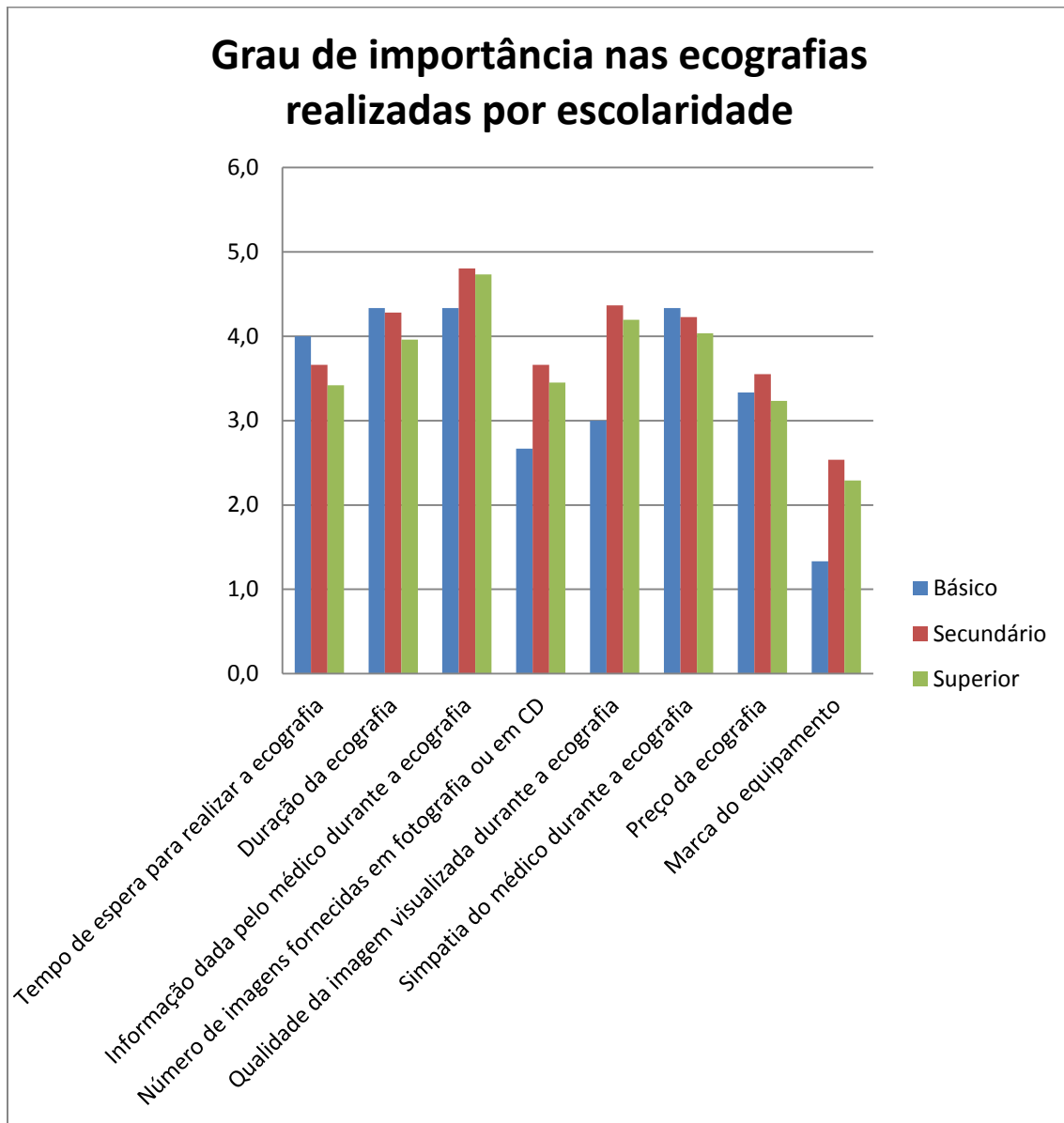


Gráfico 17 - Critérios de importância nas ecografias realizadas por escolaridade

Quando analisado, relativamente às ecografias já realizadas, o grau de importância destes critérios por escalão de idades, como no gráfico 18, verifica-se que não existem grandes variações na avaliação que é feita, à exceção dos sectores limítrofes - inferior a 20 anos e superior a 42 anos. No sector inferior a 20 anos, verifica-se, face aos outros setores, terem maior importância os critérios de tempo de espera e duração da ecografia; enquanto que no setor superior a 42 anos se verifica, face aos outros setores, uma importância maior na duração e preço da ecografia e uma importância muito menor quanto ao número de

imagens fornecidas. Esta observação poderá ser motivada pela baixa contribuição representativa destes dois escalões na amostra utilizada. Podemos ainda dizer que, salvo estas exceções, quanto maior a idade, menor o grau de importância atribuído a cada um dos critérios.

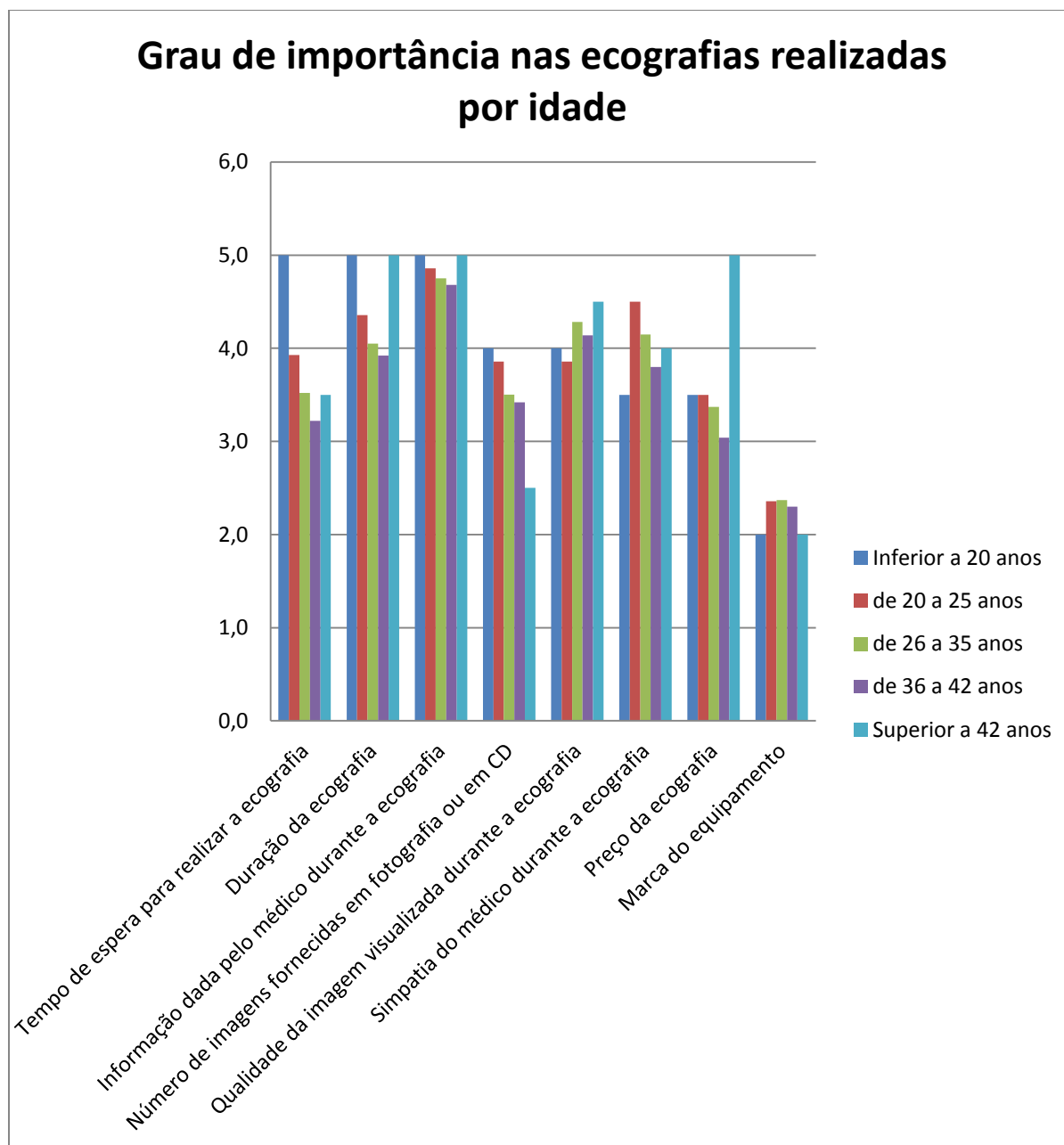


Gráfico 18 - Grau de importância de critérios nas ecografias realizadas por idade

Quando analisado, relativamente às ecografias já realizadas, o grau de importância destes critérios por relação da profissão das inquiridas com a área da saúde, como no gráfico 19, verifica-se que, contrariamente ao expetado, não existem grandes variações na

avaliação que é feita. Seria de esperar que as inquiridas que, de alguma forma estão ligadas ao setor da saúde estivessem mais sensibilizadas para a marca do equipamento ou a qualidade de imagem visualizada e que, conseqüentemente, estes fossem critérios com destaque. Tal não acontece, o que levanta a hipótese de toda a população de grávidas estar já bastante sensibilizada para a qualidade de imagem visualizada, uma vez que a classificação atribuída, no geral, ronda em média o “Muito Importante”. Este critério é o 2º melhor classificado em grau de importância, sendo o 1º o critério “Informação dada pelo médico durante a ecografia”. Em relação à marca do equipamento, este não é um critério importante mesmo para a amostra de inquiridas cuja profissão está relacionada com a saúde.

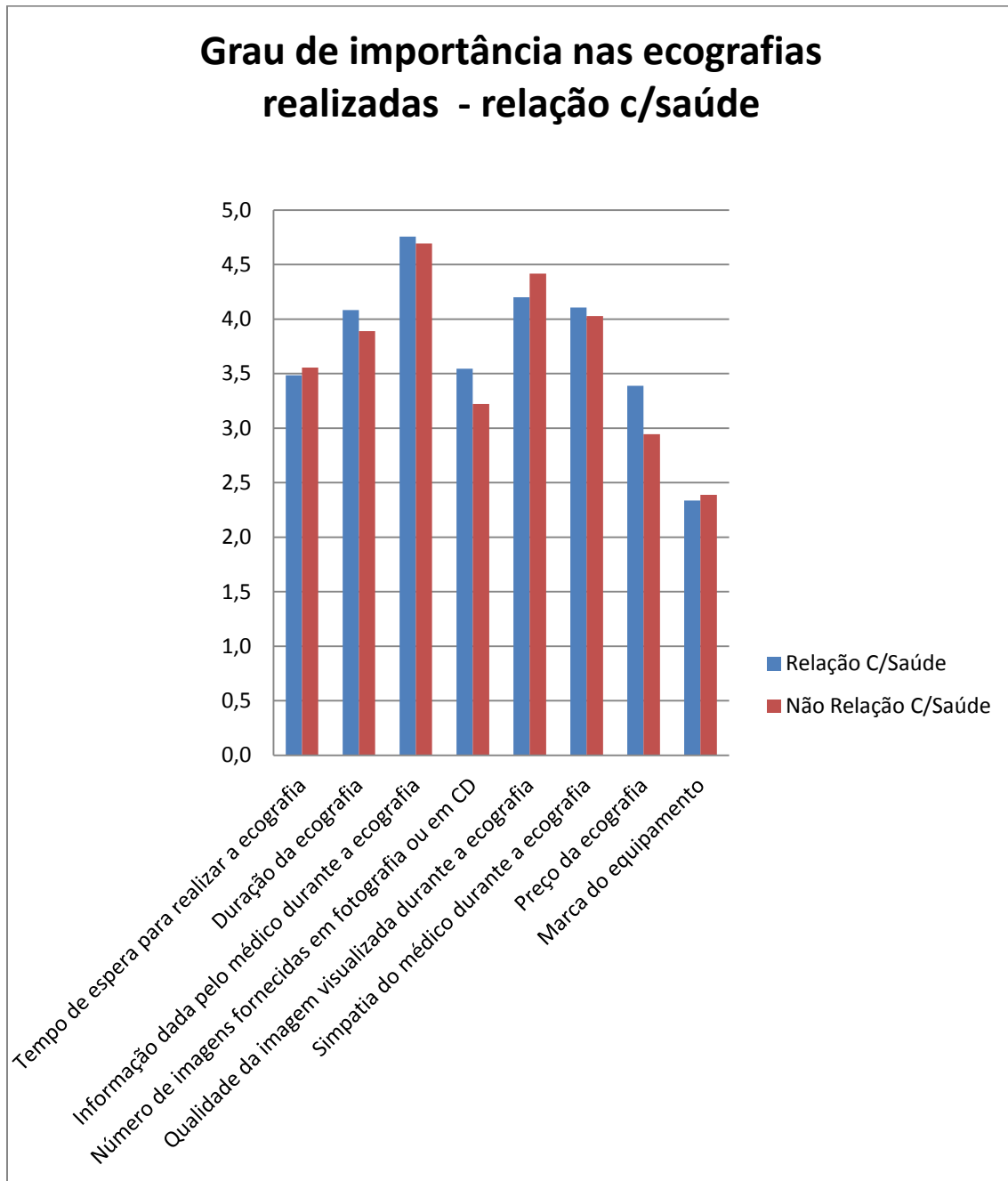


Gráfico 19 - Grau de importância nas ecografias realizadas - relação c/saúde

Quando solicitado para classificar, em relação às ecografias realizadas, o grau de satisfação de diferentes factores, tais como: tempo de espera para realizar a ecografia; duração da ecografia; informação dada pelo médico durante a ecografia; número de imagens fornecidas em fotografia ou em CD; qualidade da imagem visualizada durante a ecografia, simpatia do médico durante a ecografia e preço da ecografia, o resultado foi o apresentado no gráfico 20. A escala de classificação foi de 1 a 5, sendo 1- Nada satisfeito;

2- Pouco satisfeito; 3- Satisfeito; 4- Muito satisfeito; 5- MUITÍSSIMO satisfeito. Observou-se que, em média, o grau de satisfação atribuído foi superior em relação à informação dada pelo médico, seguida da simpatia do médico durante a ecografia sendo classificado como satisfatórios, critérios como a duração da ecografia, a qualidade de imagem visualizada. De referir ainda que, em média, nenhum critério foi classificado como pouco satisfatório ou nada satisfatório.

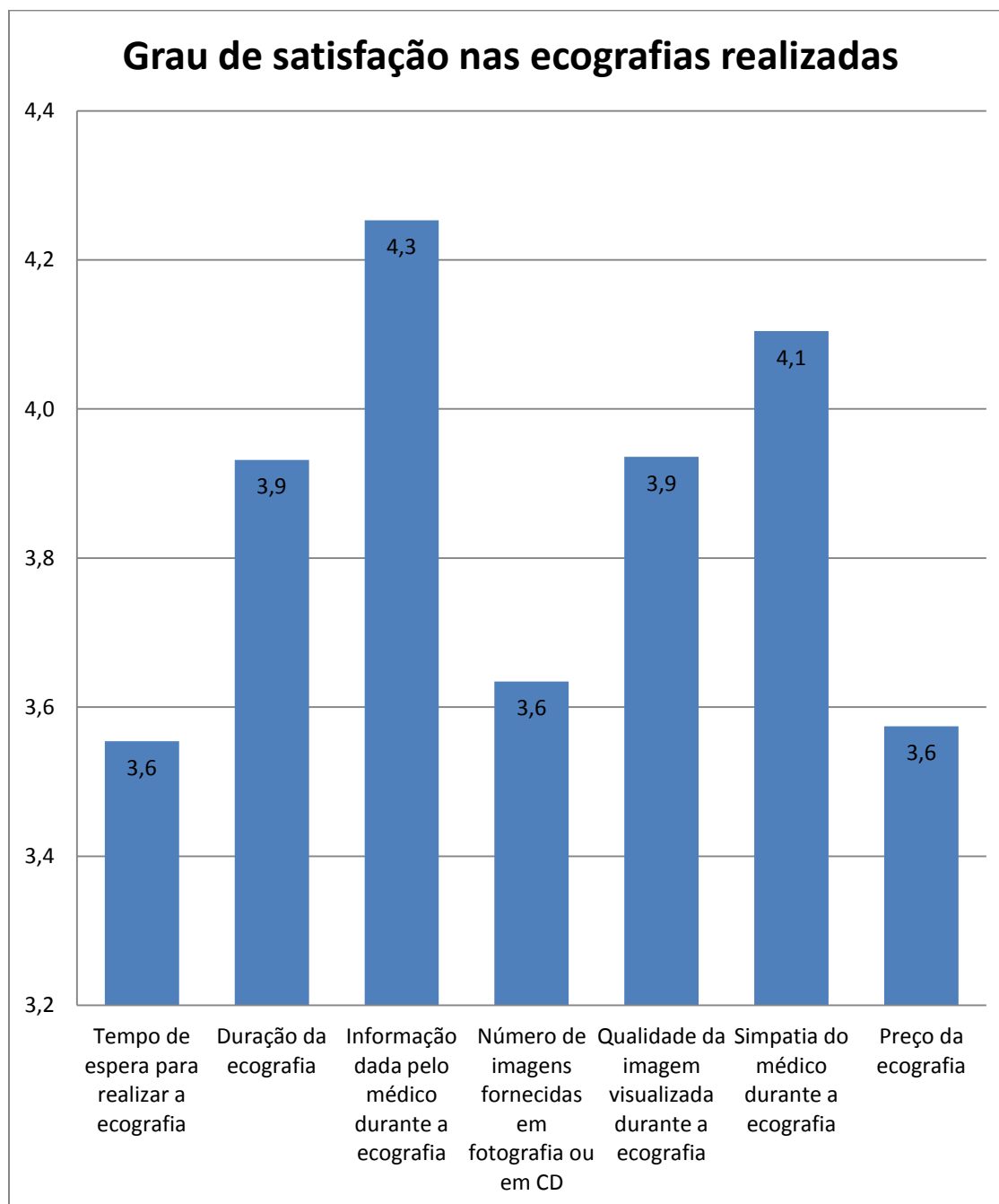


Gráfico 20 - Grau de satisfação nas ecografias realizadas

Quando analisado, relativamente às ecografias já realizadas, o grau de satisfação destes critérios por grau de escolaridade, como no gráfico 21, verifica-se que existem variações na avaliação que é feita, nomeadamente ao nível do grupo com o ensino básico em que o grau de satisfação é menor em todos os critérios. Em relação aos setores como ensino secundário ou superior não se observam grandes diferenças, sendo maioritariamente as inquiridas com ensino superior a revelarem maior satisfação em todos os critérios.

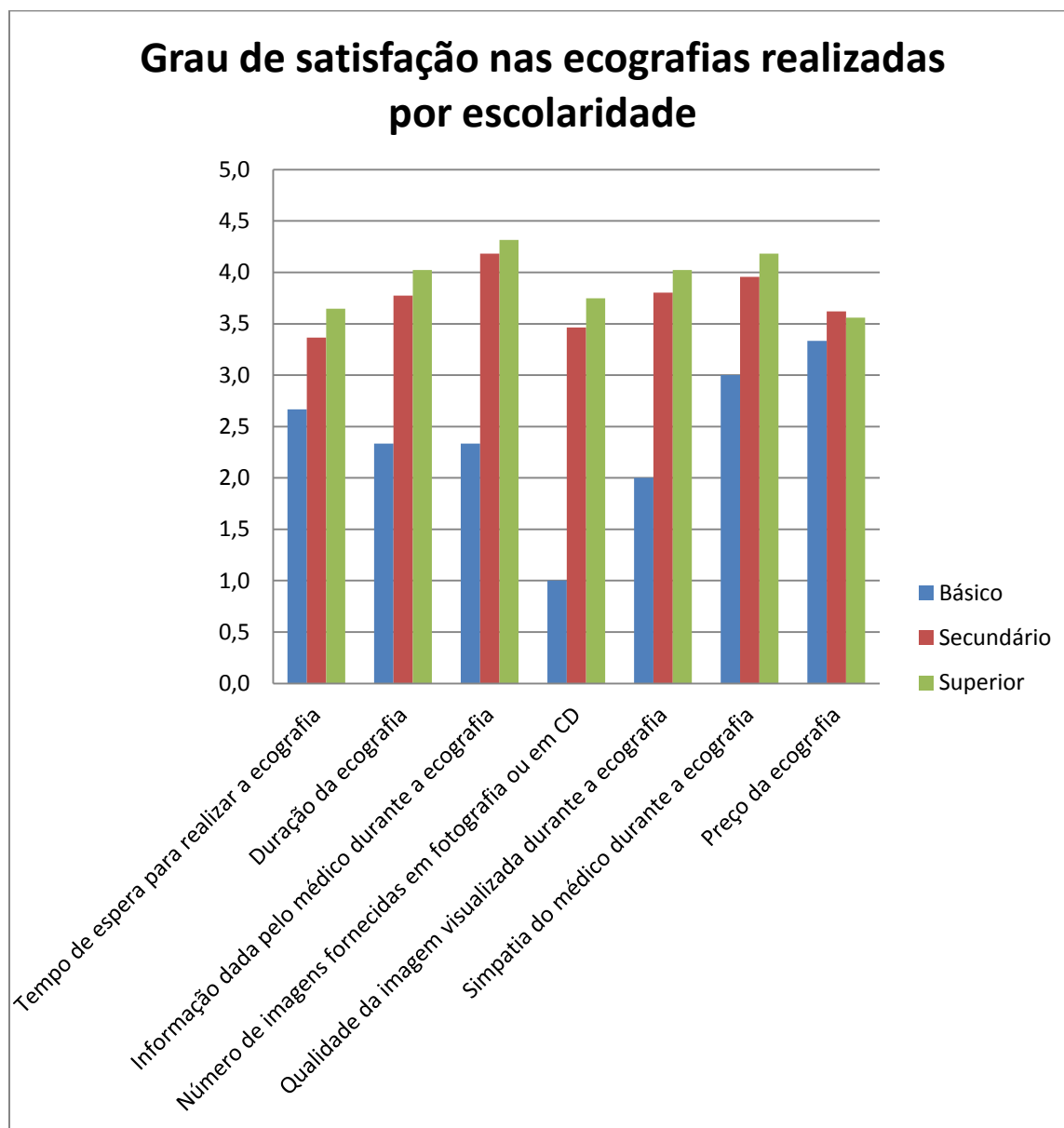


Gráfico 21 - Grau de satisfação nas ecografias realizadas por escolaridade

Quando analisado, relativamente às ecografias já realizadas, o grau de satisfação destes critérios por escalão de idades, como no gráfico 22, verifica-se que não existem grandes variações na avaliação que é feita, à exceção dos sectores limítrofes: Inferior a 20 anos e Superior a 42 anos. No escalão Inferior a 20 anos, verifica-se, face aos outros escalões, um grau de menor satisfação em todos os critérios. No escalão Superior a 42 anos verifica-se, face aos outros sectores, uma satisfação maior relativamente ao preço da ecografia e uma satisfação muito pior quanto ao número de imagens fornecidas. Esta observação poderá ser motivada pela baixa contribuição representativa destes dois escalões na amostra utilizada.

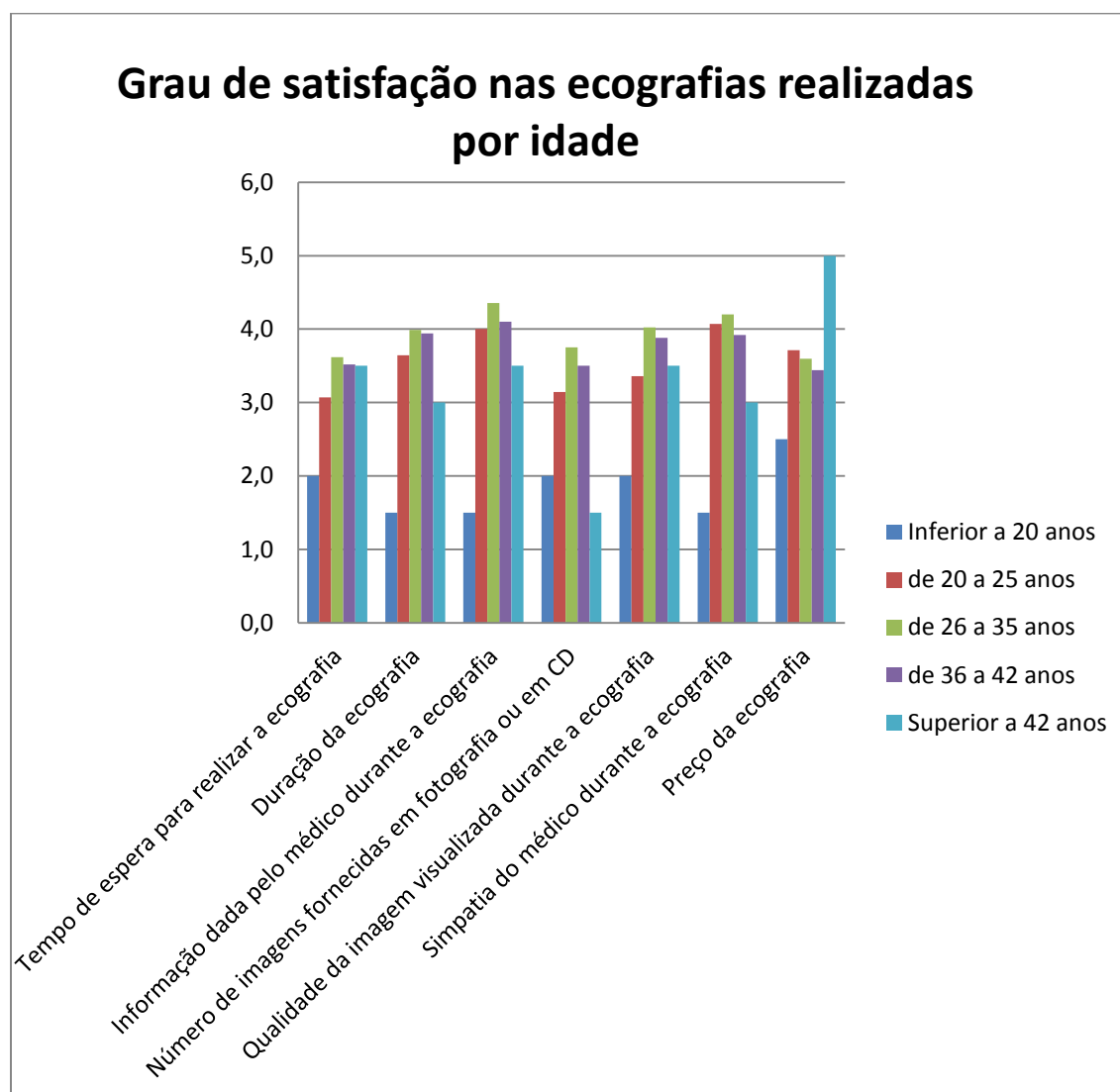


Gráfico 22 - Grau de satisfação nas ecografias realizadas por idade

Quando analisado, relativamente às ecografias já realizadas, o grau de satisfação destes critérios com a relação da profissão das inquiridas com a área da saúde, como no gráfico 23, verifica-se que, contrariamente ao expetado, não existem grandes variações na avaliação que é feita. Seria de esperar que as inquiridas que, de alguma forma, estão ligadas ao setor da saúde, fossem mais exigentes na classificação do serviço que lhes foi prestado. Por outro lado, sendo mais informadas ou estando mais sensibilizadas, poderão estas procurar respostas que lhes conferem um grau de satisfação de serviço maior. E isso justificaria a falta de diferença na avaliação da satisfação dos critérios investigados.

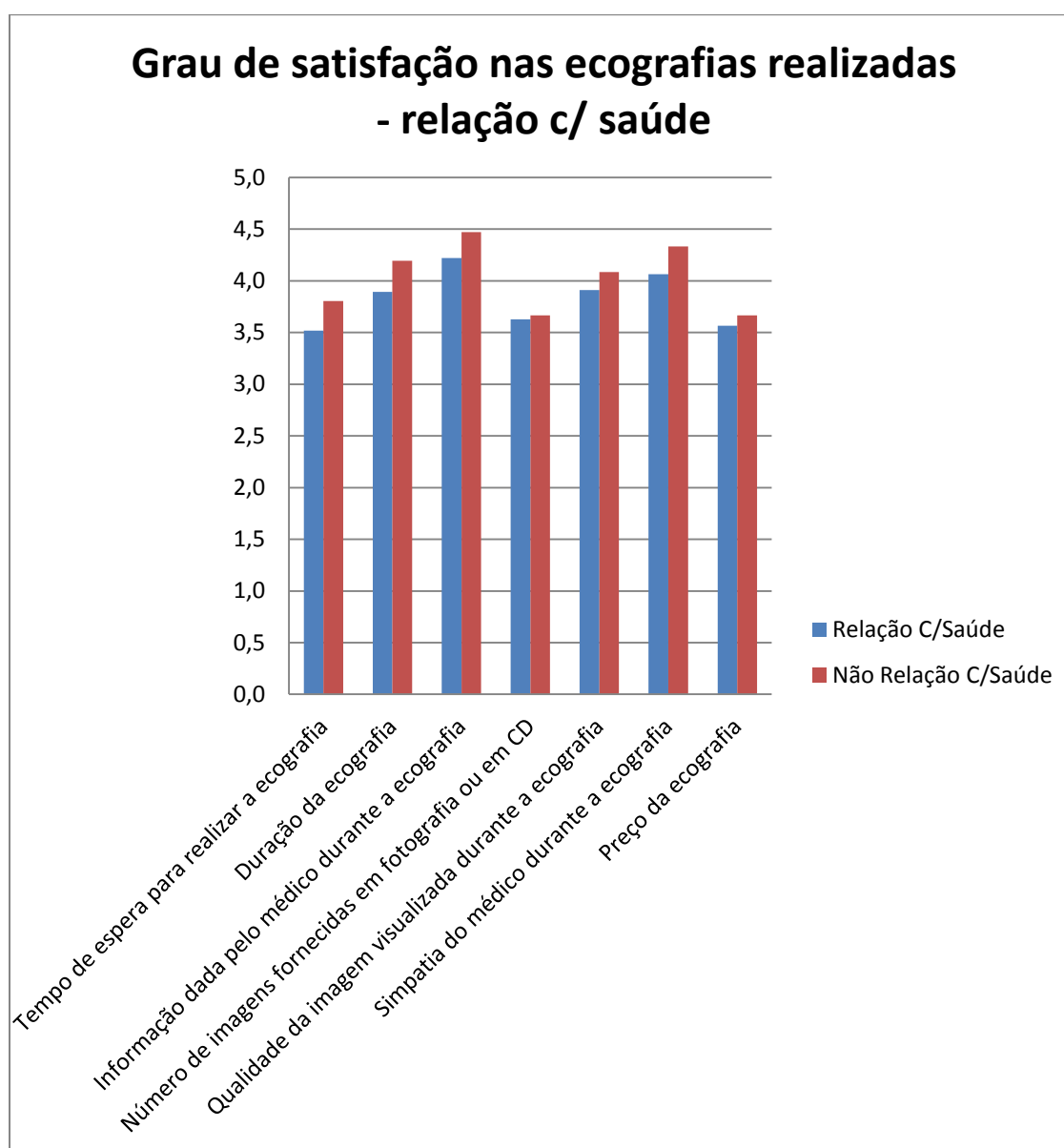


Gráfico 23 - Grau de satisfação nas ecografias realizadas – relação c/saúde

Comparando os graus de importância e satisfação para os mesmos critérios analisados, verificamos que não existem diferenças discrepantes na classificação, ou seja, em relação a determinado critério, o grau de importância é idêntico ao grau de satisfação. No entanto, podemos verificar que existem diferenças, como apresentado no gráfico 24. No critério avaliado como sendo o de maior importância (informação dada pelo médico durante a ecografia), o grau de satisfação relativo às ecografias realizadas é mais baixo, assim como os critérios de duração da ecografia e qualidade da imagem visualizada. Para os critérios classificados como menos importantes, como o tempo de espera, o número de imagens fornecidas e o preço da ecografia, a satisfação é ligeiramente mais elevada. Fora desta análise ficou o critério “marca do equipamento”.

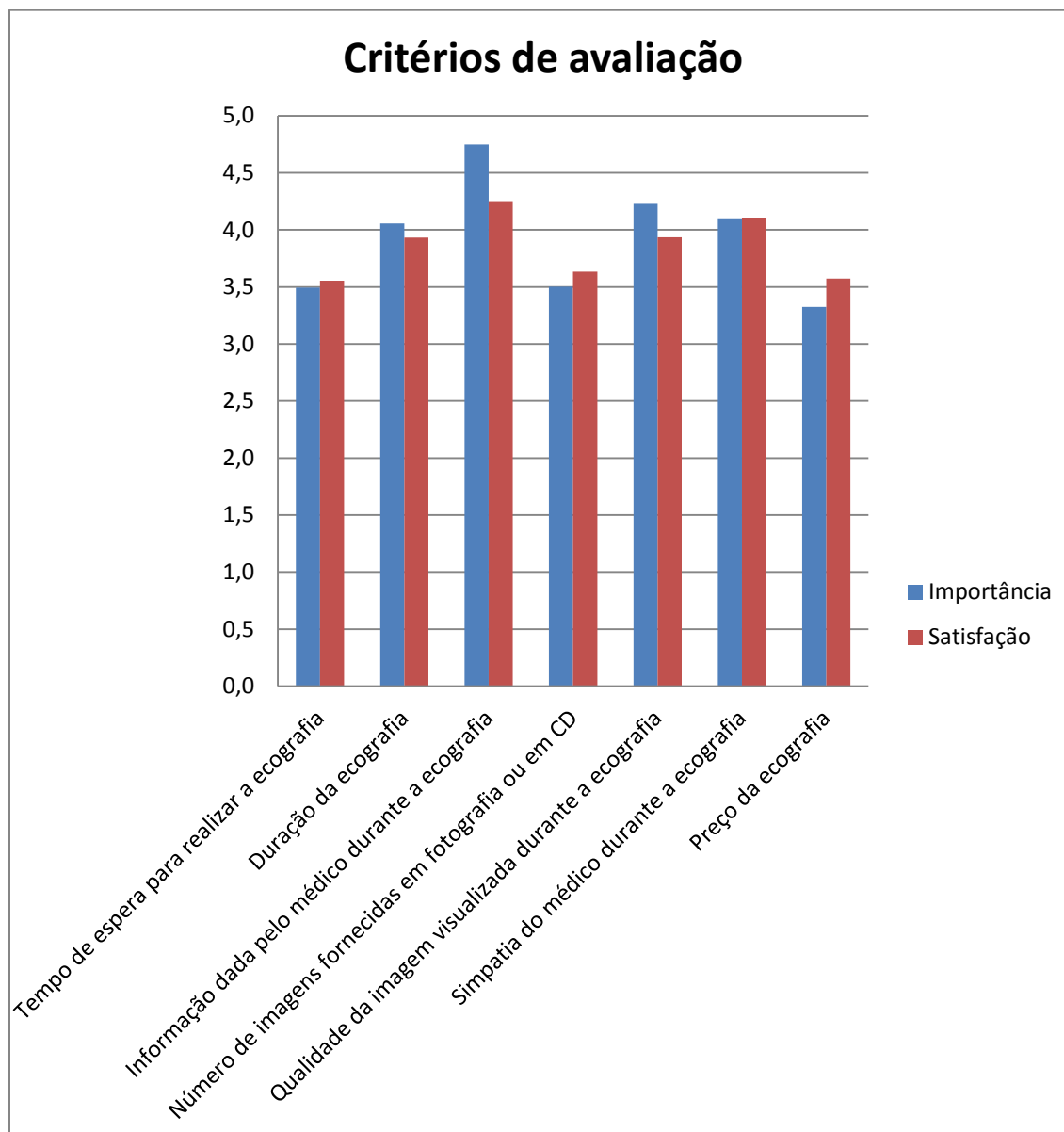


Gráfico 24 – Comparativo entre o grau de importância e grau de satisfação para os mesmos critérios de avaliação.

Quando solicitado para identificar a marca do ecógrafo onde realizaram as suas ecografias, a maioria das inquiridas (76%) não soube identificar a marca, como apresentado no gráfico 25. Podemos concluir que há um baixo reconhecimento da marca associada ao ecógrafo. Este resultado poderá ser então indicador que as marcas atuam muito ao nível do seu cliente - o utilizador do equipamento, o médico - e pouco ao nível do consumidor final do produto - as pacientes.

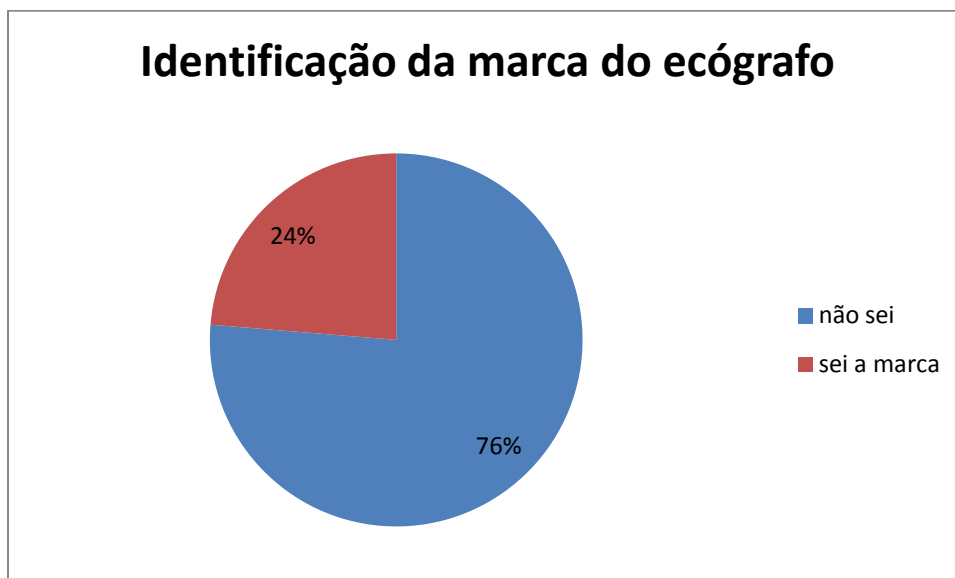


Gráfico 25- Identificação da marca do ecógrafo

A distribuição das marcas identificadas está representada no gráfico 26. Assim, a marca General Electric foi identificada por 37% das inquiridas das que souberam identificar a marca do ecógrafo. A marca Siemens e a marca Toshiba foram identificadas por 29%, enquanto outras marcas como a Aloka, Samsung e Philips foram identificadas por 1 ou 2% das inquiridas que revelaram saber a marca do equipamento.

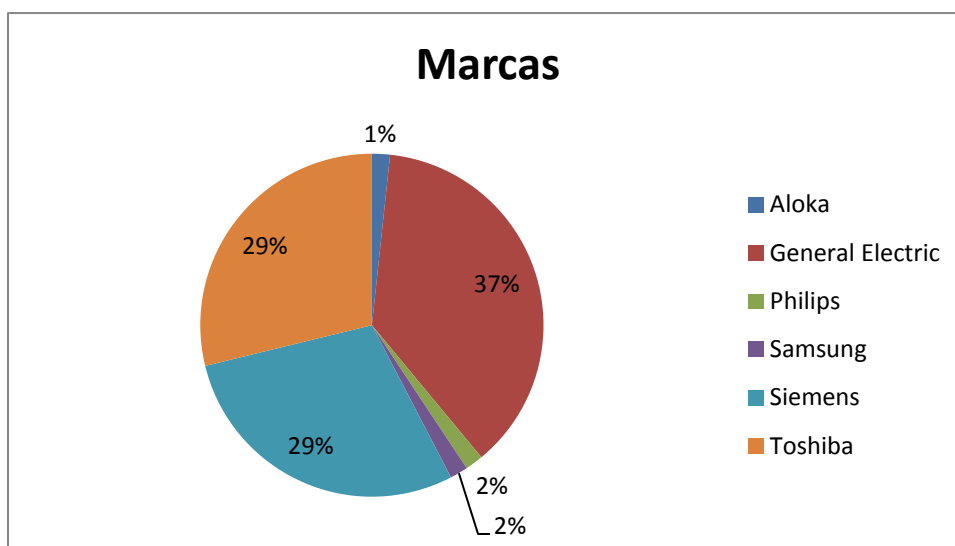


Gráfico 26 – Marcas identificadas

Quanto questionadas quanto ao facto da escolha do local para a realização de ecografias obstétricas poder ter tecnologia mais avançada, cerca de 56% das inquiridas manifestou preferência por esta situação, face a 44% que não considerou esse fator como importante, como apresentado no gráfico 27.

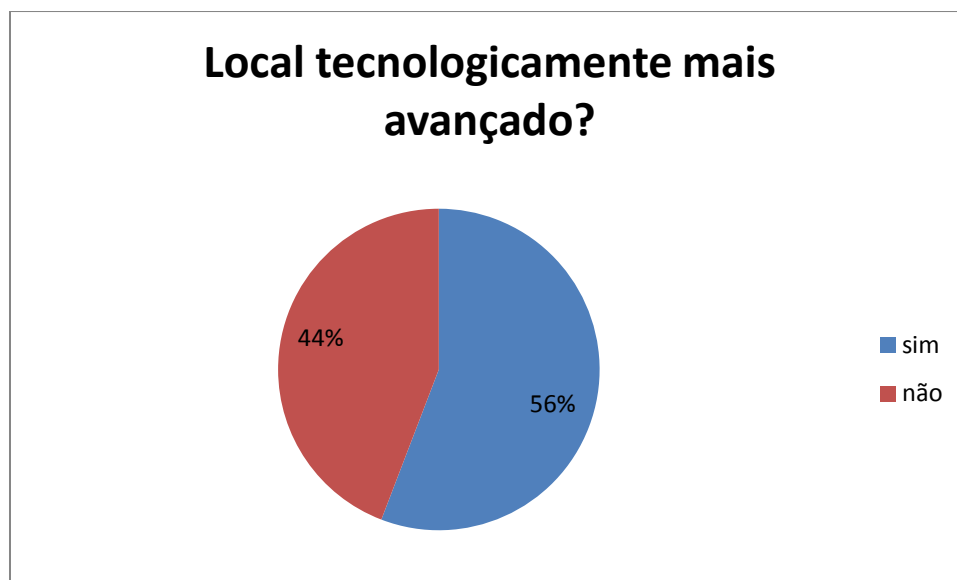


Gráfico 27- Representação das respostas à questão: “Se tivesse conhecimento de um Hospital/Clinica/Consultório com um ecógrafo com tecnologia mais avançada procuraria fazer a ecografia nesse local?”

Das respostas positivas, as razões apontadas são as indicadas no gráfico 28. Assim, a principal razão apontada é o facto de perceberem esse facto como forma de garantir um melhor diagnóstico (43%), seguido das inquiridas que indicam que, para além de garantir um melhor diagnóstico, providencia também maior segurança (19%) e ainda pelas que indicam que, para além de garantir um melhor diagnóstico, providencia também maior segurança e melhor imagem na ecografia (15%). 10% indica que é porque desta forma garantem um melhor diagnóstico mas também uma melhor imagem na ecografia, 6% refere apenas a segurança, 4% refere apenas a melhor imagem na ecografia, 1% refere que, para além da segurança, garantem também uma melhor imagem na ecografia e os restantes 2% divide-se pelo prestígio e outras razões.

Desta forma, os resultados sugerem que existe uma perceção de correlação entre a tecnologia, segurança e garantia de melhor diagnóstico.

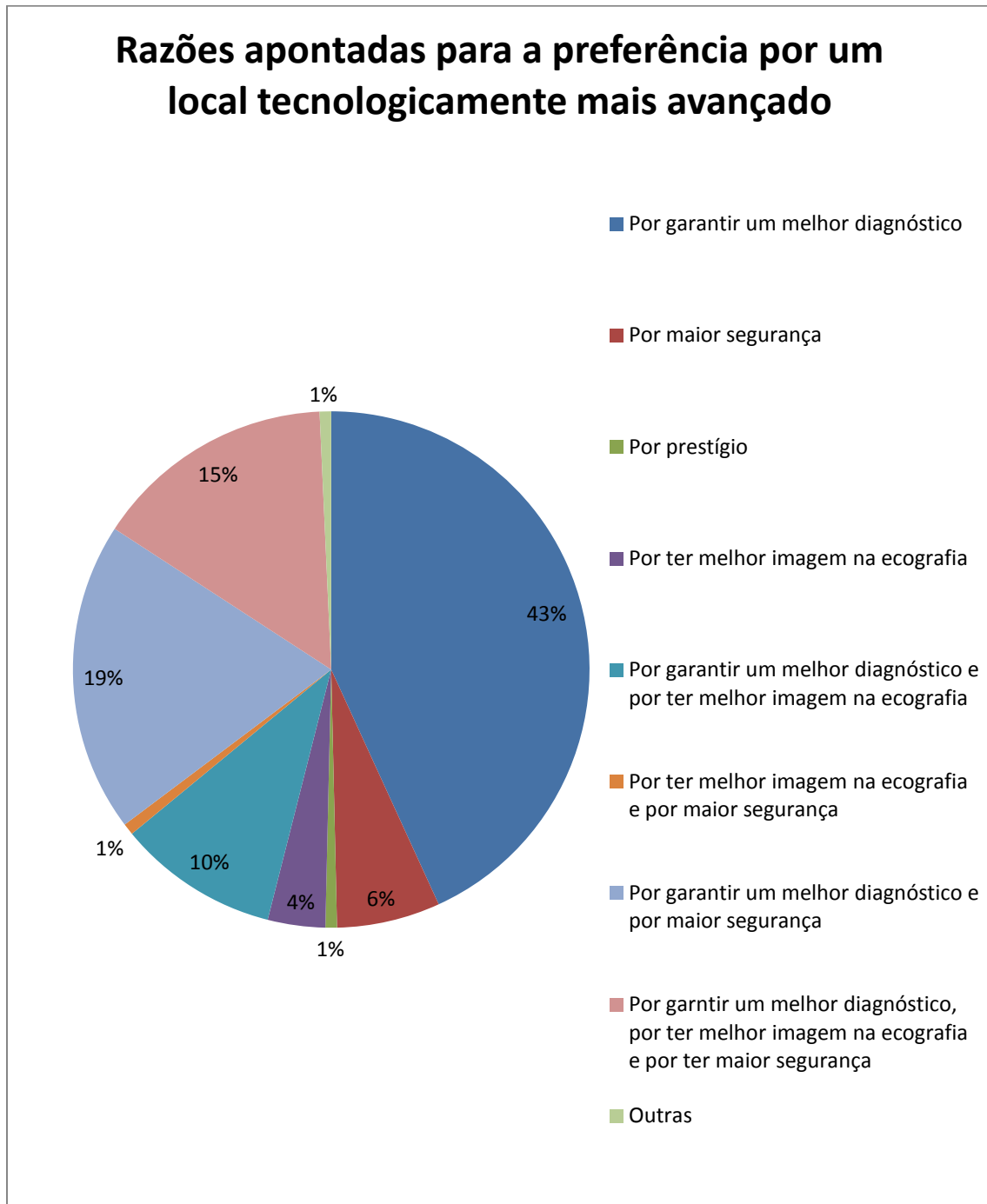


Gráfico 28 - Razões apontadas para a preferência por um local tecnologicamente mais avançado

Quando questionadas sobre o interesse e procura de informação sobre o que é a ecografia e que tipos de tecnologias existem, apenas 35% das inquiridas manifestou ter tido interesse na pesquisa, contra 65% que indica não ter tido interesse, tal como apresentado no gráfico 29.

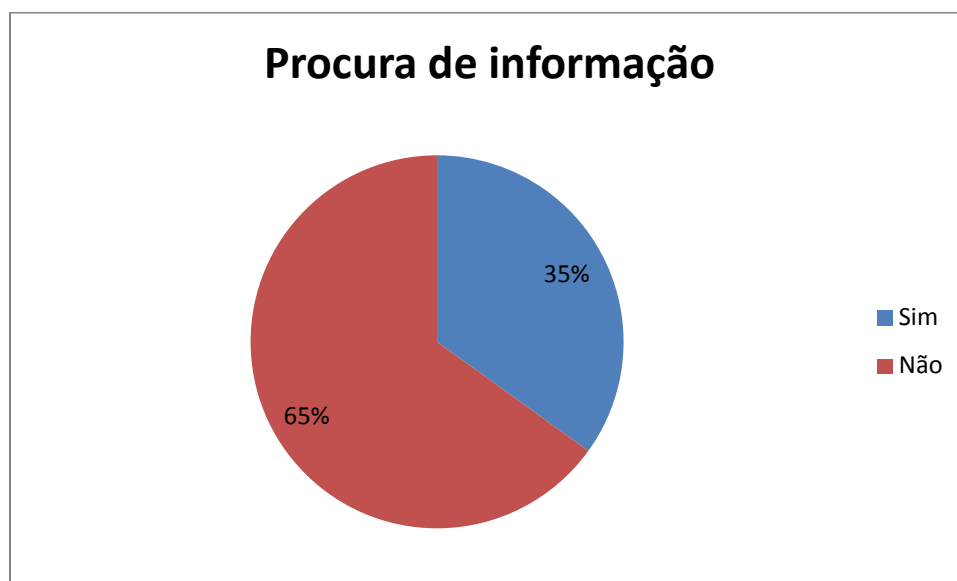


Gráfico 29 – Análise da resposta à questão: “Alguma vez sentiu necessidade de procurar mais informação sobre o que é a ecografia e que tipos de tecnologias existem?”

Quanto às fontes de informação consultadas, averiguou-se que a internet (26%) e o médico que acompanhou a gravidez (16%) são maioritariamente as que foram mencionadas. A pesquisa em revistas ou outros meios não foram identificados por mais de 3% das inquiridas. De salientar ainda que 55% responderam que não procuraram qualquer tipo de informação, tal como descrito no gráfico 30. Para esta avaliação, considerou-se a totalidade das respostas e não apenas quem descreveu na pergunta anterior que tinha tido interesse em pesquisar mais informação. A diferença observada (10%) entre quem respondeu negativamente à questão anterior e quem afirmou agora não ter procurado informação, pode sugerir que essa mesma percentagem considera que “perguntar ao médico” não é procurar em novas fontes de informação. Ou seja, muitas das questões levantadas são desmistificadas no consultório do médico que acompanha a gravidez, tendo então este um papel relevante como mediador na curiosidade das inquiridas, podendo influenciar a baixa pesquisa sobre a temática.

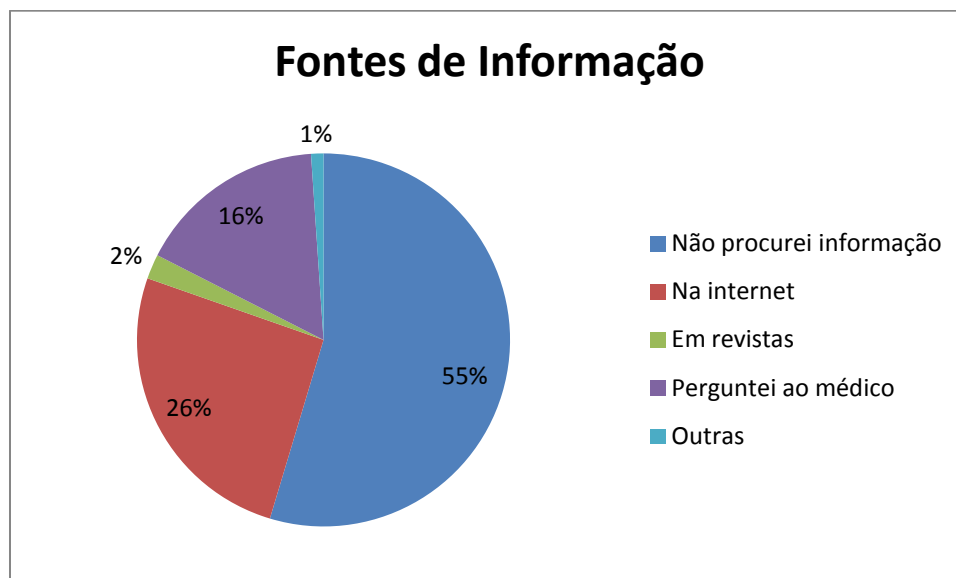


Gráfico 30 – Fontes de informação consultadas.

4.1-3. Caracterização da amostra de médicos

Os questionários sob a forma de entrevista pessoal foram aplicados a quatro médicos portugueses, três dos quais com especialização em Obstetrícia e um com especialização em Radiologia. Na parte inicial do questionário, pretendeu-se caracterizar a experiência de cada um com a prática da realização de ecografias. Assim, o objetivo foi identificar o setor da saúde onde trabalhava (público ou privado), conhecer o tempo de experiência na área das ecografias obstétricas e confirmar, por um lado, a posse de ecógrafo próprio (identificando a marca e o ano de aquisição) e, por outro, o seu papel como decisor.

Assim, dos entrevistados, dois trabalham exclusivamente no setor privado e os outros dois trabalham em ambos os serviços, público e privado. A sua experiência na execução de ecografias obstétricas varia entre 15 e 31 anos de experiência, tendo sido este período caracterizado por constante prática, treino e atualização da técnica de execução deste meio complementar de diagnóstico.

Dois dos entrevistados possuem ecógrafo próprio (em clínicas das quais são os proprietários) e outros dois não são financeiramente proprietários do equipamento, apesar de serem os decisores quanto à escolha desse equipamento. Verificou-se que os

equipamentos com os quais os quatro trabalham foram adquiridos entre 2009 e 2014, sendo aqueles quatro diferentes modelos de três diferentes marcas.

4.1-4. Análise descritiva do comportamento do agente da oferta (médicos)

A fim de avaliar o comportamento do agente da oferta, neste caso, dos médicos no que se refere aos critérios de escolha do equipamento onde realizam as ecografias obstétricas, com uma entrevista pessoal estruturada, pretendeu-se averiguar o grau de satisfação face aos critérios de avaliação estabelecidos, identificar a existência de intenção de nova aquisição, perceber as razões financeiras, tecnológicas ou de marketing implícitas na intenção manifestada, caracterizar o grau de importância dos critérios apresentados aquando de nova aquisição de ecógrafo, perceber se houve intenção de procura de informação e as respectivas fontes consultadas e, por último, identificar a importância dada à opinião das pacientes aquando da equação de aquisição de ecógrafo.

Assim, quando avaliados os critérios de satisfação com o equipamento que atualmente utilizam, os quatro entrevistados foram unânimes ao manifestarem satisfação ou muita satisfação nos critérios: qualidade de imagem, inovação tecnológica e possibilidade 3D/4D. Tal resultado poderá estar relacionado com o facto de as aquisições terem ocorrido nos últimos 5 anos e, como tal, a percepção do utilizador é de possuírem ainda o melhor equipamento do mercado em termos tecnológicos. Em relação ao tamanho do equipamento, todos se mostraram satisfeitos à exceção de um dos médicos (com o equipamento mais antigo, de 2009) que revelou estar nem satisfeito nem insatisfeito. Ele explicou que não sendo o seu ecógrafo, um equipamento portátil e de pequenas dimensões, nunca poderia rentabilizar a sua utilização levando-o, por exemplo, para outros consultórios para a realização de exames. Este mesmo médico mostrou ainda insatisfação relativamente ao facto da linguagem do equipamento não ser totalmente em Português, o que não sendo limitante, condiciona a entrega direta de relatórios do equipamento às pacientes. Os quatro médicos revelaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos no que diz respeito aos critérios de facilidade de utilização e assistência técnica. Este facto pode levar-nos a equacionar duas hipóteses: atualmente, existe mesmo uma boa resposta produto-

-utilizador, por parte das empresas que fabricam e comercializam os ecógrafos, ou existe uma adequação entre as necessidades percebidas dos utilizadores e a capacidade de resposta destes produtos e respetivas empresas.

Quando confrontados com a questão se tencionam ou não trocar de equipamento, os dois com equipamentos mais antigos (2009 e 2012) responderam afirmativamente, enquanto que os com equipamentos mais recentes (2013 e 2014) revelaram que não. De entre as razões possíveis (financeira, tecnológica e marketing), as apontadas em todos os casos foram unicamente a necessidade de evolução tecnológica. Ou seja, os que confirmaram ter interesse em novas aquisições consideraram que necessitam de acompanhar as necessidades e exigências tecnológicas atuais. Os que disseram que não tencionavam fazer novas aquisições, confirmaram ter a perceção que já possuem o que existe de mais avançado tecnologicamente, em termos de ecógrafo. Assim, encontramos uma tendência de necessidade de evolução rápida, tal como descrito na revisão bibliográfica, confirmando-se também, para o caso dos ecógrafos, que é considerado o tempo de vida de uma tecnologia, o período que termina entre 18 a 24 meses.

Foi também avaliado o grau de importância de diferentes fatores aquando da aquisição de um equipamento. Assim, aspectos técnicos como a qualidade de imagem, a inovação tecnológica, a possibilidade de 3D/4D, a facilidade de utilização e ainda a assistência técnica foram considerados, por todos, importantes ou muito importantes. O tamanho do equipamento foi considerado irrelevante ou não importante para dois dos entrevistados enquanto para os outros dois, é uma característica considerada importante. O prestígio da marca é considerado nada importante ou irrelevante por todos enquanto a recomendação ou conselho dos colegas é avaliado variavelmente. Para um dos médicos não é nada importante, para outro é importante e para os outros dois não é importante nem pouco importante. O preço também é um critério avaliado divergentemente, ou seja, para um dos médicos é um critério muito importante, para outro é importante, para outro é nem importante, nem pouco importante e para outro é mesmo pouco importante. Estas variações ocorrem, consoante a pessoa que decide financeiramente sobre a aquisição do equipamento. Ou seja, só é um critério importante quando a decisão económica passa diretamente pelo utilizador do equipamento. A garantia é considerada um critério importante ou muito importante em todos os casos exceto para um dos médicos

onde é considerado como pouco importante. Outras razões apontadas são a negociação ou mesmo o valor considerado para retoma do equipamento antigo por substituição por novo.

Assim, quando analisamos os critérios ou fatores mais importantes, verificamos que as características técnicas do produto se sobrepõem a possíveis influenciadores ou mesmo ao poder de uma marca. No entanto, é de referir a importância da assistência pós-venda, considerada muito importante por todos os entrevistados, facto que não desliga totalmente os critérios de decisão da percepção relativamente às marcas de equipamentos.

Todos os entrevistados revelaram ter interesse e necessidade em fazer pesquisas sobre os tipos de tecnologias existentes. A fonte consultada foi, em todos os casos, em primeiro lugar, as marcas de equipamentos. Em segundo plano, foram utilizados os congressos, a internet ou a recomendação de colegas para a pesquisa de informações (apenas um de cada referenciou outra fonte que não fosse junto das marcas). As empresas que fabricam e comercializam os ecógrafos são assim as principais fornecedoras de informação técnica para os médicos, nomeadamente através do contacto direto com os representantes das marcas que se deslocam às clínicas e hospitais onde os médicos trabalham.

Quando confrontados com a questão: “a opinião das suas pacientes poderia ser um dos fatores decisivos na escolha de um novo equipamento”, todos responderam negativamente. Revelaram que não consideram que as mesmas tenham um grau de conhecimento ou diferenciação que pudesse, de alguma forma, influenciar qualquer escolha clínica.

Na resposta à questão seguinte, que levantava hipóteses sobre a razão pela qual as pacientes optam pelo consultório/clínica de cada um dos médicos entrevistados, todos indicaram várias opções. Assim, a razão principal apontada são as opiniões e recomendação feitas sobre o médico que executa o exame. Seguidamente, foi apontada a imagem e o prestígio da clínica neste tipo de exame. Razões relacionadas com o tipo e equipamento utilizado não são reconhecidas pela classe médica entrevistada e o valor pago também não é considerado uma razão relevante, já que, na maior parte dos casos, os acordos são inexistentes ou existem outros locais para a realização gratuita (através de acordos com o SNS) não sendo, no entanto, exactamente isso, no ponto de vista dos médicos, que dita a escolha das pacientes.

Assim, podemos concluir que não se verifica uma relação entre a opinião das pacientes e a aquisição de equipamentos. Os critérios de escolha para os médicos são totalmente influenciados pelas características técnicas e, como tal, estes não consideram que faça parte dos interesses das pacientes a componente técnica do meio complementar de diagnóstico que é a ecografia. A escolha do local por parte das suas pacientes é, segundo estes, totalmente influenciada pelas recomendações que lhes são feitas, quer por outros médicos, quer pelos familiares e amigos.

Capítulo 5 – Conclusões, Recomendações, Limitações e Investigação Futura

5.1- Conclusões

Neste último capítulo da dissertação será realizada uma síntese das principais conclusões que foram obtidas a partir da investigação feita.

Com a realização desta dissertação supõe-se contribuir, de algum modo, para complementar e/ou aumentar o nível de conhecimento do tema aqui apresentado. No entanto, não se pode deixar de destacar uma série de limitações que devem ser consideradas aquando da interpretação dos resultados. Estas limitações poderão ser mensageiras de uma série de futuras alternativas de investigação que se poderão iniciar a partir deste trabalho e que serão detalhadas no final do presente capítulo.

5.1-1. Conclusões relativas ao comportamento do consumidor (mulheres)

Com os resultados obtidos, podemos verificar que existe um padrão claro no comportamento do consumidor, neste caso, das mulheres grávidas, aquando da vigilância ecográfica da sua gravidez. Podemos então concluir que, apesar de estarem recomendadas três ecografias durante uma gestação, na sua maioria, as mulheres realizam mais de quatro ecografias.

Verificamos que os motivos para esta situação estão em tudo relacionados com a prevalência do acompanhamento de grávidas por um sistema de saúde privado, ocorrendo muitas vezes duplicação e repetição de exames utilizando os dois setores: público e privado.

Tal como abordado na revisão bibliográfica, verificamos que existem acordos do SNS com várias entidades privadas para a realização das ecografias obstétricas, de forma a superar a problemática da capacidade de resposta em tempo útil. Assim, este facto e a clara preferência dos consumidores pelo recurso a estes agentes privados poderão ter conduzido

e enaltecido o comportamento de procura de sistemas de saúde privados na área da obstetrícia.

Este facto, conseqüentemente, faz com que o padrão de comportamento das inquiridas seja culturalmente influenciado. O principal influenciador é a figura do médico que segue a grávida e que a encaminha para os seus locais de referência habituais, logo seguido dos grupos de referência (amigos, familiares) que condicionam também o comportamento da mulher.

Verificamos assim que o papel do agente da oferta, médico obstetra, não é passivo, na medida em que muitas das questões levantadas pelas grávidas são desmistificadas essencialmente no consultório do médico que acompanha a gravidez. Este assume assim um papel relevante como mediador na curiosidade das inquiridas, podendo influenciar o nível de pesquisa sobre a temática (mais alta ou mais baixa).

Concluimos que existe, ainda, uma crescente percepção da importância das tecnologias na saúde. Esta sensibilização não está dependente de factos como a profissão, o grau académico e a idade. Assim, a percepção das mulheres relativamente às ecografias obstétricas vai no sentido da ligação intrínseca entre os conceitos de tecnologia com os de segurança e com a garantia de melhor diagnóstico.

Verificou-se também que geograficamente há uma distribuição desigual no que diz respeito aos centros para a realização de ecografias obstétricas, dando-se a este nível o fenómeno de migração dos meios mais pequenos para os grandes centros urbanos. Poderá este facto estar também associado às percepções relacionadas mais uma vez com as recomendações e influências externas.

Finalmente, podemos concluir que há um baixo reconhecimento da marca associada ao ecógrafo o que poderá indicar que atualmente, o marketing das marcas de equipamentos é muito mais direccionado para o nível do seu cliente, que é o utilizador do equipamento, o médico, e pouco para o nível do consumidor final do produto, as pacientes.

5.1-2. Conclusões relativas ao comportamento do agente da oferta (médicos)

Com os dados recolhidos e analisados, podemos concluir que, atualmente, ou existe mesmo uma boa resposta produto-utilizador, por parte das empresas que fabricam e

comercializam os ecógrafos, ou existe uma adequação entre as necessidades percebidas dos utilizadores e a capacidade de resposta destes produtos e respetivas empresas.

Encontramos uma tendência ou padrão que evidencia uma necessidade de evolução rápida. Os critérios ou fatores mais importantes para o médico equacionar novas aquisições são as características técnicas do produto aliadas, frequentemente, à sua perceção sobre as marcas de equipamentos.

As empresas que fabricam e comercializam os ecógrafos são, assim, as principais fornecedoras de informação técnica para os médicos, nomeadamente através do contacto direto com os representantes das marcas.

Por fim, podemos concluir que não se verifica uma relação entre a opinião das pacientes e a aquisição de equipamentos. Os médicos não consideram que faça parte dos interesses das pacientes possuírem mais informação técnica, uma vez que a escolha do local é, segundo aqueles, totalmente influenciada pelas recomendações que lhes são feitas, quer por outros médicos, quer pelos familiares e amigos. No entanto, é de salientar que a Ecografia 3D/4D é, por um lado, critério de importância para a grávida e, por outro, algo considerado dispensável para a classe médica, sendo um fator apenas reconhecido como fonte adicional de receita (rentabilização).

5.2- Recomendações

Esta dissertação permite entender e conhecer melhor o comportamento do consumidor, neste caso as mulheres grávidas ou que estiveram grávidas, proporcionando informação para que os agentes implicados e com interesse no mercado das ecografias obstétricas, possam desenvolver medidas de maneira coordenada e dinâmica para aumentar a qualidade e rentabilização dos seus recursos.

Assim sendo, sugere-se que a informação facultada, por parte das empresas de desenvolvimento de produto e novas tecnologias, nesta área, deva não só ser direcionada para melhorar e aumentar o conhecimento dos utilizadores (médicos), como também mais amplificada e simplificada para que chegue ao consumidor final, as grávidas, permitindo-lhes, desta forma, uma decisão mais informada.

Uma comunicação eficiente por parte das empresas de tecnologia de ecografia para um grupo mais alargado, facilitaria, por um lado, a rentabilização do investimento dos seus clientes diretos, os utilizadores do equipamento e, por outro lado, introduziria uma maior dinâmica na troca de equipamentos por exigência do mercado que responde a estes clientes, ou seja, às grávidas que realizam ecografias.

5.3- Limitações da investigação e investigações futuras

A pesquisa apresenta limitações relativamente à qualidade da amostra pois se esta fosse maior e mais heterogénea, iria possibilitar uma análise mais abrangente e próxima da realidade.

Assim, a realização de inquéritos presenciais, nomeadamente a pessoas que não têm acesso aos grupos de redes sociais onde o inquérito deste estudo foi testado, iria possibilitar resultados diferentes. Considerando que os dados recolhidos, neste estudo, poderão ser insuficientes para representarem a realidade nacional, seria importante aumentar a amostra das inquiridas grávidas no sentido de podermos confirmar a generalização das conclusões apresentadas.

Paralelamente, é de referir a necessidade de realizar um estudo quantitativo sobre este tema na vertente da opinião clínica, nomeadamente com uma amostra representativa de todos os obstetras e radiologistas especialistas em ecografia. As entrevistas apresentadas são opiniões pessoais dos inquiridos que complementam o estudo quantitativo das grávidas, não permitindo, no entanto, uma comparação quantitativa dos dados recolhidos.

Seria interessante se uma das possíveis alternativas de investigação futura incidisse em provar que o cenário descrito acontece ou não noutros países, uma vez que a organização da saúde materno-infantil apresenta especificidades diferentes.

Seria também oportuno a realização de um estudo cuja comparação permitisse observar quais os fatores culturais que travam, neste momento, o interesse das pacientes pelo conhecimento mais específico da técnica diagnóstica descrita e perceber, igualmente, o afastamento entre as motivações destes dois intervenientes – grávida e médico.

Para terminar, esta investigação pretende ser um estudo inicial na avaliação das escolhas do consumidor na área da saúde ainda tão difícil de medir e parametrizar.

Fica a expectativa de que este estudo despolete e contribua para a realização de novos projetos com interesse nesta área.

Bibliografia

- Ahmed, Z., Johnson, J., Ling, C., Fang, T., & Hui, A. (2002). Zafar U. Ahmed, James P. Johnson, ChewCountry-of-origin and brand effects on consumers' evaluations of cruise lines. *International Marketing Review, Vol. 19 Iss: 3*, 279 - 302.
- Baker, M. a. (2002). Market Timing and Capital Structure. *The Journal of Finance*, 57: 1–32.
- Banta, D. (2003). The development of health technology assessment. *Health Policy* 63, 121-132.
- Barros PP, M. M. (2008). Moral hazard and the demand for health services: a matching estimator approach. *Journal of Health Economics*, 2008, 27:1006–1025.), 27:1006–1025.
- Batra, S. K. (2004). *Consumer Behaviour- Text and Cases*. Nova Deli: Excel Books.
- Blackwell, R. D., Engel, J. F., & Miniard, P. W. (2005). *Consumer behavior 10th edition*. South-Western College Pub.
- Bricker L, G. J. (2000). Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost effectiveness and women's views. *Health Technol Assess*, 1-193.
- Brown, S. a. (1989). A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing, Vol. 53*, 92-8.
- Cabral V, S. P. (2009). O estado da saude em Portugal, acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde.evlução entre 2001 e 2008 e comparações regionais. *Imprensa de Ciências Sociais*.
- Carter, N. K. (1992). *How Organisations Measure Success: The Use of Performance Indicators in Government*. Londres: Routledge.
- Centro de Diagnóstico Pré-natal do Hospital Garcia da Orta. (2003). *ECOGRAFIA PRÉNATAL EM ROTINA OBSTÉTRICA*. Almada: Centro de Diagnóstico Pré-natal do Hospital Garcia da Orta.
- Coddington, D. F. (2000). *Beyond Managed Care – How Consumers and Technology are Changing the Future of Health Care*. S.Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Coddington, D., Fischer, E., & Moore, K. a. (2000). *Beyond Managed Care – How Consumers and Technology Are Changing the Future of Health Care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Costa, G. (2005). *A prestação de serviços de saúde no sector público*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Cunha, M., Xavier, P., Teixeira-Silva, J., Matias, A., Moucho, M., & Montenegro, N. (2002). Impacto Clínico da Ecografia entre as 10 e as 13 semanas de Gravidez. *Acta Médica Portuguesa* 15, 345-350.

- Database, O. H. (1 de Março de 2010). *www.oecd.org*. Obtido de *www.oecd.org*:
<http://www.oecd.org/health/healthdata>
- Davis, F. (1989). 'Perceived usefulness, perceived ease of use and user acceptance of information Technology. *MIS Quarterly*, Vol. 13, No. 3, 319–340.
- Du Plessis, P., Rousseau, G., & Blem, N. (1991). *Consumer behaviour. A South African perspective*. Pretoria: Sigma.
- Eiriz, V., & Figueiredo, J. A. (2005). Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *Emerald International Journal of Health Care Quality Assurance*, 404-412.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Estudo sobre a concorrência no sector da imagiologia*. Porto.
- Europeia, C. (1 de Março de 2010). *Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283, Wave 67.3*. Obtido de
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf
- Figueiredo, J., & Eiriz, V. (2009). Analysis of the impact of technological innovation on healthcare services. *Int. J. Behavioural and Healthcare Research*, 234–246.
- Gaivão, F. d. (2003). *Imagiologia clinica : princípios e técnicas*. Coimbra: Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.
- Gerstner, E. (1985). Do Higher Prices Signal Higher Quality? *Journal Of Marketing Research*, 209-215.
- Giraldes, M. (Maio de 2003). *Giraldes, M.d.R., Sistema de Saúde versus Sector Privado em Portugal. 1ª Edição*. E. Estampa.
- Herzlinger, R. (1997). *Market Driven Health Care – Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Service Industry*. New York: Perseus Books.
- Holbrook, M. B. (1982). The Experiential Aspects of Consumption: Consumer Fantasies, Feelings, and Fun. *Journal of Consumer Research*, 9, 132-140.
- Institute, I. D. (2009). National Statistics Institute.
- Jalles, J. e. (2008). *Que futuro para o peso do sector da saúde e Portugal?* Lisboa.
- Kielv, J. K. (1995). Low Birth Weight and Intrauterine Growth Retardation. *CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants and Children*, 185-202.
- Kotler, P. (1998). *Administração de marketing: análise, planeamento, implementação e controle*. São Paulo: Atlas.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2011). *Marketing Management 14th edition*. Prentice Hall.
- Lytle, R. a. (1992). Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes. *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 12 No. 1, 4-14.

- Mackenbach, J. e. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*, 358: 2468-2481.
- Matias, Á. (1995). *O mercado de cuidados de saúde*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Medina, D. (09 de Março de 2012). *Programa Harvard Medical School Portugal*. Obtido de Programa Harvard Medical School Portugal: <http://hmsportugal.wordpress.com/2012/03/09/ecografia-obstetrica/>
- Noel, H. (2008). *Basics Marketing (Book 1)*. Fairchild Books.
- Noel, H. (2009). *Consumer Behaviour*. Lausanne: AVA Publishing SA.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (19 de Fevereiro de 2010). *Observatório Português dos Sistemas de saúde - Estado da arte*. Obtido de Observatório Português dos Sistemas de saúde: <http://www.observaport.org/node/12>
- OECD. (2011). *Health at a Glance 2011 OECD INDICATORS*. OECD Publishing.
- Office of Technology Assessment. (1976). *Development of medical technology opportunities for assessment*. Washington DC: U.S.Government Printing Office.
- Office of Technology Assessment. (1978). *Assessing the efficacy and safety of medical technologies*. Washington DC: U.S.Government Printing Office.
- Office of Technology Assessment. (1980). *The implications of cost-effectiveness analysis of medical technology*. Washington DC: U.S.Government Printing Office.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (s.d.). *observaport.org*. Obtido de observaport.org: <http://www.observaport.org/quem-somos>
- Parasuraman, A. Z. (1988). SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, Vol. 64 No. 1, 12-40.
- Revista Pais e Filhos. (10 de Março de 2014). *www.paisefilhos.pt*. Obtido de Pais e Filhos: <http://www.paisefilhos.pt/index.php/gravidez/gestacao/6958-o-que-mostram-as-ecografias>
- Richers, R. (19 de Jul/Set de 1984). O enigmático mais indispensável consumidor: teoria e prática. *Revista da Administração*, pp. 46-56.
- Rochaix, L. (1983). *O poder discricionário do médico: mito ou realidade*. Lisboa: ENSP.
- Rubin, H. P. (2001). Methodology matters – from a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 13 No. 6, 489-96.
- Sage, G. (1991). Customers and the NHS. *International Journal of Health Quality Assurance*, Vol. 4 No. 3, 23-34.
- Sargeant, A. (1999). *Marketing Management for Non-Profit Organizations*. Oxford: Oxford University Press.

- Saúde, D. G.-M. (21 de Maio de 2013). Norma nº 023/2011 de 29/09/2011, atualizada a 21/05/2013 Exames Ecográficos na Gravidez de baixo risco. *Norma da Direcção Geral da Saúde*. Direcção Geral da Saúde.
- Saúde, E. R. (2006). Entidade Reguladora da Saúde. *Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS*.
- Schiffman, L. G. (2000). *COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR 6ª ed.* Rio de Janeiro: Editora LTC.
- Schiffman, L. G., Hansen, H., & Kanuk, L. (2008). *Consumer Behaviour: A European Outlook*. Prentice Hall.
- Sheth, N. J., Mittal, B., & Newman, I. B. (2001). *Comportamento do cliente: indo além do comportamento do consumidor*. São Paulo: Atlas.
- Siebert, M. C. (2002). Health technology assessment for medical devices in Europe – what must be considered. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 18, No. 3, 733–745.
- Singh, J. (1990). A multifaceted typology of patient satisfaction with a hospital. *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 10, December, 8-21.
- Smith, A. a. (2010). Operational and customer relationship management considerations of electronic prescribing among pharmacists. *Int. J. Electronic Healthcare*, 245-272.
- Solomon, M. R. (2008). *O comportamento do consumidor*. Bookman Companhia Ed.
- Van Doorslaer E, M. C. (2004). *Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD Health Working Papers.
- Ware, J. D.-A. (1978). The measuring and meaning of patient satisfaction. *Health and Medical Care Services Review*, Vol. 1, January/February, 14-20.
- WHO (2010). World Health Organization - *PORTUGAL HEALTH SYSTEM PERFORMANCE ASSESSMENT*. Ministério da saúde, Alto comissariado saúde.
- Williams, A. (1978). Need - an Economic Exegesis. *Economic Aspects of Health Services*.

Anexos

Anexo 1 – Questionário às mulheres (grávidas)

INFORMAÇÃO:

Este questionário faz parte de uma dissertação de Mestrado em Marketing na Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém. Este estudo tem como objetivo identificar o grau de interesse e comportamento das grávidas perante a escolha do local e equipamento onde realizam as suas ecografias obstétricas.

O questionário é anónimo e não demora mais do que 5 minutos a preencher.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional pode contactar-me através do email: cintiatrinc@gmail.com

Muito obrigada pela sua colaboração.

Cíntia Trincão

Questionário: Realização de ecografias obstétricas

1- Está grávida ou esteve nos últimos 5 anos?

Sim

Não

2- Qual o seu distrito de residência?

3- Qual a sua idade?

- inferior a 20
- 20-25
- 26-35
- 36-42
- superior a 42

4- Qual o seu grau de escolaridade?

- Básico
- Secundário
- Superior

5- O seu trabalho está relacionado com a área da saúde?

Sim

Não

6- Durante a gravidez quantas ecografias realizou?

- Menos de 3
- 3
- 4
- Mais de 4

7- Porque realizou Ecografias? (pode indicar várias opções)

- Prescrição do meu médico de família (SNS)
- Prescrição do meu médico Obstetra ginecologista (Particular)
- Por minha decisão
- Por recomendação de amiga ou familiar
- Outra: _____

8- Em que Hospital/Clinica/Consultório fez as suas Ecografias? (pode indicar várias opções)

- Hospital Público
- Hospital Privado
- Clínica Privada
- Consultório do Médico Obstetra
- Outra: _____

8.1- Em que cidade se situa o Hospital/Clinica/Consultório?

8.2 -Porque razão escolheu este Hospital/Clinica/Consultório? (pode indicar várias opções)

- Indicação do médico
- Recomendação de amiga ou familiar.
- Informação na Internet
- Ter acordo com o Sistema Nacional de Saúde (gratuito)
- Ter acordo com o meu sistema de saúde (ADSE/SAMS/Seguro de Saúde/etc.)
- Possuir ecógrafo com tecnologia mais avançada (3D/4D)
- Outra: _____

8.3 –Classifique o grau de importância que dá aos seguintes fatores na escolha do Hospital, Clínica ou Consultório. (Em que: 1- Nada importante; 2- Pouco importante; 3- Importante; 4- Muito importante; 5- MUITÍSSIMO importante)

- Indicação do médico
- Recomendação de amiga ou familiar.
- Informação na Internet
- Ter acordo com o Sistema Nacional de Saúde (gratuito)
- Ter acordo com o meu sistema de saúde (ADSE/SAMS/Seguro de Saúde/etc.)
- Possuir ecógrafo com tecnologia mais avançada (3D/4D)
- Preço do exame

9 - Em relação às ecografias realizadas, como classifica o grau de importância dos seguintes fatores?

(Em que: 1- Nada importante; 2- Pouco importante; 3- Importante; 4- Muito importante; 5- MUITÍSSIMO importante)

- Tempo de espera para realizar a ecografia
- Duração da ecografia
- Informação dada pelo médico durante a ecografia
- Número de Imagens fornecidas em fotografia ou em CD
- Qualidade da Imagem visualizada durante a ecografia
- Simpatia do médico durante a ecografia
- Preço da ecografia

9.1 - Indique outro fator que considere importante na realização da ecografia.

9.2 - Em relação às ecografias realizadas, como classifica o seu grau de satisfação nos seguintes fatores?

Em que: 1- Nada satisfeito; 2- Pouco satisfeito; 3- Satisfeito; 4- Muito satisfeito; 5- Muitíssimo satisfeito)

- Tempo de espera para realizar a ecografia
- Duração da ecografia
- Informação dada pelo médico durante a ecografia
- Número de imagens fornecidas em fotografia ou em CD
- Qualidade da imagem visualizada durante a ecografia
- Simpatia do médico durante a ecografia
- Preço da ecografia

10 - Qual é a marca do equipamento (ecógrafo) onde fez as ecografias?

- não sei
- Aloka
- General Electric
- Phillips
- Samsung
- Siemens
- Toshiba

11 - Se tivesse conhecimento de um Hospital/Clinica/Consultório com um ecógrafo com tecnologia mais avançada procuraria fazer a ecografia nesse local?

Sim

Não

11.1- Se Sim, Porquê?

- Garante um melhor diagnóstico
- Melhor Imagem da ecografia
- Prestígio
- Outro: _____

12 - Alguma vez sentiu necessidade de procurar mais informação sobre o que é a ecografia e que tipos de tecnologias existem?

12.1- Onde procurou essa informação?

- Não procurei
- Internet
- Revistas
- Perguntei ao Medico
- Outro: _____

Obrigada pela atenção.

Anexo 2 – Questionário/Guia da entrevista aos médicos

INFORMAÇÃO:

Este questionário faz parte de uma dissertação de Mestrado em Marketing na Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém. Este estudo tem como objetivo identificar os critérios de decisão que determinam a escolha do equipamento para a realização de ecografias obstétricas.

Agradeço a sua colaboração, sendo garantida toda a confidencialidade dos dados recolhidos e respectivo tratamento.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional pode contactar-me através do email: cintiatrinc@gmail.com

Muito obrigada pela sua colaboração.

Cíntia Trincão

QUESTIONÁRIO:

1-Onde trabalha?

- Serviço Público
- Serviço Privado
- Ambos

2 - Há quantos anos realiza ecografias obstétricas _____

3 -Tem ecógrafo próprio?

- Sim
- Não

3.1 - Qual o tipo e marca?

3.2 - Quando adquiriu este equipamento? (ano) _____

3.3 - Qual o seu grau de satisfação com este equipamento, no que se refere aos seguintes critérios?

(numa escala de 1 a 5, onde: 1 corresponde a muito satisfeito, 2 a satisfeito, 3 a nem satisfeito/nem insatisfeito, 4 a parcialmente insatisfeito e 5 a totalmente insatisfeito)

	1 😊😊	2 😊	3 😊/😐	4 😐	5 😐😐
Qualidade de Imagem					
Inovação tecnológica					

Possibilidade 3D/4D					
Tamanho do equipamento					
Facilidade de utilização					
Assistência técnica					
Outra ()					

4- Pensa mudar de equipamento num futuro próximo?

- Sim
 Não

4.1 - Quais as razões? (pode indicar várias opções)

- Financeira (Disponibilidade para investimento?)
- Tecnológica (Necessidade clínica e de evolução tecnológica)
- Marketing (Necessidade de aumento nº de pacientes, diversificação de pacientes: acordos e seguros, certificações)
- Outra? _____

5- Qual o grau de importância que dá aos seguintes fatores na aquisição de um equipamento?

(numa escala de 1 a 5, onde: 1 corresponde a muito importante, 2 a importante, 3 a nem importante/nem pouco importante, 4 a pouco importante e 5 a nada importante)

Aspectos Técnicos	1 ☺☺	2 ☺	3 ☺/☹	4 ☹	5 ☹☹
Qualidade de Imagem					
Inovação tecnológica					
Possibilidade 3D/4D					
Tamanho do equipamento					
Facilidade de utilização					
Assistência técnica					
Prestígio da Marca					
Recomendação/conselho dos colegas					
Preço /condições de pagamento					
Garantia					
Outra ()					

6 - Alguma vez sentiu necessidade de pesquisar quais os tipos de tecnologias de ecografia que existem?

- Sim
- Não

6.1 - Onde procurou informação? (pode indicar várias opções)

- Congressos
- Internet
- Outros Centros Ecográficos
- Junto das marcas
- Recomendação colegas

- Outra _____

7 - A opinião das suas pacientes poderia ser um dos fatores decisivos na escolha de um novo equipamento?

- Sim
- Não

7.1 - Em que medida? _____

8 - Na sua opinião, qual a razão pela qual as pacientes escolhem o seu consultório/clinica para realizar as ecografias?

- Pelo equipamento utilizado. (o equipamento importa ou não)?
- Pela imagem/prestígio da clinica onde o realiza. (marketing importa ou não)?
- Pelas opiniões e recomendações que obteve relativas ao médico. (recomendação importa ou não)?
- Pelo valor pago. (porque não paga ou tem acordo com o seguro de saúde da grávida)

- Outra: _____

Muito Obrigada pela atenção.

Anexo 3 – Questionário Online

Link:

https://docs.google.com/forms/d/1fVcNfRiMHJXjkELKCwNgSIiz_INLT5xp7xhu_io94uQ/viewform

Questionário: Realização de ecografias obstétricas

Este questionário faz parte de uma dissertação de Mestrado em Marketing na Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém. Este estudo tem como objectivo identificar o grau de interesse e comportamento das grávidas perante a escolha do local e equipamento onde realizam as suas ecografias obstétricas.

O questionário é anónimo e não demora mais do que 5 minutos a preencher.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional pode contactar-me através do email: cintiatrinc@gmail.com

Muito obrigada pela sua colaboração.

Cíntia Trincão

*Obrigatório



1- Está ou esteve grávida nos últimos 5 anos? *

Sim

Não

2- Qual o seu distrito de residência?

3- Qual a sua idade?

4- Qual o seu grau de escolaridade?

5- O seu trabalho está relacionado com a área da saúde? *

Sim

Não

6- Durante a gravidez quantas ecografias realizou? *

7- Porque motivo(s) porque realizou as Ecografias? *

- Prescrição do meu médico de família (SNS)
- Prescrição do meu médico Obstetra (Particular)
- Por minha decisão
- Por recomendação de amigos ou familiares
- Outra:

8- Em que Hospital, Clínica ou Consultório fez as suas Ecografias? *

(Pode indicar várias opções)

- Hospital Público
- Hospital Privado
- Consultório do Médico Obstetra
- Clínica Especializada em Ecografias
- Outra:

8.1- Em que local (cidade, vila) se situa o Hospital, Clínica ou Consultório?

(Pode indicar várias cidades ou vilas)

8.2 -Porque razão escolheu este Hospital, Clínica ou Consultório? *

pode indicar várias opções

- Indicação do médico
- Recomendação de amigos ou familiares
- Informação na Internet
- Ter acordo com o Sistema Nacional de Saúde (gratuito)
- Ter acordo com o meu sistema de saúde (ADSE/SAMS/Seguro de Saúde/etc.)
- Por possuir ecógrafo com tecnologia mais moderna e avançada
- Outra:

8.3 – Classifique o grau de importância que dá aos seguintes fatores na escolha do Hospital, Clínica ou Consultório. *

(Em que: 1- Nada importante; 2- Pouco importante; 3- Importante; 4- Muito importante; 5- Muito importante)

	1	2	3	4	5
Indicação do médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recomendação de amiga ou familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informação na Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter acordo com o Sistema Nacional de Saúde (gratuito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter acordo com a ADSE/SAMS /Seguro de Saúde/etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possuir ecógrafo com tecnologia mais moderna e avançada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preço do exame	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9 - Em relação às ecografias realizadas, como classifica o grau de importância dos seguintes fatores? *

(Em que: 1- Nada importante; 2- Pouco importante; 3- Importante; 4- Muito importante; 5- Muito importante)

	1	2	3	4	5
Tempo de espera para realizar a ecografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duração da ecografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informação dada pelo médico durante a ecografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número de imagens fornecidas em fotografia ou em CD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qualidade da imagem visualizada durante a ecografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpatia do médico durante a ecografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preço da ecografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marca do equipamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.1 - Indique outro fator que considere importante na realização da ecografia.

9.2 - Em relação às ecografias realizadas, como classifica o seu grau de satisfação nos seguintes fatores?*

Em que: 1- Nada satisfeito; 2- Pouco satisfeito; 3- Satisfeito; 4- Muito satisfeito; 5- Muuittissimo satisfeito)

	1	2	3	4	5
Tempo de espera para realizar a ecografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duração da ecografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informação dada pelo médico durante a ecografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número de imagens fornecidas em fotografia ou em CD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade da imagem visualizada durante a ecografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpatia do médico durante a ecografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preço da ecografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10 - Qual é a marca do equipamento (ecógrafo) onde fez as ecografias? *

- Não sei
- Siemens
- General Electric
- Toshiba
- Phillips
- Samsung
- Aloka
- Outra:

11 - Se tivesse conhecimento de um local com ecógrafo de tecnologia mais moderna e avançada, procuraria fazer a ecografia nesse local? *

- Sim
- Não

11.1- Se Sim, Porquê?

- Por garantir um melhor diagnóstico
- Por ter melhor imagem da ecografia
- Por prestígio
- Por maior segurança
- Outra:

12 - Alguma vez sentiu necessidade de procurar mais informação sobre o que é a ecografia e que tipos de tecnologias existem? *

- Sim
- Não

12.1- Onde procurou essa informação? *

- Não procurei informação
- Na Internet
- Em Revistas
- Perguntei ao Médico
- Outra:

Enviar

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários do Google.

100%: terminou.