

2026

**MARIA ROSÁLIA
FERREIRA
RODRIGUES FILIPE**

**PREDITORES DA CONFIANÇA NO SISTEMA
DE SAÚDE PORTUGUÊS: UMA ABORDAGEM
MULTINÍVEL**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Tecnologia da Universidade Europeia, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Gestão realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Margarida Soares Lopes Passos, *Professora Catedrática Convidada da FCST, Universidade Europeia.*

Documento definitivo: 23 de Janeiro, 2026

2026

**MARIA ROSÁLIA
FERREIRA
RODRIGUES FILIPE**

**PREDITORES DA CONFIANÇA NO SISTEMA
DE SAÚDE PORTUGUÊS: UMA ABORDAGEM
MULTINÍVEL**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Tecnologia da Universidade Europeia, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Gestão realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Margarida Soares Lopes Passos, *Professora Catedrática Convidada da FCST, Universidade Europeia.*

Dedico este trabalho

Ao Simão, ao Xavier, à Madalena, ao Tomás, à Marta
e à Isabel para que acreditem que nunca é tarde para
concretizar sonhos.

agradecimentos

À família que não me teve, mas que esteve sempre.
À minha orientadora, professora, inspiradora, motivadora,
paciente, que ficou uma amiga.
Aos amigos de sempre.

OBRIGADA

palavras-chave

Confiança; Sistema de Saúde; Preditores de Confiança; Profissional de Saúde; Satisfação.

resumo

A confiança no sistema de saúde é um elemento fundamental para o seu funcionamento eficaz, com impacto na implementação de políticas e na adesão dos cidadãos a cuidados de saúde. Esta tese tem como objetivo identificar e analisar os preditores de confiança no sistema de saúde português, tendo em consideração as perspetivas do cidadão e do profissional de saúde, bem como a distinção entre os setores público e privado. Integra uma revisão sistemática de literatura, o desenvolvimento e validação de uma escala multidimensional da confiança nos sistemas de saúde, e quatro estudos quantitativos. A revisão sistemática, resultou numa taxonomia, que inclui quatro dimensões agregadas da confiança: políticas de saúde, qualidade dos cuidados, características sociodemográficas e psicossociais. A escala desenvolvida demonstrou validade e fiabilidade robustas, confirmadas por análises fatoriais exploratória e confirmatória, permitindo a avaliação de diferentes níveis do sistema de saúde: indivíduo, profissional de saúde, instituições e políticas de saúde. Os resultados do estudo exploratório revelaram diferenças significativas nos níveis de confiança entre os profissionais e não profissionais de saúde, tanto no setor público como no setor privado. A análise de preditores identificou determinantes distintos: entre os cidadãos, o foco no doente foi o principal preditor da confiança no sistema de saúde, seguido pela perceção da qualidade dos cuidados; entre os profissionais de saúde, razões de ordem económica surge como principal preditor com uma relação inversa à confiança no sistema. Adicionalmente, observou-se um efeito moderador da satisfação na relação entre os preditores e a confiança no sistema de saúde. As conclusões desta tese oferecem contribuições teóricas significativas para a compreensão da confiança nos sistemas de saúde e apresentam implicações práticas para gestores e decisores políticos. Os resultados sustentam a necessidade de estratégias diferenciadas para reforçar a confiança no sistema de saúde português, ajustadas às especificidades do setor público e privado.

Keywords

Trust; Healthcare System; Trust Predictors; Healthcare Professional; Satisfaction.

abstract

Trust in the healthcare system is a fundamental element for its effective functioning, impacting the implementation of policies and citizens' adherence to healthcare. This thesis aims to identify and analyse the predictors of trust in the Portuguese healthcare system, considering the perspectives of citizens and healthcare professionals, as well as the distinction between the public and private sectors. It includes a systematic literature review, the development and validation of a multidimensional scale of trust in health systems, and four quantitative studies. The systematic review resulted in a taxonomy that includes four aggregated dimensions of trust: health policies, quality of care, sociodemographic characteristics, and psychosocial factors. The developed scale demonstrated robust validity and reliability, confirmed by exploratory and confirmatory factor analyses, allowing the assessment of different levels of the healthcare system: individual, healthcare professional, institutions, and health policies. The results of the exploratory study revealed significant differences in trust levels between healthcare professionals and non-professionals, both in the public and private sectors. The analysis of predictors identified distinct determinants: among citizens, the focus on the patient was the main predictor of trust in the healthcare system, followed by the perception of the quality of care; among healthcare professionals, economic reasons emerged as the main predictor with an inverse relationship to trust in the system. Additionally, a moderating effect of satisfaction was observed in the relationship between the predictors and trust in the healthcare system. The conclusions of this thesis offer significant theoretical contributions to the understanding of trust in healthcare systems and present practical implications for managers and policymakers. The results support the need for differentiated strategies to reinforce trust in the Portuguese healthcare system, tailored to the specificities of the public and private sectors.

Presidente do Júri:

Doutor Paulo Nuno Miranda Guedes Ferreira Vieira,
Professor Associado e Vice-Reitor da Universidade
Europeia.

Vogais:

Doutor Nelson Jorge Campos Ramalho, Professor
Associado do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa;

Doutora Teresa Carla Trigo de Oliveira, Professora
Associada com Agregação da Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra;

Doutor Adalberto Campos Fernandes, Professor
Catedrático Convidado da Universidade Europeia;

Doutora Ana Margarida Soares Lopes Passos, Professora
Catedrática Convidada da FCST – Faculdade de Ciências
Sociais e Tecnologia, Universidade Europeia.

ÍNDICE

ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABELAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
GLOSSÁRIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS.....	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. INTRODUÇÃO	3
1.1 Relevância do Estudo	3
1.2 Objetivo e Pergunta de Investigação	5
1.3 Estrutura da Tese	6
CAPÍTULO II	9
2. ENQUADRAMENTO TEMÁTICO.....	11
2.1 Confiança	11
2.2 Confiança nos sistemas de saúde	15
2.3 Síntese	18
CAPÍTULO III	21
3. PRINCIPAIS OBJETIVOS DA TESE	23
CAPÍTULO IV	25
4. CONFIANÇA NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	27
4.1 Enquadramento.....	27
4.2 Método	30
4.2.1 Amostra	30
4.2.2 Procedimento.....	31
4.2.3 Medidas	32
4.2.4 Análise.....	32
4.3 Resultados	32
4.3.1 Confiança no SNS	33
4.3.1.1 Grau de Confiança por Grupo (profissional vs. não profissional de saúde)	33
4.3.1.2 Grau de Confiança por Região (NUTS).....	33
4.3.2 Confiança no Setor Privado.....	36
4.3.2.1 Grau de Confiança por Grupo (profissional vs. não profissional de saúde)	36
4.3.2.2 Grau de Confiança por Região (NUTS).....	37

4.4	Discussão e Conclusão	39
CAPÍTULO V		43
5.	REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.....	45
5.1	Enquadramento.....	45
5.2	Quadro Teórico	46
5.3	Metodologia	46
5.3.1	Desenvolvimento do Protocolo	47
5.3.2	Estratégia de Busca e Fonte de Dados	48
5.3.3	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão	48
5.3.4	Pesquisa indutiva.....	51
5.4	Taxonomia da confiança nos sistemas de saúde	53
5.4.1	Políticas de saúde	54
5.4.2	Qualidade dos cuidados de saúde.....	55
5.4.3	Caracterização sociodemográfica.....	57
5.4.4	Caracterização psicossocial.....	57
5.5	Discussão, Limitações e Sugestões para Pesquisas Futuras.....	58
5.5.1	Discussão.....	58
5.5.2	Limitações e Indicações para Pesquisas Futuras.....	59
CAPÍTULO VI.....		61
6.	ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE MEDIDA DA CONFIANÇA NOS SISTEMAS DE SAÚDE	63
6.1	Enquadramento.....	63
6.2	Método	66
6.2.1	Elaboração dos Itens.....	66
6.2.2	Medidas	71
6.2.3	Procedimento.....	74
6.2.4	Amostra	74
6.2.4.1	Relação dos Participantes com o Sistema de Saúde.....	75
6.2.5	Análise.....	78
6.3	Resultados	80
6.3.1	Análise Exploratória.....	80
6.3.2	Consistência interna	86
6.3.3	Análise Fatorial Confirmatória.....	89
6.3.4	Testes de Validade	93

6.4	Discussão, Limitações e Sugestões para Pesquisas Futuras.....	96
6.5	Conclusão	99
CAPÍTULO VII.....		101
7.	PREDITORES DA CONFIANÇA NA PERSPETIVA DO CIDADÃO.....	103
7.1	Enquadramento.....	103
7.2	Método	105
7.2.1	Amostra	105
7.2.2	Procedimento.....	105
7.2.3	Instrumento de Medida.....	105
7.2.4	Análise.....	107
7.3	Resultados	108
7.3.1	Estatística Descritiva	108
7.3.2	Modelos Estruturais.....	111
7.3.2.1	Confiança no Sistema de Saúde	111
7.3.2.2	Confiança no SNS	113
7.3.2.3	Confiança no Setor Privado.....	114
7.4	Discussão.....	115
7.5	Limitações e indicações para pesquisas futuras	117
7.6	Conclusão	118
CAPÍTULO VIII		119
8.	PREDITORES DA CONFIANÇA NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	121
8.1	Enquadramento.....	121
8.2	Método	122
8.2.1	Amostra	122
8.2.2	Procedimento.....	123
8.2.3	Medidas	124
8.2.4	Análise.....	125
8.3	Resultados	125
8.3.1	Estatística Descritiva	125
8.3.2	Confiança no Sistema de Saúde	129
8.3.3	Confiança no SNS	129
8.3.4	Confiança no Setor Privado.....	130
8.4	Discussão.....	131

8.5	Limitações e indicações para pesquisas futuras	133
8.6	Conclusão	133
CAPÍTULO IX		135
9.	O PAPEL DA SATISFAÇÃO NA CONFIANÇA	137
9.1	Enquadramento.....	137
9.2	Método	138
9.2.1	Amostra	138
9.2.2	Procedimento.....	140
9.2.3	Instrumento de Medida.....	140
9.2.4	Análise.....	142
9.3	Resultados	142
9.3.1	Estatística Descritiva	143
9.3.2	Análise de Moderação.....	146
9.3.2.1	Confiança no Sistema de Saúde	146
9.3.2.2	Confiança no SNS	150
9.3.2.3	Confiança no Setor Privado.....	154
9.4	Discussão.....	156
9.5	Limitações e Indicações Para Pesquisas Futuras.....	158
9.6	Conclusão	158
CAPÍTULO X		159
10.	DISCUSSÃO GERAL	161
10.1	Introdução.....	161
10.2	Integração dos resultados	162
10.3	Contributos	166
10.3.1	Implicações Teóricas.....	170
10.3.2	Implicações Práticas.....	171
10.4	Limitações e Recomendações para Futuras Investigações.....	172
10.5	Conclusão Final.....	174
REFERÊNCIAS		177
APÊNDICES		191

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 3.1 Estudo e Pergunta de Investigação	23
Tabela 4.1 Caracterização da Amostra.....	30
Tabela 4.2 Média da Confiança no SNS por Grupo.....	33
Tabela 4.3 Média da Confiança por Região	34
Tabela 4.4 Comparações Múltiplas à <i>Posteriori</i> (<i>Games-Howell</i>)	34
Tabela 4.5 Média da Confiança por Grupo no Setor Privado da Saúde.....	36
Tabela 4.6 Média da Confiança por Região	37
Tabela 4.7 Comparações Múltiplas à <i>Posteriori</i> (Tukey HSD).....	38
Tabela 5.1 Artigos Seleccionados	49
Tabela 6.1 Itens de Medida, Dimensão e Autoria	67
Tabela 6.2 Caracterização da Amostra.....	75
Tabela 6.3 Número de Casos com Valores Considerados Omissos.....	79
Tabela 6.4 Análise dos Pesos Fatoriais para os 7 Componentes (N=455).....	82
Tabela 6.5 Estatística Descritiva, Confiabilidade e Matriz de Intercorrelação	87
Tabela 6.6 Comparação de Índices de Ajustamento entre Modelos da AFC.....	93
Tabela 6.7 Validade Convergente e Fiabilidade Compósita para Todos os Fatores.....	94
Tabela 6.8 Validade Discriminante	96
Tabela 7.1 Estatística Descritiva, Confiabilidade e Matriz de Intercorrelação	109
Tabela 7.2 Grau de Confiança.....	111
Tabela 7.3 Índices de Qualidade de Ajustamento	112
Tabela 7.4 Parâmetros Estimados para os Preditores.....	112
Tabela 7.5 Índices de Qualidade de Ajustamento (SNS).....	113
Tabela 7.6 Parâmetros Estimados para os Preditores.....	113
Tabela 7.7 Índices de Qualidade de Ajustamento (Privado)	114
Tabela 7.8 Parâmetros Estimados Para os Preditores	115
Tabela 8.1 Caracterização da Amostra.....	123
Tabela 8.2 Estatística Descritiva, Confiabilidade e Matriz de Intercorrelação	127
Tabela 8.3 Regressão Linear Múltipla Para Confiança no Sistema de Saúde.....	129
Tabela 8.4 Regressão Linear Múltipla Para Confiança no SNS	130
Tabela 8.5 Regressão Linear Múltipla Para Confiança no Setor Privado	131
Tabela 9.1 Caracterização da Amostra.....	139
Tabela 9.2 Descrição dos Itens e Escalas Usadas para Medir os Construtos.....	140

Tabela 9.3 Estatística Descritiva, Coeficiente de Confiabilidade e Matriz de Intercorrelação	144
Tabela 9.4 Efeitos dos Modelos de Moderação (Sistema de Saúde)	146
Tabela 9.5 Efeitos dos Modelos de Moderação (SNS)	151
Tabela 9.6 Efeitos dos Modelos de Moderação (Setor Privado).....	155
Tabela 10.1 Preditores da Confiança.....	163
Tabela 10.2 Pergunta de Investigação, Método, Implicações Práticas, Teóricas e Metodológicas	167

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Modelo Integrador de Confiança Organizacional.....	13
Figura 2.2 Estrutura Conceptual da Confiança	17
Figura 4.1 Nível médio de Confiança por Setor.....	37
Figura 5.1 Processo de Seleção de Artigos Relevantes.....	47
Figura 5.2 Taxonomia da Confiança nos Sistemas de Saúde Estruturada de Acordo com Gioia et al. (2012).	53
Figura 5.3 Frequência das Dimensões nos Artigos	54
Figura 6.1 Taxonomia da Confiança nos Sistemas de Saúde.....	65
Figura 6.2 Distribuição de Cobertura Complementar ao SNS	76
Figura 6.3 Frequência de Utilização SNS	77
Figura 6.4 Estado de Saúde Autoavaliado	78
Figura 6.5 Modelo Sete Fatores com Correlação de Erros	90
Figura 6.6 Modelo de Segunda Ordem	92
Figura 9.1 Moderação da Relação Foco Doente – Confiança Sistema Saúde	148
Figura 9.2 Moderação da Relação Cuidados de Saúde – Confiança Sistema Saúde	149
Figura 9.3 Moderação da Relação Políticas de Eficiência – Confiança Sistema Saúde	150
Figura 9.4 Moderação da Relação Comunicação – Confiança SNS	152
Figura 9.5 Moderação da Relação Foco no Doente – Confiança SNS	153
Figura 9.6 Moderação da Relação Políticas de Eficiência – Confiança SNS	154

GLOSSÁRIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS, I.P.	Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público
ADM	Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cívicos do Estado
AML	Área Metropolitana de Lisboa
CFP	Conselho das Finanças Públicas
DE	Direção Executiva
EPE	Entidade Pública Empresarial
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPO	Instituto Português de Oncologia
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
IOM	Instituto de Medicina
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP	Rede Nacional de Cuidados Paliativos
SA	Sociedade Anónima
SAD-GNR	Serviços Assistência na Doença – Guarda Nacional Republicana
SAD-PSP	Serviços Assistência na Doença – Polícia Segurança Pública
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
ULS	Unidades Locais de Saúde

CAPÍTULO I

1. Introdução

1.1 Relevância do Estudo

O sistema de saúde português passou por inúmeras mudanças ao longo das últimas décadas. Estas mudanças traduziram-se em ganhos significativos para a saúde dos portugueses, através do aumento da oferta de cuidados de saúde e do aumento de investimento em recursos alocados ao sistema de saúde (Nunes, 2020). A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979 (Lei No 56/79, 1979) foi determinante para o desenvolvimento do sistema de saúde português, ao garantir uma cobertura universal destinada a toda a população e proporcionar cuidados gerais que cobrem todas as necessidades, desde a atenção primária à saúde até aos cuidados paliativos (Nunes, 2020).

Contudo, as recentes crises económica e pandémica, evidenciaram fragilidades do sistema de saúde de carácter estrutural, nomeadamente no baixo investimento em profissionais e equipamentos de saúde (OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021). A evolução tecnológica e o acesso fácil à informação sobre saúde, também contribuíram para a alteração dos padrões de procura por cuidados de saúde. Os portugueses têm mais informação disponível e consciência sobre o modo de acesso e qualidade dos serviços prestados, motivando a procura de coberturas financeiras adicionais, como, por exemplo, os seguros de saúde, para permitir o acesso a cuidados de saúde fora do SNS (Gouveia, 2023).

Embora o SNS assegure a cobertura universal a todos os cidadãos, foram reportadas necessidades médicas não satisfeitas devido ao custo, à distância e aos tempos de espera, sobretudo para as pessoas com baixos rendimentos económicos. A disparidade nas necessidades não satisfeitas, entre os vários escalões de rendimentos, são mais significativas em Portugal do que na maioria dos países da OCDE (OCDE/Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, 2023). A população com menores rendimentos, está sujeita a um maior condicionamento no acesso a cuidados de saúde, por estar dependente do SNS (Conselho das Finanças Públicas [CEP], (2024)).

A falta de capacidade de resposta às necessidades dos doentes, gera incerteza e ansiedade à população (Gouveia, 2023). Esta perceção de vulnerabilidade coloca uma elevada pressão no Governo português para assegurar a sustentabilidade do atual modelo do SNS e responder em simultâneo às expectativas dos cidadãos no acesso a uma prática clínica de qualidade. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024b) a despesa corrente em saúde, em 2023, representa 10.0% do Produto Interno Bruto (PIB) e a importância relativa da despesa corrente pública em 2022 atingiu os 64.8% da despesa corrente. Entre 2020 e 2022, em média, 28.5% da despesa corrente em saúde foi suportada diretamente pelas

famílias (INE, 2024a). Em 2023, a despesa corrente pública terá aumentado 3.7% e a despesa corrente privada 6.6% (INE, 2024b), o que reflete um aumento para a despesa das famílias.

Para Gilson (2003, p.1463) “as pessoas valorizam o sistema de saúde não só pelos cuidados recebidos quando deles necessitaram, mas também pela contribuição que os sistemas realizam para o bem-estar da sociedade em geral” pelo que, a confiança pública é um bom indicador de desempenho do sistema de saúde de um país. Esta reflete a percepção do valor de um sistema para todos os cidadãos, e não apenas para os indivíduos que tiveram experiências recentes (Zhao et al., 2019a).

Empiricamente, a confiança no sistema de saúde tem demonstrado ser um bom preditor dos resultados relacionados com a saúde; os doentes têm de confiar no sistema de saúde para valorizar o seu bem-estar e, estarem dispostos a procurar cuidados de saúde, aceitar diagnósticos e planos terapêuticos (Beller et al., 2022). A investigação sobre as epidemias demonstrou que a falta de confiança diminui a probabilidade de adesão às recomendações de saúde pública (Linzer et al., 2021), e que a relação entre confiança nas instituições, confiança nos sistemas e as decisões de conformidade com as autoridades governamentais são um elemento crucial no comportamento humano (Chan et al., 2020). Ao confiar que as autoridades sabem o que fazem, são honestas e têm preocupação com o bem-estar da população, é provável que se siga as recomendações dadas (Skirbekk et al., 2023). Assim, é importante serem identificados fatores para auxiliar os sistemas de saúde a compreender melhor como criar mais confiança dentro dos seus ambientes (Linzer et al., 2021).

A literatura relacionada com a confiança na saúde dá especial atenção ao papel central da confiança nas relações entre doentes e prestadores de cuidados de saúde, por afetar a vida de doentes vulneráveis (Abelson et al., 2009), e pouca atenção é dada ao grau em que os médicos e outros profissionais de saúde confiam nas organizações em que trabalham (Linzer et al., 2019). Enquanto a literatura se centra no risco, vulnerabilidade e dependência dos doentes nas relações com os profissionais de saúde, espera-se que estes trabalhem em relações produtivas e de confiança com outras partes interessadas do sistema de saúde para melhorar os resultados do doente e do sistema, estando eles próprios, muitas vezes, em risco, vulneráveis e dependentes de inúmeras e diversas relações (Wilk & Platt, 2016). A literatura sugere que a confiança é importante no sucesso das relações profissional de saúde / gestor, uma vez que reduz a necessidade de monitorização e pode aumentar a satisfação no trabalho, maior retenção de pessoal e desempenho organizacional mais eficiente (Rowe & Calnan, 2006). A construção da confiança, seja a confiança de um doente no seu clínico ou a confiança de um clínico na sua

organização, gira em torno do cuidado, altruísmo, benevolência e numa consonância de valores (Linzer et al., 2021).

A informação sobre como a confiança dos profissionais de saúde afeta a sua tomada de decisão organizacional, contratação e prestação de cuidados de saúde pode ser valiosa para os decisores políticos e administradores, pelo que, uma melhor compreensão da confiança destes profissionais é muito necessária (Linzer et al., 2021; Wilk & Platt, 2016). Na revisão de Taylor et al. (2023) sobre os cinquenta anos de pesquisa da confiança em cuidados de saúde, os autores salientam a necessidade de ter mais informação sobre a confiança dos profissionais de saúde no sistema, uma vez que esta informação deve ser de considerável importância para a saúde pública e liderança do sistema de saúde.

Neste contexto, é importante compreender quais são os preditores da confiança no sistema de saúde português, na perspetiva dos cidadãos e dos profissionais de saúde, no período pós-pandemia.

1.2 Objetivo e Pergunta de Investigação

O SNS está sob grande pressão. Em 2023, o aumento das listas de espera para primeira consulta de 46% face ao ano anterior, e de 13% de inscritos para cirurgia, bem com o facto de 16% do total de inscritos no SNS não terem médico de família atribuído (CFP, 2024), leva os portugueses a procurar alternativas fora do SNS (Gouveia, 2023).

O agravamento das listas de espera pela pandemia, provocou um rápido crescimento na procura de seguros de saúde. Entre 2019 e 2020, o aumento dos prémios foi de 8.7% e de 2020 para 2021 de 8.9% (Gouveia, 2023).

Como os sistemas de saúde são instituições sociopolíticas complexas e não meros locais de prestação de cuidados médicos, a confiança no Governo e nas suas agências é necessária para legitimar a ação do Estado nos sistemas de saúde (Gilson, 2003).

De acordo com vários estudos, a confiança tem impacto numa série de comportamentos de saúde, em situações concretas de escolha: compromisso com a terapia, necessidade de segunda opinião, recurso a tratamentos “alternativos”, pondo em causa a capacidade do sistema de saúde de cumprir com os seus objetivos (Straten et al., 2002).

A análise efetuada por Gilson (2003) sugere que o reforço da confiança nos sistemas de saúde exige: i) comportamentos pessoais, em especial entre doentes e prestadores de cuidados de saúde, mas também entre empregadores e trabalhadores, entre gestores e entre agentes dos sectores público e privado, que reforcem a confiança interpessoal; ii) práticas de gestão e de organização que apoiem a criação de confiança; iii) processos políticos que apoiem

o desenvolvimento destas práticas de gestão e organização. Linzer et al. (2021) identificaram variáveis de cultura organizacional, que são mais propensas a estarem associadas a alta confiança entre os profissionais de saúde cujos doentes expressaram confiança neles: qualidade; comunicação e informação; coesão clínica e alinhamento de valores entre profissionais de saúde e líderes das organizações, pelo que requer um estudo mais aprofundado, analisando separadamente a confiança do profissional de saúde e do doente.

Este trabalho de investigação, pretende responder à seguinte questão:

- Quais os preditores da confiança no sistema de saúde português, na perspetiva do cidadão e dos profissionais de saúde?

Tendo como base:

- Identificar os preditores da confiança dos diferentes grupos de interesse (cidadão, e profissional de saúde);
- Avaliar a existência de variações no tipo de preditores consoante o grupo, cidadão e profissional de saúde;
- Avaliar diferenças da confiança entre sector público e privado;
- Avaliar a existência de variações no tipo de preditores de confiança entre o sector público e privado, na perspetiva do cidadão e do profissional de saúde.
- Investigar se a satisfação com os cuidados recebidos modera as relações de confiança.

Contribuindo assim, para a investigação da confiança nos sistemas de saúde, com o conhecimento dos preditores da confiança na perspetiva de diferentes *stakeholders* e para a gestão do sistema de saúde português, apontando oportunidades de melhoria futura, uma vez que, fornece informação relevante não só a nível dos preditores da confiança no sistema de saúde na totalidade, mas também a nível mais específico no SNS e no setor privado.

1.3 Estrutura da Tese

Esta tese está estruturada da seguinte forma:

Na primeira parte é apresentado um enquadramento teórico sobre as principais teorias e conceitos relacionados à confiança, onde se refere a importância da confiança a vários níveis: indivíduo, equipa e organização. Com o objetivo de contextualizar o construto em estudo (confiança) é igualmente destacada a sua importância nos sistemas de saúde, como um aspeto crucial para o bom funcionamento desses sistemas.

Em seguida, é apresentado um estudo exploratório preliminar, com o propósito de avaliar o grau de confiança no SNS e no setor privado, e averiguar se existem diferenças no grau de confiança entre profissionais e não profissionais de saúde e entre as diferentes regiões, considerando a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS). Neste estudo é feita uma caracterização do sistema de saúde português, a fim de situar o contexto em que o trabalho se desenvolve. Esta informação preliminar fundamentou a segunda parte do trabalho, que consiste em identificar os fatores que influenciam a confiança e determinar quais são os mais relevantes.

Para isso, realiza-se uma revisão sistemática da literatura, a qual resultou numa taxonomia holística das dimensões da confiança. Este modelo teórico, serviu de base para a realização de quatro estudos empíricos, cujos resultados são discutidos de forma integrada no capítulo final. Nessa discussão geral, são apresentadas as contribuições do trabalho, as suas limitações e recomendações para futuras investigações, culminando numa conclusão abrangente.

Este trabalho apresenta uma abordagem estruturada e abrangente, que combina uma fundamentação teórica com estudos empíricos, de modo a permitir uma compreensão aprofundada de: como se define, como se mede e como se explica a confiança no contexto do sistema de saúde português.

CAPÍTULO II

2. Enquadramento Temático

2.1 Confiança

A confiança é fundamental para o funcionamento dos sistemas sociais (Luhmann, 1979); os indivíduos não teriam qualquer necessidade de confiar se não fossem as relações sociais (Lewis & Weigert, 1985). As pessoas dependem de diferentes formas umas das outras para atingirem os seus objetivos, quer pessoais quer profissionais (Mayer et al., 1995) e escolhem em quem confiar, em que aspetos e em que circunstâncias, baseando a escolha naquilo que consideram ser uma “boa razão” (Lewis & Weigert, 1985; McAllister, 1995). Para confiar, é necessário algum conhecimento. Com o conhecimento total, não há necessidade de confiar; seria um cálculo racional e com total ignorância, não há base para confiar racionalmente, seria um caso de fé (Blomqvist, 1997; McAllister, 1995).

O conceito de confiança tem sido explorado por muitos investigadores de diferentes áreas científicas, com diferentes visões sobre o conceito assim como sobre os seus antecedentes (Blomqvist, 1997). De seguida apresentam-se algumas dessas visões.

Na psicologia social, confiar implica estar numa posição vulnerável em relação a outra e ao mesmo tempo, possuir algum conhecimento do outro que inspire confiança nas suas intenções, pelo que o risco e a incerteza influenciam as decisões de confiança (e.g., Luhmann, 1979). Para os filósofos, a atitude de confiança é muitas vezes inconsciente, não racional, que faz parte de uma conduta básica da vida (Blomqvist, 1997). A confiança para os economistas é vista como uma resposta ao comportamento futuro esperado enquanto para os advogados, a confiança é um complemento necessário ao controlo de contratos formais que raramente são legalmente contestados (Blomqvist, 1997). A investigação empírica de mercado suporta as funções positivas da confiança no desenvolvimento e cooperação de relacionamentos (Blomqvist, 1997), as evidências dos benefícios tanto individuais como coletivos que se acumulam quando a confiança está presente, fez com que a confiança passasse a ter um papel central na teoria e pesquisa organizacional (Kramer, 1999).

A pesquisa sobre a questão da confiança dentro das organizações, tenta explicar os antecedentes que promovem o surgimento da confiança, incluindo fatores psicológicos, sociais e organizacionais que influenciam as expectativas dos indivíduos sobre a confiabilidade dos outros e a sua disposição para confiarem neles (Kramer, 1999).

Sociólogos e psicólogos sociais, fazem referência à confiança como um construto multidimensional com dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais (e.g., Castaldo et al., 2010; Johnson & Grayson, 2005; Lewis & Weigert, 1985; McAllister, 1995).

A confiança tem sido definida em termos de vários processos cognitivos, já que, implica estado de vulnerabilidade ou risco percebido, que deriva da incerteza dos indivíduos em relação aos motivos e intenções de outros de quem dependem (Kramer, 1999). Escolhe-se cognitivamente em quem se confia, em que aspetos e circunstâncias, com base no conhecimento possível sobre a competência e fiabilidade do outro, no que se considera ser prova de confiabilidade (Costa et al., 2018; Lewis & Weigert, 1985). Na dimensão cognitiva, a confiança é construída através do conhecimento acumulado dos atributos pessoais ou institucionais e da reputação reportada em outras relações. Quando os efeitos da reputação são fortes, as interações iniciais são apenas para confirmar percepções anteriores, e a confiança cognitiva pode dar lugar à confiança definitiva por não haver necessidade de mais razões racionais para confiar no outro (Johnson & Grayson, 2005; Terres & Santos, 2013).

A componente afetiva da confiança consiste num vínculo emocional (Lewis & Weigert, 1985), as pessoas fazem investimentos emocionais em relações de confiança, expressam preocupações com o bem-estar do outro e acreditam que esse sentimento é recíproco (McAllister, 1995). Esta componente afetiva está presente em todos os tipos de confiança, mas é mais notória na confiança interpessoal (Lewis & Weigert, 1985; McAllister, 1995). À medida que as ligações emocionais se aprofundam, a confiança vai para além do que é justificado pelo conhecimento disponível (Johnson & Grayson, 2005). Em última análise consideramos que os laços emocionais podem fortalecer a base para a confiança (McAllister, 1995).

A dimensão comportamental da confiança refere-se à disposição de empreender uma ação arriscada com base na expectativa confiante de que o outro agirá com competência (Lewis & Weigert, 1985; Terres & Santos, 2013), é implicitamente uma consequência da confiança cognitiva e afetiva (Johnson & Grayson, 2005).

Alguns investigadores referem que a confiança cognitiva precede a confiança baseada em afetos (e.g., Costa et al., 2018; McAllister, 1995), mas embora estas duas dimensões estejam altamente correlacionadas, são empiricamente distintas, já que ambas as dimensões têm antecedentes únicos (Johnson & Grayson, 2005; Lewis & Weigert, 1985; Terres & Santos, 2013).

Nas organizações, devido à diversidade das pessoas que nelas trabalham, é essencial desenvolver um mecanismo de confiança mútua que permita trabalhar efetivamente em conjunto (Mayer et al., 1995). A confiança é difícil de iniciar, lenta a crescer e sempre fácil de quebrar, e uma vez traída é difícil de reparar (Blomqvist, 1997).

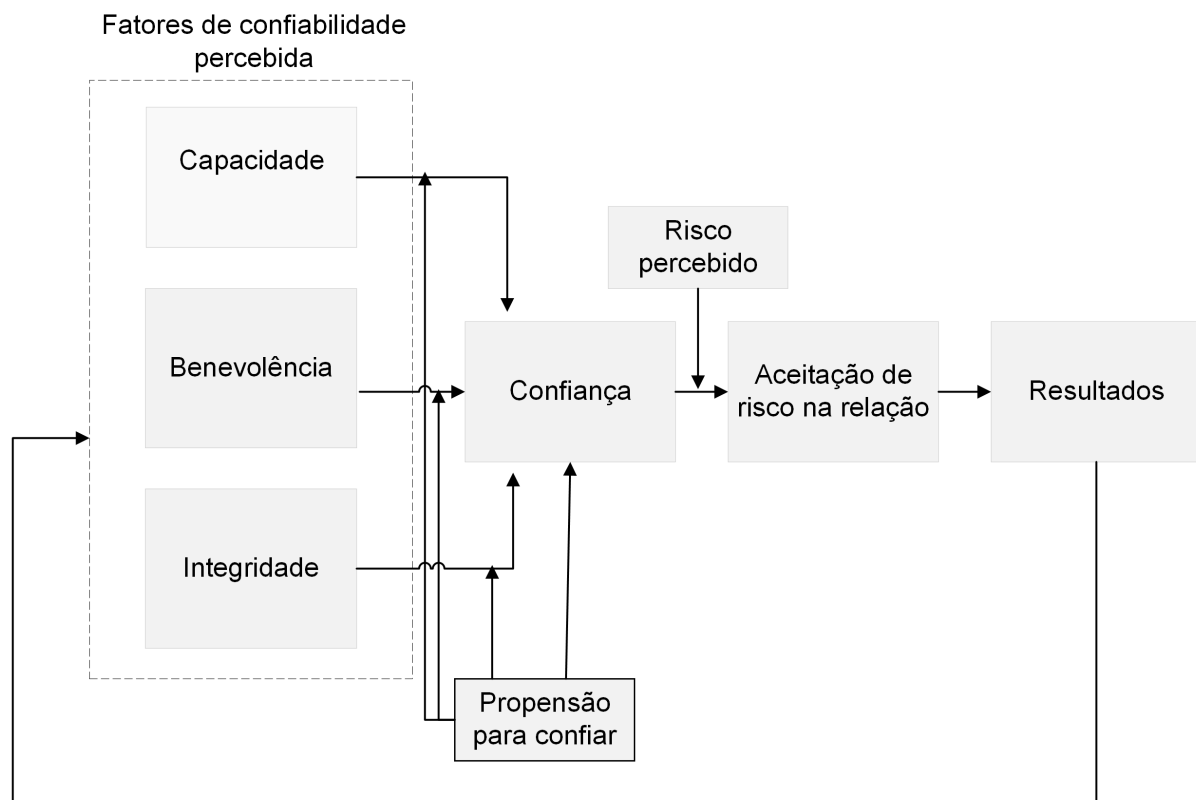
Para Mayer et al. (1995, p.712), confiança é “a vontade de uma parte ser vulnerável às ações de outra parte com base na expectativa de que a outra irá realizar uma ação

particularmente importante para o que confia, independentemente da capacidade de monitorizar ou controlar essa outra parte”. Estes autores propuseram um modelo (Figura 2.1), muito referenciado na literatura, onde consideram que para se estabelecer uma relação de confiança devem ser consideradas as características dos intervenientes da relação. Avalia-se, naquele em quem se confia, a sua competência (se é competente no que faz), a sua integridade (o mesmo padrão de valores) e a sua benevolência (a sua intenção de não magoar). Estes são os fatores de confiabilidade percebida cujo contributo de cada um para a relação de confiança pode variar independentemente dos outros. Aquele que confia, segundo os mesmos autores, apresenta uma propensão para confiar influenciada pela sua personalidade, antecedentes culturais e experiências desenvolvidas que influenciam a probabilidade de confiar, além de terem níveis diferentes de propensão ao risco.

Sem risco, não existe uma relação de confiança, as consequências da confiança são determinadas pelos fatores contextuais onde o risco é assumido (Mayer et al., 1995).

Figura 2.1

Modelo Integrador de Confiança Organizacional



Nota. Modelo adaptado de Mayer et al. (1995)

Com este modelo, Figura 2.1, pretende-se compreender como as partes processam a informação sobre os outros e decidir a dimensão do risco que devem correr com esses outros. Como tal, o modelo representa uma abordagem cognitiva da confiança (Schoorman et al., 2007).

Para Costa et al. (2001, p. 228), "a confiança é um estado psicológico que se manifesta nos comportamentos para com os outros, baseia-se nas expectativas feitas sobre os comportamentos destes outros, e nos motivos e intenções percebidos em situações que implicam risco para as relações com aqueles outros." Para os autores, esta definição, consistente com o modelo de Mayer et al. (1995), distingue entre o estado psicológico, as expectativas e os comportamentos em relação aos outros, que são conceptualizados como componentes distintos, mas relacionados, da confiança. Consideram os comportamentos da confiança como componentes e não como um efeito da própria confiança. Assim, a confiança é definida como um construto multicomponente composto por: 1) propensão para a confiança, 2) confiabilidade percebida, e 3) comportamentos de confiança. Os componentes de confiança são conceptualizados como tendo múltiplas dimensões cuja importância pode variar com o contexto (Costa et al., 2001). Esta definição inclui uma variável de disposição, propensão à confiança, bem como dimensões cognitivas e comportamentais. Poderá ser mais preciso conceptualizar a propensão para confiar, como antecedente e não como uma dimensão da confiança (Gill et al., 2005).

Com o objetivo de explorar as relações entre antecedentes da confiança, como proposto por Mayer et al. (1995), e a intenção de confiar, Gill et al (2005) na sua investigação, identificaram a força situacional como uma condição fronteira da relação entre a propensão à confiança e a intenção de confiar.

Mudanças recentes no local de trabalho, como o aumento do trabalho remoto, exigem que os colaboradores se adaptem a novas formas de cooperação, muitas vezes baseadas em informações limitadas sobre os seus colegas, pelo que o contexto pode determinar qual o antecedente mais importante na formação de confiança (Gill et al., 2005).

A confiança é reconhecida a nível pessoal, departamental (Intra organizacional), Inter-organizacional, local e nacional (política) (Blomqvist, 1997). Na discussão da confiança entre níveis organizacionais, Ashley Fulmer e Gelfand (2012) argumentaram que pode residir em diferentes níveis de análise (indivíduo, equipa e organização) e dentro de cada nível, consideram também diferentes referenciais de confiança, como: a confiança nos líderes, confiança nas equipas e a confiança nas organizações.

Conceptualizações de confiança nas equipas têm-se focado predominantemente em dois níveis distintos de análise: a confiança da equipa, que se refere à confiança partilhada coletivamente entre os membros da equipa, e a confiança interpessoal, que reside ao nível individual e se refere às relações interpessoais entre pares de membros da equipa (Costa et al., 2018). No entanto, influências multiníveis foram identificadas como uma das questões conceptuais mais críticas a considerar no estudo de equipas (Feitosa et al., 2020).

A diferenciação entre a confiança da equipa coletiva e a confiança entre os membros da equipa é importante, uma vez que existem evidências que demonstram que os membros da equipa podem partilhar um nível elevado ou baixo de confiança coletiva da equipa e, no entanto, individualmente manter diferentes níveis de confiança interpessoal entre eles (Costa et al., 2018). Assim, e considerando que o desenvolvimento da confiança da equipa ocorre num ambiente multinível e está sujeito a fatores individuais, de equipa e contextuais (Costa et al., 2018) os modelos multinível são os que podem permitir uma maior perceção sobre as equipas, uma vez que são compostos por indivíduos e incorporados em organizações (Feitosa et al., 2020).

A confiança nas equipas de trabalho é uma área de investigação que contribui para a compreensão sobre como indivíduos e equipas interagem e como as dinâmicas de trabalho em equipa influenciam o desempenho e, outros resultados de eficácia (Costa et al., 2018). Por exemplo, a confiança dos indivíduos pode influenciar e moldar o aparecimento de confiança em níveis mais elevados, o que, por sua vez, influenciará os processos e o desempenho da equipa (Feitosa et al., 2020). A confiança tem assim implicações a vários níveis nas organizações, desde o desempenho do empregado, do trabalho em equipa e sucesso de liderança, ao desempenho organizacional e interorganizações (Ashley Fulmer & Gelfand, 2012).

Se concordarmos com a premissa de que o nível de confiança inerente à sociedade, condiciona o bem-estar de uma Nação, bem como a sua capacidade de competir economicamente (Blomqvist, 1997; Fukuyama, 1995), a possibilidade de medir a confiança será de grande valor tanto para o progresso científico, como para a implementação prática. Contudo, não se trata apenas de medir, mas também de compreender o processo cognitivo da mente das pessoas, quando decidem confiar ou não (Blomqvist, 1997).

2.2 Confiança nos sistemas de saúde

A confiança pode ser entendida como uma questão relacional, geralmente presente entre: pessoas, pessoas e organizações, pessoas e situações (Gilson, 2003). As relações de

confiança caracterizam-se pelo facto de uma das partes ter expectativas otimistas em relação à competência da outra parte, e acreditar que essa parte tudo fará no seu melhor interesse (Hall et al., 2001; Rowe & Calnan, 2006). Confiar em alguém, é uma ação voluntária baseada nas expectativas de como os outros se comportarão em relação a si no futuro (Gilson, 2003).

A confiança é vital para o funcionamento eficaz dos sistemas de saúde, os doentes confiam e seguem os conselhos do médico na expectativa de recuperar da doença (Gille et al., 2021). Tem demonstrado ser um fator crítico numa variedade de processos terapêuticos importantes incluindo: a aceitação do doente de recomendações terapêuticas, adesão a regimes de tratamento, partilha de informação sensível, satisfação com cuidados médicos, melhoria dos sintomas e alta do paciente (Brennan et al., 2013; Hall et al., 2001).

A confiança, como estas evidências sugerem, é importante para os doentes e pode ser usada como um potencial 'marcador' para a forma como os doentes avaliam a qualidade dos cuidados de saúde (Brennan et al., 2013); no entanto, não é o mesmo que satisfação com os serviços de saúde. A satisfação, é uma avaliação de eventos passados, enquanto a confiança se preocupa com muito mais do que avaliar a prestação de serviços: é uma atitude formada em torno das características e personalidade daqueles que prestam cuidados de saúde, e da relação com eles, dentro do sistema de saúde como um todo (Hall et al., 2001; Nikodem et al., 2022).

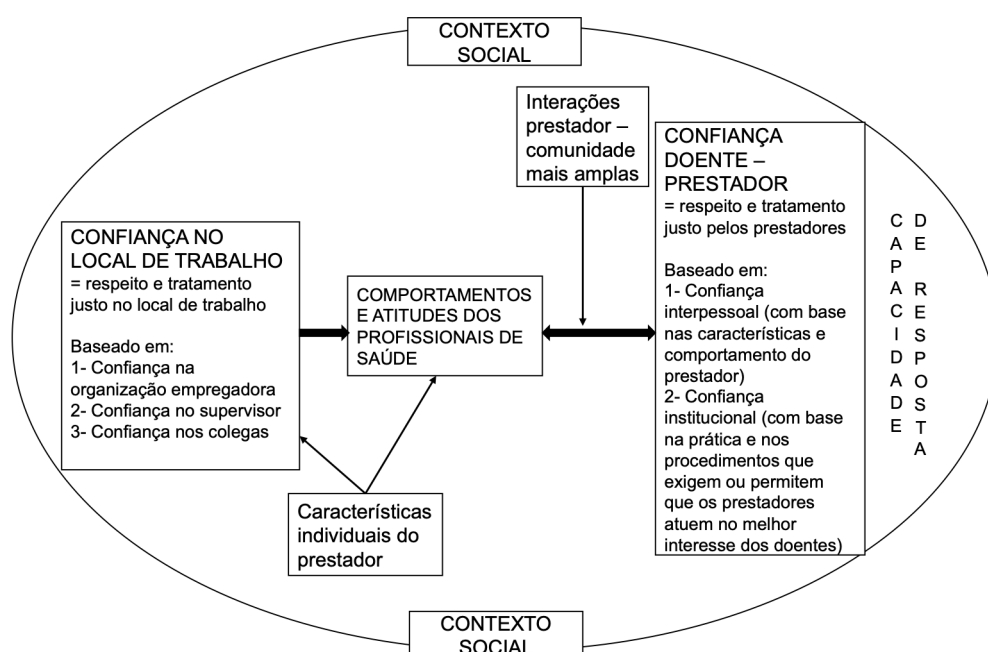
A pandemia da COVID-19 evidenciou o papel que a confiança desempenha em todos os elementos da prestação de cuidados de saúde: entre as pessoas, entre as pessoas e as instituições, e entre as pessoas e os sistemas sociais de cuidados (Taylor et al., 2023). A investigação sobre a pandemia, demonstrou que a falta de confiança diminui a adesão às recomendações de saúde pública (Linzer et al., 2021) e também indicou que as pessoas são mais propensas a cumprir medidas de saúde, quando percebem que outros membros das suas redes sociais estão a seguir essas medidas (Skirbekk et al., 2023).

Embora os doentes sejam geralmente considerados a parte vulnerável na relação de confiança, a confiança recíproca é igualmente importante, para que a relação seja eficaz e se traduza em resultados positivos em termos de cuidados de saúde (Brennan et al., 2013). A prestação eficaz de cuidados de saúde, exige não só, a prestação dos cuidados em si, mas também a aceitação dos mesmos por parte dos doentes, pelo que a prestação de cuidados de saúde resulta da interação entre doente e profissional de saúde (Gilson, 2003). No entanto, esta relação é também moldada pelas instituições inseridas no sistema de saúde, ou seja, as atitudes e práticas dos profissionais de saúde para com os doentes, são moldadas pelas suas relações com os seus gestores e pelas práticas de gestão das suas organizações (Gilson, 2003).

Gilson et al. (2005) sugerem que a confiança dos profissionais de saúde no seu local de trabalho, influencia as suas atitudes e comportamentos em relação aos doentes, de forma a influenciar a extensão da confiança entre os doentes e os prestadores, Figura 2.2. Esta relação, pode também ser influenciada por três outros fatores: personalidades dos profissionais e experiências passadas; interações mais amplas entre os profissionais de saúde e a comunidade que servem; características do contexto histórico, cultural e sociopolítico do sistema de saúde.

Figura 2.2

Estrutura Conceptual da Confiança



Nota. Estrutura conceptual da confiança, adaptada de Gilson et al. (2005)

Nos últimos anos, estudos exploraram a confiança como uma construção relacional entre o público e o sistema de saúde, demonstrando que níveis elevados de confiança estão geralmente associados à legitimidade do sistema, a baixos custos, à melhoria da saúde e a níveis mais elevados de coesão social (Gille et al., 2021).

A confiança nos sistemas de saúde desperta o interesse dos investigadores, uma vez que afeta a vida de doentes vulneráveis e são o maior programa de despesas públicas de muitas nações industrializadas (Abelson et al., 2009). A avaliação da confiança nos sistemas de saúde, assume particular importância ao revelar o nível de confiança que as pessoas colocam nas autoridades, como peritos e Governos; nas instituições quando necessitam de fazer escolhas; e no recurso à informação de saúde através da internet, onde a pessoa confia em alguém anónimo

para poder beneficiar da informação disponível (Gille et al., 2015). Na ausência de conhecimento sobre saúde, a confiança nas autoridades de saúde, torna-se de extrema importância para as avaliações de custos e benefícios relacionadas com as decisões de escolha (Skirbekk et al., 2023).

A confiança é particularmente essencial para relações de vulnerabilidade e necessidade, como são os cuidados de saúde: os doentes precisam de receber cuidados; os profissionais de saúde têm de estar capazes para assegurar a prestação dos cuidados; as organizações precisam de ser sensíveis às necessidades dos seus doentes e profissionais (Taylor et al., 2023). Desta forma, diversos intervenientes têm de atuar em conjunto para que o sistema como um todo seja confiável (Gille et al., 2021).

Considerando a confiança como resultado de relações e/ou interações complexas entre o profissional de saúde, o sistema de prestação cuidados de saúde, e os sistemas sociais mais amplos, que influenciam o sistema de saúde, a confiança em todos os níveis tem de ser abordada para determinar como a melhorar (Meyer et al., 2008).

Para se poder monitorizar a confiança pública e estudar a relação entre a confiança e o comportamento futuro, foram conceptualizados vários modelos de medida e análise da confiança nos sistemas de saúde. Contudo, não existe uma uniformização no método e nas dimensões utilizadas (Gille et al., 2021; Ozawa & Sripad, 2013; Taylor et al., 2023).

2.3 Síntese

A confiança é fundamental para o funcionamento dos sistemas sociais (Lewis & Weigert, 1985; Luhmann, 1979) e para o alcance de objetivos pessoais e profissionais (Mayer et al., 1995), é baseada no que se considera ser “uma boa razão” e em conhecimento parcial (McAllister, 1995). A sua importância é explorada por diferentes áreas científicas, onde o conceito é avaliado sob diversas perspetivas (Blomqvist, 1997), temos como exemplo:

- A psicologia social e a filosofia que enfatiza aspetos pessoais e interpessoais;
- A economia e o direito exploram a confiança interpessoal e inter-organizacional;
- O marketing prioriza os benefícios para a cooperação e relacionamentos.

A confiança é descrita como um construto multidimensional englobando dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais (e.g., Castaldo et al., 2010; Johnson & Grayson, 2005; Lewis & Weigert, 1985; McAllister, 1995), em que:

- A dimensão cognitiva é baseada no conhecimento possível e racionalidade (Costa et al., 2018; Lewis & Weigert, 1985);

- A afetiva envolve vínculos emocionais (Lewis & Weigert, 1985; McAllister, 1995);
- A comportamental está relacionada com a disposição para assumir riscos (Lewis & Weigert, 1985; Terres & Santos, 2013).

A confiança é reconhecida a diferentes níveis: pessoal, departamental, Inter-organizacional, local e nacional (Blomqvist, 1997).

Em contexto organizacional, a confiança é vista como essencial para o trabalho eficaz em equipa. O modelo Mayer et al. (1995) é destacado na literatura, considera que, para se estabelecer uma relação de confiança devem ser consideradas as características dos intervenientes da relação, onde a competência, integridade e benevolência são os fatores-chave da confiabilidade percebida; e a propensão para confiar e a propensão ao risco influenciam a probabilidade de confiar.

Nas organizações, discute-se a confiança a nível do indivíduo, equipa e organização; e as suas implicações no desempenho e sucesso a nível individual, coletivo, organizacional e interorganizacional (Ashley Fulmer & Gelfand, 2012). É reconhecida a importância das abordagens multinível para compreender a confiança nas equipas, especialmente em face das mudanças no ambiente de trabalho (Feitosa et al., 2020).

Em contexto nacional, a confiança é relevante a nível social e económico pelo seu impacto no bem-estar nacional e na competitividade económica, assim, medir e compreender melhor este fenómeno será um grande contributo para o progresso científico e prático (Blomqvist, 1997; Fukuyama, 1995).

Em contexto de sistemas de saúde, a confiança é um elemento fundamental para o funcionamento eficaz dos mesmos. Pode ser considerada, como uma questão relacional que envolve pessoas, organizações e situações (Gilson, 2003), sendo crucial para diversos aspetos dos cuidados de saúde, incluindo a adesão a tratamentos, satisfação dos pacientes e resultados terapêuticos (Brennan et al., 2013; Hall et al., 2001). A pandemia da COVID-19 evidenciou a importância da confiança na adesão às recomendações de saúde pública (Linzer et al., 2021).

A prestação eficaz de cuidados de saúde, resulta da interação entre doente e profissional de saúde (Gilson, 2003). No entanto, as atitudes e práticas dos profissionais de saúde para com os doentes, são moldadas pelas suas relações com os seus gestores e pelas práticas de gestão das suas organizações (Gilson, 2003). O modelo conceptual da confiança de Gilson et al. (2005), sugere ainda, que esta relação pode também ser influenciada por três outros fatores: personalidades dos profissionais e experiências passadas; interações mais amplas entre os

profissionais de saúde e a comunidade que servem; características do contexto histórico, cultural e sociopolítico do sistema de saúde.

Assim, pode-se considerar o modelo de Gilson et al. (2005) como uma expansão do modelo de confiança organizacional de Mayer et al. (1995), que se foca principalmente na confiança interpessoal dentro de uma organização. O modelo de Gilson et al. (2005), incorpora múltiplos níveis de interação, embora os fatores de confiabilidade estejam presentes nos dois modelos, este último, para além do contexto organizacional, considera explicitamente as influências externas como fatores influentes da confiança. Meyer et al. (2008), ao considerarem que, a confiança é essencial para as relações complexas entre: o profissional de saúde, a organização de prestação de cuidados, e os sistemas sociais mais amplos que influenciam o sistema de saúde, pelo que, é necessário abordar a confiança a múltiplos níveis para melhorá-la efetivamente, reforçam este modelo conceptual.

Estudos realizados, demonstram a relevância da confiança para a legitimidade do sistema de saúde, baixos custos, melhoria da saúde e coesão social (Gille et al., 2021). Como tal, existem diversos modelos para medir e analisar a confiança nos sistemas de saúde, contudo não há uniformização nas abordagens utilizadas (Gille et al., 2021; Ozawa & Sripad, 2013; Taylor et al., 2023).

Feita a caracterização da confiança e da sua importância a nível de sistemas de saúde, tendo por base estudos efetuados noutros países, justifica-se a avaliação da confiança em contexto do sistema de saúde português. Assim, no capítulo III apresentamos os principais objetivos desta tese, onde se menciona o estudo exploratório, dedicado à caracterização do nível confiança em Portugal, desenvolvido no capítulo IV.

CAPÍTULO III

3. Principais Objetivos da Tese

Esta tese tem como objetivo principal caracterizar a confiança no sistema de saúde e identificar os fatores que a influenciam, tanto na perspetiva do cidadão como do profissional de saúde. Mais especificamente, pretende avaliar se o tipo preditores da confiança varia de acordo com o grupo (profissional de saúde e cidadão) e por setor da saúde (SNS e setor privado).

Para caracterizar a confiança no sistema de saúde, realiza-se um estudo exploratório; para identificar os fatores que a influenciam, desenvolve-se uma taxonomia da confiança e realiza-se quatro estudos empíricos distintos. Cada um desses estudos visa responder a uma pergunta de investigação específica, utilizando uma metodologia adequada. A Tabela 3.1 apresenta um resumo de cada estudo, incluindo a sua questão de investigação e o método aplicado.

Tabela 3.1

Estudo e Pergunta de Investigação

Estudo	Pergunta de Investigação	Método
Estudo Exploratório	Qual o grau de confiança no SNS e no setor privado? Será que existem diferenças no grau de confiança entre profissionais e não profissionais de saúde? Será que o nível de confiança é semelhante nas diferentes regiões?	Quantitativo; Descritivo; Teste de igualdade de médias entre grupos
Taxonomia da confiança nos sistemas de saúde	Quais dimensões da confiança nos sistemas de saúde?	Revisão sistemática de literatura
Estudo 1	Como medir a confiança nos sistemas de saúde?	Desenvolvimento de escala; ACP; AFC
Estudo 2	Quais os preditores da confiança no sistema de saúde, no SNS e no setor privado?	Quantitativo; Modulação de equações estruturais (SEM)
Estudo 3	Quais os preditores da confiança, para os profissionais de saúde no sistema, no SNS e no setor privado?	Quantitativo: Regressão Linear

Estudo 4	Será que a satisfação com os cuidados recebidos modera a influência dos diferentes fatores na confiança?	Quantitativo; Análise de Moderação
----------	--	------------------------------------

O estudo exploratório é realizado com o propósito de avaliar o grau de confiança no sistema de saúde, fazendo a distinção entre SNS e setor privado, e explorar se existem diferenças no grau de confiança entre profissionais e não profissionais de saúde, e entre as diferentes regiões (NUTS). Para tal, é efetuado o teste de igualdade de médias entre grupos (*t*-Student e ANOVA, respetivamente).

Na revisão sistemática da literatura, desenvolve-se uma taxonomia, onde, através de uma abordagem indutiva, são agregados os diferentes conceitos identificados em estudos anteriores como dimensões da confiança. Esta taxonomia serve de modelo teórico para os estudos empíricos subsequentes.

O estudo 1 tem como objetivo desenvolver e testar uma escala multidimensional, que reflete as dimensões agregadas da estrutura teórica, para medir a confiança no sistema de saúde. O modelo, que identifica os fatores-chave que contribuem para a confiança, é validado através de uma análise de componentes principais (ACP) e uma análise fatorial confirmatória (AFC).

Os estudos 2 e 3 são realizados para investigar a importância relativa desses diferentes fatores como preditores da confiança no sistema de saúde, tanto de forma global, quanto especificamente no SNS e no setor privado de saúde. Para o estudo 2, considera-se a amostra total e a avaliação é efetuada através de uma análise de modelação de equações estruturais (Structural Equation Modeling, SEM). Já no estudo 3, são selecionados especificamente os participantes que reportaram ser profissionais de saúde, e o teste dos preditores da confiança é realizado por análise de regressão linear.

Por fim, o estudo 4, tem a finalidade de avaliar se a satisfação com os cuidados recebidos pode influenciar as relações entre os diferentes fatores e a confiança no sistema de saúde, no SNS e no setor privado. Para tal, é realizada uma análise de moderação com a amostra total, e utilizando Modelo 1 da Macro *Process* para o software SPSS.

Com este trabalho pretende-se contribuir, para a teoria e para potenciais intervenções práticas, com uma melhor compreensão de: como se define, como se mede e como se explica a confiança no contexto do sistema de saúde português.

CAPÍTULO IV

4. Confiança no Sistema de Saúde Português

4.1 Enquadramento

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os sistemas de saúde abrangem todas as organizações, instituições e recursos que se dedicam à produção de ações de saúde (World Health Organization, 2000).

Em Portugal, este conceito engloba o SNS, todas as entidades públicas que desenvolvam atividades na área da saúde, todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados de saúde (Lei n.º 48/90, 1990). Temos assim um sistema misto com setores público e não público.

No setor público, os principais componentes são o SNS e os subsistemas tais como: a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE); Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM), Serviços de Assistência na Doença – Polícia de Segurança Pública (SAD-PSP) e Serviços de Assistência na Doença – Guarda Nacional Republicana (SAD-GNR) (Decreto-Lei n.º 154/2015, 2015).

O setor não público, é constituído por instituições sem fins lucrativos que inclui as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) dedicadas à saúde, as instituições de natureza mutualista e as unidades e grupos com fins lucrativos. Embora exista uma heterogeneidade do setor não público, é mais fácil utilizar uma distinção simples entre setores público e privado, não só por uma questão de linguagem, mas também pelo facto de a informação estatística que existe não fornecer dados discriminados para os componentes do setor não público (Gouveia, 2023).

A Constituição da República Portuguesa no seu artigo 64.º, consagra a proteção à saúde como um direito de todos realizado “através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito” (Legislação Consolidada - Decreto de Aprovação Da Constituição, 1976).

O SNS foi criado formalmente em 1979, pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, mas só em 1990 foi aprovada a Lei de Bases da Saúde, com vista a um enquadramento legislativo mais globalizado para o SNS (Campos & Simões, 2011, pp. 29-30).

A explosão demográfica e o aumento da esperança média de vida da população, constituiu um novo desafio para o SNS, que teve de responder com soluções complexas para satisfazer as necessidades dos cidadãos e permitir o acesso universal e geral garantido pela constituição. O poder político teve de adaptar a sua estratégia para a Saúde e iniciou uma reforma nos cuidados primários, uma reorganização da rede hospitalar pública e um desenvolvimento de alternativas (Nunes, 2020).

Para tornar o SNS mais eficiente foram adotadas reformas, seguindo a tendência europeia, de separação do papel do Estado, estabelecendo-se mecanismos de contratualização entre os gestores das instituições de saúde e o Estado português (Nunes, 2020).

A institucionalização da empresarialização deu-se com a aprovação de um novo regime jurídico da gestão hospitalar na Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro. Este novo regime jurídico, previa o financiamento do SNS através do pagamento das atividades efetivamente realizadas, o regime do contrato individual de trabalho e a criação de unidades de saúde, com natureza de sociedades anónimas (SA) de capitais públicos (Campos & Simões, 2011, p. 195).

O processo de empresarialização continuou e em 2005, 31 hospitais SA e 5 hospitais do setor público administrativo (hospitais SPA), transformaram-se em entidades públicas empresariais (hospitais EPE). Desde então, assistiu-se à fusão de hospitais em centros hospitalares e à criação de Unidades Locais de Saúde (ULS) com estatuto EPE, tendo por objetivo a otimização de recursos evitando duplicação de serviços (Nunes & Harfouche, 2015).

Com o objetivo de clarificar as relações entre os vários atores do sistema de saúde, a nova Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei No 95/2019 (2019), de 4 de setembro, veio revogar a Lei nº 48/90 (1990), de 24 de agosto e reafirmar a “centralidade do SNS, pautado pelos princípios da universalidade, generalidade, tendencial gratuitidade e dotado de estatuto próprio” (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022, p. 5). Decorridos mais de 30 anos da aprovação do último estatuto do SNS, em 1993, várias transformações ocorreram. Assim, em 2022, foi aprovado um novo estatuto do SNS pelo Decreto-Lei nº 52/2022 que revoga o Decreto-Lei n.º11/93 de 15 de janeiro de 1993.

Este novo estatuto do SNS introduz uma inovação, ao criar uma Direção Executiva (DE) do SNS. Esta DE assume a coordenação das unidades de saúde do SNS, bem como daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), para assegurar o seu funcionamento em rede (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

Temos como unidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), os Hospitais, os Centros Hospitalares, os Institutos Portugueses de Oncologia (IPO) e as Unidades Locais de Saúde (ULS). Com o novo estatuto do SNS, a natureza jurídica dos ACES, é alterada passando a institutos públicos de regime especial, a serem dotados de autonomia administrativa e património próprio. À semelhança do que acontece com as unidades hospitalares, os ACES têm a responsabilidade de contratualizar a prestação de cuidados de saúde primários com a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), que é responsável pelo planeamento e gestão de recursos

financeiros, pelo planeamento de recursos humanos e da rede de instalações e equipamentos, bem como, pela contratação da prestação de cuidados, numa ótica de sistema de saúde (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

O financiamento do SNS é assegurado pelo Orçamento do Estado, contando com a consignação de receitas fiscais para o efeito e de outras receitas previstas em lei, a exemplo das taxas moderadoras. Este financiamento deverá permitir ao SNS, os recursos necessários ao cumprimento das suas funções (Lei nº 95/2019, 2019). Contudo, tem-se verificado que os recursos financeiros são insuficientes para cobrir as necessidades e custos crescentes dos serviços de saúde, sendo fundamental adotar uma abordagem integrada, que vise a melhoria da eficiência, qualidade e equidade, assegurando a sustentabilidade do SNS (Fernandes, 2024).

O Estado, independentemente da configuração da rede de prestadores ou da forma de financiamento, desempenha o papel central em todos os sistemas de saúde, mas só pode funcionar eficazmente se as suas ações forem consideradas legítimas de forma a persuadir os doentes a cooperarem com os prestadores na coprodução de saúde (Gilson, 2003).

Para a legitimidade e funcionalidade dos sistemas de saúde, é necessária uma liderança confiável, fundamentada na transparência e na comunicação, além de melhor medição e compreensão da natureza dinâmica da confiança (Mckee et al., 2024).

As críticas e debilidades do SNS, são frequentemente discutidas e expostas na comunicação social, por outro lado, e como referido anteriormente, a procura do setor privado, como alternativa ao acesso a cuidados de saúde, tem aumentado. No entanto, a pesquisa efetuada sobre a confiança no sistema de saúde português, não resultou em informação sobre o grau de confiança no SNS nem no setor privado, embora seja sugerido por (Moreira & Silva, 2015) que os prestadores privados devem ganhar a confiança do utente, para reforçar a relação satisfação-confiança-lealdade.

Neste contexto, e atendendo a que, a confiança cognitiva é a disposição de confiar num prestador de serviços com base em casos observáveis de comportamento fiável (Johnson & Grayson, 2005), de modo a permitir um conhecimento mais preciso sobre a realidade nacional, realizou-se um estudo exploratório descritivo para responder às seguintes questões:

- Qual o grau de confiança no setor público (SNS) e no setor privado?
- Há diferenças no grau de confiança entre os profissionais de saúde e os cidadãos não profissionais de saúde?
- A confiança no SNS e no setor privado é semelhante em todo o país?

4.2 Método

4.2.1 Amostra

A amostra é constituída por 2028 participantes, dos quais 63.3% (N = 1284) é do sexo feminino e 36.6% (N = 742) do sexo masculino, dois dos participantes optaram por não responder a esta questão. A idade é igual ou superior a 18 anos, sendo que 48.1% se situa na faixa etária entre os 36 e 55 anos de idade. A maioria dos inquiridos, reporta ter escolaridade a nível de ensino superior, 78.3% (N = 1588), e reside na Área Metropolitana de Lisboa (AML), 52.3% (N = 1060). Do total da amostra, 28.3% (N = 574) são profissionais de saúde. A Tabela 4.1 apresenta a caracterização da amostra.

Tabela 4.1

Caracterização da Amostra

	N	%
Idade (anos)		
18-25	155	7.6
26- 34	324	16.0
36-45	443	21.8
46-55	533	26.3
56-65	393	19.4
mais de 65	180	8.9
Sexo		
Feminino	1284	63.3
Masculino	742	36.6
Não respondo	2	0.1
Escolaridade		
Ensino Básico	24	1.2
Ensino Secundário	345	17.0
Ensino Superior	1588	78.3
Outro	71	3.5
Nacionalidade		
Portuguesa	1990	98.1
Outra	38	1.9

	N	%
NUTS		
Norte	365	18.0
Centro	216	10.7
AML	1060	52.3
Alentejo	89	4.4
Algarve	256	12.6
Regiões Autónomas	42	2.1
Ocupação		
Estudante	62	3.1
Trabalhador-Estudante	91	4.5
Trabalhador por Conta de Outrem	1339	66.0
Profissional Liberal	247	12.2
Aposentado	156	7.7
Desempregado	56	2.8
Outra	77	3.8
Profissional de Saúde		
Sim	574	28.3
Não	1454	71.7

4.2.2 Procedimento

Este estudo foi efetuado com base em dados recolhidos através de um inquérito online na plataforma Microsoft Forms, realizado entre os dias 22 de fevereiro e 19 de março de 2022 e foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, por bola de neve. Esta amostra, apesar de não ser representativa da população portuguesa, teve em consideração as proporções da população por NUTS de acordo com o Censos 2021. A região AML, coincidente com a área de residência da equipa de investigação, apresenta uma proporção de participantes (52.3%), superior à proporção da população obtida no Censos 2021 (28%), contrastando com a região norte onde a proporção de participantes (18%) é inferior à da população obtida (35%). Para as restantes regiões, a variação na proporção de participantes versus população (Censos 2021), é inferior a 10%.

No início do questionário, os participantes eram informados do objetivo e do tratamento confidencial da informação recolhida e era pedido, a confirmação de idade superior a 18 anos

e se aceitavam participar no estudo. Os participantes, eram ainda informados da forma como responder às questões colocadas.

4.2.3 Medidas

Para o objetivo deste estudo, foram considerados 2 itens de caracterização sociodemográfica, e 2 itens de carácter global.

NUTS

Para caracterizar a confiança por região NUTS, foi pedido aos participantes que seleccionassem, de entre a lista apresentada, o seu distrito de residência para o Continente, e para as Ilhas, a sua Região Autónoma.

Profissional de Saúde

A distinção entre os participantes, profissionais e não profissionais de saúde, foi efetuada através da resposta “Sim” ou “Não” à pergunta “É profissional de Saúde?”

Grau de Confiança

Para medir a confiança no SNS e no setor privado foram utilizados itens de carácter global, “Qual o seu grau de confiança relativamente ao SNS?” e “Qual o seu grau de confiança relativamente ao setor privado da saúde?”, por serem considerados como uma boa e parcimoniosa operacionalização do conceito (Straten et al., 2002), e utilizados em alguns estudos para avaliar o nível de confiança num sistema de saúde (e.g., Zhao et al., 2019a). Estes itens foram avaliados numa escala Likert de 5- pontos (1= não confio nada, 5= confio muito).

4.2.4 Análise

A análise estatística para caracterizar a confiança no SNS e no setor privado da saúde, mais concretamente, para avaliar o nível de confiança entre os grupos, profissional versus não profissional de saúde, e em que medida a confiança difere nas diferentes regiões do país, foi realizada com o software IBM SPSS Statistics versão 29.0.1.0.

4.3 Resultados

Os resultados aqui apresentados, resultam das análises efetuadas por grupo (profissional vs. não profissional de saúde) e por região (NUTS) para cada setor: 1- SNS, 2- setor privado da saúde.

4.3.1 Confiança no SNS

4.3.1.1 Grau de Confiança por Grupo (profissional vs. não profissional de saúde)

Os resultados das análises efetuadas para o grau de confiança no SNS, revelam que a média global de confiança no SNS é 3.54 ($DP = 1.09$) e que os profissionais de saúde apresentam uma confiança média ligeiramente superior ($M = 3.65$) em comparação com os não profissionais ($M = 3.49$), como pode ser verificado na Tabela 4.2 e Figura 4.1.

A significância da diferença entre a média da confiança no SNS dos não profissionais de saúde versus profissionais, foi avaliada com o teste t de Student para amostras independentes. Esta análise mostra uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos no grau da confiança no SNS ($t(1125.47) = -3.17; p = .002$), tendo sido assumida a não igualdade de variâncias pelo teste de Levene ($p = .003$).

Tabela 4.2

Média da Confiança no SNS por Grupo

Profissional Saúde	N	Média	Desvio Padrão
Não	1453	3.49	1.11
Sim	573	3.65	1.03
Total	2026	3.54	1.09

4.3.1.2 Grau de Confiança por Região (NUTS)

Os resultados da estatística descritiva para a média da confiança no SNS por região, são apresentados na Tabela 4.3.

A região Norte, é a região que apresenta a média da confiança mais elevada ($M = 3.79$), seguida da região Centro ($M = 3.61$). A AML e o Alentejo, são as regiões que apresentam a média do grau de confiança no SNS mais baixa ($M = 3.43$ e $M = 3.44$, respetivamente).

Tabela 4.3

Média da Confiança por Região

NUTS	N	Média	Desvio padrão
Norte	365	3.79	0.98
Centro	216	3.61	1.06
AML	1058	3.43	1.12
Alentejo	89	3.44	1.13
Algarve	256	3.59	1.08
Ilhas	42	3.45	1.04
Total	2026	3.54	1.09

A análise de médias da confiança, das diferentes regiões, foi efetuada pelo teste ANOVA a um fator (One-way). Os resultados deste teste, $F(5) = 6.494$ com $p < .001$, permitem concluir que existe pelo menos uma média regional que é significativamente diferente das outras.

Para identificar qual ou quais o par de médias significativamente diferentes ao nível .05, realizou-se o teste de comparações múltiplas à posteriori de Games-Howell, Tabela 4.4, por ser o mais recomendado quando as variâncias não são homogéneas, assumido pelo teste de Levene ($p = .001$) (Marôco, 2021b).

Tabela 4.4

Comparações Múltiplas à Posteriori (Games-Howell)

(I) NUTS	(J) NUTS	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.
Norte	Centro	0.18	0.09	.343
	AML	0.36	0.06	.000
	Alentejo	0.35	0.13	.084
	Algarve	0.20	0.09	.198
	Ilhas	0.34	0.17	.359
Centro	Norte	-0.18	0.09	.343

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

(I) NUTS	(J) NUTS	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.
	AML	0.18	0.08	.220
	Alentejo	0.17	0.14	.818
	Algarve	0.02	0.10	.999
	Ilhas	0.16	0.18	.945
AML	Norte	-0.36	0.06	.000
	Centro	-0.18	0.08	.220
	Alentejo	-0.01	0.12	.999
	Algarve	-0.16	0.08	.268
	Ilhas	-0.02	0.16	.999
Alentejo	Norte	-0.35	0.13	.084
	Centro	-0.17	0.14	.818
	AML	0.01	0.12	.999
	Algarve	-0.16	0.14	.867
	Ilhas	-0.01	0.20	.999
Algarve	Norte	-0.20	0.09	.198
	Centro	-0.02	0.10	.999
	AML	0.16	0.08	.268
	Alentejo	0.16	0.14	.867
	Ilhas	0.14	0.17	.964
Ilhas	Norte	-0.34	0.17	.359
	Centro	-0.16	0.18	.945
	AML	0.02	0.16	.999
	Alentejo	0.01	0.20	.999
	Algarve	-0.14	0.17	.964

Este teste revela que há apenas uma diferença estatisticamente significativa entre as médias das regiões: Norte e AML ($p < .001$), a diferença média entre as regiões Norte e AML é de 0.358 (quando o Norte é comparado com a AML), e -0.358 (quando a AML é comparada com o Norte).

Os dados mostram ainda que, a região Norte apresenta consistentemente valores mais elevados, em comparação com as outras regiões, da média do grau de confiança no SNS.

4.3.2 *Confiança no Setor Privado*

4.3.2.1 **Grau de Confiança por Grupo (profissional vs. não profissional de saúde)**

Em relação ao setor privado, a média global de confiança é 3.63 ($DP = 0.88$) e os não profissionais de saúde têm uma média de confiança superior ($M = 3.68$) em comparação com os profissionais de saúde ($M = 3.50$), como pode ser verificado na Tabela 4.5 e Figura 4.1. Para avaliar a significância, da diferença entre as médias dos dois grupos, foi efetuado o teste t de Student para amostras independentes.

Assumindo a igualdade de variâncias pelo teste de Levene ($p = .865$), temos como resultado para igualdade de médias: $t = 4.215$, $df = 2025$, $p < .001$. Este resultado, indica uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, na média do grau de confiança no setor privado da saúde.

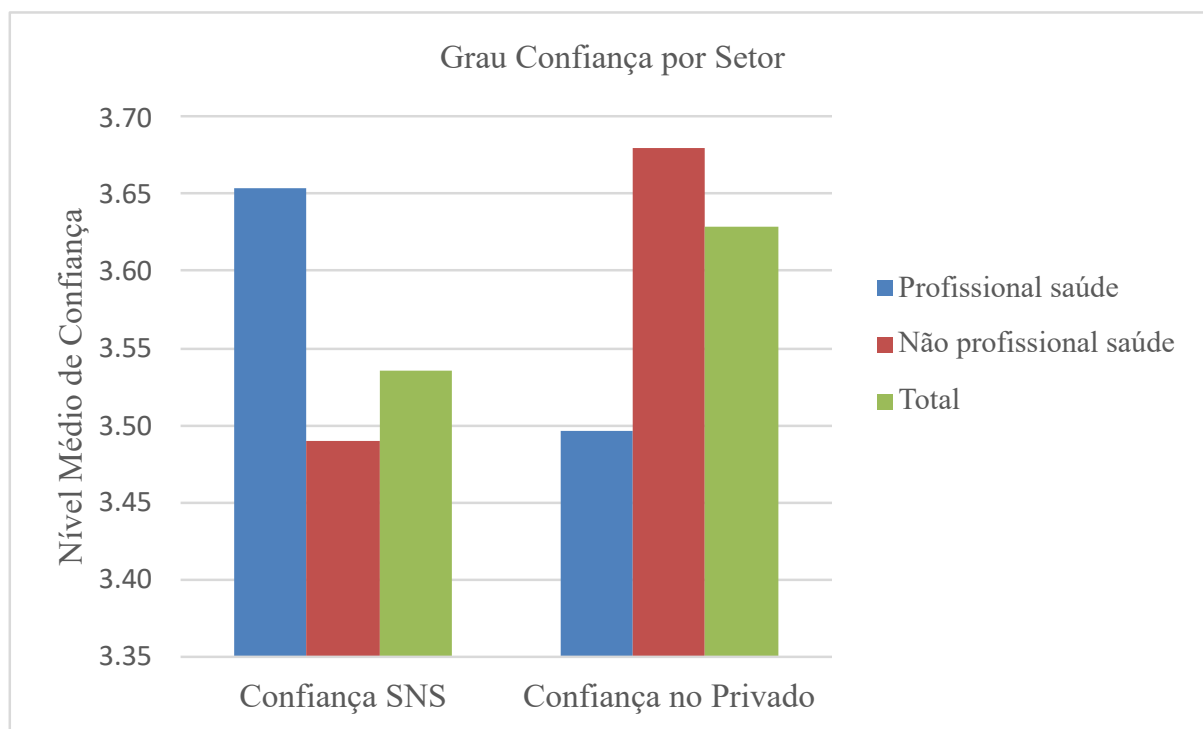
Tabela 4.5

Média da Confiança por Grupo no Setor Privado da Saúde

Profissional Saúde	N	Média	Desvio Padrão
Não	1454	3.68	0.88
Sim	573	3.5	0.86
Total	2027	3.63	0.88

Figura 4.1

Nível médio de Confiança por Setor



4.3.2.2 Grau de Confiança por Região (NUTS)

A Tabela 4.6, apresenta os resultados da estatística descritiva por região, para a média do grau de confiança no setor privado da saúde.

As Ilhas, é a região que apresenta a média da confiança mais elevada ($M = 3.79$) seguida do Alentejo ($M = 3.69$). O Algarve, seguido da região Centro, são as regiões onde se verifica a média mais baixa do grau de confiança no setor privado, ($M = 3.52$ e $M = 3.54$, respetivamente).

Tabela 4.6

Média da Confiança por Região

NUTS	N	Média	Desvio padrão
Norte	365	3.59	0.85
Centro	216	3.54	0.88
AML	1059	3.68	0.86
Alentejo	89	3.69	0.90
Algarve	256	3.52	0.98

NUTS	N	Média	Desvio padrão
Ilhas	42	3.79	0.87
Total	2027	3.63	0.88

O resultado do teste ANOVA a um fator ($F(5) = 2.321; p = .041$), indica que a diferença na média da confiança entre regiões é estatisticamente significativa.

Para avaliar, qual ou quais, o par de médias significativamente diferentes ao nível .05, realizou-se o teste de comparações múltiplas à *posteriori* de Tukey HSD, Tabela 4.7, com o pressuposto de homogeneidade das variâncias, verificado pelo teste de Levene ($p = .072$).

Tabela 4.7

Comparações Múltiplas à Posteriori (Tukey HSD)

(I) NUTS	(J) NUTS	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.
Norte	Centro	0.04	0.08	.992
	AML	-0.09	0.05	.554
	Alentejo	-0.10	0.10	.932
	Algarve	0.07	0.07	.938
	Ilhas	-0.20	0.14	.731
Centro	Norte	-0.04	0.08	.992
	AML	-0.13	0.07	.322
	Alentejo	-0.14	0.11	.786
	Algarve	0.02	0.08	.999
	Ilhas	-0.24	0.15	.567
AML	Norte	0.09	0.05	.554
	Centro	0.13	0.07	.322
	Alentejo	-0.01	0.10	.999
	Algarve	0.16	0.06	.112
	Ilhas	-0.11	0.14	.968
Alentejo	Norte	0.10	0.10	.932
	Centro	0.14	0.11	.786
	AML	0.01	0.10	.999

(I) NUTS	(J) NUTS	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.
Algarve	Algarve	0.17	0.11	.642
	Ilhas	-0.10	0.16	.990
	Norte	-0.07	0.07	.938
	Centro	-0.02	0.08	.999
	AML	-0.16	0.06	.112
Ilhas	Alentejo	-0.17	0.11	.642
	Ilhas	-0.27	0.15	.453
	Norte	0.20	0.14	.731
	Centro	0.24	0.15	.567
	AML	0.11	0.14	.968
	Alentejo	0.10	0.16	.990
	Algarve	0.27	0.15	.453

Estes resultados, mostram que nenhuma das comparações entre pares de regiões apresenta diferenças estatisticamente significativas (todos os valores de $p > 0,05$). Isto sugere que, apesar de a ANOVA global ser significativa, as diferenças entre regiões individuais não são suficientemente fortes para atingir significância estatística, quando se realiza comparações múltiplas. Este facto, pode ser justificado por a ANOVA ser um teste mais potente do que as comparações múltiplas (Marôco, 2021b).

4.4 Discussão e Conclusão

O presente estudo teve como propósito analisar as perceções dos cidadãos portugueses em relação ao SNS e ao setor privado de saúde, avaliando o nível de confiança em ambos os setores. Adicionalmente, procurou-se comparar a confiança entre profissionais de saúde e não profissionais, bem como examinar as variações regionais no nível de confiança.

Os resultados obtidos indicam que a média global do grau de confiança no SNS é inferior à média global no setor privado. Ao comparar o grau de confiança, por grupo (profissionais vs. não profissionais de saúde) e pelas diferentes regiões, verificou-se:

1) Confiança no SNS

Os profissionais de saúde apresentaram uma confiança ligeiramente superior em comparação com os não profissionais, sendo esta diferença estatisticamente significativa. A

região Norte demonstrou o maior grau de confiança no SNS, enquanto a AML e o Alentejo apresentaram os níveis mais baixos. A diferença média entre as regiões Norte e AML é estatisticamente significativa e a diferença entre as regiões Norte e Alentejo aproxima-se do nível de significância.

2) Confiança no setor privado da saúde

Os profissionais de saúde demonstraram menor confiança no setor privado em comparação com os não profissionais, e essa diferença é estatisticamente significativa. As Ilhas e o Alentejo apresentaram os níveis mais altos de confiança no setor privado, enquanto o Algarve e a região Centro mostraram os níveis mais baixos.

De forma geral, observou-se uma diferença consistente e estatisticamente significativa no grau de confiança entre profissionais e não profissionais de saúde, tanto para o setor privado quanto para o SNS. A maior confiança dos profissionais de saúde no SNS pode ser atribuída ao maior conhecimento dos seus desafios e potencialidades, uma vez que, a confiança cognitiva baseia-se num conhecimento acumulado, que permite prever a probabilidade de que o parceiro cumpra as suas obrigações (Johnson & Grayson, 2005). Por outro lado, a maior confiança dos não profissionais no setor privado pode refletir uma perceção de maior facilidade no acesso, eficiência ou qualidade de atendimento neste setor, pelo conhecimento adquirido através do observado no seu caso específico, ou pelo conhecimento da reputação em outros casos, que serve de base à confiança cognitiva (Johnson & Grayson, 2005).

A nível regional, particularmente para o setor privado, embora existam diferenças nas médias do grau de confiança e a ANOVA global tenha revelado significância estatística, as comparações múltiplas entre as diferentes regiões não demonstraram diferenças estatisticamente significativas, o que pode ser alvo de um estudo mais aprofundado em investigações futuras.

Em termos práticos, os resultados destacam a necessidade de políticas e intervenções diferenciadas, que reconheçam as particularidades regionais no fortalecimento da confiança tanto no SNS quanto no setor privado, uma vez que, tal como identificado em estudos prévios (e.g., Baroudi et al., 2022; Zhao et al., 2019b) e aqui verificado, a área de residência pode ter impacto positivo ou negativo na confiança. Os resultados evidenciam ainda a importância de considerar as diferentes perceções de profissionais e não profissionais de saúde, como intervenientes no sistema de saúde, que podem influenciar os níveis de confiança (Gille et al., 2021).

Considerando a diferença consistente e estatisticamente significativa no grau de confiança entre profissionais e não profissionais de saúde, tanto no SNS como no setor privado, é pertinente explorar as causas subjacentes a essa diferença. No capítulo seguinte, será realizada uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de identificar as dimensões mais relevantes da confiança, para posteriormente se desenvolver um estudo aprofundado sobre os fatores que contribuem para a confiança, abordando ambas as perspectivas.

CAPÍTULO V

5. Revisão Sistemática de Literatura

5.1 Enquadramento

Como anteriormente referido, a confiança é vital para o funcionamento eficaz dos sistemas de saúde (Gille et al., 2021). Nas relações de confiança, podem distinguir-se as relações a nível micro, entre um doente individual e um profissional de saúde, ou entre um profissional de saúde e outro seu colega, ou entre um profissional de saúde e o gestor; e relações a nível macro, que incluem a confiança do cidadão (doente ou não) nos profissionais de saúde, nos gestores em geral, numa determinada organização de cuidados de saúde, e no sistema de saúde como um todo (Rowe & Calnan, 2006).

Embora a confiança seja importante para os sistemas de saúde e os sistemas de saúde baseados na confiança sejam importantes para a sociedade (Gilson, 2003), estando associada a uma série de objetivos importantes de saúde, só a partir de 1990 os investigadores começaram a medir e analisar a confiança dentro do sistema de saúde sendo que, como referido por Ozawa e Sripad (2013), à data desse artigo, 87% das publicações são desde 2000.

Tal como o conceito de confiança tem tido grande destaque na comunidade científica, as várias dimensões da confiança, também têm suscitado um intenso debate na literatura (Blomqvist, 1997; Terres & Santos, 2013), como exemplo temos a revisão de literatura de Ozawa e Sripad (2013) onde foram identificadas 45 medidas de confiança dentro do sistema de saúde. Na sua maioria, os estudos empíricos, apresentam a perspetiva do doente e têm o foco na relação de confiança dos doentes com os profissionais de saúde (Brennan et al., 2013; Ozawa & Sripad, 2013; Rowe & Calnan, 2006; Taylor et al., 2023).

Nos últimos anos, contudo, a importância da confiança na investigação em saúde aumentou significativamente, existindo um número considerável de literatura que procura analisar de que forma a confiança dos doentes em médicos e instituições de cuidados de saúde, impacta nos resultados dos cuidados prestados (Birkhä Uer et al., 2017; Yuan & Lee, 2022) . Apesar do crescimento da investigação sobre confiança, não há consenso no que constitui a confiança pública no sistema de saúde (Gille et al., 2021).

Desta forma, a relevância e a motivação deste estudo, assenta na compreensão dos fatores que contribuem para a confiança nos sistemas de saúde. Pretende-se fornecer uma revisão de literatura atualizada e abrangente sobre as dimensões da confiança nos sistemas de saúde. Assim, são identificados e consolidados todos os conceitos relevantes discutidos nas publicações da amostra em estudo; em seguida, é utilizada uma abordagem de codificação qualitativa para estruturar os conceitos identificados e estabelecer uma taxonomia holística das

dimensões da confiança nos sistemas de saúde. Com base nesta estrutura, é possível ter uma visão geral das oportunidades para futuros estudos de análise da confiança em saúde.

5.2 Quadro Teórico

Esta pesquisa apoia-se em duas abordagens teóricas, a fim de estabelecer a fundamentação para a abordagem de codificação indutiva e a taxonomia da confiança nos sistemas de saúde. Das numerosas propostas para definição da confiança, a maioria refere a aceitação otimista de uma situação vulnerável, em que o que confia, acredita que o outro se preocupará com os seus interesses (Abelson et al., 2009; Hall et al., 2001), pelo que, em contexto de cuidados de saúde, a confiança pode ser definida como acreditar que será tratado adequadamente quando precisar de cuidados de saúde (Straten et al., 2002), o que se traduz em termos de qualidade de cuidados de saúde para a população, como ter acesso a cuidados efetivos de forma eficiente e equitativa para a otimização dos benefícios da saúde (Campbell et al., 2000).

Com base nestas duas definições, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, com uma abordagem de codificação indutiva, para identificar as principais dimensões da confiança nos sistemas de saúde.

Para Campbell et al. (2000), os cuidados de saúde são definidos como um sistema baseado num modelo composto por: estruturas de saúde (fatores organizacionais sob os quais os cuidados são prestados); e dois processos de cuidados de saúde, clínico (aspetos técnicos para os cuidados interpessoais) e interpessoal (interação dos profissionais de saúde com os utentes), que fornecem resultados consequentes. Das estruturas de saúde, fazem parte o pessoal, equipamento e edifícios. Como exemplo do processo clínico, tem-se as competências específicas em relação à prestação de informações aos doentes. O processo interpessoal, está relacionado com a comunicação, compreensão, empatia, humanismo, sensibilidade e capacidade de resposta. Esta definição, ajudou a refletir sobre as dimensões que contribuem para a confiança.

5.3 Metodologia

Uma revisão sistemática de literatura, tem como objetivo identificar provas empíricas, especificados os critérios de inclusão, para responder a uma questão de investigação particular. Utiliza métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente a investigação e para recolher e analisar dados de estudos incluídos na revisão (Kraus et al., 2020;

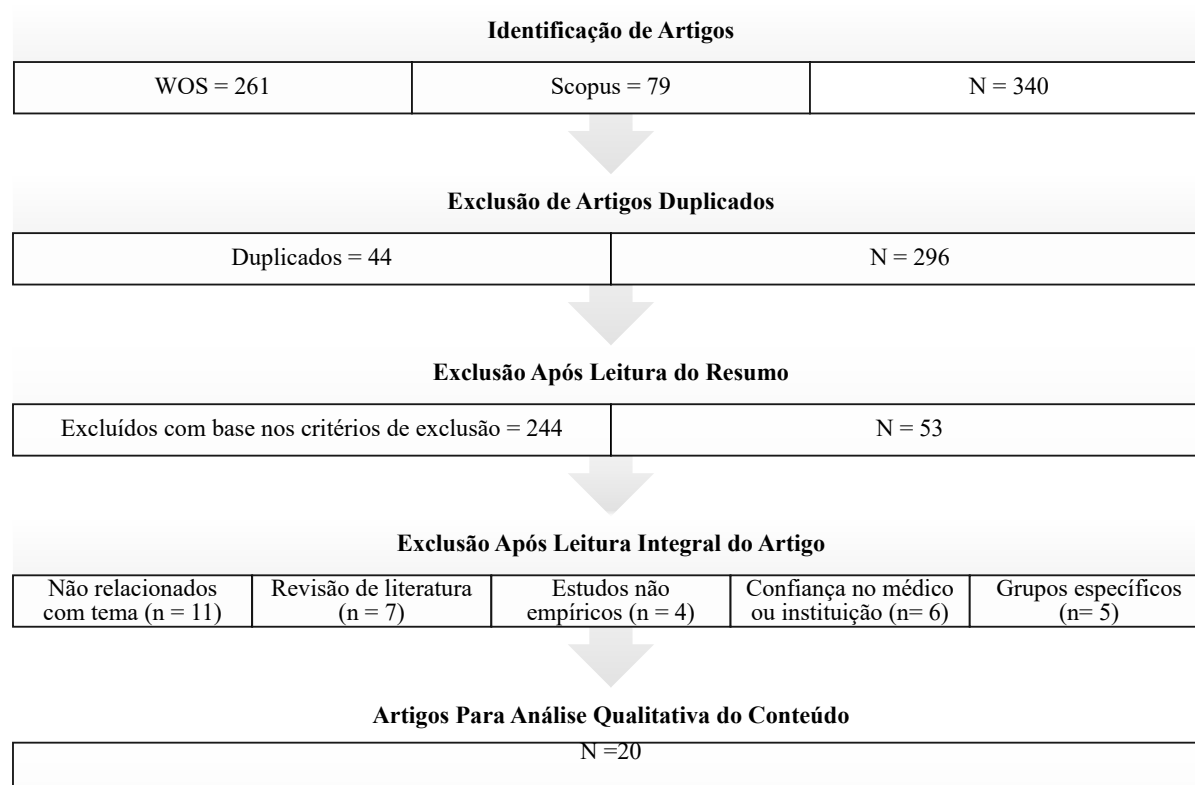
Snyder, 2019). A Figura 5.1 resume os passos relevantes do processo de seleção bem como o número de artigos considerados em cada nível.

O número final de artigos identificados, foram os incluídos na análise indutiva, realizada segundo a metodologia descrita por Gioia et al. (2012). A Metodologia Gioia, é uma abordagem qualitativa que visa desenvolver uma teoria fundamentada, atendendo aos padrões de rigor associados à pesquisa confiável (Magnani & Gioia, 2023). É referenciada em vários estudos (e.g., Korherr & Kanbach, 2021; Leemann & Kanbach, 2022) para uma análise de conteúdos, por organizar subjetivamente o conteúdo em temas (Kraus et al., 2022).

Esta revisão de literatura, teve como base o processo descrito por Kraus et al. (2020): identificação da necessidade, desenvolvimento do protocolo, identificação e avaliação dos estudos, extração e síntese de dados e disseminação da revisão.

Figura 5.1

Processo de Seleção de Artigos Relevantes



5.3.1 *Desenvolvimento do Protocolo*

O protocolo de revisão, como base para a investigação, estabelece uma estratégia de pesquisa, define os critérios para inclusão e exclusão de estudos e caracteriza a metodologia

para a síntese de dados. Este protocolo não é entendido como fixo e limitador, mas sim como orientação para todo o processo de revisão (Korherr & Kanbach, 2021; Kraus et al., 2020).

5.3.2 Estratégia de Busca e Fonte de Dados

A revisão sistemática, começa com a identificação de palavras-chave e termos de pesquisa, construídos a partir do objetivo do estudo e discussão com outros membros (Tranfield et al., 2003). Para o objetivo deste estudo, confiança nos sistemas de saúde é o termo que se entende ser o mais apropriado. Assim, para a pesquisa foi utilizada a seguinte composição das palavras-chave: *trust and (healthcare or health care or health system)*. Os critérios utilizados para esta pesquisa, foram documentos do tipo artigo ou revisão compreendidos entre os anos de 2000 e 2023, em inglês e excluindo áreas de: ciência computacional, engenharia, bioquímica, artes, imunologia, economia, engenharia química, matemática, veterinária e farmacologia, por saírem do âmbito do estudo. A procura sistemática de literatura foi realizada em duas bases de dados; *Web of Science* e *Scopus*, por serem as maiores bases de dados científicas de artigos académicos (Kraus et al., 2022). Foram identificados 340 artigos dos quais, 261 resultaram da pesquisa na *Web of Science* e 79 na *Scopus*.

5.3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para garantir qualidade e credibilidade ao estudo foram selecionados artigos revistos pelos pares publicados em revistas listadas no *Scimago Journal Rank* (SJR). Após a exclusão de artigos duplicados, resultaram 296 artigos para uma primeira triagem efetuada através da leitura dos seus resumos. Para esta avaliação, foram definidos como critérios de exclusão, por não se considerarem dentro do âmbito do presente estudo, que consiste em identificar os fatores que contribuem para a confiança nos sistemas de saúde, artigos cujo objetivo fosse: i) o estudo de consequências da confiança, como exemplo, Harris e Sandal, (2021) que visa examinar o papel da confiança no sistema de saúde como possível moderador nos grupos em risco de sofrimento psicológico associado ao COVID-19; ii) confiança nos prestadores de cuidados de saúde ou organizações, por exemplo, Zheng et al., (2017) cujo objetivo é elaborar uma proposta teórica sobre como a confiança organizacional e a confiança interpessoal influenciam conjuntamente a intenção de compra, ou Gopichandran e Chetlapalli, (2013) que exploram os fatores determinantes da confiança dos doentes nos médicos; iii) estudos com amostras sociodemográficas ou com patologias específicas, por exemplo Lemmers e van der Voort, (2021), que realizaram o seu estudo exclusivamente com doentes de cuidados intensivos. Como

resultado desta triagem, foram considerados 53 artigos elegíveis para uma avaliação aprofundada dos critérios de exclusão, através de uma leitura integral da publicação.

Nesta fase, para além dos critérios de exclusão referidos anteriormente, considerou-se como critério de inclusão, estudos empíricos com foco na confiança nos sistemas de saúde por serem os de maior contributo para esta pesquisa. Assim, foram também excluídos, nesta fase, artigos não empíricos e revisões de literatura.

Foram seleccionados um total de 20 artigos que se consideraram confiáveis e relevantes para a análise. A Tabela 5.1 identifica os artigos seleccionados para análise.

Tabela 5.1

Artigos Seleccionados

#	Título	Autores	Citação
1	What does it mean to trust a health system? A qualitative study of Canadian health care values	Abelson, J; Miller, FA; Giacomini, M	(Abelson et al., 2009)
2	Development and testing of a scale to measure trust in the public healthcare system	Anand T.N., Kutty V.R.	(Anand & Kutty, 2015)
3	Social factors associated with trust in the health system in northern Sweden: a cross-sectional study	Baroudi, M; Goicolea, I; Hurtig, AK; San-Sebastian, M	(Baroudi et al., 2022)
4	Trust in Healthcare during COVID-19 in Europe: vulnerable groups trust the least	Beller, J; Schafers, J; Haier, J; Geyer, S; Epping, J	(Beller et al., 2022)
5	Public trust in health care: the system or the doctor?	Calnan, MW; Sanford, E	(Calnan & Sanford, 2004)
6	A Validity and Reliability Study of the Multidimensional Trust in Health-Care Systems Scale in a Turkish Patient Population	Dinc, L; Korkmaz, F; Karabulut, E	(Dinç et al., 2013)

#	Título	Autores	Citação
7	Development and testing of the Multidimensional Trust in Health Care Systems Scale	Egede, LE; Ellis, C	(Egede & Ellis, 2008)
8	Understanding Multilevel Factors Related to Urban Community Trust in Healthcare and Research	Hooper, MW; Mitchell, C; Marshall, VJ; Cheatham, C; Austin, K; Sanders, K; Krishnamurthi, S; Grafton, LL	(Hooper et al., 2019)
9	Trust in the Bangladeshi health system during the COVID-19 pandemic: A mixed-methods exploration	Joarder T., Khaled M.N.B., Arefin M.S., Zaman S.	(Joarder et al., 2021)
10	Public trust in the Spanish health-care system	Jovell, A; Blendon, RJ; Navarro, MD; Fleischfresser, C; Benson, JM; DesRoches, CM; Weldon, KJ	(Jovell et al., 2007)
11	Public trust in primary care doctors, the medical profession and the Healthcare system among Redhill residents in Singapore	Lee, YY; Ng, CT; Ghazalie, SAM; Ngiam, JZ; Tai, BC; Lim, MK; Hughes, K	(Lee et al., 2007)
12	(Dis)trust in doctors and public and private healthcare institutions in the Western Balkans	Maljichi, D; Limani, B; Spier, TE; Angjelkoska, V; Zlatanovic, SS; Maljichi, D; Tahirbegolli, IA; Tahirbegolli, B; Kulanic, A; Nasufi,	(Maljichi et al., 2022)

#	Título	Autores	Citação
		IA; Kovac-Orlandic, M	
13	Trust in the Healthcare System and Physicians in Croatia: A Survey of the General Population	Nikodem, K., Ćurković, M., Borovečki, A.	(Nikodem et al., 2022)
14	Public trust in the healthcare system in a developing country	Peters, D; Youssef, FF	(Peters & Youssef, 2016)
15	Public trust in Dutch health care	Straten, GFM; Friele, RD; Groenewegen, PP	(Straten et al., 2002)
16	Is health literacy associated with greater medical care trust?	Tsai, TI; Yu, WR; Lee, SYD	(Tsai et al., 2018)
17	Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales	van der Schee, E; Braun, B; Calnan, M; Schnee, M; Groenewegen, PP	(van der Schee et al., 2007)
18	General trust in the health care system and general trust in physicians: A multilevel analysis of 30 countries	Yuan, YQ; Lee, KS	(Yuan & Lee, 2022)
19	International variations in trust in health care systems	Zhao, DH; Zhao, HY; Cleary, PD	(Zhao et al., 2019a)
20	Understanding the determinants of public trust in the health care system in China: an analysis of a cross-sectional survey	Zhao, DH; Zhao, HY; Cleary, PD	(Zhao et al., 2019b)

5.3.4 Pesquisa indutiva

O objetivo de uma abordagem indutiva, é permitir que os resultados da pesquisa emergjam a partir dos temas predominantes presentes nos dados brutos e estabelecer ligações claras e transparentes com esses temas. O propósito final é desenvolver um modelo que

descreva a estrutura subjacente das experiências ou processos evidentes nos dados (Creevey et al., 2022).

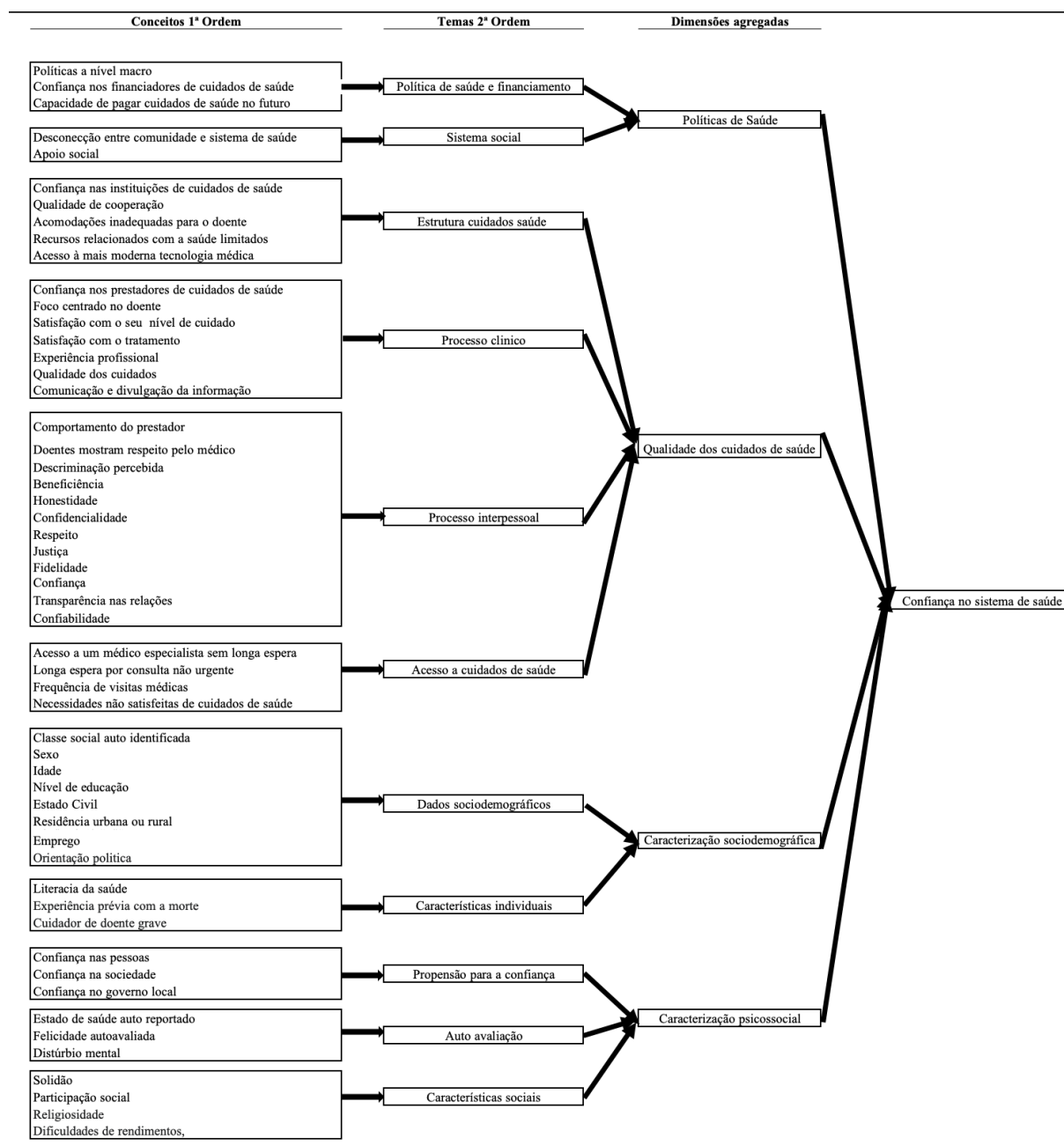
Para garantir o rigor científico da pesquisa, seguiu-se a metodologia de Gioia et al. (2012), para uma abordagem indutiva. Esta metodologia, permite uma apresentação sistemática, tanto da análise de 1ª ordem como da análise de 2ª ordem. A análise de 1ª ordem tenta reproduzir fielmente os termos da informação recolhida, pelo que no início do estudo o número de categorias é elevado. Para redução do número de categorias a um número mais viável, procuram-se semelhanças e diferenças entre as várias categorias. De seguida, atribuem-se rótulos ou frases que descrevam essas categorias. Na análise de 2ª ordem, de domínio teórico, verifica-se se os temas emergentes sugerem conceitos que expliquem o fenómeno que se está a observar. Com um conjunto viável de temas e conceitos, investiga-se a possibilidade de refinar ainda mais os temas emergentes de 2ª ordem, em dimensões agregadas (Gioia et al., 2012).

Após leitura integral dos artigos incluídos na revisão, foi recolhida informação sobre os domínios e dimensões da confiança, bem como questões diretas relacionadas à confiança, quando as dimensões não eram reportadas. A informação extraída foi inserida numa folha de calculo Excel para facilitar a análise temática.

Nos 20 artigos seleccionados foram identificados 106 aspetos que contribuem para a confiança nos sistemas de saúde que se agregam em 55 conceitos de 1ª ordem, após uma análise pormenorizada de similaridades e possíveis sobreposições (Gioia et al., 2012; Korherr & Kanbach, 2021). A segunda fase do processo, passou por atribuir etiquetas descritivas dos termos iniciais. Nesta fase, utilizou-se o software MAXQDA, para facilitar o processo de codificação, o que permitiu verificar em detalhe similaridades e diferenças entre as várias categorias, e identificar 11 temas de 2ª ordem que resumiam adequadamente os 55 conceitos de 1ª ordem (Korherr & Kanbach, 2021). Esta segunda fase, foi fundamental para uma compreensão mais abrangente das potenciais dimensões da confiança nos sistemas de saúde. Este conjunto completo de conceitos de 1ª ordem, temas de 2ª ordem e dimensões agregadas, fornece uma visão abrangente sobre a confiança nos sistemas de saúde e permite construir uma estrutura, que não só permite configurar os dados de uma forma visual perceptível, como também representa de forma gráfica a transformação de conceitos para temas e dimensões na sequência das análises efetuadas, componente indispensável para demonstrar rigor em pesquisa qualitativa (Gioia et al., 2012). A Figura 5.2 ilustra a análise indutiva descrita.

Figura 5.2

Taxonomia da Confiança nos Sistemas de Saúde Estruturada de Acordo com Gioia et al. (2012).



5.4 Taxonomia da confiança nos sistemas de saúde

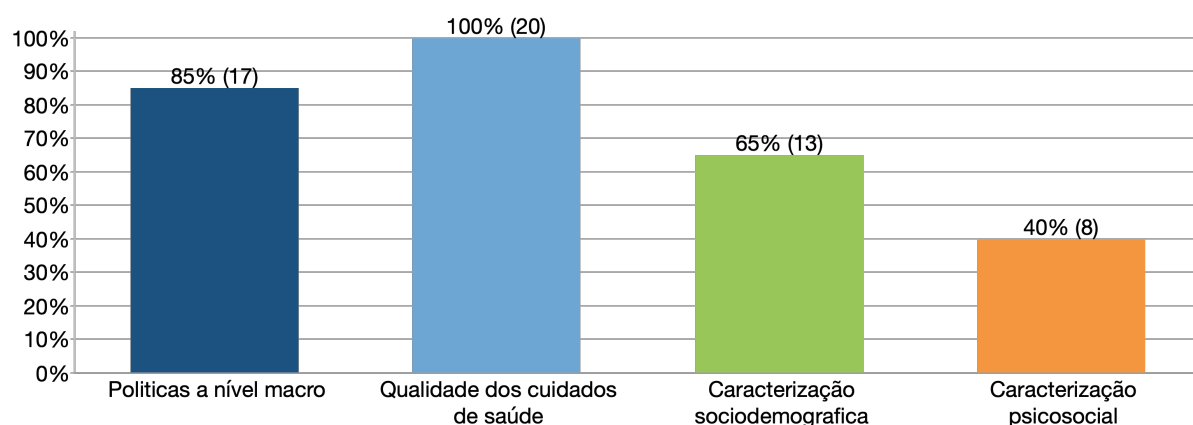
Tendo por base a revisão sistemática da literatura, define-se políticas de saúde, qualidade dos cuidados de saúde, caracterização sociodemográfica e caracterização psicossocial, como as quatro dimensões chave da confiança nos sistemas de saúde. A caracterização sociodemográfica e a caracterização psicossocial, têm o foco nas características

individuais, que podem influenciar o nível de confiança. As políticas de saúde, estão relacionadas com política e financiamento dos cuidados de saúde e com apoios sociais. A dimensão qualidade dos cuidados de saúde, reflete os seis pilares fundamentais de qualidade nos cuidados de saúde descritos pelo Instituto de Medicina (IOM): i) seguros; ii) efetivos; iii) centrados no doente; iv) atempados; v) eficientes e vi) equitativos (Wolfe, 2001) e foi agregada, de acordo com o modelo de cuidados de saúde proposto por Campbell et al. (2000) composto por estruturas de saúde e dois processos de cuidados: o clínico e o interpessoal.

Nos pontos seguintes, procede-se à descrição pormenorizada das diferentes dimensões, tendo em consideração os aspetos relevantes identificados na literatura revista, com o propósito de proporcionar uma síntese conceptual aprofundada e coerente. A Figura 5.3 apresenta a frequência com que estas dimensões foram identificadas nos artigos analisados.

Figura 5.3

Frequência das Dimensões nos Artigos



5.4.1 Políticas de saúde

Para se compreender a confiança nos sistemas de saúde é preciso ter em atenção o contexto social, político e económico em que o sistema de saúde está inserido (Yuan & Lee, 2022). A confiança dos cidadãos no Governo, demonstrou estar relacionada com a confiança nos sistemas de saúde (Zhao et al., 2019b); por sua vez, o sistema de saúde influencia a confiança dos cidadãos através de garantias institucionais e através da disponibilidade real de cuidados de saúde de boa qualidade (van der Schee et al., 2007). Como garantias institucionais tem-se a regulação governamental e profissional, através de supervisão da qualidade dos cuidados de saúde, com inspeções independentes e a organização da relação entre prestadores e doentes, a fim de garantir a uniformidade dos cuidados de saúde e da sua qualidade (Lee et

al., 2007; Straten et al., 2002; van der Schee et al., 2007; Yuan & Lee, 2022). O baixo nível de confiança dos cidadãos, pode ter consequências para a *governance* do sistema de saúde e para a confiança no Governo (van der Schee et al., 2007). Esta relação de confiança indestrinçável, e mutável entre Governo e sistema de saúde, sugere que o desenvolvimento da confiança nos sistemas de saúde só terá sucesso, se for concebido dentro de um contexto político e institucional mais amplo (Abelson et al., 2009).

A confiança generalizada nos sistemas de saúde, e mais especificamente nas instituições de saúde, manifestam-se como processos relacionais que podem mudar longitudinalmente dependendo do Governo do País, dos investimentos e gastos em saúde (Maljichi et al., 2022). A estrutura de financiamento do sistema de saúde, tem implicações a nível da confiança: os cidadãos de países com sistemas de saúde financiados por fundos públicos, são mais propensos a confiar nos profissionais de saúde, do que os seus homólogos de países com sistemas de saúde com menos financiamento. Ao serem financiados e regulados pelo Estado e não orientados pelo mercado, garantem a isenção de incentivos financeiros na tomada de decisões clínicas (Yuan & Lee, 2022).

Os sistemas de saúde financiados por fundos públicos, compreendem um elevado grau de interação Estado-cidadão, uma vez que, a desconfiança no Governo e nos políticos pode ser transferida para os sistemas de saúde pela incerteza sobre o uso eficaz, eficiente e equitativo dos fundos de saúde e, a desconfiança em relação aos cuidados de saúde pode ser transferida para o Governo e modelos de governação (Abelson et al., 2009). Desta forma, para a construção da confiança social é fundamental promover a conexão entre a comunidade e o sistemas de saúde, dentro do seu ambiente social (Hooper et al., 2019).

5.4.2 *Qualidade dos cuidados de saúde*

A qualidade dos serviços de saúde prestados e a confiança no sistema de saúde estão altamente correlacionados (Anand & Kutty, 2015; Calnan & Sanford, 2004), uma oferta restrita de unidades de cuidados de saúde, longas listas de espera, interações impessoais e outras formas restritivas de recursos (humanos e/ou tecnológicos) refletem-se em níveis mais baixos de confiança da população nos cuidados de saúde (Hooper et al., 2019; Jovell et al., 2007; Straten et al., 2002; van der Schee et al., 2007).

A confiança nos sistemas de saúde, está associada ao que as pessoas percebem como qualidade, confiabilidade e continuidade nos cuidados de saúde (Anand & Kutty, 2015); a imagem de confiança, conforto e segurança na instituição, contribuem para que a relação de confiança seja construída através das instituições (Abelson et al., 2009), assim a confiança

institucional é um dos principais componentes da confiança no sistema de saúde (Anand & Kutty, 2015; Egede & Ellis, 2008; Nikodem et al., 2022; Yuan & Lee, 2022); a qualidade dos cuidados prestados pelas instituições, permite que os doentes confiem nos prestadores sem qualquer conhecimento pessoal dos profissionais de saúde que representam o sistema de saúde (Dinç et al., 2013; Yuan & Lee, 2022).

Por outro lado, Abelson et al. (2009), identificam o papel central desempenhado pela confiança interpessoal na compreensão de como os cidadãos constroem, ou perdem a confiança nos sistemas de saúde e suas instituições. De uma forma geral, o cidadão está preocupado com o comportamento do profissional de saúde, o que torna relevante a formação e orientação destes profissionais para prestar serviços de forma equitativa, com competência profissional e responsabilidade social (Dinç et al., 2013; Joarder et al., 2021; Straten et al., 2002).

A prestação de cuidados de saúde depende principalmente da perícia dos prestadores de cuidados de saúde (Tsai et al., 2018), da sua capacidade de transmitir adequadamente a informação de saúde, de envolver ou não o doente na discussão de opções de tratamento, do nível percebido de experiência profissional e de atenção despendida (Calnan & Sanford, 2004; Nikodem et al., 2022; Peters & Youssef, 2016; Straten et al., 2002; Tsai et al., 2018). Os doentes que recebem cuidados centrados neles, ou seja, em que o prestador se comporte profissionalmente e preste atenção suficiente, e com experiências de satisfação com o seu nível de cuidados e tratamento, são mais propensos a ter confiança no sistema de saúde (Egede & Ellis, 2008; Zhao et al., 2019b, 2019a).

A confiança no profissional de saúde, está associada às expectativas do carácter e personalidade do profissional. A maioria dos estudos sugere que, pelo menos, quatro dimensões são importantes para a confiança no profissional de saúde: i) fidelidade (cuidar e defender os interesses do doente); ii) competência (ter boas práticas e habilidades interpessoais); iii) honestidade (dizer a verdade e evitar falsidades intencionais) e iv) confidencialidade (utilização adequada de informações sensíveis) (Egede & Ellis, 2008; Lee et al., 2007).

As experiências interpessoais entre profissional de saúde e doente, influenciam a confiança nos sistemas de saúde e nos prestadores (Nikodem et al., 2022), pelo que, a nível interpessoal, colocam-se alguns desafios ao comportamento do profissional de saúde, tais como: a comunicação, a discriminação percebida, a honestidade, a benevolência e a humildade cultural, por serem fatores que influenciam a confiança na relação prestador- doente (Calnan & Sanford, 2004; Hooper et al., 2019; Joarder et al., 2021; Nikodem et al., 2022; Tsai et al., 2018).

O acesso a cuidados de saúde, é outro dos fatores relacionados com a confiança nos sistemas de saúde mencionados em vários estudos, quer a nível de distribuição de recursos de

saúde, pela acessibilidade aos mesmos, especificamente em termos de distâncias, quer em termos de tempo de espera, sejam eles para especialistas, cuidados de saúde primários ou cirurgias (Baroudi et al., 2022; Hooper et al., 2019; Jovell et al., 2007; Maljichi et al., 2022; Nikodem et al., 2022; Peters & Youssef, 2016; Straten et al., 2002). As necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas, a falta de contacto com o sistema de saúde e a frequência das consultas médicas, têm sido relatados como fortes preditores de confiança no sistema de saúde (Beller et al., 2022; Zhao et al., 2019a).

5.4.3 Caracterização sociodemográfica

A confiança nos sistemas de saúde tem sido associada na literatura, a várias características sociodemográficas, como sexo, idade, nível de educação, estado civil, rendimento, dificuldades económicas, local de residência e situação laboral (Anand & Kutty, 2015; Baroudi et al., 2022; Beller et al., 2022; Dinç et al., 2013; Jovell et al., 2007; Maljichi et al., 2022; Nikodem et al., 2022; Tsai et al., 2018; Yuan & Lee, 2022; Zhao et al., 2019b, 2019a). Para além destes fatores, a orientação política, também é referida como um preditor de confiança, uma vez que, a confiança no Governo e em especialistas médicos ajuda a explicar a variação de nível individual da confiança, em relação às atitudes sobre questões de saúde (Nikodem et al., 2022).

A maioria das características individuais, está associada à confiança nos sistemas de saúde (Zhao et al., 2019a). A investigação, evidenciou que pessoas com maior literacia em saúde, que de acordo com Tsai et al. (2018), significa competências cognitivas e sociais que influenciam a capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e utilizarem a informação de forma a promover e manter uma boa saúde, demonstram níveis mais elevados de confiança nos profissionais de saúde e no sistema de saúde ((Nikodem et al., 2022; Tsai et al., 2018). As experiências pessoais vividas, também são referenciadas uma vez que, a confiança é condicional, e é conquistada pela experiência de cuidados saúde e pela natureza da relação com o prestador dos cuidados (Baroudi et al., 2022; Hooper et al., 2019; Nikodem et al., 2022; Zhao et al., 2019b).

5.4.4 Caracterização psicossocial

A confiança tem componentes comportamentais e de atitude (Egede & Ellis, 2008); poderá haver uma relação entre a confiança das pessoas nos cuidados de saúde, enquanto atitude geral, e o seu comportamento real em situações concretas de escolha (Straten et al., 2002). O capital social, incluindo a confiança horizontal, ou seja, a confiança noutras pessoas (Baroudi

et al., 2022; Zhao et al., 2019b) bem como a confiança vertical, confiança que as pessoas depositam nas autoridades (Nikodem et al., 2022), também têm sido discutidos como fortes determinantes da confiança nos prestadores de cuidados de saúde e no sistema de saúde em geral. Estudos têm demonstrado que o capital social pode melhorar a confiança, a qualidade e o acesso ao sistema de saúde, alterando a percepção dos utilizadores sobre os cuidados de saúde (Baroudi et al., 2022).

Dados internacionais sobre as diferenças nos níveis de confiança entre países demonstraram o possível papel das diferenças culturais na propensão para confiar (van der Schee et al., 2007). Diferenças no comportamento social, como a religiosidade (Nikodem et al., 2022), o papel das famílias como ambiente social, a solidão, e diferentes níveis culturais de coletivismo (Beller et al., 2022), podem ser possíveis explicações sobre as diferenças de confiança, entre diferentes países.

Alguns estudos referem ainda que, a confiança nos sistemas de saúde está relacionada com o estado de saúde auto referido e com a felicidade autoavaliada (Zhao et al., 2019b, 2019a), e que os problemas de saúde mental precisam de atenção dedicada, uma vez que o sofrimento mental revelou ser um determinante importante para prever a confiança no sistema de saúde (Beller et al., 2022).

5.5 Discussão, Limitações e Sugestões para Pesquisas Futuras

5.5.1 *Discussão*

Esta revisão de literatura visa compreender os fatores que contribuem para a confiança nos sistemas de saúde, dada a sua importância para o bom funcionamento destes sistemas (Gille et al., 2021).

Ao investigar a literatura existente, verificou-se que não há consenso sobre definições, dimensões e principais atributos de confiança, tal como identificado em outras revisões (e.g., Aboueid et al., 2023; Ozawa & Sripad, 2013; Taylor et al., 2023). A importância da confiança nos sistemas de saúde é destacada, e o termo é amplamente utilizado, mas frequentemente definido de forma inadequada ou mal interpretado (Mckee et al., 2024; Taylor et al., 2023).

Esta revisão de literatura, possibilitou a classificação dos fatores mais relevantes para a confiança nos sistemas de saúde. Parte-se de uma base de 106 aspetos identificados como relevantes nas 20 publicações selecionadas e através de uma abordagem indutiva, foram identificados 55 conceitos de 1ª ordem, que se agregaram em 11 temas de 2ª ordem. Estas categorias: política de saúde e financiamento, sistema social, estrutura de cuidados de saúde, processo clínico, processo intrapessoal, acesso a cuidados de saúde, dados sociodemográficos,

características individuais, propensão para confiar, autoavaliação e características individuais, incluem todos os aspetos relevantes da confiança, sem sobreposição, e têm em atenção, as correlações entre os diferentes aspetos de acordo com as teorias que nos serviram de base. Esta categorização possibilitou a identificação das quatro dimensões antes sugeridas: políticas de saúde, qualidade dos cuidados de saúde, caracterização sociodemográfica e caracterização psicossocial.

Como resultado da análise efetuada, pode concluir-se que a confiança no sistema de saúde é influenciada por diferentes fatores, a diferentes níveis do sistema de saúde como um todo, desde o indivíduo com características individuais e sociais, o profissional de saúde, à instituição de cuidados de saúde e às políticas de saúde. Atendendo a que níveis elevados de confiança no sistema de saúde estão geralmente associados à legitimidade do sistema (Gille et al., 2021), os decisores políticos e os gestores de instituições de cuidados de saúde podem beneficiar com o conhecimento dos fatores que contribuem para a confiança nos sistemas de saúde. A taxonomia desenvolvida, evidencia as dimensões a serem consideradas, para desenvolver sistemas de saúde mais confiáveis.

Esta taxonomia, proporciona uma estrutura que sintetiza e organiza o conhecimento atual sobre a confiança nos sistemas de saúde. Ao refletir o estado mais recente da literatura, ela não destaca apenas os fatores que influenciam a confiança, mas também promove uma compreensão mais clara e uniforme das suas dimensões. Este facto é especialmente importante, conforme apontado por Taylor et al. (2023), pois uma definição consistente das dimensões é fundamental para impulsionar o progresso nesta área de investigação.

Além disso, a flexibilidade da taxonomia permite a sua adaptação em investigações futuras para explorar diferentes contextos, permitindo uma análise mais abrangente e responder às necessidades emergentes na área da saúde para promoção da confiança.

5.5.2 Limitações e Indicações para Pesquisas Futuras

Os resultados desta revisão de literatura, devem ser interpretados no contexto do seu desenho e limitações. Foram apenas considerados estudos empíricos sobre confiança nos sistemas de saúde, pelo que artigos que não incluíssem as palavras *trust and (healthcare or health care or health system)* foram excluídos, existindo a possibilidade de publicações sobre este assunto, mas sem a utilização expressa destas palavras não terem sido analisados. Além disso, artigos relacionados com confiança nos cuidados de saúde, realizados com populações sociodemográficas selecionadas de uma forma restrita ou considerando uma patologia específica, não foram considerados. Na análise dos artigos, o agrupamento dos conceitos em

temas, pode ter sofrido algum enviesamento; no entanto, ao seguir uma metodologia sistemática de revisão da literatura (Kraus et al., 2020; Tranfield et al., 2003) e uma abordagem indutiva para avaliar e estruturar os dados obtidos (Gioia et al., 2012), acredita-se ter sido mitigada alguma subjetividade através da aplicação do rigor científico, na identificação das dimensões de maior contributo para a confiança nos sistemas de saúde.

A literatura existente demonstra uma preponderância de estudos focados na perspetiva do individuo enquanto utente do sistema de saúde (Aboueid et al., 2023; Ozawa & Sripad, 2013; Taylor et al., 2023). No entanto, para uma compreensão holística deste fenómeno, seria interessante analisar a perspetiva do lado do prestador, incluindo gestores e decisores políticos. Seria ainda pertinente, investigar se os preditores da confiança apresentam igual relevância nas diferentes perspetivas. A taxonomia da confiança nos sistemas de saúde, emerge como um instrumento potencialmente valioso para a avaliação das diferentes perspetivas em investigações futuras.

Esta taxonomia constitui o fundamento teórico para os capítulos seguintes. No capítulo VI, desenvolve-se uma escala de medida, que visa avaliar as dimensões da confiança e sua importância relativa tanto na perspetiva do cidadão quanto na do profissional de saúde, conforme detalhado nos capítulos VII e VIII.

CAPÍTULO VI

6. Escala Multidimensional de Medida da Confiança nos Sistemas de Saúde

6.1 Enquadramento

A importância da confiança na saúde, é globalmente reconhecida pelo impacto que tem no bom funcionamento de um sistema de saúde (Baroudi et al., 2022). A pandemia COVID-19 colocou em evidência esta importância, ao revelar que populações com menor confiança tiveram a maior taxa de mortalidade (Oksanen et al., 2020). A sua medida pode contribuir para a otimização de planos financeiros, prestação de serviços e resultados dos cuidados de saúde (Dinç et al., 2013), pelo que é fundamental avaliar, com medidas validadas, a confiança dos utilizadores, que permita aos profissionais e às instituições de saúde desenvolver estratégias eficazes para criar confiança, como meio de alcançar os objetivos de cuidados de saúde (Aboueid et al., 2023).

Muitos estudos, evidenciam que a confiança nos sistemas de saúde, é multidimensional e como tal a sua medida não é uma tarefa fácil (Nikodem et al., 2022). Diferentes equipas de investigação, desenvolveram diferentes escalas para medir a confiança nos médicos, nos doentes, nos seguros de saúde, nos hospitais, e nos sistemas de saúde (Hall et al., 2001; Taylor et al., 2023). No entanto, poucas escalas têm em consideração a natureza dinâmica da confiança, sendo que a maioria continua a concentrar-se na confiança nos profissionais de saúde. Contudo, esta dimensão da confiança que não deveria ser considerada isoladamente, uma vez que ignora a importância do contexto em que estes profissionais trabalham; deveria em alternativa, ser analisado como o comportamento de saúde pode ser condicionado pela confiança em estruturas de nível macro (Aboueid et al., 2023). Além disso, muitas das escalas existentes foram desenvolvidas há mais de 20 anos, numa época diferente, quer em termos do contexto social e político quer em necessidades de cuidados de saúde, o que potencialmente limita a sua aplicabilidade atual (Aboueid et al., 2023; Ozawa & Sripad, 2013; Richmond et al., 2022).

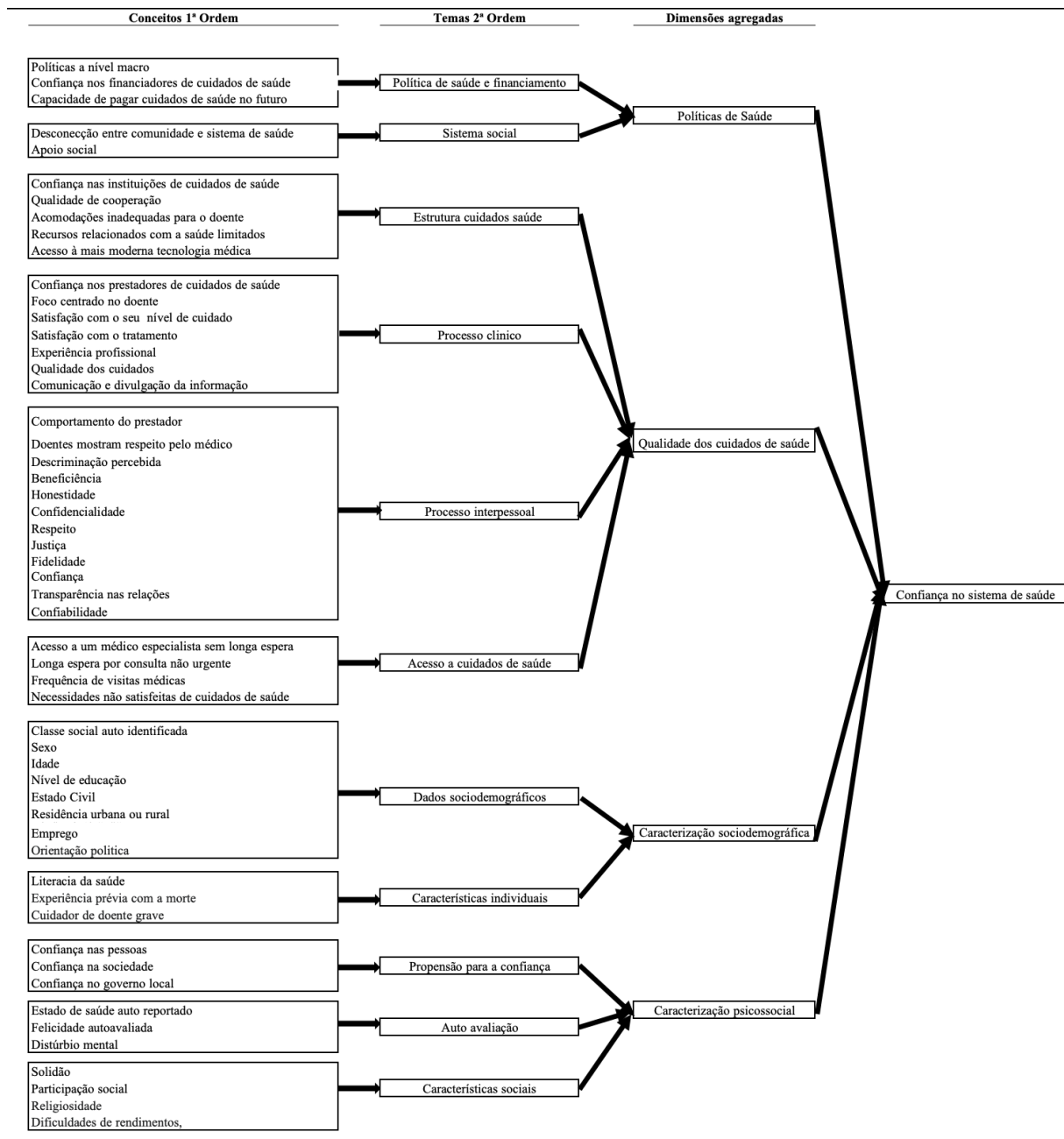
Na revisão sistemática de literatura realizada anteriormente, que teve como propósito, identificar as diferentes dimensões da confiança avaliadas em estudos empíricos anteriores, verificou-se a existência de diferentes termos usados para descrever as mesmas dimensões, dificultando a compreensão das principais dimensões da confiança, tal como identificado por Aboueid et al. (2023) e Taylor et al. (2023) nas revisões de literatura efetuadas recentemente.

Para ultrapassar esta dificuldade, criou-se uma taxonomia, através de uma abordagem indutiva e seguindo a metodologia de Gioia et al. (2012). Assim, os conceitos iniciais, devido às suas similaridades e sobreposições, foram agrupados em temas de 2ª ordem, traduzindo adequadamente os conceitos iniciais. A redução dos conceitos iniciais a temas de 2ª ordem possibilitou a sua agregação em quatro dimensões: i) características sociodemográficas, como,

idade, género, nível de educação, local de residência; ii) características psicossociais, como, propensão para a confiança, estado de saúde e felicidade autoavaliados, dificuldade económica; iii) qualidade dos cuidados de saúde, como, longas lista de espera, formas restritivas de recursos humanos e ou tecnológicos, a perícia do prestador, os cuidados centrados no doente, a satisfação com o tratamento recebido, a personalidade do prestador, o acesso aos cuidados de saúde; iv) políticas de saúde, como, disponibilidade real de cuidados de boa qualidade, investimentos e gastos em saúde, regulação governamental, como ilustrado na Figura 6.1 taxonomia da confiança nos sistemas de saúde.

Figura 6.1

Taxonomia da Confiança nos Sistemas de Saúde



Dada a importância da confiança e a sua natureza evolutiva, e como sugerido por Aboueid et al. (2023) os investigadores devem considerar como a confiança mudou na última década e procurar garantir que as dimensões da confiança e os itens usados para medir essas dimensões, reflitam a confiança no contexto atual; como tal, os esforços devem centrar-se no (re)desenvolvimento de escalas que sejam relevantes e validadas, com base no contexto e na população. Assim, o objetivo deste estudo é desenvolver uma escala de medida, tendo como

base a taxonomia (modelo teórico) desenvolvida anteriormente, que permita avaliar os diferentes fatores, a diferentes níveis, do sistema de saúde (indivíduo, profissional de saúde, instituições que prestam cuidados de saúde, políticas de saúde), que determinam a confiança.

Para desenvolver a escala, seguiram-se as recomendações de Boateng et al. (2018), que referencia três fases compostas por nove passos, para desenvolver uma escala com rigor: Fase 1- desenvolvimento dos itens: (1) identificação do domínio e criação dos itens; (2) validade do conteúdo, para avaliar se os itens medem adequadamente o domínio de interesse. Fase 2- desenvolvimento da escala: (3) pré-teste do questionário, para garantir que as perguntas e respostas são significativas; (4) distribuição do questionário por uma amostra adequada, para recolha de dados significativos; (5) redução de itens, para garantir que sua escala seja parcimoniosa (6) extração de fatores, para explorar o número de construtos latentes que se ajustam aos dados observados. Fase 3- avaliação da escala: (7) teste de dimensionalidade para avaliar se os construtos latentes estão de acordo com as hipóteses; (8) teste de fiabilidade, para verificar se as respostas são consistentes quando repetidas; (9) teste de validade, para garantir que mede a dimensão latente pretendida.

6.2 Método

6.2.1 Elaboração dos Itens

Para orientar o processo de elaboração dos itens de medida, que permita avaliar cada uma das quatro dimensões identificadas na taxonomia da confiança nos sistemas de saúde da Figura 6.1, foi efetuada uma revisão abrangente da literatura sobre escalas de medida da confiança desenvolvidas anteriormente, para criar um conjunto inicial de itens, conforme recomendado por Boateng et al. (2018).

As escalas existentes, foram examinadas de forma a identificar aspetos de medida, aplicáveis ao modelo teórico. Duas escalas foram selecionadas: *Public trust in Dutch health care* (Straten et al., 2002) e *Multidimensional Trust in Health Care Systems Scale* (Egede & Ellis, 2008), por serem escalas validadas e utilizadas para medir a confiança em diferentes países e em contextos diferentes de cuidados de saúde (e.g., Calnan & Sanford, 2004; Dinç et al., 2013; Lee et al., 2007; Peters & Youssef, 2016; van der Schee et al., 2007). A escala desenvolvida por Straten et al. (2002), foi a escala identificada com o maior número de aspetos de medida constantes do modelo teórico, nomeadamente aspetos relacionados com as dimensões qualidade dos cuidados de saúde e políticas de saúde. Contudo, como referido anteriormente, esta escala foi desenvolvida há mais de 20 anos, pelo que houve necessidade de adaptá-la ao contexto atual. Alguns itens não foram considerados, por se entender não serem

adequados ao contexto atual, onde a capacidade dos médicos para tratar das doenças é dada como certa (Kotzian, 2009), por exemplo: “É incrível o tipo de operações que os cirurgiões realizam hoje em dia” ou “Os médicos não prescrevem medicamentos demasiado rápido”. A escala multidimensional (MTHCSS) de Egede e Ellis (2008), que avalia a confiança nos prestadores, a confiança nos financiadores e a confiança nas instituições de cuidados de saúde, foi selecionada para complementar aspetos relacionados com as instituições que prestam cuidados de saúde.

Para avaliar as características do próprio indivíduo, foi utilizada a escala de Frazier et al. (2013), que avalia a propensão para confiar, e em perguntas de caráter global de autoavaliação utilizadas por Zhao et al. (2019a).

Através de uma abordagem dedutiva foi identificado um conjunto inicial de itens, como recomendado por Boateng et al. (2018), que foram adaptados para o contexto em análise.

O conjunto inicial de itens, foi revisto por peritos da área da saúde e académicos, para avaliar a relevância, clareza e adequação ao objetivo pretendido. Efetuaram-se algumas alterações de forma a melhorar a interpretação das frases, e seis itens foram adicionados por indicação dos peritos, Tabela 6.1, resultando num questionário, para teste piloto, com 53 itens agrupados conceptualmente em seis blocos, da seguinte forma: (1) Caracterização sociodemográfica: dados demográficos (6 itens), relação com SNS (6 itens); (2) Características sociais: facilidade de acesso (4 itens), razões económicas (2 itens); (3) Propensão para a confiança (4 itens); (4) Confiança no sistema saúde: foco no doente (4 itens), políticas de eficiência na saúde (4 itens), prestador de cuidados (4 itens), qualidade de cuidados de saúde (4 itens), comunicação e informação (4 itens), cooperação (3 itens); (5) Confiança nas instituições de saúde (3 itens); (6) Avaliação global (5 itens).

Tabela 6.1

Itens de Medida, Dimensão e Autoria

Dimensão	Sub Dimensão	Item	Autoria da escala
Caracterização sociodemográfica	Dados demográficos	Idade	
		Sexo	
		Nível de escolaridade	

Dimensão	Sub Dimensão	Item	Autoria da escala
		Nacionalidade	
		Distrito de residência	
		Ocupação	
	Relação com SNS	Profissional de saúde?	
		Cobertura adicional ao SNS?	
		Qual ou Quais?	
		Utiliza regularmente o SNS?	
		Com que frequência utilizou o SNS?	
		Recorre habitualmente ao setor privado de saúde?	
Caracterização psicossocial	Facilidade de acesso a serviços de saúde	Hospitais público. Centros de Saúde. Hospitais privados. Clínicas privadas/Consultórios.	Por sugestão de peritos
	Razões económicas	Já deixei de realizar consultas, exames e/ou tratamentos por razões económicas. Já deixei de adquirir medicamentos por razões económicas.	Por sugestão de peritos
	Propensão para a confiança	Normalmente confio nas pessoas até me darem motivos para não confiar. Para mim, é fácil confiar nas outras pessoas. Normalmente confio em pessoas recém conhecidas até provarem que não devo confiar.	(Frazier et al., 2013)

Dimensão	Sub Dimensão	Item	Autoria da escala	
Qualidade cuidados de saúde	Foco no doente	A minha tendência para confiar nos outros é alta.	(Straten et al., 2002)	
		Os cidadãos e as suas queixas são levados a sério.		
		Os médicos prestam atenção suficiente aos seus doentes.		
	Perícia do prestador	Os médicos ouvem com atenção os seus doentes.		
		Os médicos despendem tempo suficiente com os seus doentes.		
		Atualmente os médicos podem fazer muito mais do que costumavam fazer.		(Straten et al., 2002)
		Os médicos sabem tudo sobre todos os tipos de doenças.		
		Novos tratamentos são colocados em prática no sistema de saúde.		
		Os médicos portugueses têm uma boa formação.		
		Cuidados de saúde		Os cidadãos têm sempre acesso aos medicamentos que precisam.
Os médicos prescrevem os tratamentos de forma atempada.				
O cidadão tem sempre acesso aos tratamentos mais adequados para a sua situação.				
Os profissionais de saúde tratam os dados dos cidadãos com muito cuidado, respeitando a sua confidencialidade.				

Dimensão	Sub Dimensão	Item	Autoria da escala
	Informação e comunicação	Os cidadãos obtêm informações suficientes sobre os efeitos dos tratamentos prescritos. Os cidadãos obtêm informação suficiente sobre os vários tratamentos disponíveis. A informação dada aos cidadãos é clara e compreensível. Os cidadãos obtêm informação suficiente sobre a causa do seu problema.	(Straten et al., 2002)
	Cooperação	Os médicos especialistas cooperam uns com os outros. Os médicos dão informação contraditória. A tendência para o alto grau de especialização dos profissionais de saúde causa problemas.	(Straten et al., 2002)
	Instituições de saúde	A preocupação das instituições de saúde é manter os custos baixos e não no que é necessário para a minha saúde. As instituições de saúde em Portugal fornecem cuidados médicos de elevada qualidade. Para tratar dos meus problemas de saúde, as instituições põem as minhas necessidades médicas acima de outras considerações, incluindo custos.	(Egede & Ellis, 2008)

Dimensão	Sub Dimensão	Item	Autoria da escala
Política de saúde	Políticas de eficiência	A redução de custos no sistema de saúde prejudica os doentes.	(Straten et al., 2002)
		Os cidadãos devem contribuir financeiramente se necessário para melhorar o sistema de saúde. A prestação de cuidados médicos é comprometida para encurtar listas de espera. Os tempos de espera (consultas de especialidade, cirurgias, etc.) são demasiado longos.	
	Avaliação Global	De forma geral, como classifica o seu estado de saúde neste momento?	(Zhao et al., 2019a)
		Qual o grau de satisfação com o tratamento recebido na sua última visita?	(Zhao et al., 2019a)
		Em geral, qual o seu grau de confiança no sistema de saúde português?	(Zhao et al., 2019a)
		Qual o seu grau de confiança no Serviço Nacional de Saúde (SNS)? Qual o seu grau de confiança no setor Privado da Saúde?	

6.2.2 *Medidas*

Facilidade de acesso

Para medir a facilidade de acesso aos serviços de saúde, foram utilizados 4 itens, sugeridos por peritos da área da saúde, com a finalidade de distinguir os dois setores do sistema de saúde: público e privado. Para medir a facilidade de acesso a cuidados públicos (2 itens) e

para os cuidados privados (2 itens). Numa escala de 5-pontos (1=muito difícil; 5= muito fácil), os participantes avaliam o grau de dificuldade/facilidade de acesso a cuidados de saúde públicos e privados, (“Como avalia o acesso aos Serviços de Saúde: Hospitais públicos”). Para esta medida, foi considerada ainda a possibilidade de resposta “Não sei /Não respondo”.

Razões económicas

Para avaliar em que medida aspetos económicos condicionam os cuidados de saúde, foram utilizados dois itens sugeridos por peritos, como exemplo: “Já deixei de realizar consultas, exames e/ou tratamentos por razões económicas”. Foi utilizada uma escala de 5-pontos (1=discordo totalmente; 5=concordo totalmente), para os participantes indicarem o seu acordo/desacordo com as afirmações. Foi também utilizada a opção “Não sei / Não respondo”.

Propensão para a confiança

Foram utilizados os quatro itens do estudo efetuado por Frazier et al. (2013) e adaptados para o contexto em estudo. Numa escala Likert de 5 -pontos (1 = discordo totalmente, 5 = concordo totalmente), os participantes indicam em que medida estão de acordo com as afirmações (e.g., “Normalmente confio nas pessoas até me darem motivos para não confiar”).

Confiança no sistema de saúde

A escala utilizada para medir a confiança no sistema de saúde, foi a escala desenvolvida por Straten et al. (2002) e utilizada em vários estudos (e.g., Calnan & Sanford, 2004; Lee et al., 2007; Peters & Youssef, 2016; van der Schee et al., 2007). Esta escala, avalia seis dimensões de confiança: i) foco no doente pelos prestadores (o doente confia que é o foco de atenção e é levado a sério pelo profissional de saúde); ii) políticas de saúde (como questões políticas, listas de espera e redução de custos afetam o doente), nesta dimensão, optou-se por escrever as frases de forma afirmativa, exemplo “a redução de custos no sistema de saúde prejudica os doentes” e designá-la como políticas de eficiência, por se entender mais apropriado, aos itens de medida selecionados; iii) experiência do prestador de cuidados de saúde (competência e capacidade do prestador em geral); iv) qualidade de cuidados (qualidade de diagnóstico e tratamento); v) informação e comunicação fornecida pelo prestador (informação sobre o tratamento e suas consequências); vi) qualidade de cooperação (cooperação entre os vários prestadores e ausência de informação contraditória).

Da escala original, foram utilizados quatro itens por dimensão (os que apresentavam maior peso fatorial), com exceção da dimensão qualidade de cooperação, onde foram utilizados

os três itens originais. Os restantes itens, foram eliminados, por não serem adequados para a população em estudo, por exemplo “É incrível o tipo de operações que os cirurgiões realizam atualmente” e para que o questionário não fosse demasiado extenso. A avaliação foi feita através de uma escala de 5-pontos (1= discordo totalmente, 5= concordo totalmente).

Confiança nas instituições de saúde

Para avaliar a confiança nas instituições de saúde utilizou-se a escala de Egede e Ellis (2008) que é constituída por três subescalas: confiança nos profissionais de saúde; confiança nos financiadores; e confiança nas instituições de saúde. Para a finalidade desta medida foram seleccionados os três itens da subescala, confiança nas instituições de saúde. Numa escala de 5-pontos (1= discordo totalmente, 5= concordo totalmente) os participantes indicam a sua concordância com as afirmações, como por exemplo “A preocupação das instituições de saúde é manter os custos baixos e não o que é necessário para a minha saúde”.

Avaliação global

Foram incluídos cinco itens, três dos quais retirados do estudo realizado por Zhao et al. (2019a) : um, como medida da confiança nos sistemas de saúde (“Em geral, qual o seu grau de confiança no sistema de saúde Português?”), avaliado numa escala de 5- pontos (1= não confio nada, 5= confio totalmente); e dois que demonstraram estar relacionados com a confiança nos cuidados de saúde (“De forma geral, como classifica o seu estado de saúde neste momento?”), utilizando a escala 1= muito mau a 5= excelente, e (“Qual o grau de satisfação com o tratamento recebido na sua última visita”) 1= nada satisfeito a 5= extremamente satisfeito.

A avaliação global da confiança, destina-se a captar um aspeto mais holístico, uma vez que é provável que a confiança tenha uma componente significativa que é irredutível ou não sujeita a dissecação (Hall et al., 2001). O estado de saúde autoavaliado e o grau de satisfação com o último tratamento recebido, são dois fatores muito discutidos, como sendo potencialmente causas e efeitos da confiança já que, as experiências moldam atitudes confiantes ou desconfiadas que por si só influenciam as interpretações de experiências subsequentes (Hall et al., 2001).

Os outros dois itens foram incluídos para avaliar se há distinção entre confiança no setor público (“Qual o seu grau de confiança no Serviço Nacional de Saúde (SNS)?”) e no setor privado (“Qual o seu grau de confiança no setor Privado da Saúde?”), a avaliação foi feita na escala de 1= não confio nada a 5= confio totalmente.

6.2.3 Procedimento

O questionário online com 53 itens, foi realizado no Microsoft Forms e o link foi enviado via WhatsApp para um grupo pré-selecionado de 12 pessoas, das quais quatro eram profissionais de saúde, para a realização de um teste piloto. Segundo Boateng et al. (2018), o pré-teste ajuda a garantir que os itens têm o significado adequado para a população alvo, antes da pesquisa ser realizada, ou seja, minimiza erros de interpretação. Assim, foi pedido aos participantes, que enviassem o seu comentário sobre eventuais dificuldades de interpretação. Com o *feedback* do pré-teste, procedeu-se a algumas correções de sintaxe sem alteração do conteúdo do item, nem do número de itens, uma vez que o tempo médio de resposta ao questionário foi de 13:15 minutos.

O questionário final online foi realizado no Microsoft Forms e o link enviado através de WhatsApp e LinkedIn, usando a técnica de amostragem não probabilística por bola de neve. A recolha de dados, decorreu entre 29 de Agosto a 20 de Outubro de 2023. No início do questionário, os participantes eram informados do objetivo, do tratamento confidencial da informação recolhida e da forma como responder às questões colocadas. Era também pedido aos participantes a confirmação de idade superior a 18 anos e se aceitavam participar no estudo.

Foram recolhidas 458 respostas das quais três foram eliminadas por não se considerarem válidas, restando assim 455 para análise.

6.2.4 Amostra

Foram recolhidos dados de 455 questionários válidos, de indivíduos com idades compreendidas entre os 19 e os 82 anos, pelo que a média é de 52 anos ($DP = 13$). A percentagem de participantes de sexo masculino (55.4%) foi superior à do sexo feminino (44.6%), conforme Tabela 6.2. A maioria dos participantes possui habilitações académicas de nível superior (85.7%).

Os participantes são 98.9% de nacionalidade portuguesa e residem maioritariamente no Distrito de Lisboa (55.6%). Quanto à ocupação, 62% dos participantes são trabalhadores por conta de outrem e 13.4% são profissionais liberais. A percentagem de aposentados iguala a percentagem de profissionais liberais.

Tabela 6.2

Caracterização da Amostra

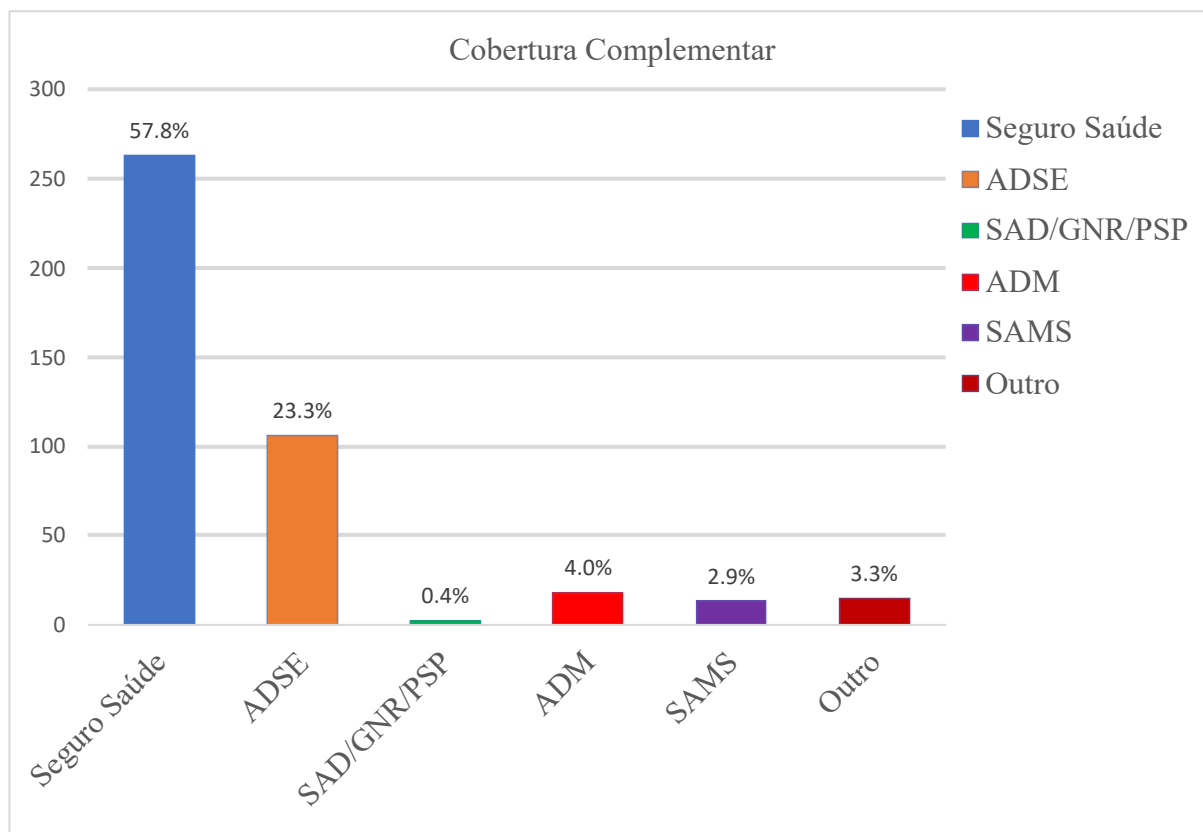
	N	%
Sexo		
Masculino	252	55.4
Feminino	203	44.6
Escolaridade		
Ensino Básico	3	0.7
Ensino Secundário	49	10.8
Ensino Superior	390	85.7
Outro	13	2.9
Nacionalidade		
Portuguesa	450	98.9
Outra	5	1.1
Distrito		
Lisboa	253	55.6
Outros	202	44.4
Ocupação		
Estudante	2	0.4
Estudante	14	3.1
Trabalhador		
Trabalhador por conta de outrem	282	62.0
Profissional Liberal	61	13.4
Desempregado/a	7	1.5
Aposentado/a	61	13.4
Outra	28	6.2

6.2.4.1 Relação dos Participantes com o Sistema de Saúde

Dos 455 participantes, 12.1% são profissionais de saúde. Do número total de participantes, 82% reportaram ter uma cobertura complementar ao SNS, distribuída de acordo com a Figura 6.2.

Figura 6.2

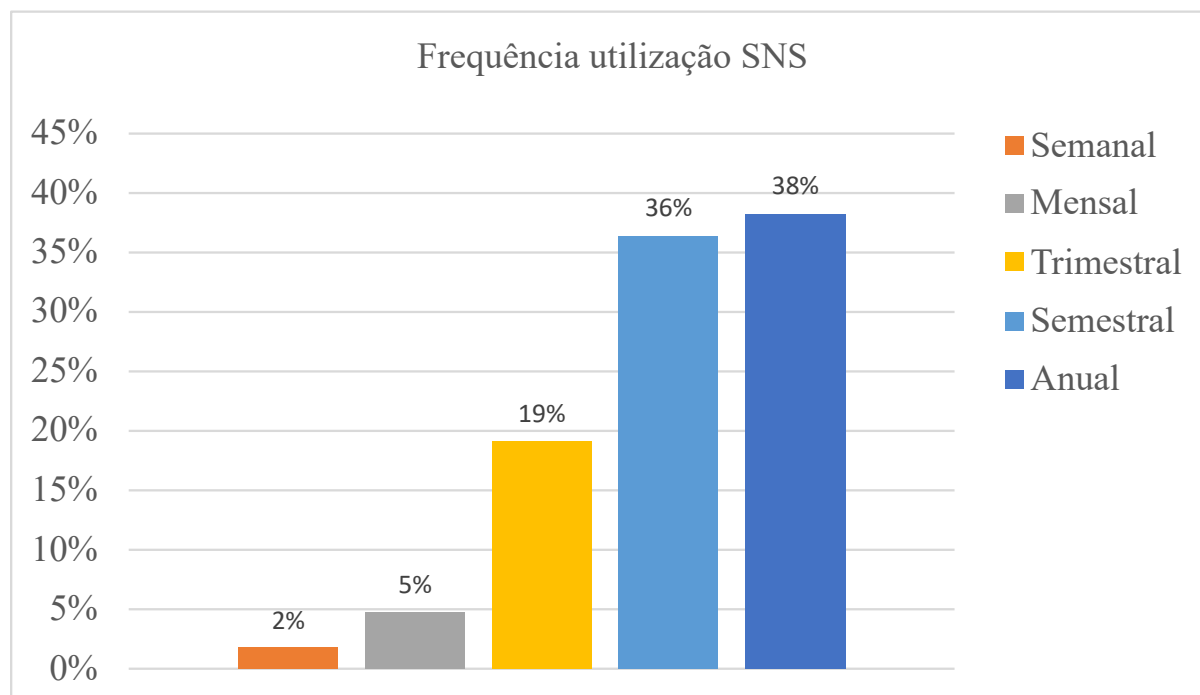
Distribuição de Cobertura Complementar ao SNS



Foi também identificado que 52% dos participantes utilizam regularmente o SNS, com a frequência ilustrada na Figura 6.3. No entanto, 77% dos participantes recorre habitualmente ao setor privado.

Figura 6.3

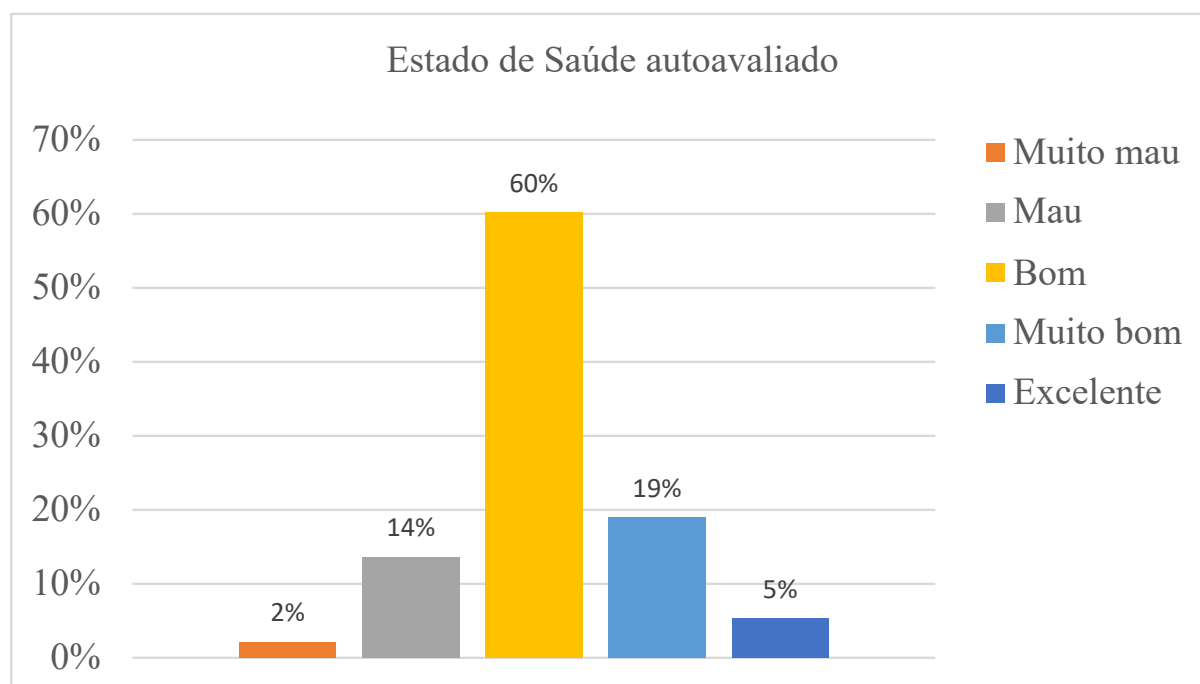
Frequência de Utilização SNS



Verificou-se ainda que 84% dos participantes, avaliaram o seu estado de saúde como bom, muito bom ou excelente, de acordo com o apresentado na Figura 6.4.

Figura 6.4

Estado de Saúde Autoavaliado



6.2.5 *Análise*

Para validação do modelo, iniciou-se o processo com a realização de uma análise exploratória dos dados da amostra sob estudo (N=455), no software IBM SPSS Statistics versão 29.0.1.0, utilizando a análise dos componentes principais (ACP), eigenvalue >1 e rotação varimax, para identificar o grupo de itens de cada subdimensão e o seu respetivo peso.

Na verificação dos dados recolhidos, as respostas “Não sei /Não respondo” dos itens com essa possibilidade, foram considerados como valores omissos, conforme Tabela 6.3. Atendo a que a percentagem destes valores omissos é relativamente baixa, inferior a 10%, qualquer método de imputação pode ser aplicado (Hair et al., 2010), pelo que se optou pela substituição pela média, por ser de fácil implementação e ter todos os casos com informação completa.

Tabela 6.3

Número de Casos com Valores Considerados Omissos

Item	N	N	N	%
	Total	Válidos	Omissos	Omissos
Hospitais públicos	455	442	13	2.9
Centros de saúde	455	445	10	2.2
Hospitais privados	455	432	23	5.1
Clínicas privadas/Consultórios	455	431	24	5.3
Já deixei de realizar consultas, exames e/ou tratamentos por razões económicas	455	450	5	1.1
Já deixei de adquirir medicamentos por razões económicas	455	448	7	1.5

A validade fatorial, foi realizada com a amostra do estudo (N = 455) e avaliada por uma análise fatorial confirmatória (AFC), com o software AMOS (v.29) como descrito por Marôco (2021a), utilizando o método de estimativa de máxima verosimilhança (ML), para distinguir os construtos em estudo, por este método ser considerado robusto, mesmo na ausência de normalidade multivariada (Hair et al., 2010).

A qualidade de ajustamento global do modelo fatorial, foi assegurada de acordo com os índices e seus valores de referência descritos por Marôco (2021a): Qui-quadrado/ graus de liberdade (X^2 / df) [1;2] - ajustamento bom e ~ 1 - ajustamento muito bom; *Comparative Fit Index (CFI)* e *Goodness of Fit Index (GFI)* com valores [.9 ; .95[- ajustamento bom e $\geq .95$ - ajustamento muito bom; *Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)* [.6 ; .8[- ajustamento bom e $\geq .8$ - ajustamento muito bom; *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)* [.05 ; .08] - ajustamento aceitável e $\leq .05$ - ajustamento muito bom; *Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)* $\leq .08$ - ajustamento bom; *Mean Expected Cross-Validation Index (MECVI)* para comparar modelos, ajudando a identificar aquele que tem o melhor equilíbrio entre ajustamento e simplicidade; quanto menor, melhor.

O ajustamento do modelo foi feito através dos índices de modificação superiores a 11, por estar associado uma probabilidade de erro de tipo I de .001 (Marôco, 2021a) produzidos pelo AMOS.

A qualidade de ajustamento local foi avaliada através dos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. De acordo com Hair et al., (2010), para avaliar a validade convergente, as estimativas de peso fatorial padronizadas, deverão ser superiores a .5, idealmente superiores a .7 e a variância extraída média (VEM), calculada pela média dos quadrados dos pesos fatoriais padronizados, deverá ser superior a .5. A fiabilidade compósita (FC), calculada pelo quadrado da soma dos pesos fatoriais de cada construto e a soma dos termos da variância dos erros do construto, deverá ser superior a .7, para ser considerada como boa fiabilidade. A validade discriminante, que evidencia que o construto é único, a VEM terá de ser superior ao quadrado da correlação estimada entre os outros construtos.

Nesta análise foram incluídos todos os itens resultantes da análise exploratória.

6.3 Resultados

Tendo em vista a validação de uma escala de medida da confiança no sistema de saúde, foi realizado um conjunto de análises, seguindo os procedimentos sugeridos por Boateng et al. (2018). De seguida apresentam-se os resultados das análises efetuadas: 1- Análise Exploratória; 2- Consistência Interna; 3- Análise Fatorial Confirmatória; 4- Testes de Validade

6.3.1 Análise Exploratória

Procedeu-se à avaliação da adequação do conjunto de dados para a realização da análise fatorial, utilizando o teste *Kaiser-Mayer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de Barlett. O resultado do teste KMO foi de 0.812 e o teste de esfericidade de Barlett apresentou significância estatística ($p < .001$), indicando a adequação dos dados para a realização da análise fatorial.

A análise inicial resultou na identificação de dez fatores, compostos por um total de 36 itens. Em conjunto, estes dez fatores explicavam 62.10% da variância total. Contudo, observou-se que alguns itens apresentavam pesos fatoriais abaixo do limiar de .05 e outros saturavam em mais do que um fator. Assim, foi adotado o critério de retenção de itens com peso fatorial superiores a .5 num determinado fator, de acordo com as recomendações de Hair et al. (2010). Deste modo, foram excluídos 4 itens e três subdimensões que se detalham em seguida: P18_2: “Os cidadãos devem contribuir financeiramente se necessário para melhorar o sistema de saúde”; P20_4: “Os profissionais de saúde tratam os dados dos cidadãos com muito cuidado, respeitando a sua confidencialidade”. As subdimensões “Perícia do prestador”, “Cooperação” e “Instituições de saúde”, bem como os itens P14_1: “Hospitais públicos” e P14_2: “Centos de saúde” relativos à subsimensão “Facilidade de acesso a serviços de saúde”, também foram excluídos, por os seus itens saturarem em mais de um fator.

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

Retirados estes itens, refez-se a análise que resultou em sete fatores (22 itens) que explicavam 71.39% da variância total. A Tabela 6.4 apresenta os itens e respetivos pesos fatoriais para cada componente.

Tabela 6.4

Análise dos Pesos Fatoriais para os 7 Componentes (N=455)

Item	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
	Comunicação	Propensão para Confiança	Foco no Doente	Cuidados de Saúde	Acesso Privado	Razões Económicas	Políticas de Eficiência
Os cidadãos obtêm informação suficiente sobre os vários tratamentos disponíveis.	.86	.03	.17	.21	-.01	-.07	-.06
Os cidadãos obtêm informações suficientes sobre os efeitos dos tratamentos prescritos.	.84	.07	.13	.16	.00	-.03	-.12
Os cidadãos obtêm informação suficiente sobre a causa do seu problema.	.83	.04	.24	.11	.04	-.08	-.03
A informação dada aos cidadãos é clara e compreensível.	.82	.02	.20	.16	.09	.04	-.07
A minha tendência para confiar nos outros é alta.	.09	.87	.05	.06	.04	.04	-.04
Para mim, é fácil confiar nas outras pessoas.	.01	.85	.14	.03	.06	-.02	-.04

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

Item	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
	Comunicação	Propensão para Confiança	Foco no Doente	Cuidados de Saúde	Acesso Privado	Razões Económicas	Políticas de Eficiência
Normalmente confio em pessoas recém conhecidas até provarem que não devo confiar.	-.00	.84	.11	.03	.07	-.02	.06
Normalmente confio nas pessoas até me darem motivos para não confiar.	.04	.74	.04	.05	.09	.04	.09
Os médicos prestam atenção suficiente aos seus doentes.	.19	.09	.84	.17	-.01	-.13	-.04
Os médicos ouvem com atenção os seus doentes.	.26	.13	.83	.13	-.02	-.06	-.01
Os médicos despendem tempo suficiente com os seus doentes.	.19	.06	.72	.12	-.09	-.12	-.14
Os cidadãos e as suas queixas são levados a sério.	.09	.09	.63	.12	.16	.04	-.09
O cidadão tem sempre acesso aos tratamentos mais adequados para a sua situação.	.19	.02	.15	.80	.01	-.08	-.06
Os cidadãos têm sempre acesso aos medicamentos que precisam.	.20	.07	.07	.77	.07	-.05	-.13

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

Item	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
	Comunicação	Propensão para Confiança	Foco no Doente	Cuidados de Saúde	Acesso Privado	Razões Económicas	Políticas de Eficiência
Os médicos prescrevem os tratamentos de forma atempada.	.17	.11	.31	.71	.07	-.02	.02
Clínicas Privadas /Consultórios	.06	.11	.02	.06	.93	-.07	.03
Hospitais privados	.03	.12	.03	.06	.93	-.07	.03
Já deixei de adquirir medicamentos por razões económicas	-.03	.01	-.12	-.06	-.09	.88	-.02
Já deixei de realizar consultas, exames e/ou tratamentos por razões económicas	-.06	.04	-.07	-.06	-.04	.87	.09
A redução de custos no sistema de saúde prejudica os doentes.	-.03	.01	.04	-.03	-.05	-.03	.78
A prestação de cuidados médicos é comprometida para encurtar listas de espera.	-.13	-.04	-.15	.05	-.01	.17	.68
Os tempos de espera (consultas de especialidade, cirurgias, etc.) são demasiado longos.	-.06	.14	-.16	-.23	.16	-.04	.64

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

Item	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
	Comunicação	Propensão para Confiança	Foco no Doente	Cuidados de Saúde	Acesso Privado	Razões Económicas	Políticas de Eficiência

Nota. Método de Extração: análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 6 iterações.

6.3.2 *Consistência interna*

Foram realizados testes adicionais para analisar a homogeneidade interna deste modelo com sete fatores. A avaliação da homogeneidade interna dos itens que compõem cada fator é essencial para assegurar que eles medem o mesmo construto subjacente (Hair et al., 2010).

A Tabela 6.5 apresenta uma síntese das estatísticas descritivas relevantes para cada fator, incluindo a média e o desvio padrão, que fornecem informações sobre a distribuição dos dados. Além disso, a tabela reporta os coeficientes de confiabilidade de cada fator, calculados através do alfa de Cronbach, um indicador amplamente utilizado para avaliar escalas com múltiplos itens (Cronbach, 1951). A matriz de intercorrelação, também incluída na Tabela 6.5, permite examinar as relações entre os diferentes fatores do modelo, bem como a sua relação com os itens de avaliação global.

Em relação aos fatores compostos por apenas 2 itens (acesso privado e razões económicas), optou-se pela utilização do alfa padronizado como medida de confiabilidade. Esta escolha é justificada pela recomendação Eisinga et al. (2013), que argumentam que “o coeficiente de confiabilidade mais adequado para uma escala de dois itens, é a estatística de Spearman-Brown que, juntamente com o coeficiente alfa padronizado, seu equivalente para medidas de dois itens, é oferecido por softwares como SPSS, SAS e R” (p.641).

Os resultados da análise indicam que seis dos sete fatores apresentam coeficientes α superiores a .7, o que sugere níveis aceitáveis de consistência interna e confiabilidade (Hair et al., 2010). O fator políticas de eficiência, no entanto, apresentou um valor para o coeficiente α inferior ao limiar considerado adequado. Apesar deste resultado, optou-se por manter este item na análise, tendo em conta a natureza exploratória da pesquisa e a importância de considerar todas as dimensões para a compreensão do fenómeno em estudo.

Tabela 6.5

Estatística Descritiva, Confiabilidade e Matriz de Intercorrelação

	Estatística Descritiva (N = 455)				Matriz de Intercorrelação											
	nº itens	M	DP	α	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Comunicação	4	2.70	0.83	.90	--											
2. Propensão para Confiança	4	3.53	0.74	.86	.12*	--										
3. Foco no Doente	4	3.05	0.76	.81	.46**	.23**	--									
4. Cuidados de Saúde	3	2.68	0.76	.74	.45**	.16**	.43**	--								
5. Políticas de Eficiência	3	3.93	0.70	.53	-.21**	.05	-.22**	-.19**	--							
6. Razões Económicas	2	1.93	0.95	.74	-.14**	.02	-.21**	-.15**	.11*	--						
7. Acesso Privado	2	4.09	0.76	.90	.10*	.21**	.07	.14**	.05	-.14**	--					
8. Estado de Saúde	1	3.12	0.78		.11*	.13**	.21**	.15**	-.09	-.19**	.15**	--				

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

	Estatística Descritiva (N = 455)				Matriz de Intercorrelação											
	n° itens	M	DP	α	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
9. Satisfação Último Tratamento	1	3.47	0.87		.35**	.17**	.50**	.38**	-.09*	-.24**	.14**	.37**	--			
10. Confiança no Sistema	1	2.97	0.80		.27**	.17**	.48**	.38**	-.16**	-.17**	.10*	.28**	.51**	--		
11. Confiança no SNS	1	2.75	0.88		.30**	.10*	.43**	.34**	-.18**	-.11*	.03	.21**	.43**	.76**	--	
12. Confiança no Privado	1	3.07	0.71		.24**	.20**	.19**	.20**	.06	-.17**	.28**	.24**	.27**	.24**	.14**	--

Nota. **. A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).*. A correlação é significativa no nível .05 (2 extremidades).

6.3.3 *Análise Fatorial Confirmatória*

Com o objetivo de validar a estrutura fatorial resultante da análise exploratória e confirmar se os fatores (variáveis latentes) são responsáveis pelo comportamento dos itens de medida (variáveis observadas), foi conduzida uma análise fatorial confirmatória. A AFC é uma técnica estatística amplamente utilizada na validação fatorial de escalas de medida.

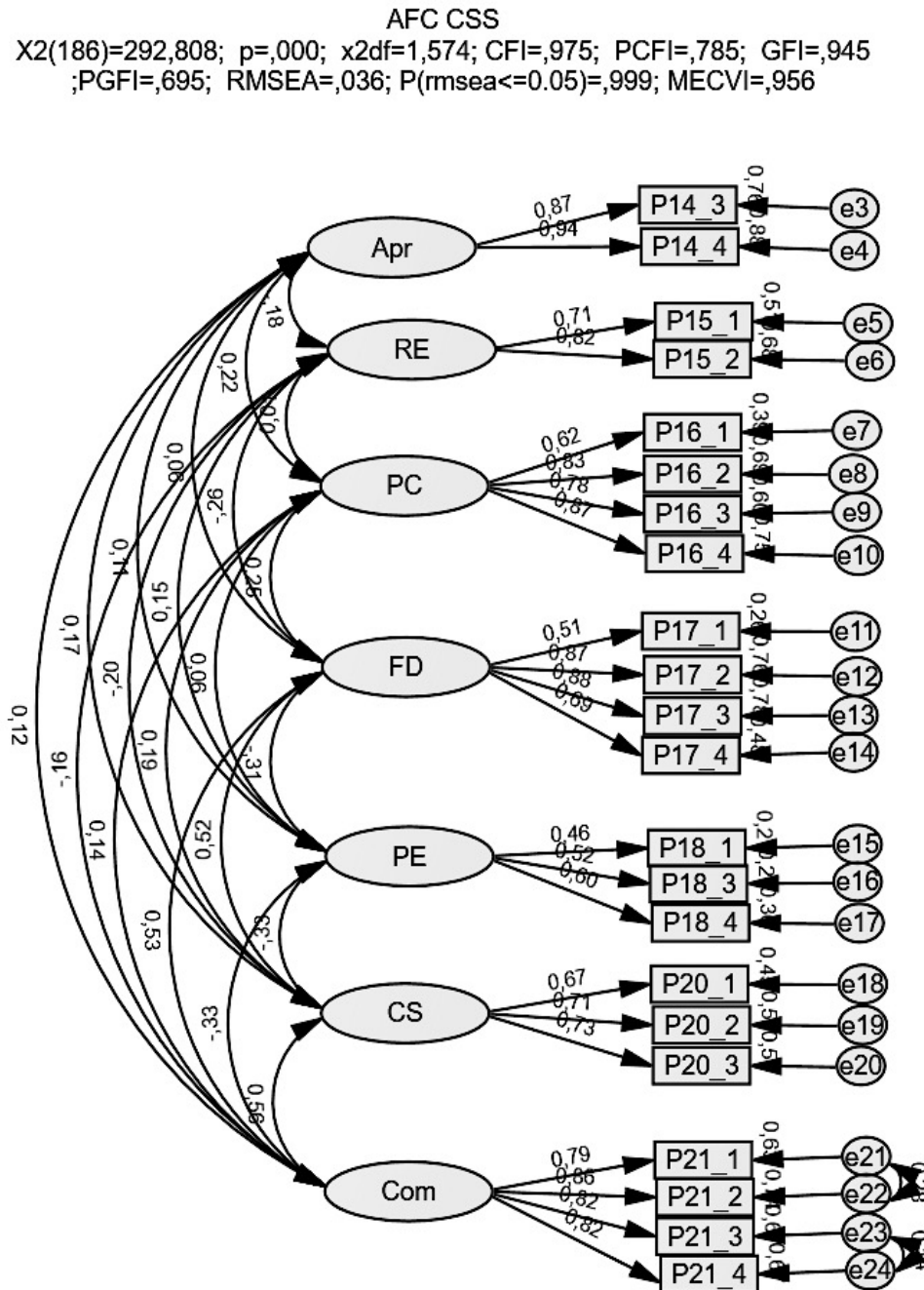
Para verificar a necessidade de múltiplos fatores, foi realizado um teste de unidimensionalidade. Neste teste, um modelo com um único fator foi avaliado, onde todas as variáveis manifestas em estudo definem apenas uma variável latente. Os índices de qualidade de ajustamento do modelo foram considerados inaceitáveis ($X^2/df=12.823$; $CFI = .42$; $GFI=.62$; $RMSEA= .16$ e $MECVI= 6.107$), levando à sua rejeição. Este resultado sustenta a teoria de que o modelo é multidimensional.

Em seguida, um modelo com sete fatores, conforme sugerido pela análise exploratória, foi testado. Este modelo apresentou índices de qualidade de ajustamento considerados bons ($X^2/df=1.700$; $CFI = .97$; $GFI = .94$; $RMSEA= .04$; $SRMR= .04$ e $MECVI=1.006$). No entanto, os índices de modificação sugeriram a respecificação do modelo através da correlação de erros da mesma variável. Especificamente, foram correlacionados os erros de medida e21 com e22, e e23 com e24, todos pertencentes ao fator "Com".

O modelo respecificado foi testado, e os seus índices de qualidade de ajustamento, bem como as estimativas dos pesos fatoriais, estão apresentados na Figura 6.5.

Figura 6.5

Modelo Sete Fatores com Correlação de Erros



Nota. Apr = Acesso privado; RE = Razões Económicas; PC = Propensão para Confiança; FD = Foco no Doente; PE = Políticas de Eficiência; CS = Cuidados de Saúde; Com = Comunicação.

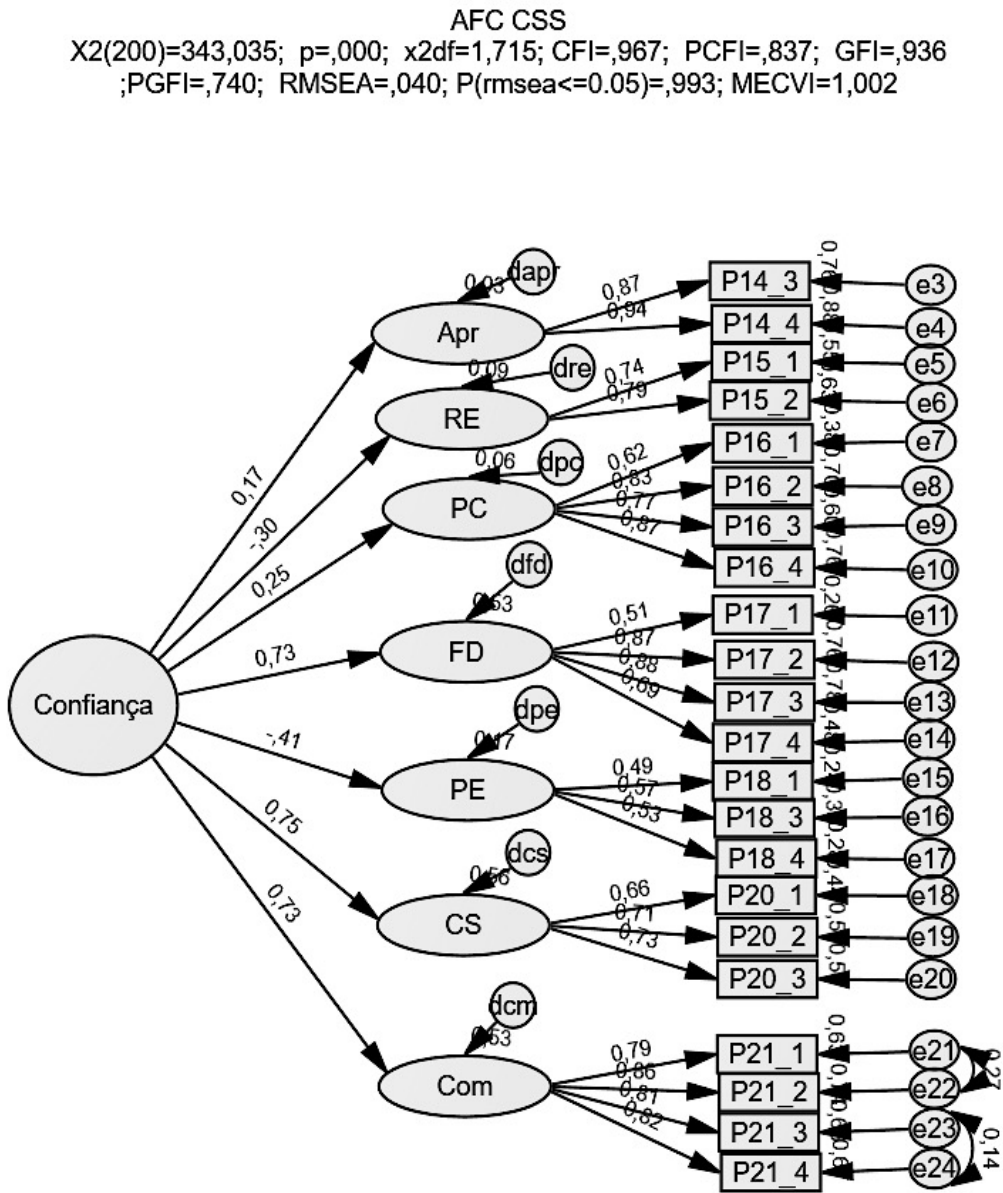
O terceiro modelo testado apresentou índices de qualidade de ajustamento que demonstram uma adequação muito boa aos dados da amostra em estudo ($\chi^2/df=1.574$; $CFI=.98$; $GFI=.95$; $RMSEA=.04$; $SRMR=.04$ e $MECVI=0.956$).

A qualidade do ajustamento do terceiro modelo foi superior à do modelo anterior, conforme demonstrado pelo teste de diferença de qui-quadrado, ($\chi^2(2)=26.867, p < .05$). Além disso, o $MECVI$ deste modelo apresentou o menor valor entre todos os modelos testados, indicando que este modelo provavelmente exibirá melhor validade na população em estudo.

Por fim foi realizado uma AFC de segunda ordem, para estimar os pesos fatoriais de cada subdimensão (Hair et al., 2010). A variância do fator de segunda ordem foi restrita a 1.0, conforme ilustrado na Figura 6.6. A realização de uma análise fatorial de ordem superior, visa fornecer uma visão mais parcimoniosa das correlações entre os fatores de ordem inferior (Brown, 2015).

Figura 6.6

Modelo de Segunda Ordem



Nota. Apr = Acesso privado; RE = Razões Económicas; PC = Propensão para Confiança; FD = Foco no Doente; PE = Políticas de Eficiência; CS = Cuidados de Saúde; Com = Comunicação.

O modelo de segunda ordem tem um bom ajuste: $X^2/df=1.715$ $CFI=.97$; $GFI=.94$; $RMSEA=.04$; $SMRM=.05$ e $MECVI=1.002$. Este resultado sugere que as subdimensões em análise são distintas. A Tabela 6.6, apresenta os índices de ajustamento dos quatro modelos da AFC.

Tabela 6.6

Comparação de Índices de Ajustamento entre Modelos da AFC

Modelo	x^2	df	$p <$	x^2/df	CFI	GFI	$PGFI$	$RMSEA$	$SRMR$	$MECVI$
1 Fator	2680.07	209	0.000	1.28	.43	.62	.51	.16	.14	6.11
7 Fatores	319.68	188	0.000	1.70	.97	.94	.70	.04	.04	1.01
7 Fatores (CE)	292.81	186	0.000	1.57	.98	.95	.70	.04	.04	0.96
7 Fatores (2ª ordem)	343.04	200	0.000	1.72	.97	.94	.74	.04	.05	1.00

Nota. CE = correlação de erros

6.3.4 Testes de Validade

Verificada a adequação do modelo fatorial para a amostra em estudo, realizaram-se testes adicionais para verificar: i) a validade fatorial, onde se avalia se os itens representam corretamente o fator latente que se pretende medir; ii) a validade convergente, que se verifica quando os itens que constituem o fator têm correlações positivas e elevadas entre si; iii) a validade discriminante, que avalia se os fatores definidos pelos seus itens de medida, são distintos.

Foi ainda avaliada a fiabilidade compósita (FC), que se refere à consistência e reprodutibilidade da medida, particularmente apropriada para a AFC (Marôco, 2021a). A FC indica o grau em que os itens são manifestações consistentes do fator latente.

De acordo com Hair et al. (2010) e (Marôco, 2021a), no âmbito da análise de equações estruturais, é recomendável a combinação destes critérios (validade fatorial, validade convergente, validade discriminante e fiabilidade compósita) para assegurar que os construtos

medidos no modelo sejam válidos e representem de forma adequada os conceitos teóricos propostos.

A Tabela 6.7. apresenta os resultados dos pesos fatoriais estandardizados e variância extraída média (VEM), que avaliam a validade convergente, e FC.

Tabela 6.7

Validade Convergente e Fiabilidade Compósita para Todos os Fatores

Construto	Item	Peso Fatorial	FC	VEM
Acesso Privado	Hospitais Privados.	.87	.90	.82
	Clínicas Privadas/consultórios.	.94		
Razões económicas	Já deixei de realizar consultas, exames e/ou tratamentos por razões económicas.	.72	.75	.59
	Já deixei de adquirir medicamentos por razões económicas.	.82		
Propensão para confiança	Normalmente confio nas pessoas até me darem motivos para não confiar.	.63	.86	.61
	Para mim, é fácil confiar nas outras pessoas.	.83		
	Normalmente confio em pessoas recém conhecidas até provarem que não devo confiar.	.78		
	A minha tendência para confiar nos outros é alta.	.87		
Foco no doente	Os cidadãos e as suas queixas são levados a sério.	.51	.84	.57
	Os médicos prestam atenção suficiente aos seus doentes.	.87		
	Os médicos ouvem com atenção os seus doentes.	.88		

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

Construto	Item	Peso Fatorial	FC	VEM
	Os médicos dispõem de tempo suficiente com os seus doentes.	.69		
Políticas de eficiência	A redução de custos no sistema de saúde prejudica os doentes.	.46	.54	.28
	A prestação de cuidados médicos é comprometida para encurtar listas de espera.	.52		
	Os tempos de espera (consultas de especialidade, cirurgias, etc.) são demasiado longos.	.60		
Cuidados de saúde	Os cidadãos têm sempre acesso aos medicamentos que precisam.	.67	.75	.50
	Os médicos prescrevem os tratamentos de forma atempada.	.71		
	O cidadão tem sempre acesso aos tratamentos mais adequados para a sua situação.	.73		
Comunicação	Os cidadãos obtêm informações suficientes sobre os efeitos dos tratamentos prescritos.	.79	.89	.68
	Os cidadãos obtêm informação suficiente sobre os vários tratamentos disponíveis.	.86		
	A informação dada aos cidadãos é clara e compreensível.	.82		
	Os cidadãos obtêm informação suficiente sobre a causa do seu problema.	.82		

Estes resultados comprovam que os resultados obtidos na análise exploratória são robustos. Embora os pesos fatoriais, dos itens sejam superiores a .5 ou muito próximo, caso do

item “A redução de custos no sistema de saúde prejudica os doentes” que apresenta um valor de .46, o fator PE (políticas de eficiência) revelou uma fiabilidade compósita inferior ao adequado .54. A VEM, indicador da validade convergente, para este fator, também apresentou um valor inferior a .5, indicando que em média, permanecem mais erros nos itens do que variância explicada pelo fator latente do modelo (Hair et al., 2010).

A validade discriminante, que evidencia que cada construto é único, está apresentada na Tabela 6.8.

Tabela 6.8

Validade Discriminante

	Apr	RE	PC	FD	PE	CS	Com
Apr	.82						
RE	.03	.59					
PC	.05	.00	.61				
FD	.00	.07	.06	.57			
PE	.01	.02	.00	.10	.28		
CS	.03	.04	.04	.27	.11	.50	
Com	.01	.03	.02	.28	.11	.31	.68

Nota. Apr = Acesso privado; RE = Razões Económicas; PC = Propensão para Confiança; FD = Foco no Doente; PE = Políticas de Eficiência; CS = Cuidados de Saúde; Com = Comunicação.

A validade discriminante foi avaliada pela comparação das VEM (valores apresentados na diagonal) com os quadrados das correlações entre fatores (valores abaixo da diagonal). Esta comparação revela que todos os valores das VEM são superiores aos quadrados das correlações, o que permite afirmar que todos os fatores têm validade discriminante.

6.4 Discussão, Limitações e Sugestões para Pesquisas Futuras

Este capítulo descreve o desenvolvimento e teste de uma escala de medida, que reflete os vários fatores identificados em estudos anteriores, e agrupados de acordo com a taxonomia da confiança, em quatro dimensões agregadas.

Os resultados obtidos sugerem, tal como referido por outros autores (e.g., Nikodem et al., 2022; Zhao et al., 2019b, 2019a), que a confiança é um fenómeno complexo e está

relacionada, quer com fatores intrínsecos ao próprio indivíduo, quer com fatores associados ao sistema de saúde de uma forma global.

Com base na análise fatorial exploratória e confirmatória, identificou-se uma estrutura composta por sete fatores com 22 itens de medida: Acesso privado (2 itens); Razões Económicas (2 itens); Propensão para Confiança (4 itens); Foco no Doente (4 itens); Políticas de Eficiência (3 itens); Cuidados de Saúde (3 itens); Comunicação (4 itens).

Nesta análise, a fiabilidade, a validade convergente e a validade discriminante dos fatores, são também evidenciadas, sugerindo que os sete fatores são distintos e que se complementam.

Os fatores, razões económicas e políticas de eficiência, têm direção oposta aos outros fatores (correlações negativas). Este resultado comprova o que era esperado, dado que os itens utilizados para medir estes fatores, como por exemplo “Já deixei de realizar consultas, exames e/ou tratamentos por razões económicas” ou “A redução de custos no sistema de saúde prejudica os doentes”, avaliam o potencial impacto negativo destes construtos sobre a confiança nos sistemas de saúde.

O fator, políticas de eficiência, revelou valores inferiores aos adequados para a FC e VEM, esta inadequação, pode dever-se ao facto de o número de itens serem insuficientes para medirem este fator, já que segundo Hair et al., (2010) a confiabilidade é influenciada pelo número de itens. Por outro lado, esta propriedade é da medida operacionalizada pelo instrumento numa determinada amostra, e não do instrumento em si, ou seja, um instrumento pode fornecer dados fiáveis numa amostra, mas não noutra (Marôco, 2021a). Assim, esta dimensão merece um estudo mais aprofundado noutros contextos sociodemográficos uma vez que é referenciada na literatura como relevante para a confiança no sistema de saúde (e.g., (Maljichi et al., 2022; van der Schee et al., 2007; Yuan & Lee, 2022).

Os resultados obtidos na amostra analisada indicam um bom ajuste do modelo, com boa validade fatorial e discriminante. No entanto, a interpretação destes resultados deve considerar as limitações inerentes ao estudo. A principal limitação reside na falta de representatividade da amostra em relação à população em geral, o que impede a generalização dos resultados. Adicionalmente, considerando que a confiança é um fenómeno fortemente dependente do contexto, a validação da escala não foi explorada em amostras independentes, o que pode representar uma limitação. Assim, recomenda-se a replicação e validação desta escala de medida em outras populações com contextos sociais distintos, a fim de ampliar a sua aplicabilidade e robustez.

Durante o período de desenvolvimento desta escala, foram publicadas duas novas escalas: Development and Validation of the Trust in My Doctor, Trust in Doctors in General, and Trust in the Health Care Team Scales (Richmond et al., 2022) e Development and validation of the Trust in Multidimensional Healthcare Systems Scale (TIMHSS) (Meyer et al., 2024). Embora estas duas novas escalas apresentem um contributo significativo para a literatura, não pode deixar de ser realçado como a presente escala se destaca das anteriores.

A escala de Richmond et al. (2022), tem como objetivo medidas multidimensionais de confiança em três entidades distintas: confiança no meu médico (T-MD), confiança nos médicos em geral (T-DiG) e confiança na equipe que presta cuidados de saúde (T-HCT). A TIMHSS de Meyer et al. (2024) tem um objetivo distinto, avalia a confiança de forma mais ampla, incluindo: médico, sistema e políticas de saúde.

A escala aqui desenvolvida para medir a confiança no sistema de saúde de uma forma abrangente, considera: profissionais de saúde, instituições, políticas de saúde, e avalia igualmente aspetos intrínsecos ao próprio indivíduo, como, por exemplo, a propensão para confiar e motivos de ordem económica que podem afetar o acesso a cuidados de saúde.

Ao ter em consideração o próprio indivíduo, permite uma abordagem mais ampla ao fenómeno já que, as teorias culturais, vêem a confiança nas instituições como uma extensão da confiança geral de cada indivíduo na sociedade, podendo ser consideradas a nível macro e micro. As teorias macro culturais, enfatizam o papel da cultura nacional na formação da confiança (Mckee et al., 2024), como comprovado por van der Schee et al. (2007) ao compararem a confiança nos sistemas de saúde em diferentes países. Por sua vez, as teorias micro culturais, consideram como a confiança de cada pessoa foi moldada pelas suas experiências anteriores (Mckee et al., 2024). Além disso, diferentes estudos referem o capital social, como determinante da confiança no sistema de saúde (e.g., Baroudi et al., 2022; Nikodem et al., 2022; Zhao et al., 2019b).

Desta forma, esta escala ao considerar a dimensão psicossocial do indivíduo, complementa a escala de Meyer et al. (2024) e possibilita uma compreensão mais abrangente da confiança, permitindo uma intervenção a diferentes níveis.

Este modelo com 7 fatores, tem como maior contribuição, tanto para a investigação como para a intervenção, o facto de agregar as várias dimensões identificadas em diferentes estudos, e tentar capturar desta forma a multidimensionalidade e complexidade da confiança que, como sugerido por Richmond et al. (2022), pode ser especialmente importante quando a confiança é o principal objetivo de intervenção.

6.5 Conclusão

Com o objetivo de mitigar as limitações identificadas na revisão da literatura relativas às escalas existentes, em particular a avaliação individualizada da confiança em profissionais de saúde ou instituições, desenvolveu-se uma escala que permite medir a confiança no sistema de saúde de forma abrangente. Esta escala multidimensional distingue-se das escalas existentes por permitir avaliar diferentes níveis do sistema de saúde como um todo: indivíduo, profissionais de saúde, instituições e políticas de saúde. Apresenta validade para medir a confiança no sistema de saúde, considerando diferentes domínios de intervenção que fomentam a confiança no acesso a cuidados de saúde equitativos.

A importância relativa destes fatores, como preditores da confiança no sistema de saúde, no SNS e no setor privado, é avaliada com maior detalhe no capítulo seguinte.

CAPÍTULO VII

7. Preditores da Confiança na Perspetiva do Cidadão

7.1 Enquadramento

A confiança é fundamental para o funcionamento, a eficácia e a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Brennan et al., 2013; Gille et al., 2021). A baixa confiança pode prejudicar a adesão às recomendações de saúde pública, dificultando a realização dos objetivos pretendidos, como demonstrado durante a pandemia de COVID-19, e em relação a recomendações sobre o tabagismo, obesidade, e outras questões (Linzer et al., 2021; Mckee et al., 2024; Shiriyani et al., 2023). Além disso, a erosão da confiança pode comprometer a disposição pública de manter o princípio da solidariedade, essencial para muitos sistemas de saúde, principalmente na Europa, sendo fundamental para a preservação do contrato social que os sustenta (Mckee et al., 2024). Como tal, compreender as dimensões preditivas da confiança no sistema permite desenvolver políticas eficazes, aumentar a eficiência dos serviços e melhorar a perceção sobre o sistema de saúde.

A investigação da confiança no contexto dos cuidados de saúde é complexa, devido à variabilidade das condições em que as decisões de saúde são tomadas. Por exemplo, os doentes podem ser compelidos a assumir riscos na ausência de alternativas viáveis, onde a recusa pode levar a resultados ainda mais desfavoráveis (Meyer et al., 2024). Outra dificuldade reside na natureza multidimensional da confiança, evidenciada pela diversidade de métodos de avaliação e pelas diferentes definições, como ilustrado pelo termo "sistema" (Aboueid et al., 2023; Ozawa & Sripad, 2013; Taylor et al., 2023).

Com base numa revisão sistemática de literatura sobre a confiança nos sistemas de saúde, foram identificadas diversas conceptualizações do tema. Constatou-se a ausência de consenso sobre definições e dimensões da confiança, bem como a existência de vários instrumentos de medida, adaptados aos objetivos de cada autor. Após análise detalhada dos diferentes domínios e dimensões utilizadas nos artigos, e verificação das similaridades entre elas, foram agregadas quatro dimensões principais: i) características sociodemográficas (idade, género, nível de educação, local de residência; ii) características psicossociais (propensão para a confiança, estado de saúde e felicidade autoavaliados, dificuldade económica); iii) qualidade dos cuidados de saúde (longas lista de espera, formas restritivas de recursos humanos e ou tecnológicos, a perícia do prestador, os cuidados centrados no doente, a satisfação com o tratamento recebido, a personalidade do prestador, o acesso aos cuidados de saúde); e iv) políticas de saúde (disponibilidade real de cuidados de boa qualidade, investimentos e gastos em saúde, regulação governamental).

Nos estudos analisados, não foi identificado um instrumento de medida que avaliasse estas quatro dimensões em conjunto. Assim, desenvolveu-se um instrumento de medida, incluindo itens retirados de escalas validadas em estudos anteriores, para captar estas dimensões.

Na conceptualização deste modelo, o sistema de saúde é definido pelo setor público e pelo setor privado que prestam cuidados de saúde, em concordância com Taylor et al. (2023), que descrevem o sistema como a totalidade das organizações e indivíduos envolvidos na prestação de cuidados de saúde.

Em Portugal, o sistema de saúde é um sistema misto, compreendendo os setores público e não público. No setor público, o principal componente é o SNS, embora existam outros subsistemas como a ADSE, e outros que abrangem as forças de segurança e os militares. O setor não público é mais diversificado, abrange IPSS, instituições de natureza mutualista e instituições com fins lucrativos (Gouveia, 2023). Para este estudo, o SNS é considerado como setor público devido à sua representatividade, e o termo “setor privado” refere-se a todas as instituições não públicas.

Embora o SNS ofereça cobertura universal e seja tendencialmente gratuito, o aumento das listas de espera para consultas e cirurgias, juntamente com o facto de 16% dos inscritos no SNS não terem médico de família (CFP, 2024), impulsiona a procura por alternativas no setor privado. Este aumento de atividade privada reflete-se no crescimento do número de unidades hospitalares (de 93 em 1999 para 128 em 2020) e no rápido crescimento da procura de seguros de saúde, com um aumento de 8.9% nos prémios de 2020 para 2021 (Gouveia, 2023). Contudo, a população com menos rendimentos enfrenta maiores limitações no acesso aos cuidados de saúde, dependendo do SNS (CFP, 2024), e a disparidade nas necessidades não satisfeitas na população com menos rendimentos é mais acentuada em Portugal do que na maioria dos Países da OCDE (OCDE/Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, 2023). Assim, é pertinente avaliar a confiança no SNS e no setor privado separadamente, como componentes principais do sistema de saúde.

A literatura identifica diversos preditores de confiança, classificados em características do doente, características do médico e fatores relacionais ou situacionais (Hall et al., 2001; Nikodem et al., 2022). Segundo estes autores, a personalidade e o comportamento do médico são os preditores de confiança mais fortes, com uma associação consistente com o estilo de comunicação e as competências interpessoais. Entre os fatores situacionais, a possibilidade de escolha do médico e os critérios subjacentes (recomendação pessoal versus conveniência) são considerados preditores relevantes. Embora alguns autores sugiram que as características do

doente não são fortes preditores de confiança (e.g., Hall et al., 2001; Nikodem et al., 2022) outros defendem a sua relevância (e.g., Baroudi et al., 2022; Hooper et al., 2019; Tsai et al., 2018; Zhao et al., 2019b, 2019a).

Assim, o presente estudo visa avaliar a importância relativa dos fatores, identificados em estudos anteriores e agrupados em quatro dimensões, na confiança no sistema de saúde. Adicionalmente, pretende-se verificar se a relevância destes fatores se mantém ao considerar separadamente os setores público e privado. A distinção deste estudo reside na análise simultânea de todas as dimensões, proporcionando uma visão abrangente dos preditores da confiança no sistema de saúde. Ao avaliar separadamente os setores público e privado, torna-se possível uma intervenção diferenciada para fortalecer a confiança no sistema de saúde como um todo.

7.2 Método

7.2.1 Amostra

A amostra é constituída por 455 indivíduos com idades compreendidas entre os 19 e os 82 anos, sendo a média de 52 anos ($DP = 13$). A percentagem de participantes de sexo masculino (55.4%), foi superior à do sexo feminino (44.6%), tendo a maioria dos participantes habilitações académicas de nível superior (85.7%). Do total de participantes, 98.9% são de nacionalidade portuguesa e residem maioritariamente no Distrito de Lisboa (55.6%).

Dos participantes, 12.1% são profissionais de saúde, e 82% reportaram ter uma cobertura complementar ao SNS.

7.2.2 Procedimento

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário online e o link enviado por WhatsApp e LinkedIn, usando a técnica de amostragem não probabilística por bola de neve, no período de 29 de Agosto a 20 de Outubro de 2023. No questionário, os participantes eram informados do objetivo e era pedido a confirmação de idade superior a 18 anos e se aceitavam participar no estudo.

Foram recolhidas 458 respostas, das quais 3 foram eliminadas por não se considerarem válidas, restando assim 455 para análise.

7.2.3 Instrumento de Medida

Para a realização deste estudo, foi desenvolvida uma escala multidimensional tendo como base estudos anteriores, sobre como medir a confiança nos sistemas de saúde e adaptada

para o contexto em estudo. Esta escala, após o seu teste e validação, resultou num instrumento composto por sete fatores, com 22 itens de medida: Acesso privado (2 itens); Razões Económicas (2 itens); Propensão para Confiança (4 itens); Foco no Doente (4 itens); Políticas de Eficiência na Saúde (3 itens); Cuidados de Saúde (3 itens); Comunicação (4 itens), como detalhado em seguida.

Facilidade de acesso

Para medir a facilidade de acesso aos serviços de saúde privados, foram utilizados dois itens, sugeridos por peritos da área da saúde. Numa escala de 5-pontos (1=muito difícil; 5= muito fácil), os participantes avaliaram o grau de dificuldade/facilidade de acesso a cuidados de saúde privados, (e.g., “Como avalia o acesso aos Serviços de Saúde: Hospitais privados”). Para esta medida, foi considerada ainda a possibilidade de resposta “Não sei /Não respondo”.

Razões económicas

Para avaliar em que medida aspetos económicos condicionam os cuidados de saúde, utilizaram-se dois itens sugeridos por peritos, como exemplo: “Já deixei de realizar consultas, exames e/ou tratamentos por razões económicas”. Foi utilizada uma escala de 5-pontos (1=discordo totalmente; 5=concordo totalmente), para os participantes indicarem o seu acordo/desacordo com as afirmações. Foi também utilizada a opção “Não sei / Não respondo”.

Propensão para a confiança

Foram utilizados os quatro itens da escala de Frazier et al. (2013) e adaptados para o contexto em estudo. Numa escala Likert de 5-pontos (1 = discordo totalmente, 5 = concordo totalmente), os participantes indicaram em que medida estão de acordo com as afirmações (e.g., “A minha tendência para confiar nos outros é alta”).

Foco no Doente

Para avaliar em que medida o utente confia que é o foco de atenção do prestador dos cuidados de saúde, foram selecionados quatro itens da escala desenvolvida por Straten et al. (2002). Os participantes responderam numa escala de 5-pontos (1= discordo totalmente, 5= concordo totalmente) o grau de concordância com as afirmações (e.g., “Os médicos prestam atenção suficiente aos seus doentes”).

Políticas de Eficiência na Saúde

Três itens da escala de Straten et al. (2002) foram usados para medir como questões políticas, listas de espera e redução de custos afetam a confiança do utente. Os participantes responderam numa escala de 5-pontos (1= discordo totalmente, 5= concordo totalmente), em que medida estavam de acordo com as afirmações (e.g., “A redução de custos no sistema de saúde prejudica os doentes”).

Cuidados de Saúde

A qualidade de diagnóstico e tratamento foi operacionalizada com três itens tendo por base a escala de Straten et al. (2002), como exemplo: “O cidadão tem sempre acesso aos tratamentos mais adequados à sua situação”. Os participantes responderam numa escala de 5-pontos (1= discordo totalmente, 5= concordo totalmente) o seu grau de concordância.

Comunicação

Para avaliar a comunicação e informação fornecida pelo prestador, foram usados quatro itens da escala desenvolvida por Straten et al. (2002). Os participantes indicaram o seu acordo/desacordo com as afirmações através de uma escala de 5-pontos (1= discordo totalmente, 5= concordo totalmente). Como exemplo de um item temos: “A informação dada aos cidadãos é clara e compreensível”.

Avaliação global

Foram incluídos três itens de avaliação da confiança de forma global: um selecionado do estudo realizado por Zhao et al. (2019a) como medida da confiança nos sistemas de saúde (“Em geral, qual o seu grau de confiança no sistema de saúde Português?”); os outros dois itens foram incluídos para avaliar se há distinção entre confiança no setor público (“Qual o seu grau de confiança no Serviço Nacional de Saúde (SNS)?”) e no setor privado (“Qual o seu grau de confiança no setor Privado da Saúde?”), a avaliação foi feita numa escala de 5- pontos (1= não confio nada, 5= confio totalmente).

7.2.4 Análise

Para avaliar a importância relativa destes fatores na confiança no sistema de saúde português, no setor público e no setor privado da saúde, utilizou -se a análise de modulação de equações estruturais (Structural Equation Modeling, SEM), com o software AMOS (v.29). A SEM é uma técnica estatística, que permite analisar relações complexas entre variáveis observáveis (itens de medida) e latentes (construtos abstratos que não podem ser medidos

diretamente), e que possibilita a visualização mais clara destas relações, através de diagramas que facilitam a conceptualização da teoria em estudo (Byrne, 2016).

O modelo de equações estruturais foi avaliado em duas etapas como sugerido por Marôco (2021a). Na primeira etapa, foram avaliadas as propriedades de medida dos construtos, na segunda foi testado o modelo estrutural. A qualidade de ajustamento do modelo de medida e do modelo estrutural, foi realizada de acordo com os índices e seus valores de referência descritos por Marôco (2021a): χ^2/df [1;2] - ajustamento bom e ~ 1 - ajustamento muito bom; CFI e GFI com valores [.9 ; .95[- ajustamento bom e $\geq .95$ - ajustamento muito bom; $PGFI$ [.6 ; .8[- ajustamento bom e $\geq .8$ - ajustamento muito bom; $RMSEA$ [.05 ; .08] - ajustamento aceitável e $\leq .05$ - ajustamento muito bom; $SRMR \leq .08$ – ajustamento bom e $MECVI$ para comparar modelos quanto menor, melhor. Considerou-se estatisticamente significativas, as relações entre as variáveis com $p < .05$.

7.3 Resultados

As análises efetuadas procuram avaliar o poder preditivo das várias dimensões da confiança em três variáveis dependentes: 1-Sistema de Saúde português; 2- SNS e 3- Setor Privado.

7.3.1 Estatística Descritiva

A Tabela 7.1 apresenta a média, o desvio padrão, os coeficientes de confiabilidade de cada fator, calculados através do alfa de Cronbach. A matriz de intercorrelação, também incluída na Tabela 7.1, permite examinar as relações entre todas as variáveis em análise. Apresenta correlações positivas e significativas entre todas as dimensões e a confiança no sistema de saúde, à exceção das políticas de eficiência e razões económicas que, como esperado, apresentam correlações negativas, mas significativas.

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

Tabela 7.1

Estatística Descritiva, Confiabilidade e Matriz de Intercorrelação

	Estatística Descritiva (N = 455)				Matriz de Intercorrelação									
	nº itens	M	DP	α	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Comunicação	4	2.70	0.83	.90	--									
2. Propensão para Confiança	4	3.53	0.74	.86	.12*	--								
3. Foco no Doente	4	3.05	0.76	.81	.46**	.23**	--							
4. Cuidados de Saúde	3	2.68	0.76	.74	.45**	.16**	.43**	--						
5. Políticas de Eficiência	3	3.93	0.70	.53	-.21**	.05	-.22**	-.19**	--					
6. Razões Económicas	2	1.93	0.95	.74	-.14**	.02	-.21**	-.15**	.11*	--				
7. Acesso Privado	2	4.09	0.76	.90	.10*	.21**	.07	.14**	.05	-.14**	--			
8. Confiança no Sistema	1	2.97	0.80		.27**	.17**	.48**	.38**	-.16**	-.17**	.10*	--		
9. Confiança no SNS	1	2.75	0.88		.30**	.10*	.43**	.34**	-.18**	-.11*	.03	.76**	--	
10. Confiança no Privado	1	3.07	0.71		.24**	.20**	.19**	.20**	.06	-.17**	.28**	.24**	.14**	--

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

Nota. **. A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).*. A correlação é significativa no nível .05 (2 extremidades).

Para verificar o grau de confiança no sistema de saúde, foi realizada uma análise de frequência, Tabela 7.2. Esta análise revelou que 76% dos participantes confiam no sistema de saúde. Considerando a distinção entre setor público e privado, 62% dos participantes reportaram confiar no SNS e 83% do total dos participantes, confiam no setor privado da saúde.

Tabela 7.2

Grau de Confiança

	Sistema de Saúde	SNS	Set. Privado
Não confio nada	2.9%	6.8%	1.3%
Confio pouco	20.9%	31.2%	15.4%
Confio	56.5%	45.1%	61.3%
Confio muito	16.0%	14.1%	19.3%
Confio totalmente	3.7%	2.9%	2.6%

7.3.2 Modelos Estruturais

Foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC), para avaliar a qualidade de ajustamento do modelo de medida que, demonstrou uma adequação muito boa aos dados da amostra em estudo ($\chi^2/df=1.574$; $CFI= .98$; $GFI= .95$; $RMSEA= .04$; $SRMR= .04$ e $MECVI= 0.956$).

Tendo como base a estrutura de sete fatores do modelo de medida, desenvolveu-se um modelo de confiança para cada uma das três variáveis observadas: confiança no sistema, confiança no SNS e confiança no privado.

De seguida, apresenta-se os índices de qualidade de ajustamento dos respetivos modelos estruturais. As Tabelas 7.4, 7.6, 7.8, apresentam as estimativas padronizadas e não padronizadas, os valores do erro padrão, valores de Z (divisão do coeficiente estimado pelo seu erro padrão) e valores de p (significância) para análise das trajetórias (*path analysis*) das variáveis em estudo.

7.3.2.1 Confiança no Sistema de Saúde

O modelo da confiança no sistema de saúde, para avaliar a relevância de cada um dos fatores na confiança, apresenta índices de qualidade de ajustamento considerados bons para a amostra sob estudo, Tabela 7.3.

Tabela 7.3

Índices de Qualidade de Ajustamento

Índice de Ajustamento	Valor Obtido	Critério
X^2/df	1.573	<2-3
<i>CFI</i>	.97	> .9
<i>GFI</i>	.94	> .9
<i>RMSEA</i>	.04	< .05
<i>SRMR</i>	.04	< .08
<i>MECVI</i>	1.045	

A análise dos coeficientes estimados, associados a cada trajetória, indica que o foco no doente tem o efeito mais pronunciado na confiança no sistema de saúde ($\beta = .33, p < .001$), seguido pelos cuidados de saúde ($\beta = .28, p < .001$). As outras variáveis, revelaram-se não significativas por não atingirem um nível de significância de 5%. O valor de $R^2 = .30$ indica que, 30% da variabilidade na confiança no sistema de saúde, é explicada pelo modelo.

Tabela 7.4

Parâmetros Estimados para os Preditores

Variáveis Independentes	Estimativa Não Padronizada	Erro Padrão	Valor Z	p-valor	Estimativa Padronizada
Acesso Privado	.05	.55	0.93	.351	.04
Razões Económicas	-.05	.05	-1.03	.306	-.05
Propensão para Confiança	.07	.07	1.02	.306	.05
Foco no Doente	.49	.10	4.90	***	.33
Políticas de Eficiência	-.13	.10	-1.27	.204	-.08
Cuidados de Saúde	.33	.08	3.92	***	.28
Comunicação	-.09	.06	-1.40	.162	-.09

Nota. Variável dependente: confiança no sistema de saúde.

*** $p < .001$.

7.3.2.2 Confiança no SNS

Com o modelo da confiança no SNS, pretende-se verificar o poder preditivo das várias dimensões na confiança no SNS. Este modelo, apresenta índices de qualidade de ajustamento considerados bons para a amostra sob estudo, como verificado pela Tabela 7.5.

Tabela 7.5

Índices de Qualidade de Ajustamento (SNS)

Índice de Ajustamento	Valor Obtido	Critério
<i>X²/df</i>	1.561	<2-3
<i>CFI</i>	.97	> .9
<i>GFI</i>	.94	> .9
<i>RMSEA</i>	.04	< .05
<i>SRMR</i>	.04	< .08
<i>MECVI</i>	1.04	

Da análise dos coeficientes estimados, apresentados na Tabela 7.6, verifica-se que o foco no doente é a variável preponderante na confiança no SNS ($\beta = .27, p < .001$), em seguida tem-se os cuidados de saúde ($\beta = .22, p = .002$). As outras variáveis, não são estatisticamente significativas ($p > .05$). O $R^2 = .24$, sugere que o modelo explica 24% da variabilidade na confiança no SNS.

Tabela 7.6

Parâmetros Estimados para os Preditores

Variáveis Independentes	Estimativa Não Padronizada	Erro Padrão	Valor Z	p-valor	Estimativa Padronizada
Acesso Privado	-.01	.06	-0.13	.899	-.01
Razões Económicas	.01	.05	0.27	.784	.01
Propensão para Confiança	.00	.08	-0.01	.989	.00
Foco no Doente	.45	.11	4.02	***	.27

Variáveis Independentes	Estimativa Não Padronizada	Erro Padrão	Valor Z	p-valor	Estimativa Padronizada
Políticas de Eficiência	-.21	.12	-1.75	.079	-.12
Cuidados de Saúde	.29	.09	3.11	.002**	.22
Comunicação	.01	.07	0.17	.864	.01

Nota. Variável dependente: confiança no SNS.

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

7.3.2.3 Confiança no Setor Privado

Para avaliar a relevância das diferentes dimensões na confiança no setor privado, testou-se o modelo estrutural tendo como variável dependente confiança no setor privado. Este modelo, apresentou bons índices de qualidade de ajustamento para a amostra em estudo, conforme Tabela 7.7.

Tabela 7.7

Índices de Qualidade de Ajustamento (Privado)

Índice de Ajustamento	Valor Obtido	Critério
X^2/df	1.625	< 2-3
<i>CFI</i>	.97	> .9
<i>GFI</i>	.94	> .9
<i>RMSEA</i>	.04	< .05
<i>SRMR</i>	.04	< .08
<i>MECVI</i>	1.068	

Pela análise dos resultados apresentados na Tabela 7.8, a variável mais preponderante na confiança no setor privado, é políticas de eficiência ($\beta = .22$, $p = .003$), seguida pelas variáveis: acesso privado ($\beta = .20$, $p < .001$); comunicação ($\beta = .18$, $p = .007$); razões económicas, em sentido oposto, ($\beta = -.13$, $p = .021$). As outras variáveis, não se revelaram significativas ($p > .05$). Este modelo, explica 21% da variabilidade na confiança no setor privado ($R^2 = .21$).

Tabela 7.8

Parâmetros Estimados Para os Preditores

Variáveis Independentes	Estimativa Não Padronizada	Erro Padrão	Valor Z	p-valor	Estimativa Padronizada
Acesso Privado	.19	.05	3.81	***	.20
Razões Económicas	-.10	.04	-2.32	.021*	-.13
Propensão para Confiança	.11	.07	1.68	.093	.09
Foco no Doente	.12	.09	1.31	.190	.09
Políticas de Eficiência	.31	.11	2.93	.003**	.22
Cuidados de Saúde	.10	.08	1.29	.198	.09
Comunicação	.17	.06	2.72	.007**	.18

Nota. Variável dependente: confiança no Setor Privado.

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

7.4 Discussão

O principal objetivo deste estudo, foi compreender a importância relativa das diferentes dimensões da confiança (acesso privado, razões económicas, propensão para a confiança, foco no doente, políticas de eficiência, cuidados de saúde e comunicação), na confiança no sistema de saúde, no SNS e no setor privado. Para tal, testou-se empiricamente, as relações estruturais entre estas variáveis.

Os resultados deste estudo mostram que nem todas as dimensões da confiança têm igual importância para explicar a confiança no sistema de saúde. O foco no doente é a dimensão mais relevante, seguido da dimensão cuidados de saúde, na confiança que os utentes têm no sistema de saúde. Estes resultados vão no sentido dos resultados obtidos em estudos anteriores (e.g., Calnan & Sanford, 2004; Egede & Ellis, 2008), que identificaram a prestação de cuidados de saúde centrados no doente, como principal preditor de confiança. As outras dimensões não revelaram ser significativas para explicar esta confiança.

Relativamente aos preditores da confiança no SNS, os resultados revelam ser os mesmos, e com a mesma ordem de importância, dos preditores da confiança no sistema de saúde em geral. Considerando que o SNS é um serviço universal, geral e tendencialmente gratuito, para proteção à saúde de todos os cidadãos, os resultados obtidos nesta análise podem

sugerir que os participantes neste estudo, tendem a encarar o SNS como o sistema de saúde. O que pode justificar a relevância não significativa das outras dimensões. Para o setor privado os resultados são diferentes.

Para o setor privado, os resultados sugerem preditores distintos, sendo as políticas de eficiência, o preditor preponderante. Ou seja, a redução de custos no sistema de saúde, as listas de espera por tempo excessivo e a perceção de que a prestação dos cuidados pode ser comprometida para a redução das listas de espera, apresentam uma relação positiva e significativa com a confiança no setor privado. A facilidade de acesso, a comunicação e razões económicas, também se revelaram preditores da confiança no setor privado. No estudo da OCDE (2025), a facilidade de acesso também demonstrou ser uma condição relevante na confiança dos utentes portugueses. A comunicação, é um preditor muito forte de confiança reconhecido por vários autores (e.g., Chandra et al., 2018; Hall et al., 2001; Nikodem et al., 2022), neste estudo, é significativamente relevante para explicar a confiança no setor privado. O resultado obtido para a relação das razões económicas na confiança (valor negativo), está em acordo com os resultados obtidos por Baroudi et al. (2022) que associam as dificuldades económicas à menor confiança. Ou seja, quanto maior forem os aspetos económicos que condicionam os cuidados de saúde, menor é a confiança no setor privado.

A dimensão propensão para a confiança, não emergiu como relevante em nenhuma das situações analisadas, contrariamente ao reportado por Platt et al. (2018), onde uma maior confiança no sistema de saúde, estava associada a uma alta tendência para confiar nos outros.

As dimensões com poder preditivo identificadas para cada um dos setores, vão no sentido dos resultados do estudo de Ozawa & Walker (2011) que identificaram, como razões para confiar nos prestadores públicos as suas competências e capacidades, e nos prestadores privados a amabilidade e a acessibilidade

Estes resultados, permitem uma melhor compreensão dos valores obtidos na avaliação da relação dos participantes com o sistema de saúde, em que 77% dos participantes neste estudo, reportaram recorrer habitualmente ao setor privado e 82% reportaram ter uma cobertura complementar ao SNS, o que pode sugerir que a confiança no setor privado está associada às debilidades do setor público e a características individuais do utente. Os preditores de confiança identificados neste estudo, refletem, como referido por Ward et al. (2015), que os utentes dos hospitais privados confiam com base na escolha e reputação, enquanto os utentes dos hospitais públicos têm uma “confiança resignada” devido à falta de alternativas para cuidados gratuitos e, portanto, da dependência do sistema de saúde. De acordo com o recente estudo da OCDE (2025), a confiança no sistema de saúde português é influenciada por fatores socioeconómicos,

sendo que, 64% dos utentes com rendimentos mais elevados confiam no sistema de saúde, enquanto apenas 48% das pessoas com rendimentos mais baixos expressam ter confiança.

No contexto atual do sistema de saúde português, 76% dos participantes revelaram confiar no sistema de forma global. Contudo, ao fazer a distinção entre SNS e setor privado, verificou-se que a percentagem de participantes que confiam no SNS, é inferior à do setor privado: 62% e 83% respetivamente. Estes valores, talvez resultem das expectativas que os cidadãos têm relativamente à universalidade e à acessibilidade de cuidados de saúde centrados no doente, sendo que, quando estas expectativas não são verificadas, podem ter impacto negativo na confiança (Beller et al., 2022). No estudo da OCDE (2025), o acesso fácil a consultas, emergiu como condição muito relevante na confiança que os utentes têm no sistema de saúde.

As frequentes notícias sobre encerramentos de serviços de cuidados de saúde, falta de profissionais que prestam cuidados e anomalias de funcionamento, pode motivar a perceção de falta de recursos para prestação de cuidados de saúde, contribuindo assim, para a perda de confiança (Beller et al., 2022).

Os resultados deste estudo, que considera em simultâneo todas as dimensões reportadas da confiança, evidenciam de forma empírica os preditores de confiança críticos para intervenções de melhoria da confiança, não só no SNS, como no sistema de saúde de forma global.

7.5 Limitações e indicações para pesquisas futuras

A interpretação dos resultados tem algumas limitações, a amostra não probabilística, recrutada pelo processo bola de neve, não permite generalizar os resultados para o total da população portuguesa. Devido a este processo de recrutamento, é provável que algumas das características dos participantes, nomeadamente nível de escolaridade e área de residência, resultem em algum viés nos resultados, por serem dois fatores referidos em alguns estudos (e.g., Beller et al., 2022; Zhao et al., 2019b), com influência na confiança.

Embora os resultados obtidos sejam robustos para a população em estudo, futuras pesquisas poderiam testar estes preditores, tendo em consideração as características sociodemográficas.

7.6 Conclusão

Este estudo fornece evidência empírica, que a prestação de cuidados com foco no doente e a qualidade dos serviços prestados, estão significativamente relacionados com a confiança no sistema de saúde em geral e no SNS em particular.

Relativamente ao setor privado, os resultados revelam a sua complementaridade ao SNS, sendo que, a perceção de políticas de eficiência que comprometem o acesso a cuidados de saúde com foco no doente, é determinante para a confiança no setor privado, no entanto aspetos económicos também revelaram ter impacto negativo na confiança neste setor. Assim, e em termos práticos, o acesso a cuidados de saúde centrados no doente, deve ser uma prioridade para contribuir para um sistema de saúde mais confiável.

Considerando a intervenção direta dos profissionais de saúde no sistema, é importante avaliar se, na sua perspetiva, estes fatores têm a mesma relevância. Esta avaliação é efetuada no capítulo que se segue.

CAPÍTULO VIII

8. Preditores da Confiança na Perspetiva dos Profissionais de Saúde

8.1 Enquadramento

Na revisão de literatura efetuada, verificou-se que a maioria dos estudos realizados sobre a confiança na área da saúde priorizam a confiança do doente no profissional de saúde. Considera-se que o doente se encontra numa situação de vulnerabilidade, dependência ou risco na relação com o profissional de saúde (Egede & Ellis, 2008). No entanto, os profissionais de saúde enfrentam, cada vez mais, riscos, vulnerabilidades e dependências em diversas relações complexas (Wilk & Platt, 2016). A confiança que depositam nestas variadas relações (e.g., com os doentes, colegas, chefes de equipa, gestores) pode impactar significativamente a eficácia, a eficiência e a longevidade destas relações e, em última análise, a qualidade dos cuidados prestados aos doentes (Douglass & Calnan, 2016; Gilson et al., 2005; Wilk & Platt, 2016).

A confiança dos profissionais de saúde nos doentes permanece pouco explorada em estudos empíricos, apesar de artigos teóricos e revisões destacarem a sua importância (Sousa-Duarte et al., 2020). Os profissionais de saúde estão dependentes da informação que obtêm não só dos doentes, mas também de fontes como autoridades reguladoras, protocolos de gestão, informações de custo/ eficácia dos tratamentos, que podem ter impacto no tratamento a oferecer (Douglass & Calnan, 2016). Aspectos profissionais, éticos, organizacionais e legais podem explicar a vulnerabilidade do profissional de saúde e como a confiança nos doentes é crucial para o seu trabalho diário. Esta relação de confiança pode ter impacto na carreira profissional, identidade e reputação (Sousa-Duarte et al., 2020).

O modelo conceptual da confiança de Gilson et al. (2005), sugere que a confiança no local de trabalho (incluindo a confiança na organização, no supervisor e nos colegas), pode influenciar as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde em relação aos doentes, o que consequentemente influencia a confiança dos doentes nos profissionais de saúde. Linzer et al. (2021) referem que a cultura organizacional que enfatiza a qualidade, a comunicação clara e a coesão clínica, está significativamente associada ao aumento da confiança entre os profissionais que são confiáveis pelos doentes.

Os profissionais de saúde que confiam na liderança da sua organização apresentam trabalho de melhor qualidade e maior satisfação no trabalho (Greene et al., 2025). Assim, para o sucesso das organizações e qualidade dos cuidados prestados, os líderes devem construir ou manter a confiança dos profissionais de saúde. Para tal, devem comunicar de forma eficaz, tratar dignamente todos os profissionais e priorizar os cuidados aos doentes (Greene et al., 2025; Linzer et al., 2021).

A literatura recente sobre a importância da confiança durante a pandemia do COVID-19, evidenciou como a confiança nas autoridades de saúde afeta a adesão às suas recomendações. Reportam, por exemplo, que a hesitação na vacinação por parte dos profissionais de saúde e comunicada aos doentes, se deveu principalmente à desconfiança nas autoridades de saúde, empregadores, e na eficácia e segurança da vacina. (Ahmad et al., 2022).

A confiança do profissional de saúde no sistema pode englobar uma variedade de fenómenos, pode estar relacionada com o funcionamento e o financiamento dos sistemas de cuidados de saúde, com os sistemas que protegem ou reduzem a autonomia clínica e com a autorregulação (Douglass & Calnan, 2016). Neste contexto de relações complexas em que o profissional de saúde está envolvido, é pertinente compreender quais as dimensões de confiança relevantes para que, os líderes do sistema de saúde possam intervir (Wilk & Platt, 2016).

Até à data, as opiniões dos profissionais de saúde, têm sido pouco estudadas; Taylor et al. (2023) referem a necessidade de mais trabalho de pesquisa sobre a confiança dos profissionais de saúde no sistema. Para perceber se o nível de confiança dos profissionais de saúde era idêntico ao dos não profissionais, quer no setor privado como no SNS, realizou-se um estudo exploratório preliminar. Neste estudo, verificou-se que a média global da confiança no SNS é 3.54 ($DP = 1.09$), e que os profissionais de saúde apresentam uma confiança média ligeiramente superior ($M = 3.65$), em comparação com os não profissionais ($M = 3.49$). Relativamente ao setor privado, a média global da confiança é 3.63 ($DP = 0.88$), tendo os profissionais de saúde uma média da confiança um pouco mais baixa, em relação aos não profissionais ($M = 3.50$, $M = 3.68$) respetivamente.

Com o objetivo de contribuir para uma compreensão aprofundada das dimensões da confiança relevantes para a intervenção de líderes do sistema de saúde e para o avanço do conhecimento nesta área, o presente estudo pretende identificar os preditores da confiança no sistema de saúde, tanto no âmbito geral quanto especificamente no SNS e no setor privado. Adicionalmente, pretende-se avaliar a existência de variações nos tipos de preditores entre os diferentes setores, em comparação com a amostra total estudada no capítulo anterior (Preditores da Confiança na Perspetiva do Cidadão).

8.2 Método

8.2.1 Amostra

A amostra de profissionais de saúde, é constituída por 53 indivíduos com idades compreendidas entre os 28 e os 72 anos ($M = 47$ anos, $DP = 12.28$). A percentagem dos

participantes de sexo masculino (34%) foi inferior à do sexo feminino (66%), conforme Tabela 8.1.

Tabela 8.1

Caracterização da Amostra

	N	%
Sexo		
Masculino	18	34.0
Feminino	35	66.0
Nacionalidade		
Portuguesa	52	98.1
Outra	1	1.9
Distrito		
Lisboa	22	41.5
Outros	31	58.5

8.2.2 Procedimento

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário online e o link enviado por WhatsApp e LinkedIn, usando a técnica de amostragem não probabilística por bola de neve, no período de 29 de Agosto a 20 de Outubro de 2023. No questionário, os participantes eram informados do objetivo e como responder às questões colocadas. Era solicitado a confirmação de idade superior a 18 anos e se aceitavam participar no estudo.

Foram recolhidas 458 respostas, das quais 3 foram eliminadas por não se considerarem válidas. Das restantes 455 respostas válidas, foram seleccionadas as que tinham a indicação de que o participante era profissional de saúde, através da resposta “sim” ou “não” à pergunta “É profissional de Saúde?”, resultando em 53 casos para análise. Para este estudo, cujo objetivo era identificar os preditores de confiança na perspetiva dos profissionais de saúde, não foi recolhida informação sobre a sua categoria profissional.

8.2.3 *Medidas*

Para o objetivo deste estudo, foi utilizado o mesmo instrumento de medida do capítulo anterior. As medidas foram auto reportadas numa escala de Likert de 5-pontos (1=discordo totalmente; 5=concordo totalmente).

Facilidade de acesso

A facilidade de acesso aos serviços de saúde privados, foi medida por dois itens, sugeridos por peritos da área da saúde. Os participantes avaliaram o grau de dificuldade/facilidade de acesso a cuidados de saúde privados, (e.g., “Como avalia o acesso aos Serviços de Saúde: Hospitais privados”) em que 1= muito difícil e 5 = muito fácil. Para esta medida, foi considerada ainda a possibilidade de resposta “Não sei /Não respondo”.

Razões económicas

Para avaliar em que medida aspetos económicos condicionam os cuidados de saúde, utilizaram-se dois itens sugeridos por peritos, como exemplo: “Já deixei de realizar consultas, exames e/ou tratamentos por razões económicas”. Os participantes indicaram o seu acordo/desacordo com as afirmações. Foi também utilizada a opção “Não sei / Não respondo”.

Propensão para a confiança

A propensão para a confiança foi avaliada através de quatro itens da escala de Frazier et al. (2013) e adaptados para o contexto em estudo. Como exemplo, “A minha tendência para confiar nos outros é alta”.

Foco no Doente

Para avaliar em que medida o utente confia que é o foco de atenção do prestador dos cuidados de saúde, foram selecionados quatro itens da escala desenvolvida por Straten et al. (2002), (e.g., “Os médicos prestam atenção suficiente aos seus doentes”).

Políticas de Eficiência na Saúde

Foram usados três itens da escala de Straten et al. (2002) para medir como questões políticas, listas de espera e redução de custos afetam a confiança do utente, (e.g., “A redução de custos no sistema de saúde prejudica os doentes”).

Cuidados de Saúde

A qualidade de diagnóstico e tratamento foi operacionalizada com três itens tendo por base a escala de Straten et al. (2002), como exemplo: “O cidadão tem sempre acesso aos tratamentos mais adequados à sua situação”.

Comunicação

Para avaliar a comunicação e informação fornecida pelo prestador, foram usados quatro itens da escala desenvolvida por Straten et al. (2002). Como exemplo de um item temos: “A informação dada aos cidadãos é clara e compreensível”.

Avaliação global

Três itens de avaliação global da confiança foram incluídos: um selecionado do estudo realizado por Zhao et al. (2019a) como medida da confiança nos sistemas de saúde “Em geral, qual o seu grau de confiança no sistema de saúde Português?”; os outros dois itens foram incluídos para avaliar se há distinção entre confiança no setor público “Qual o seu grau de confiança no Serviço Nacional de Saúde (SNS)?” e no setor privado “Qual o seu grau de confiança no setor Privado da Saúde?”, a avaliação foi feita numa escala de 5- pontos (1= não confio nada, 5= confio totalmente).

8.2.4 Análise

Para avaliar a importância relativa dos fatores: acesso privado; razões económicas; propensão para a confiança; foco no doente; políticas de eficiência na saúde; cuidados de saúde e comunicação na confiança no sistema de saúde português, no SNS e no setor privado, utilizaram-se três modelos de regressão linear, com o software IBM SPSS Statistics versão 29.0.1.0. Para cada modelo, correspondente a cada uma das variáveis dependentes, foi forçada a entrada simultânea dos sete fatores, uma vez que não existiam previsões específicas sobre as contribuições relativas de cada um.

8.3 Resultados

8.3.1 Estatística Descritiva

A Tabela 8.2 apresenta a média, desvio padrão, a confiabilidade e a intercorrelação entre todas as variáveis dos modelos. A confiança no sistema de saúde demonstra relações positivas significativas com a comunicação, foco no doente e cuidados de saúde e com a confiança no SNS e no setor privado. A correlação mais forte é com a confiança no SNS ($r = .77$), sugerindo que estes constructos estão intimamente relacionados, mas ainda distintos. As razões

económicas mostram uma relação negativa significativa com a confiança no sistema, indicando que motivos de ordem económica podem afetar negativamente a confiança no sistema de saúde.

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

Tabela 8.2

Estatística Descritiva, Confiabilidade e Matriz de Intercorrelação

	Estatística Descritiva				Matriz de Intercorrelação									
	(N = 53)				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	nº itens	M	DP	α										
1. Comunicação	4	2.81	0.87	.90	--									
2. Propensão para Confiança	4	3.45	0.83	.86	.08	--								
3. Foco no Doente	4	3.19	0.65	.81	.52**	.21	--							
4. Cuidados de Saúde	3	2.81	0.65	.74	.39**	.11	.27	--						
5. Políticas de Eficiência	3	3.92	0.64	.53	-.31*	.12	-.31*	-.04	--					
6. Razões Económicas	2	1.86	1.03	.74	-.24	-.09	-.38**	-.17	.25	--				
7. Acesso Privado	2	4.07	0.69	.90	.12	.18	.07	.07	.17	-.35*	--			
8. Confiança no Sistema	1	3.17	0.64		.41**	.15	.48**	.36**	-.14	-.43**	.12	--		
9. Confiança no SNS	1	3.11	0.78		.25	.07	.47**	.2	-.09	-.22	-.03	.77**	--	
10. Confiança no Privado	1	2.98	0.64		.23	.04	.11	-.02	.08	-.03	.05	.29*	.12	--

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

Nota. **. A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).*. A correlação é significativa no nível .05 (2 extremidades).

8.3.2 *Confiança no Sistema de Saúde*

Para testar os preditores da confiança no sistema de saúde, foi utilizado um modelo de regressão linear múltipla realizado através do software SPSS Statistics.

O modelo apresenta resultados estatisticamente significativos com: $R^2 = .369$, $F(7, 45) = 3.763$ e $p = .003$. Estes resultados, indicam que o modelo é globalmente significativo. A contribuição individual de cada preditor está apresentada na Tabela 8.3.

Tabela 8.3

Regressão Linear Múltipla Para Confiança no Sistema de Saúde

	Coefficiente Não Padronizado	Erro	Coefficiente Padronizado	t	Sig
Constante	1.64	.90		1.83	.075
Comunicação	.12	.11	.17	1.11	.273
Propensão para Confiança	.03	.10	.04	0.28	.780
Foco no Doente	.26	.15	.26	1.72	.093
Cuidados de Saúde	.17	.13	.18	1.35	.184
Políticas de Eficiência	.08	.14	.07	0.55	.587
Razões Económicas	-.18	.09	-.29	-2.04	.047
Acesso Privado	-.04	.13	-.05	-0.34	.737

Da análise da significância individual, verifica-se que só o fator razões económicas tem uma relação estatisticamente significativa e em sentido oposto, com a confiança no sistema de saúde ($\beta = -.29$, $p = .047$), ou seja, quanto maior forem os motivos de razão económica que põem em causa os cuidados de saúde, menor é a confiança no sistema.

8.3.3 *Confiança no SNS*

O presente modelo, para análise dos preditores da confiança no SNS, apresenta o valor de $F(7, 45) = 2.093$ com um valor de $p = .064$, o que sugere que o modelo é marginalmente significativo, não apresenta, como convencionado, valores de $p < .05$ o que merece cautela na

sua análise. O $R^2 = .246$, sugere que o modelo explica cerca de um quarto da variabilidade na variável dependente.

Na análise da contribuição individual de cada preditor, Tabela 8.4, verifica-se que só o preditor foco no doente, tem uma relação estatisticamente significativa e positiva, com a confiança no SNS, ($\beta = .45$, $p = .009$).

Tabela 8.4

Regressão Linear Múltipla Para Confiança no SNS

	Coefficiente	Erro	Coefficiente	t	Sig
	Não		Padronizado		
	Padronizado				
Constante	1.39	1.18		1.18	.246
Comunicação	.02	.15	.02	0.13	.900
Propensão para Confiança	-.04	.13	-.04	-0.28	.779
Foco no Doente	.54	.20	.45	2.74	.009
Cuidados de Saúde	.08	.17	.07	0.47	.638
Políticas de Eficiência	.14	.18	.11	0.77	.448
Razões Económicas	-.08	.12	-.10	-0.68	.503
Acesso Privado	-.14	.17	-.12	-0.82	.419

8.3.4 Confiança no Setor Privado

O modelo de regressão linear para a confiança no setor privado apresenta um $R^2 = .096$, $F(7, 45) = 0.686$ e $p = .683$. Estes resultados sugerem que o modelo tem uma baixa capacidade explicativa, e não é estatisticamente significativo, ou seja, as variáveis independentes em conjunto, não têm um impacto significativo na confiança, no setor privado.

Na análise da significância individual, Tabela 8.5, também se verifica que nenhum preditor tem uma relação estatisticamente significativa com a confiança no setor privado.

Tabela 8.5

Regressão Linear Múltipla Para Confiança no Setor Privado

	Coefficiente não padronizado	Erro	Coefficiente padronizado	t	Sig
Constante	1.98	1.06		1.87	.069
Comunicação	.24	.13	.32	1.81	.077
Propensão para Confiança	.01	.11	.01	0.05	.962
Foco no Doente	.04	.18	.04	0.20	.839
Cuidados de Saúde	-.15	.15	-.15	-0.99	.326
Políticas de Eficiência	.19	.16	.19	1.16	.254
Razões Económicas	-.01	.10	-.02	-0.12	.907
Acesso Privado	-.02	.15	-.02	-0.15	.881

8.4 Discussão

O principal objetivo deste estudo foi identificar quais os preditores de confiança no sistema, no SNS e no setor privado, para a amostra de profissionais de saúde, e avaliar se existe alguma variação no tipo de preditores relativamente aos identificados com a amostra total.

Os resultados do estudo sugerem que para os profissionais de saúde, as razões económicas são o principal fator preditor na relação com a confiança no sistema de saúde. A análise da significância individual, revelou que esta relação é de sentido inverso com a confiança no sistema de saúde, o que indica que, quanto mais importantes forem os aspetos económicos que condicionam o acesso a cuidados de saúde, menor será a sua confiança no sistema.

A prioridade na qualidade dos cuidados é referida em alguns estudos como relevante para a confiança dos profissionais de saúde (e.g., Greene et al., 2025; Linzer et al., 2021), o que pode justificar estes resultados uma vez que, as dificuldades económicas podem ser percebidas como impactantes na qualidade dos cuidados prestados ao doente (Douglass & Calnan, 2016). Esta relação negativa entre razões económicas e confiança no sistema de saúde, destaca a importância de se encontrar um equilíbrio entre os aspetos financeiros e os aspetos assistenciais na gestão do sistema de saúde.

Em relação à confiança no SNS, os resultados indicam que, entre os fatores avaliados, apenas o foco no doente apresentou uma relação estatisticamente significativa e positiva, com

a confiança no SNS. Este resultado sugere que, a adoção de uma abordagem orientada para as necessidades e bem-estar dos doentes, é um fator importante para a confiança dos profissionais no SNS. Vários estudos mostram que os cuidados centrados no doente melhoram a satisfação do doente, a qualidade dos cuidados e os resultados de saúde, enquanto reduzem os custos e as disparidades nos cuidados de saúde (Epstein et al., 2010).

Relativamente ao setor privado, o modelo não explica de forma satisfatória, a relação entre os fatores analisados e o nível de confiança no setor privado.

Ao comparar estes resultados com os obtidos para a amostra total (cidadão), verifica-se que, no que diz respeito à confiança no SNS, o fator foco no doente emerge como o preditor predominante, tanto para os profissionais de saúde quanto para o cidadão. Isso indica que, a perceção de cuidados de saúde prestados pelo SNS centrados nas necessidades dos doentes, é um elemento-chave na construção da confiança nesta instituição, independentemente do grupo analisado. A investigação realizada ao longo dos últimos anos demonstrou que uma compreensão partilhada e a participação ativa dos doentes em todos os aspetos dos seus cuidados, tais como as escolhas sobre o tratamento e a sua autogestão resultam numa melhor adesão aos tratamentos e num melhor controlo de doenças crónicas, com possível redução de custos (Epstein et al., 2010).

Já em relação à confiança no sistema de saúde como um todo, os fatores preditores predominantes, variam entre os dois grupos. Para os profissionais de saúde, os aspetos de razão económica contribuem de forma negativa para a confiança no sistema, sugerindo que questões como limitações ao acesso a tratamentos ou exames por dificuldades económicas, são preocupações importantes neste grupo. Por outro lado, para o cidadão, o foco no doente volta a ser o preditor predominante, reforçando a ideia de que a humanização e a qualidade do atendimento, são os principais fatores que influenciam a confiança da população, no sistema de saúde.

Estas diferenças observadas entre os profissionais de saúde e o cidadão, podem ajudar a explicar o facto de o modelo de regressão não ter conseguido explicar de forma estatisticamente significativa, a relação entre os fatores analisados e a confiança no setor privado, quando considerados apenas os profissionais de saúde. De acordo com os resultados obtidos anteriormente, para o total dos participantes, as políticas de eficiência na saúde são o principal preditor da relação com a confiança no setor privado. Ou seja, a perceção de que políticas que comprometem o acesso a cuidados de saúde efetivos e oportunos, têm uma relação positiva e significativa com a confiança no setor privado. Para os profissionais de saúde, o facto de motivos de ordem económica dos doentes, poderem comprometer o seu acesso a cuidados

de saúde, resultarem em preditores relevantes para a confiança no sistema de saúde como um todo, sugere que os profissionais valorizam o acesso a cuidados de saúde efetivos, independentemente do setor: público ou privado. Greene et al. (2025) obtiveram resultados semelhantes para a confiança nos líderes das organizações, referem a prioridade na qualidade do atendimento ao doente, com adequação de pessoal, equipamentos e tecnologia, como fator relevante da confiança.

Estes resultados têm implicações relevantes para a gestão do SNS em particular, e para a formulação de políticas de saúde em geral, que visem promover uma maior satisfação e compromisso dos profissionais de saúde. A confiança dos profissionais de saúde tem consequências que vão para além da sua retenção, também está relacionada com a adesão em inovar e, realizar transformações necessárias para fortalecer os sistemas de saúde e garantir a sua sustentabilidade (Mckee et al., 2024). Investir no desenvolvimento de uma cultura organizacional centrada no doente, pode ser uma estratégia eficaz para fortalecer a confiança dos profissionais de saúde no SNS.

É fundamental ter em consideração as preocupações e as perceções dos profissionais de saúde, a fim de fortalecer a sua confiança no sistema. Os profissionais de saúde, pelo seu envolvimento direto, podem ajudar a desenvolver políticas que respondam às necessidades e expectativas de todos os *stakeholders* envolvidos no sistema de saúde e, conseqüentemente, melhorar a qualidade e a efetividade dos serviços prestados à população.

8.5 Limitações e indicações para pesquisas futuras

A limitação relevante deste estudo, é o facto de a amostra ser reduzida e a interpretação dos resultados não poderem ser generalizados. Em investigações futuras, seria recomendável o teste deste modelo com uma amostra de maior dimensão. Seria ainda interessante considerar as diferentes categorias profissionais. Contudo, com este trabalho pretende-se aportar um contributo importante, não só para a investigação por ter como foco a confiança do profissional de saúde no sistema em que trabalha, como também para os gestores e responsáveis pelas políticas de saúde, ao apontar aspetos relevantes para a confiança dos seus profissionais.

8.6 Conclusão

Este estudo revela que, para os profissionais de saúde, os aspetos de ordem económica que condicionem o acesso a cuidados de saúde, estão significativamente relacionados com a confiança no sistema de saúde em geral.

Quanto à confiança no SNS, para este grupo de profissionais, os resultados sugerem que o foco no doente é o fator predominante, nesta relação de confiança. Em relação ao setor privado, o modelo não explica estatisticamente, a relação dos fatores analisados com a confiança neste setor.

Pode concluir-se que, a confiança no sistema de saúde, para os profissionais que participaram neste estudo, está relacionada com os motivos de razão económica, que possam comprometer os cuidados de saúde. Este estudo reforça ainda, que a cultura de cuidados de saúde centrados nas necessidades dos doentes, deve ser uma prioridade, para a relação de confiança no SNS, quer para os profissionais de saúde, quer para a população em geral.

CAPÍTULO IX

9. O Papel da Satisfação na Confiança

9.1 Enquadramento

A satisfação, é um fenómeno que tem sido estudado em diferentes áreas, e apesar da sua definição, não ser consensual, tem como tema central o grau de realização dado pelas experiências vividas independentemente da frequência em que ocorrem (Oliver, 2010). Por exemplo Kotler (2005), considera que a satisfação tem como base, a comparação feita entre a perceção e a expectativa de resultado do serviço/produto; Oliver (2010) na sua definição, considera a satisfação, como um julgamento de que um produto/serviço proporciona um nível de prazer e de realização, relacionado ao consumo. Adaptando esta definição de satisfação para o contexto de saúde, pode-se considerar que a satisfação do doente, reflete a perceção de que os cuidados de saúde excedem as suas expectativas.

A medida da satisfação dos doentes, tem sido utilizada como um dos fatores mais importantes, para determinar o sucesso de uma unidade de saúde (Manzoor et al., 2019). A boa experiência do utente tem uma relação positiva com outros aspetos da qualidade dos cuidados de saúde, incluindo o envolvimento e a adesão dos doentes às instruções dos prestadores e aos processos e resultados clínicos (Browne et al., 2010).

Dados empíricos sugerem que as pessoas em países desenvolvidos, deixaram de avaliar a satisfação com os sistemas de saúde apenas com base nos resultados produzidos na melhoria da saúde. A capacidade de produzir bons resultados de cura ou melhoria de saúde, é obviamente importante, mas como essa competência é considerada garantida, a sua importância é implícita (Kotzian, 2009). Há um valor inerente aos cuidados centrados no doente, e os doentes priorizam esses fatores (Browne et al., 2010). As expectativas dos cidadãos em relação aos cuidados de saúde, vão muito além de simplesmente receber tratamentos médicos. Os utentes desejam que suas necessidades de saúde sejam atendidas, de um modo que os respeite como indivíduos únicos, envolvendo-os no processo de tomada de decisões e seguindo padrões específicos, como por exemplo, a qualidade das instalações hospitalares (Kotzian, 2009). A satisfação do doente não se resume a apenas fazer o necessário para tratar o problema de saúde, mas sim a fornecer uma experiência completa e centrada no doente (Kotzian, 2009).

A noção de satisfação do cliente, é aplicada a diversas áreas de estudo. No âmbito organizacional, por exemplo, a satisfação no trabalho e com a comunicação interna, têm sido identificadas como fatores moderadores de diferentes relações, nomeadamente na relação com desempenho, intenções de *turnover* e saúde mental dos funcionários (Allan et al., 2018; Arokiasamy et al., 2022; Boudrias et al., 2020; Ohunakin & Olugbade, 2022; Wang et al., 2023). No comportamento do consumidor, a satisfação também tem sido reconhecida como um

fator moderador, em diversas relações. Por exemplo, a satisfação do consumidor, modera a relação entre a confiança e a fidelidade do cliente (Susanti, 2018), bem como a relação entre a violação do contrato psicológico do comprador online e a confiança na empresa (Jin & Li, 2010). Estas descobertas, reforçam a importância da satisfação do cliente, como uma variável-chave que pode influenciar significativamente os resultados desejados em diferentes contextos.

Na revisão da literatura sobre a confiança nos sistemas de saúde, foi identificado que a satisfação com os cuidados de saúde recebidos, está correlacionada com a confiança. No entanto, essa relação tem sido controversa (Hall et al., 2001). Alguns autores, argumentam que a satisfação com os cuidados de saúde recebidos, é um antecedente da confiança (e.g., Dinç et al., 2013; Egede & Ellis, 2008; Zhao et al., 2019b, 2019a), enquanto outros autores, defendem que a satisfação é uma consequência da confiança (e.g., Gelb Safran et al., 1998; Platonova et al., 2008; Thom et al., 1999). Esta divergência de perspectivas, sugere a necessidade de investigar mais profundamente a natureza dessa relação.

Estudos empíricos têm demonstrado que a satisfação, pode desempenhar um papel de moderador em diferentes relações. Assim, o presente estudo, tem como objetivo avaliar se a satisfação com os cuidados de saúde recebidos, pode moderar as relações entre os diferentes fatores do modelo proposto, e a confiança no sistema de saúde, no SNS e no setor privado.

Essa investigação é particularmente relevante, no contexto em que a confiança no sistema de saúde, pode ser um bom indicador de potenciais problemas, na forma como o sistema está a satisfazer as necessidades dos cidadãos (Zhao et al., 2019b). Além disso, compreender melhor o papel da satisfação nestas relações, pode fornecer *insights* importantes para gestores e profissionais de saúde, visando o desenvolvimento de estratégias que fortaleçam a confiança dos doentes no sistema de saúde.

9.2 Método

9.2.1 Amostra

A amostra é constituída por 455 indivíduos com idades compreendidas entre os 19 e os 82 anos, pelo que a média é de 52 anos ($DP = 13$). A percentagem de participantes de sexo masculino (55.4%) foi superior à do sexo feminino (44.6%), e a maioria dos participantes possui habilitações académicas de nível superior (85.7%), conforme Tabela 9.1.

Tabela 9.1

Caracterização da Amostra

	N	%
Sexo		
Masculino	252	55.4
Feminino	203	44.6
Escolaridade		
Ensino Básico	3	0.7
Ensino Secundário	49	10.8
Ensino Superior	390	85.7
Outro	13	2.9
Nacionalidade		
Portuguesa	450	98.9
Outra	5	1.1
Distrito		
Lisboa	253	55.6
Outros	202	44.4
Ocupação		
Estudante	2	0.4
Estudante	14	3.1
Trabalhador		
Trabalhador por conta de outrem	282	62.0
Profissional Liberal	61	13.4
Desempregado/a	7	1.5
Aposentado/a	61	13.4
Outra	28	6.2

Dos participantes, 12.1% são profissionais de saúde, e 82% reportaram ter uma cobertura complementar ao SNS. Relativamente ao grau de satisfação com o tratamento recebido, 44.6% dos participantes reportaram estar muito satisfeitos e 8.4% estar extremamente satisfeitos.

9.2.2 *Procedimento*

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário online e o link enviado por WhatsApp e LinkedIn, usando a técnica de amostragem não probabilística por bola de neve, no período de 29 de Agosto a 20 de Outubro de 2023. No questionário, os participantes eram informados do objetivo e era pedida a confirmação de idade superior a 18 anos e se aceitavam participar no estudo.

Foram recolhidas 458 respostas, das quais três foram eliminadas por não se considerarem validas, restando assim 455 para análise.

9.2.3 *Instrumento de Medida*

Para a realização deste estudo, foi utilizado o instrumento de medida desenvolvido e validado anteriormente (Capítulo VI), composto por sete fatores, com 22 itens de medida: Acesso privado (2 itens); Razões Económicas (2 itens); Propensão para Confiança (4 itens); Foco no Doente (4 itens); Políticas de eficiência na Saúde (3 itens); Qualidade de Cuidados de Saúde (3 itens); Comunicação (4 itens). Foram também incluídos quatro itens de avaliação global para medir o grau de confiança no sistema de saúde, SNS e setor privado, bem como o grau de satisfação com o tratamento recebido na sua última visita. A Tabela 9.2 apresenta para cada fator os respetivos itens de medida, bem como a sua escala de origem. Todos os itens foram medidos através de uma escala de Likert de 5-pontos (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente).

Tabela 9.2

Descrição dos Itens e Escalas Usadas para Medir os Construtos

Construto	Item	Autoria da Escala
Acesso Privado	Hospitais Privados. Clínicas Privadas/consultórios.	Por sugestão de peritos
Razões económicas	Já deixei de realizar consultas, exames e/ou tratamentos por razões económicas. Já deixei de adquirir medicamentos por razões económicas.	Por sugestão de peritos

Construto	Item	Autoria da Escala
Propensão para confiança	Normalmente confio nas pessoas até me darem motivos para não confiar. Para mim, é fácil confiar nas outras pessoas. Normalmente confio em pessoas recém conhecidas até provarem que não devo confiar. A minha tendência para confiar nos outros é alta.	(Frazier et al., 2013)
Foco no doente	Os cidadãos e as suas queixas são levados a sério. Os médicos prestam atenção suficiente aos seus doentes. Os médicos ouvem com atenção os seus doentes. Os médicos despendem tempo suficiente com os seus doentes.	(Straten et al., 2002)
Políticas de eficiência	A redução de custos no sistema de saúde prejudica os doentes. A prestação de cuidados médicos é comprometida para encurtar listas de espera. Os tempos de espera (consultas de especialidade, cirurgias, etc.) são demasiado longos.	(Straten et al., 2002)
Cuidados de saúde	Os cidadãos têm sempre acesso aos medicamentos que precisam. Os médicos prescrevem os tratamentos de forma atempada. O cidadão tem sempre acesso aos tratamentos mais adequados para a sua situação.	(Straten et al., 2002)
Comunicação	Os cidadãos obtêm informações suficientes sobre os efeitos dos tratamentos prescritos. Os cidadãos obtêm informação suficiente sobre os vários tratamentos disponíveis.	(Straten et al., 2002)

Construto	Item	Autoria da Escala
	A informação dada aos cidadãos é clara e compreensível.	
	Os cidadãos obtêm informação suficiente sobre a causa do seu problema.	
Avaliação Global	Qual o grau de satisfação com o tratamento recebido na sua última visita	(Zhao et al., 2019a)
	Em geral, qual o seu grau de confiança no sistema de saúde português?	(Zhao et al., 2019a)
	Qual o seu grau de confiança no Serviço Nacional de Saúde (SNS)?	
	Qual o seu grau de confiança no setor Privado da Saúde?	

9.2.4 *Análise*

Para verificar o impacto da satisfação com os cuidados de saúde recebidos (variável moderadora), na influência dos fatores em estudo (variáveis independentes) na confiança no sistema de saúde, SNS e setor privado (variáveis dependentes), realizou-se uma análise de moderação (Hayes, 2022). Esta análise foi efetuada com a utilização do Modelo 1 da Macro Process (v. 4.2) para o software IBM SPSS Statistics versão 29.0.1.0.

9.3 Resultados

As análises efetuadas procuram avaliar o efeito da satisfação com os cuidados recebidos (Strat), nas relações entre: acesso privado (Apr); razões económicas (RE); propensão para confiança (PC); foco no doente (FD); políticas de eficiência na saúde (PE); qualidade dos cuidados de saúde (CS) e comunicação (Com), e a confiança no: 1-sistema de saúde português; 2- SNS e 3- setor privado.

As Tabelas 9.4, 9.5 e 9.6, apresentam os efeitos dos diferentes modelos de moderação da satisfação com os cuidados recebidos, na relação entre os diferentes fatores e a confiança. Para melhor interpretação, apresentam-se gráficos que representam de forma visual, o efeito das interações significativas, tendo com pontos de corte da variável moderadora (Strat), a média, mais e menos um desvio padrão.

9.3.1 Estatística Descritiva

A Tabela 9.3 apresenta as estatísticas descritivas, os coeficientes de confiabilidade e a matriz de intercorrelação das variáveis em estudo. A análise da matriz de intercorrelação, revela que a satisfação com o último tratamento está positiva e significativamente correlacionada com todas as outras variáveis, com exceção às políticas de eficiência e razões económicas que apresenta correlações significativas, mas negativas ($r = -.09, p < .05$ e $r = -.24, p < .01$ respetivamente). A satisfação com o último tratamento apresenta forte correlação com o foco no doente ($r = .50, p < .01$), confiança no sistema ($r = .51, p < .01$) e confiança no SNS ($r = .43, p < .01$).

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

Tabela 9.3

Estatística Descritiva, Coeficiente de Confiabilidade e Matriz de Intercorrelação

	Estatística Descritiva				Matriz de Intercorrelação									
	(N = 455)				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	nº itens	M	DP	α										
1. Comunicação	4	2.70	0.83	.90	--									
2. Propensão para Confiança	4	3.53	0.74	.86	.12*	--								
3. Foco no Doente	4	3.05	0.76	.81	.46**	.23**	--							
4. Cuidados de Saúde	3	2.68	0.76	.74	.45**	.16**	.43**	--						
5. Políticas de Eficiência	3	3.93	0.70	.53	-.21**	.05	-.22**	-.19**	--					
6. Razões Económicas	2	1.93	0.95	.74	-.14**	.02	-.21**	-.15**	.11*	--				
7. Acesso Privado	2	4.09	0.76	.90	.10*	.21**	.07	.14**	.05	-.14**	--			
8. Confiança no Sistema	1	2.97	0.80		.27**	.17**	.48**	.38**	-.16**	-.17**	.10*	--		
9. Confiança no SNS	1	2.75	0.88		.30**	.10*	.43**	.34**	-.18**	-.11*	.03	.76**	--	
10. Confiança no Privado	1	3.07	0.71		.24**	.20**	.19**	.20**	.06	-.17**	.28**	.24**	.14**	--
11. Satisfação Último Tratamento	1	3.47	0.87		.35**	.17**	.50**	.38**	-.09*	-.24**	.14**	.51**	.43**	.27**

Nota. *. A correlação é significativa no nível .05 (2 extremidades). **. A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).

9.3.2 *Análise de Moderação*

Para avaliar se a satisfação com os cuidados de saúde recebidos (variável moderadora), tem influência nas relações entre os diferentes fatores (comunicação, propensão para confiar, foco no doente, qualidade dos cuidados de saúde, políticas de eficiência na saúde, razões económicas e facilidade de acesso no setor privado) e a confiança no sistema de saúde, SNS e setor privado realizou-se uma análise de moderação com a utilização do software Process (v. 4.2) de Hayes para o IBM SPSS Statistics versão 29.0.1.0..

9.3.2.1 **Confiança no Sistema de Saúde**

A tabela 9.4 apresenta os efeitos dos modelos de moderação para cada variável independente, tendo como variável moderadora a satisfação com os cuidados recebidos e como variável dependente a confiança no sistema de saúde.

Tabela 9.4

Efeitos dos Modelos de Moderação (Sistema de Saúde)

Modelos	<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Intervalo Confiança 95%	
					LIIC	LSIC
Modelo 1						
Comunicação (Com)	-0.11	0.14	-0.83	.408	-0.39	0.16
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.26	0.11	2.40	.017	0.05	0.48
Com * STrat	0.06	0.04	1.62	.105	-0.01	0.14
Modelo 2						
Propensão p/ Confiar (PC)	-0.18	0.16	-1.09	.278	-0.50	0.14
Satisfação c/ tratamento (Strat)	-0.18	0.16	-1.09	.278	-0.50	0.14
PC * STrat	0.08	0.05	1.73	.085	-0.01	0.17
Modelo 3						
Foco no Doente (FD)	-0.14	0.16	-0.85	.395	-0.45	0.18
Satisfação c/ tratamento (Strat)	-0.05	0.13	-0.36	.722	-0.31	0.22
FD * STrat	0.13	0.04	2.94	.003	0.04	0.21
Modelo 4						
Cuidados de Saúde (CS)	-0.11	0.17	-0.64	.524	-0.45	0.23

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

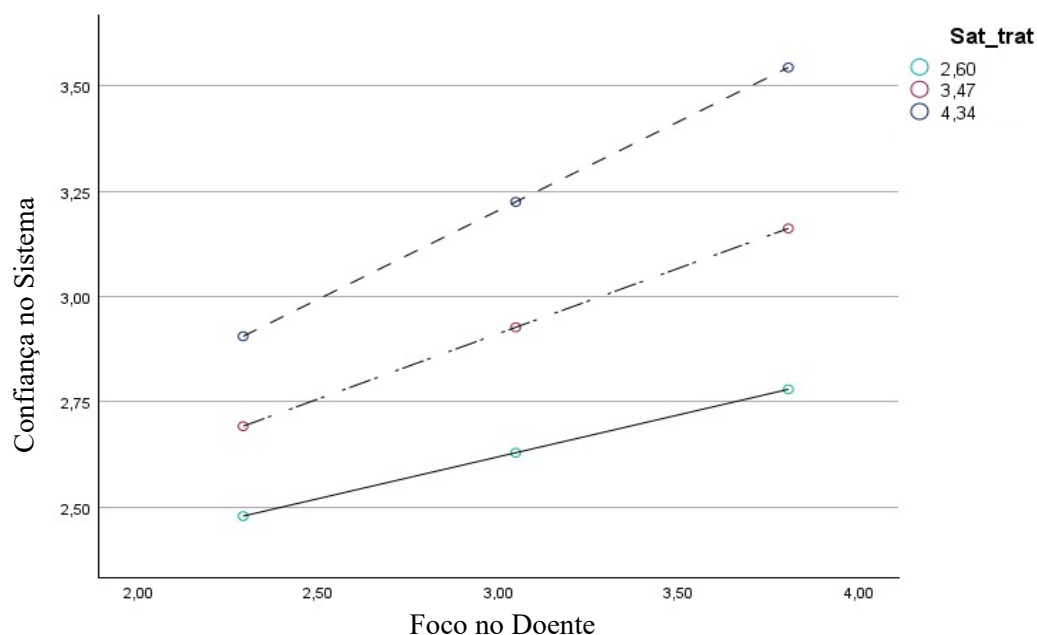
Modelos	<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Intervalo Confiança	
					95%	
					LHC	LSIC
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.15	0.12	1.22	.225	-0.09	0.39
CS * STRat	0.09	0.05	2.07	.039	0.01	0.18
Modelo 5						
Políticas de Eficiência (PE)	0.33	0.18	1.83	.067	-0.02	0.68
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.97	0.20	4.88	.000	0.58	1.37
PE * STRat	-0.13	0.05	-2.65	.008	-0.23	-0.03
Modelo 6						
Razões Económicas (RE)	0.01	0.14	0.06	.956	-0.26	0.28
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.48	0.09	5.46	.000	0.31	0.66
RE * STRat	-0.02	0.04	-0.38	.702	-0.09	0.06
Modelo 7						
Acesso Privado (Apr)	0.12	0.15	0.78	.433	-0.18	0.42
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.56	0.18	3.07	.002	0.20	0.93
Apr * STRat	-0.03	0.04	-0.58	.563	-0.11	0.06

Nota. Variável dependente: sistema de saúde

Os resultados apresentados na tabela 9.4, sugerem que as interações FD*Strat, CS*Strat e PE*Strat, têm um efeito significativo na confiança no sistema de saúde, com $p = .003$, $p = .039$ e $p = .008$ respetivamente. As restantes interações, não apresentam valores estatisticamente significativos, $p > .05$.

Figura 9.1

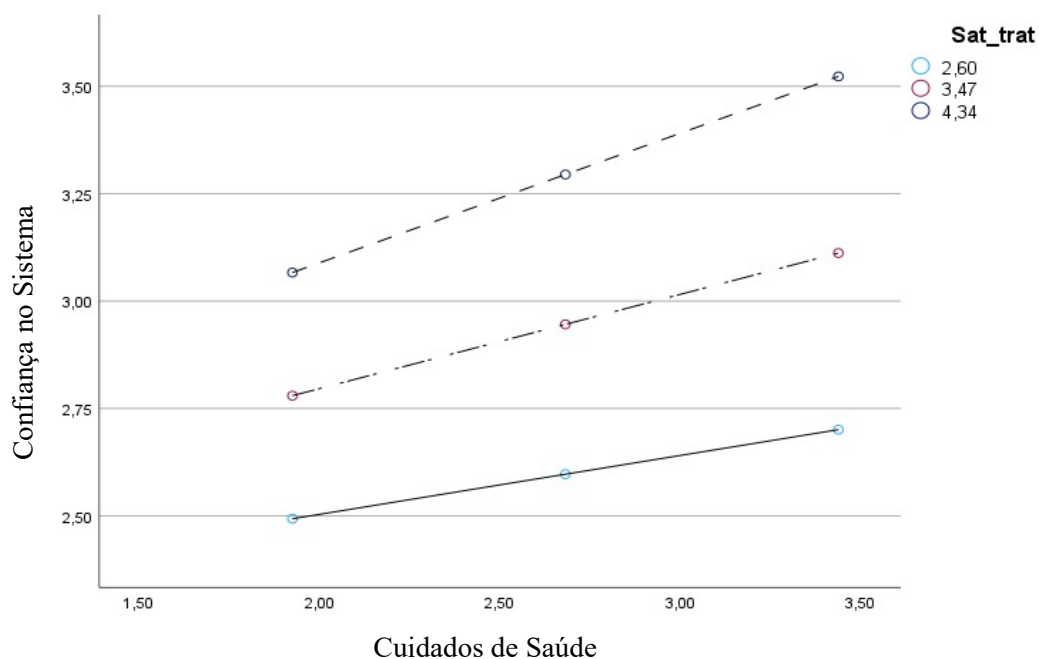
Moderação da Relação Foco Doente – Confiança Sistema Saúde



O gráfico da Figura 9.1, mostra um efeito de moderação positivo. À medida que a satisfação com os cuidados recebidos (Sat_trat) aumenta, o efeito positivo do foco no doente na confiança no sistema de saúde, torna-se mais forte. Para valores de menor satisfação com os cuidados (Sat_trat = 2.60), o foco no doente tem um pequeno efeito positivo, na confiança no sistema de saúde ($b = 0.20$, $p = .001$). Para a média da satisfação (Sat_trat = 3.47), o efeito positivo do foco no doente sobre a confiança no sistema de saúde aumenta ($b = 0.31$, $p < .001$). Para valores elevados de satisfação com os cuidados (Sat_trat = 4.34), o foco no doente tem o efeito mais forte na confiança no sistema de saúde ($b = 0.42$, $p < .001$).

Figura 9.2

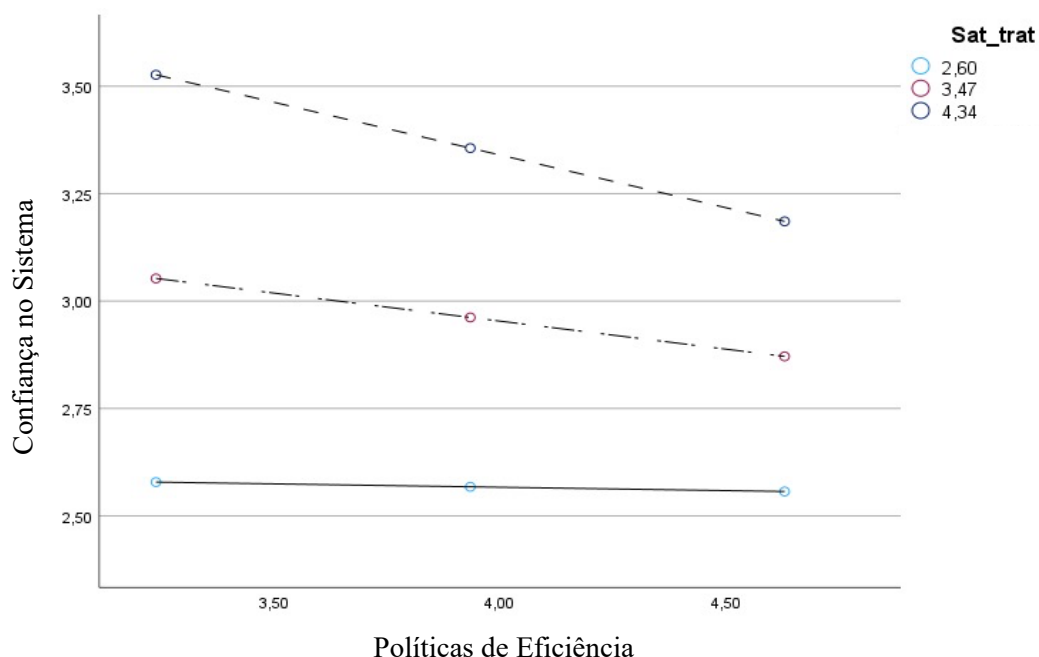
Moderação da Relação Cuidados de Saúde – Confiança Sistema Saúde



Na Figura 9.2, verifica-se que a satisfação com os cuidados recebidos, é moderadora da relação entre os cuidados de saúde e a confiança. Verifica-se que, quanto maior é a satisfação com os cuidados recebidos, maior é a intensidade desta relação. Para níveis baixos de satisfação com os cuidados recebidos, os cuidados de saúde têm um pequeno efeito positivo, mas significativo, na confiança no sistema de saúde ($b = 0.14, p = .036$). Em níveis moderados de satisfação, o efeito positivo dos cuidados de saúde sobre a confiança no sistema aumenta ($b = 0.22, p < .001$). Quando a satisfação com os cuidados recebidos é elevada, os cuidados de saúde, têm o efeito positivo mais forte na confiança no sistema de saúde ($b = 0.30, p < .001$).

Figura 9.3

Moderação da Relação Políticas de Eficiência – Confiança Sistema Saúde



A Figura 9.3 sugere que a satisfação com os cuidados recebidos, é moderadora da relação entre políticas de eficiência e confiança no sistema de saúde, sendo que esta relação se torna mais negativa, à medida que aumenta a satisfação com os cuidados. Quando os cidadãos estão menos satisfeitos ($Sat_trat = 2.60$), as políticas de eficiência na saúde, não têm efeito estatisticamente significativo na confiança no sistema de saúde ($b = -0.02, p = .804$). Para níveis de satisfação moderada com os cuidados ($Sat_trat = 3.47$), aumentos nas políticas de eficiência na saúde estão associados a diminuições pouco significativas na confiança no sistema de saúde ($b = -0.13, p = .005$). Para níveis de satisfação elevados ($Sat_trat = 4.34$), o aumento das políticas de eficiência na saúde, ou seja, a percepção de políticas que pode dificultar o acesso a cuidados de saúde, está associado a uma maior diminuição da confiança no sistema de saúde ($b = -0.24, p < .001$).

9.3.2.2 Confiança no SNS

Os efeitos dos modelos de moderação das relações entre os diferentes fatores e a confiança no SNS, tendo a satisfação com os cuidados de saúde recebidos como variável moderadora, estão apresentados na Tabela 9.5.

Tabela 9.5

Efeitos dos Modelos de Moderação (SNS)

Modelos	<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Intervalo Confiança	
					95%	
					LIIC	LSIC
Modelo 1						
Comunicação (Com)	-0.17	0.16	-1.07	.285	-0.48	0.14
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.11	0.13	0.88	.381	-0.14	0.36
Com * STrat	0.10	0.04	2.28	.023	0.01	0.19
Modelo 2						
Propensão p/ Confiar (PC)	-0.27	0.19	-1.42	.157	-0.64	0.10
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.13	0.19	0.66	.509	-0.25	0.50
PC * STrat	0.09	0.05	1.64	.101	-0.02	0.20
Modelo 3						
Foco no Doente (FD)	-0.34	0.19	-1.82	.070	-0.70	0.03
Satisfação c/ tratamento (Strat)	-0.26	0.16	-1.67	.096	-0.57	0.05
FD * STrat	0.19	0.05	3.74	.000	0.09	0.29
Modelo 4						
Cuidados de Saúde (CS)	0.05	0.20	0.27	.791	-0.34	0.45
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.23	0.14	1.58	.115	-0.05	0.51
CS * STrat	0.05	0.05	0.98	.327	-0.05	0.16
Modelo 5						
Políticas de Eficiência (PE)	0.27	0.21	1.29	.196	-0.14	0.68
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.93	0.23	4.00	.000	0.47	1.38
PE * STrat	-0.13	0.06	-2.20	.028	-0.24	-0.01
Modelo 6						
Razões Económicas (RE)	0.06	0.16	0.40	.687	-0.25	0.38
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.48	0.10	4.65	.000	0.28	0.68
RE * STrat	-0.02	0.05	-0.46	.647	-0.11	0.07
Modelo 7						
Acesso Privado (Apr)	0.21	0.18	1.19	.234	-0.14	0.56
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.74	0.21	3.50	.001	0.33	1.16

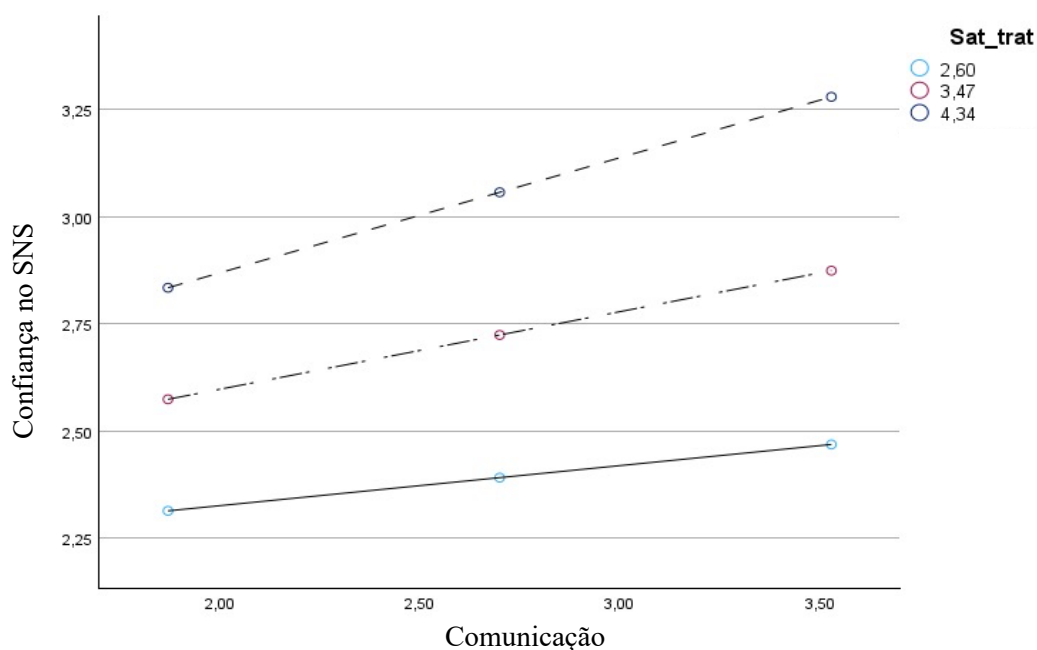
Modelos	<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Intervalo Confiança 95%	
					LHC	LSIC
Apr * Strat	-0.07	0.05	-1.45	.148	-0.17	0.03

Nota. Variável dependente: confiança no SNS

Nos resultados da análise dos efeitos de moderação, apresentados na Tabela 9.5, verifica-se que as interações: Com*Strat, FD*Strat e PE*Strat, têm um efeito significativo na confiança no SNS, com $p = .023$, $p < .001$ e $p = .028$ respetivamente. As restantes interações não apresentam valores estatisticamente significativos, $p > .05$.

Figura 9.4

Moderação da Relação Comunicação – Confiança SNS

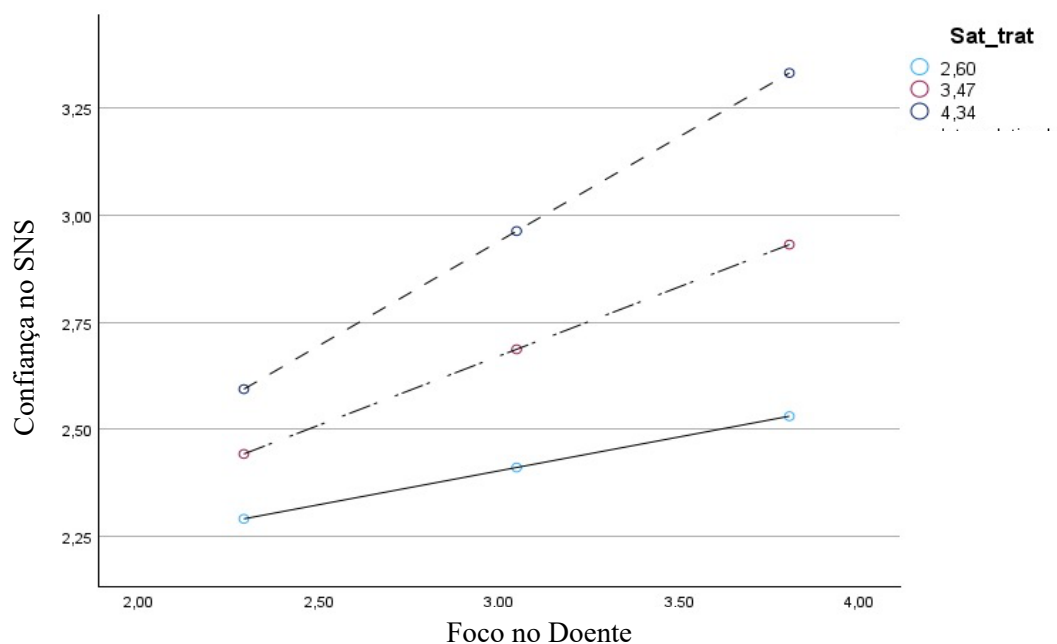


A Figura 9.4, evidencia como a satisfação com os cuidados recebidos e a comunicação, interagem na influência da confiança no SNS. À medida que a satisfação com os cuidados recebidos aumenta, o efeito da comunicação na confiança no SNS, torna-se mais forte e estatisticamente significativo. Quando os cidadãos têm menor satisfação com os cuidados recebidos, o impacto da comunicação na confiança no SNS, é fraco e estatisticamente não significativo ($b = 0.09$, $p = .0116$). Para níveis moderados de satisfação, o efeito positivo da

comunicação sobre a confiança no SNS torna-se significativo ($b = 0.18, p < .001$). A elevada satisfação com os cuidados recebidos, amplifica o efeito positivo da comunicação na confiança no SNS ($b = 0.27, p < .001$).

Figura 9.5

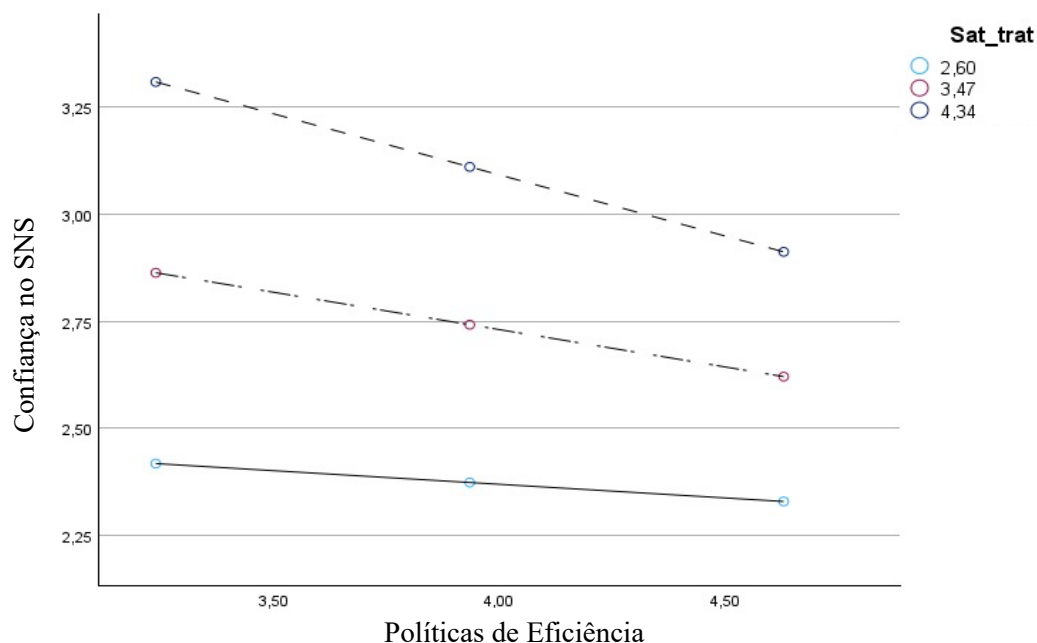
Moderação da Relação Foco no Doente – Confiança SNS



O gráfico da Figura 9.5 mostra um efeito de moderação positivo, onde conforme a satisfação com os cuidados recebidos aumenta, o efeito do foco no doente na confiança no SNS, fortalece-se significativamente. Em baixos níveis de satisfação, o foco no doente tem um pequeno efeito positivo, mas significativo, na confiança no SNS ($b = 0.16, p = .025$). Em níveis moderados de satisfação, este efeito torna-se mais pronunciado ($b = 0.32, p < .001$). A elevada satisfação com os cuidados recebidos, amplifica consideravelmente o impacto positivo do foco no doente na confiança no SNS ($b = 0.49, p < .001$).

Figura 9.6

Moderação da Relação Políticas de Eficiência – Confiança SNS



A satisfação com os cuidados recebidos modera a relação entre as políticas de eficiência na saúde e a confiança no SNS. O gráfico e os dados mostram um efeito de moderação negativo, onde à medida que a satisfação com os cuidados recebidos aumenta, o efeito negativo das políticas de eficiência, na confiança no SNS torna-se mais forte. Para níveis baixos de satisfação, as políticas de eficiência têm um efeito negativo pequeno e não significativo na confiança no SNS ($b = -0.06, p = .385$). Em níveis moderados de satisfação, o efeito negativo torna-se mais pronunciado e estatisticamente significativo ($b = -0.17, p = .001$). A elevada satisfação com os cuidados recebidos intensifica o impacto negativo das políticas de eficiência na confiança no SNS ($b = -0.28, p < .001$).

9.3.2.3 Confiança no Setor Privado

A Tabela 9.6 apresenta os efeitos dos modelos de moderação das relações entre os diferentes fatores e a confiança no setor privado, tendo a satisfação com os cuidados de saúde recebidos como variável moderadora.

Tabela 9.6

Efeitos dos Modelos de Moderação (Setor Privado)

Modelos	<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Intervalo Confiança	
					95%	
					LIIC	LSIC
Modelo 1						
Comunicação (Com)	0.32	0.14	2.36	.019	0.05	0.59
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.32	0.11	2.93	.004	0.11	0.53
Com * STrat	-0.05	0.04	-1.41	.159	-0.13	0.02
Modelo 2						
Propensão p/ Confiar (PC)	-0.02	0.16	-0.12	.905	-0.33	0.30
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.03	0.16	0.19	.851	-0.29	0.35
PC * STrat	0.05	0.05	1.07	.284	-0.04	0.14
Modelo 3						
Foco no Doente (FD)	0.05	0.17	0.28	.776	-0.28	0.38
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.17	0.14	1.20	.229	-0.11	0.45
FD * STrat	0.01	0.05	0.16	.875	-0.08	0.10
Modelo 4						
Cuidados de Saúde (CS)	0.08	0.18	0.44	.659	-0.27	0.42
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.17	0.12	1.34	.180	-0.08	0.41
CS * STrat	0.01	0.05	0.17	.864	-0.08	0.10
Modelo 5						
Políticas de Eficiência (PE)	-0.11	0.18	-0.62	.537	-0.46	0.24
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.00	0.20	0.02	.983	-0.39	0.40
PE * STrat	0.06	0.05	1.14	.255	-0.04	0.16
Modelo 6						
Razões Económicas (RE)	0.01	0.14	0.08	.935	-0.26	0.28
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.26	0.09	2.92	.004	0.08	0.43
RE * STrat	-0.03	0.04	-0.69	.491	-0.11	0.51
Modelo 7						
Acesso Privado (Apr)	0.50	0.15	3.39	.001	0.21	0.79
Satisfação c/ tratamento (Strat)	0.79	0.18	2.95	.003	0.17	0.86

Modelos	<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Intervalo Confiança 95%	
					LHC	LSIC
Apr * Strat	-0.08	0.04	-1.89	.059	-0.16	0.00

A análise de moderação efetuada, sugere que nenhuma interação tem efeito significativo na influência da confiança no setor privado, $p \geq .05$. Ou seja, a satisfação com os cuidados recebidos, não interage com nenhuma variável na influência da confiança no setor privado, efeito moderador.

9.4 Discussão

O principal objetivo deste estudo, é avaliar se a satisfação com os cuidados de saúde recebidos, modera as relações diretas entre os fatores do modelo proposto, e a confiança no sistema de saúde. Para uma compreensão mais detalhada, pretende-se avaliar ainda se essa moderação se verifica de igual forma, ao se considerar a confiança no SNS e a confiança no setor privado da saúde como variáveis dependentes.

Os resultados das análises de moderação efetuadas, sugerem que a satisfação com os cuidados de saúde recebidos, desempenha um papel moderador significativo nas relações entre o foco no doente, a qualidade dos cuidados de saúde e as políticas de eficiência na saúde, por um lado, e a confiança no sistema de saúde como um todo, por outro. Esta análise, indica que a forma como os cidadãos avaliam a sua satisfação com os cuidados recebidos, influencia a força dessas relações.

Quando se considera especificamente a confiança no SNS, a satisfação com os cuidados recebidos, também interage com a comunicação, com o foco no doente e com as políticas de eficiência na saúde, na influência sobre a confiança nesse subsistema público. Verifica-se assim que a satisfação, interage nas relações entre foco no doente, políticas de eficiência na saúde e confiança, quer no sistema de saúde, quer no SNS.

Relativamente ao setor privado de saúde, a satisfação com os cuidados recebidos, não apresenta um efeito estatisticamente significativo, em nenhuma das interações analisadas, não desempenha um papel moderador nas relações com a confiança no setor privado.

Um resultado interessante é que a satisfação com os cuidados recebidos, interage de forma positiva e significativa com o foco no doente, fortalecendo a influência desse fator, tanto

na confiança no sistema de saúde como um todo, quanto especificamente na confiança no SNS. O que sugere que, quando os cidadãos percebem que os cuidados de saúde estão realmente focados neles, e nas suas necessidades, essa percepção é ainda mais determinante para a confiança, quando eles também estão satisfeitos com os cuidados que receberam, uma vez que estes dois fatores interagem para a construção da confiança de forma mais eficaz.

Estes resultados, revelam ainda uma relação complexa entre políticas de eficiência na saúde, satisfação com os cuidados recebidos e confiança no sistema de saúde de forma global e, confiança no SNS de forma específica. Este efeito de moderação, sugere que o impacto das políticas de eficiência na confiança, depende do grau de satisfação dos cidadãos com os cuidados recebidos. Ao contrário da intuição, os dados sugerem que o efeito negativo das políticas de eficiência na saúde sobre a confiança, torna-se mais forte à medida que a satisfação com os cuidados recebidos aumenta. Mckee et al. (2024) referem que a melhoria na qualidade dos serviços prestados resulta num aumento de expectativas, tornando os cidadãos mais críticos e exigentes em relação às instituições que não cumprem esses padrões, o que potencialmente afeta a confiança. Contudo, esta tendência, justifica um exame mais aprofundado para compreender as causas e implicações subjacentes.

A literatura demonstra uma correlação significativa entre a satisfação do doente e a confiança, embora a sua relação permaneça em debate (Chandra et al., 2018; Hall et al., 2001). Diversas perspetivas abordam esta relação, por exemplo, Alrubaiee e Alkaa'ida (2011) demonstram o efeito mediador da satisfação do doente na associação da qualidade dos cuidados de saúde e a confiança do doente, outros autores exploram o efeito mediador da confiança do doente no impacto da associação satisfação do doente no compromisso ou lealdade (e.g., Durmuş & Akbolat, 2020; Platonova et al., 2008). O presente estudo contribui para esta discussão ao investigar o efeito moderador da satisfação do doente na relação entre as dimensões da confiança e a confiança no sistema de saúde. Os resultados obtidos indicam que a satisfação do doente exerce um papel moderador significativo nas relações entre foco no doente, qualidade dos cuidados de saúde e políticas de eficiência na saúde e a confiança no sistema de saúde, contribuindo assim para novas perspetivas de investigação da interação entre satisfação do doente e a confiança.

Este estudo evidencia, tal como Zhao et al. (2019b) referem que “a melhoria das experiências das pessoas em matéria de cuidados de saúde deve ser uma prioridade elevada” (p. 42), a importância de se investir na melhoria dos serviços prestados aos doentes, a fim de fortalecer a confiança da população no sistema de saúde como um todo, já que, quando os cidadãos estão satisfeitos com os cuidados de saúde recebidos, outras percepções ou experiências

positivas relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde centrados no doente, têm um impacto mais forte na construção da confiança.

9.5 Limitações e Indicações Para Pesquisas Futuras

Este estudo apresenta algumas limitações, que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo transversal, tendo os dados sido recolhidos num período único. Esta abordagem, pode estar sujeita a perceções relativas ao período específico em que os dados foram recolhidos, o que pode influenciar os resultados. Além disso, a amostra foi obtida por meio de uma técnica não probabilística, amostragem em bola de neve. Este método, embora útil para alcançar populações de difícil acesso, não permite a generalização dos resultados para a população portuguesa em geral.

Apesar destas limitações, este estudo fornece resultados relevantes que podem ser aprofundados em futuras investigações. Um dos resultados diferenciados, foi o efeito negativo da moderação da satisfação com os cuidados recebidos, na relação entre as políticas de eficiência e a confiança no sistema de saúde. Este resultado, poderá ser objeto de um estudo mais aprofundado, para compreensão das causas subjacentes a este efeito. O facto de a satisfação não ter interagido com nenhum dos fatores estudados, na influência sobre a confiança no setor privado da saúde, também poderá justificar uma investigação mais aprofundada.

9.6 Conclusão

Este estudo revela que a satisfação dos cidadãos, com os cuidados de saúde recebidos, desempenha um papel fundamental na moderação das relações entre vários fatores. Especificamente, a satisfação com os cuidados recebidos, modera as relações entre o foco no doente, a qualidade dos cuidados de saúde, as políticas de eficiência na saúde, e a confiança no sistema de saúde.

A satisfação com os cuidados recebidos, também atua como um fator moderador nas relações entre o foco no doente, a comunicação, as políticas de saúde e a confiança no SNS. Estes resultados, sublinham a importância crítica da satisfação dos cidadãos com os cuidados de saúde recebidos, pois ela exerce uma influência significativa na forma como eles percebem e confiam no sistema de saúde. No entanto, é importante notar, que a satisfação não apresenta nenhum efeito moderador nas relações com a confiança no setor privado de saúde.

Estes resultados, evidenciam a necessidade de se investir na melhoria dos serviços prestados aos cidadãos, a fim de fortalecer a confiança da população no sistema de saúde e, em particular, no SNS.

CAPÍTULO X

10. Discussão Geral

10.1 Introdução

Os sistemas de saúde servem fundamentalmente para organizar várias relações e interações humanas, de forma a alcançar um único objetivo: a saúde da população que servem (Mckee et al., 2024). De acordo com Luhmann (1979), a confiança é um mecanismo fundamental, que permite o funcionamento dos sistemas sociais.

A saúde não é um simples bem como tal, a relação transacional entre os vários intervenientes na área da saúde, é mais complexa do que em outros domínios (Mckee et al., 2024). O doente, fornece a um profissional de saúde detalhes sobre o seu estado de saúde e, em troca, espera receber um diagnóstico e um plano de tratamento. O gestor de saúde compensa o profissional de saúde pela sua competência e pelo tratamento fornecido aos doentes nos serviços pelos quais ele é responsável. Um decisor político pode alocar fundos para uma determinada iniciativa (política) ou projeto de saúde, antecipando que doentes e profissionais de saúde contribuirão para a implementação eficaz dessa política, procurando obter resultados favoráveis ou garantindo cuidados de qualidade (Mckee et al., 2024). A confiança é fundamental à facilitação destas relações, na prestação de serviços de saúde (Brennan et al., 2013; Gille et al., 2021; Hall et al., 2001; Taylor et al., 2023), tendo a pandemia COVID-19 exposto o papel que desempenha em praticamente todos os elementos da prestação de cuidados de saúde (Taylor et al., 2023).

Embora a importância da confiança seja evidente e “a literatura sobre a confiança pode ser tão frustrante quanto volumosa” (Taylor et al., 2023, p.127), não existe consenso sobre a sua medida, nem dimensões. Em várias revisões de literatura (e.g., Aboueid et al., 2023; Ozawa & Sripad, 2013; Taylor et al., 2023), foram identificadas como lacunas nos artigos analisados: a variedade de termos usados como dimensões da confiança, a falta de foco na confiança no sistema de saúde (a maioria dos estudos realizados são centrados na relação doente – médico), e a necessidade de mais trabalho de investigação sobre a confiança dos profissionais de saúde no sistema.

Com este trabalho, pretende-se contribuir para o preenchimento destas lacunas. Iniciou-se com um estudo exploratório, cujo objetivo era verificar o grau de confiança dos profissionais de saúde no SNS e no setor privado, comparativamente aos não profissionais de saúde, e o grau de confiança por região NUTS, que direcionou para o aprofundar do tema, e conduziu à questão de investigação: “Quais os preditores da confiança no sistema de saúde português, na perspetiva do cidadão e dos profissionais de saúde?”

Para responder a esta questão de investigação, foram realizados quatro estudos, cuja discussão integrativa sublinha as complexas interações entre fatores individuais, institucionais e contextuais. Os principais contributos teóricos e práticos desta tese são apresentados a seguir.

10.2 Integração dos resultados

Com a revisão sistemática de literatura identificou-se quatro dimensões da confiança: i) Políticas de Saúde; ii) Qualidade dos cuidados de saúde; iii) Características sociodemográficas; iv) Características psicossociais, que agregaram as diferentes dimensões referidas na literatura. Este resultado, reforça o reportado por Gille et al. (2021), que a confiança no sistema de saúde é influenciada por diferentes fatores, a diferentes níveis do sistema de saúde, como um todo.

A taxonomia desenvolvida, serviu como ponto de partida para identificar quais os principais fatores que influenciam a confiança no sistema de saúde.

O Estudo 1, tinha como objetivo desenvolver uma escala de medida da confiança, tendo como base a taxonomia. Os resultados revelaram uma estrutura composta por sete fatores: i) Acesso Privado – facilidade de acesso a cuidados de saúde no setor privado; ii) Razões Económicas – motivos de ordem económica que impedem o acesso a cuidados de saúde; iii) Propensão para confiar – facilidade em confiar nos outros; iv) Foco no doente – prestação de cuidados de saúde centrados no doente; v) Políticas de eficiência na saúde – políticas que podem ter impacto no doente, como listas de espera, redução de custos, perceção de que a qualidade está a ser comprometida, para redução do tempo de espera; vi) Qualidade dos cuidados de saúde – acesso a cuidados / tratamentos de forma atempada e adequados à situação; vii) Comunicação – informação suficiente e compreensível sobre o diagnóstico e/ou tratamento. A análise de componentes principais e a análise fatorial confirmatória, estabeleceu a validade e confiabilidade deste modelo.

Os resultados deste estudo sugerem, tal como outros (e.g., Meyer et al., 2024; Nikodem et al., 2022; Zhao et al., 2019b, 2019a), que a confiança não é influenciada por uma única dimensão, mas sim pela combinação de múltiplas dimensões. Revelam ainda que, para medir a confiança no sistema de saúde de uma forma global, além de se considerar o profissional de saúde, a instituição e a política de saúde (Meyer et al., 2024), também se devem ter em atenção aspetos intrínsecos ao próprio indivíduo, como dificuldades económicas e a propensão para confiar.

No Estudo 2 e no Estudo 3, avaliou-se a importância relativa destes sete fatores na confiança do sistema de saúde, no SNS e no setor privado, segundo a perspetiva do cidadão e

do profissional de saúde. A Tabela 10.1 apresenta os fatores preditores, para as diferentes situações.

Tabela 10.1

Preditores da Confiança

	Sistema de Saúde	SNS	Setor Privado
Cidadão	Foco no doente; Cuidados de saúde	Foco no doente; Cuidados de saúde	Políticas de eficiência; Acesso privado; Comunicação; Razões Económicas (-)
Profissional de saúde	Razões Económicas (-)	Foco no doente	Nenhum fator estatisticamente significativo

Nota. (-) relação em sentido inverso com a confiança

Esta análise revela aspetos importantes na forma como cidadãos e profissionais de saúde percebem e avaliam a confiabilidade do sistema de saúde, do setor público e do setor privado.

Para os cidadãos, a primazia do foco no doente como principal preditor de confiança, seguido pela qualidade dos cuidados de saúde, corrobora estudos anteriores (e.g., Calnan & Sanford, 2004; Egede & Ellis, 2008) e sublinha a importância de uma abordagem centrada no doente. Esta hierarquia de fatores, mantém-se constante na avaliação do SNS, sugerindo que, na perspetiva do cidadão, o SNS é percebido como sinónimo do sistema de saúde na sua totalidade. Tal perceção, pode ter implicações para as políticas de saúde e para a comunicação institucional do SNS.

A orientação para o doente, caracterizada por uma prestação de cuidados que prioriza as necessidades e o bem-estar dos doentes, emerge como um pilar fundamental na construção e manutenção da confiança. Deste resultado, ressalta a necessidade de políticas e práticas que promovam uma cultura de cuidados centrado no doente, não apenas como um imperativo ético, mas também como uma estratégia para fortalecer a confiança no sistema de saúde.

Contrastando com a perspetiva dos cidadãos, os profissionais de saúde apresentam uma visão distinta, particularmente em relação ao sistema de saúde, como um todo. Para este grupo, as razões económicas emergem como o principal preditor de confiança, estabelecendo uma

relação inversa. Este resultado é particularmente revelador, pois sugere que os profissionais de saúde estão conscientes das restrições económicas que podem comprometer a qualidade e o acesso aos cuidados de saúde. A preocupação com aspetos económicos, que condicionam o acesso a tratamentos reflete, possivelmente, pressão entre os ideais de cuidado universal e a realidade orçamental do sistema de saúde.

É notável, no entanto, que quando se trata especificamente do SNS, o foco no doente ressurge como o principal fator preditor de confiança para os profissionais de saúde. Esta convergência entre as perspetivas do cidadão e profissionais em relação ao SNS, reforça a importância de uma cultura organizacional centrada no doente, não apenas para a satisfação dos utentes, mas também para o compromisso e confiança dos próprios profissionais de saúde.

A análise do setor privado, revela dinâmicas distintas. As políticas de eficiência na saúde, que englobam aspetos como redução de custos, gestão de listas de espera e qualidade do serviço, emergem como determinantes cruciais da confiança neste setor. Os resultados, sugerem que os cidadãos valorizam particularmente a rapidez de acesso e a eficácia na comunicação. No entanto, é importante notar que aspetos económicos afetam negativamente a confiança, indicando um possível conflito entre as expectativas de serviço de alta qualidade e preocupações com custos elevados.

Constata-se que, para os profissionais de saúde, nenhum dos sete fatores analisados, mostrou ser significativamente importante para a relação de confiança no setor privado. Este resultado, deve ser analisado com precaução, dada a dimensão reduzida da amostra de profissionais de saúde. Assim, esta lacuna na compreensão dos determinantes de confiança dos profissionais no setor privado, pode justificar investigação adicional, já que, pode revelar dinâmicas complexas.

A diferença observada entre os setores público e privado, onde as deficiências percebidas no setor público, parecem influenciar positivamente a confiança no setor privado, sugere uma relação de complementaridade entre os dois subsistemas. Este fenómeno, pode ser interpretado como um mecanismo de compensação na perceção dos cidadãos, onde as fragilidades de um setor são contrabalançadas pelas forças percebidas do outro. Tal dinâmica, realça a importância de uma abordagem sistémica na formulação de políticas de saúde, que considere as interações e interdependências entre os setores público e privado.

Os resultados destes dois estudos, apontam para a necessidade de modelos de confiança mais sofisticados e contextualizados, que tenham em conta não apenas a dicotomia entre os subsistemas público e privado, mas também as perceções diferenciadas dos diversos atores envolvidos, nomeadamente utentes e profissionais de saúde. A compreensão destas *nuances*, é

fundamental para o desenvolvimento de estratégias eficazes de fortalecimento da confiança no sistema de saúde.

Por fim, o Estudo 4, pretendia verificar se a satisfação com os cuidados de saúde recebidos, podia moderar as relações entre os diferentes fatores do modelo proposto, e a confiança no sistema de saúde, no SNS e no setor privado. Os resultados, revelaram o papel crucial da satisfação dos cidadãos com os cuidados de saúde recebidos, como um moderador significativo em várias relações-chave. É notório que a satisfação com os cuidados de saúde, exerce um efeito moderador significativo nas relações entre o foco no doente, a qualidade dos cuidados de saúde, as políticas de eficiência na saúde e a confiança no sistema de saúde.

Em relação ao SNS, observa-se que a satisfação com os cuidados recebidos, interage com fatores adicionais, nomeadamente a comunicação, além do foco no doente e das políticas de eficiência na saúde. Esta interação mais ampla no contexto do SNS, pode refletir a natureza abrangente deste subsistema público, onde uma comunicação eficaz, pode desempenhar um papel particularmente importante na formação das perceções do cidadão.

A satisfação, interage de forma consistente nas relações entre o foco no doente, as políticas de eficiência na saúde e a confiança, tanto no sistema de saúde quanto no SNS especificamente. Esta consistência, sugere que estes fatores são fundamentais na formação da confiança dos cidadãos, independentemente do contexto específico (sistema geral ou SNS).

Contrastando com estes resultados, a análise do setor privado de saúde, revela uma ausência de efeito moderador estatisticamente significativo da satisfação com os cuidados nas relações com a confiança no setor privado, o que sugere que outros mecanismos podem estar em jogo neste contexto.

Destaca-se desta análise, a relação complexa entre as políticas de eficiência na saúde, a satisfação com os cuidados recebidos e a confiança no sistema de saúde (tanto de forma global quanto especificamente no SNS). O efeito de moderação observado, sugere que o impacto das políticas de eficiência na confiança, é dependente do grau de satisfação dos cidadãos com os cuidados recebidos. Os dados indicam que o efeito negativo das políticas de eficiência na saúde, sobre a confiança se intensifica à medida que a satisfação com os cuidados recebidos aumenta. Este resultado contraintuitivo, pode ser uma oportunidade para uma análise mais detalhada.

O estudo corrobora a afirmação de Zhao et al. (2019b) de que "a melhoria das experiências das pessoas em matéria de cuidados de saúde deve ser uma prioridade elevada" (p. 42). De facto, os resultados sugerem que investir na melhoria dos serviços prestados aos doentes, é crucial para fortalecer a confiança da população no sistema de saúde. A satisfação dos cidadãos com os cuidados de saúde recebidos, parece atuar como um amplificador de outras

perceções ou experiências positivas, particularmente aquelas relacionadas com a qualidade dos cuidados centrados no doente.

10.3 Contributos

Este trabalho, oferece uma contribuição significativa para a compreensão dos fatores que influenciam a confiança no sistema de saúde, fornecendo *insights* valiosos, quer na perspetiva teórica, quer na perspetiva prática. A Tabela 10.2 complementa a Tabela 3.1 (pergunta de investigação e método) com as principais implicações teóricas, metodológicas e práticas.

Tabela 10.2

Pergunta de Investigação, Método, Implicações Práticas, Teóricas e Metodológicas

Estudo	Pergunta de Investigação	Método	Principais Implicações Teóricas e Metodológicas	Principais Implicações Práticas
Estudo Exploratório	Qual o grau de confiança no SNS e no setor privado? Será que existem diferenças no grau de confiança entre profissionais e não profissionais de saúde? Será que o nível de confiança é semelhante nas diferentes regiões?	Quantitativo; Descritivo; Teste de igualdade de médias entre grupos	Identificação de diferenças no nível de confiança entre setor público e privado, regiões geográficas e entre profissionais e não profissionais de saúde.	Desenvolvimento de políticas e intervenções diferenciadas de acordo com as particularidades regionais.
Taxonomia da confiança nos sistemas de saúde	Quais dimensões da confiança nos sistemas de saúde?	Revisão sistemática de literatura	Uniformização de termos similares que definem a mesma dimensão e categorização dos mesmos	Estrutura conceptual que identifica os principais fatores que influenciam a confiança no sistema de saúde,

Estudo	Pergunta de Investigação	Método	Principais Implicações Teóricas e Metodológicas	Principais Implicações Práticas
Estudo 1	O nosso modelo tem validade empírica?	Desenvolvimento de escala; ACP; AFC	Identificação de sete fatores distintos que influenciam a confiança no sistema de saúde, tendo em consideração o indivíduo, o profissional de saúde, a instituição e políticas de saúde. Expansão de modelos teóricos existentes.	Instrumento de monitorização e avaliação da confiança no sistema de saúde.
Estudo 2	Quais os preditores da confiança no sistema de saúde, no SNS e no setor privado?	Quantitativo; modulação de equações estruturais (SEM)	Análise comparativa dos setores público e privado. A confiança é construída e mantida de forma diferente nos setores de saúde público e privado.	Desenvolvimento de políticas de saúde mais eficazes, particularmente em relação à promoção de cuidados centrados no doente e à melhoria da qualidade dos serviços. Alocação mais eficiente de recursos para melhorar a confiança no sistema de saúde. Gestão de expectativas no setor privado.

Estudo	Pergunta de Investigação	Método	Principais Implicações Teóricas e Metodológicas	Principais Implicações Práticas
Estudo 3	Quais os preditores da confiança, para os profissionais de saúde no sistema, no SNS e no setor privado?	Quantitativo: Regressão Linear	Diferenciação entre perspetivas. Diferenças significativas entre as perspetivas dos cidadãos e dos profissionais de saúde, na confiança no sistema de saúde.	Estratégias de comunicação adaptadas para diferentes grupos (cidadãos e profissionais de saúde) e setores (público e privado). Desenvolvimento de cultura organizacional, focada na importância dos cuidados centrados no doente.
Estudo 4	Será que a satisfação com os cuidados recebidos tem algum impacto na influência dos diferentes fatores na confiança?	Quantitativo; Análise de Moderação	Identificação do papel da satisfação com os cuidados recebidos como moderador das relações entre diversos fatores e a confiança.	Importância crucial de melhorar a experiência do doente como meio de aumentar a confiança no sistema de saúde.

10.3.1 Implicações Teóricas

A discussão dos resultados realizada anteriormente e a sua integração com a revisão da literatura permite afirmar que esta tese tem essencialmente cinco implicações teóricas e metodológicas principais, a saber:

1) Desenvolvimento de uma Taxonomia Abrangente.

Na literatura sobre a confiança nos sistemas de saúde, foi identificada uma variedade de termos para descrever as mesmas dimensões da confiança, o que dificulta a sua compreensão. A necessidade de unificar a taxonomia e compreender as consequências das dimensões mais comuns da confiança, é reportada em vários artigos e em revisões de literatura recentes (Aboueid et al., 2023; Taylor et al., 2023).

A taxonomia desenvolvida fornece uma estrutura conceptual, detalhada e compreensível, que identifica e categoriza os principais fatores que influenciam a confiança no sistema de saúde. Este modelo multidimensional contribui para a investigação ao propor uma abordagem holística e robusta que pode ser adaptado a estudos futuros e replicada em diferentes contextos culturais e institucionais.

2) Modelo Multidimensional de Confiança.

A identificação de sete fatores distintos que influenciam a confiança no sistema de saúde, reforça a natureza complexa e multidimensional deste conceito. A incorporação de características psicossociais do indivíduo, como dificuldades económicas e propensão para confiar, representa uma inovação teórica que complementa modelos existentes, centrados exclusivamente em aspetos relacionados com o profissional de saúde, instituição e políticas de saúde (Meyer et al., 2024).

3) Diferença Entre Perspetivas.

A opinião dos profissionais de saúde sobre a confiança nos sistemas de saúde, tem sido pouco explorada (e.g., Linzer et al., 2019; Taylor et al., 2023; Wilk & Platt, 2016), sendo, no entanto, fundamental já que estão diretamente envolvidos no bom funcionamento dos mesmos. Este trabalho destaca diferenças significativas entre as perspetivas dos cidadãos e dos profissionais de saúde. Esta dupla perspetiva, contribui para informar investigações futuras sobre os determinantes da confiança, e as suas implicações no desempenho do sistema de saúde.

4) Análise Comparativa dos Setores Público e Privado.

Aboueid et al. (2023) consideram ser relevante considerar as dimensões da confiança em relação a setores específicos ou instituições. Nesta pesquisa, foi efetuada uma análise comparativa entre o sistema de saúde no global, o setor público e o setor privado.

Este trabalho incorpora contribuições teóricas sobre como a confiança é construída e mantida, de forma diferente nos setores de saúde público e privado.

5) Papel Moderador da Satisfação.

A identificação da satisfação com os cuidados recebidos, como moderador das relações entre diversos fatores e a confiança, sugere um mecanismo complexo que merece maior atenção na literatura, dado que amplifica experiências ou percepções que têm impacto na percepção global de confiança no sistema de saúde.

10.3.2 Implicações Práticas

A construção e manutenção da confiança no sistema de saúde, é um desafio contínuo e multifacetado. Esta tese, propõe um referencial para que, gestores e políticos, disponham de informação relativa às várias áreas de intervenção, que visam fortalecer a confiança, reconhecendo a complexidade e diversidade de perspetivas envolvidas neste processo, fundamental para a eficácia e legitimidade dos sistemas de saúde.

Este trabalho sugere oito implicações práticas principais:

1) Orientações para Políticas de Saúde

Entre os cidadãos, o foco no doente, foi identificado como o principal preditor de confiança, o que sublinha a necessidade de políticas orientadas para práticas de cuidados centradas no doente. Estas práticas, incluem a personalização dos cuidados, a promoção de uma comunicação clara e eficaz e a adoção de estratégias que priorizem o bem-estar e as necessidades individuais dos utentes.

Para os profissionais de saúde, as razões económicas emergiram como um fator crítico de confiança, sugerindo que políticas que minimizem o impacto negativo das limitações financeiras sobre a qualidade e equidade dos cuidados, podem ser essenciais para reforçar a confiança neste grupo.

2) Cultura Organizacional

A informação sobre as perspetivas dos profissionais de saúde, sugerem estratégias de desenvolvimento de uma cultura organizacional focada na importância da prestação de cuidados de saúde centrados no doente.

3) Foco na Satisfação do Doente.

Os resultados sobre a moderação da satisfação com os cuidados recebidos, revelam implicações práticas críticas, especialmente no contexto do SNS. A satisfação, interage de forma significativa com fatores como, o foco no doente, a qualidade dos cuidados e as políticas de eficiência, sugerindo que a melhoria contínua das experiências dos utentes, deve ser uma

prioridade estratégica. Além disso, o impacto da comunicação no fortalecimento da confiança no SNS, destaca a importância de investir em estratégias de comunicação que promovam maior clareza, acessibilidade e empatia.

4) Estratégias de Comunicação Diferenciadas.

Esta tese sugere a necessidade de existência de estratégias de comunicação adaptadas para diferentes grupos (cidadãos e profissionais de saúde) e setores (público e privado).

5) Gestão de Expectativas no Setor Privado

A identificação da importância das políticas de eficiência (perceção de deficiências no setor público) na confiança no setor privado, pode orientar estratégias de gestão e marketing neste setor. A gestão eficiente de recursos e a manutenção de elevados padrões de qualidade, são elementos fundamentais para atender às expectativas dos cidadãos. A ausência de fatores significativamente preditores para os profissionais de saúde neste contexto, aponta, contudo, para uma lacuna na compreensão das dinâmicas de confiança no setor privado, destacando-se a necessidade de investigação adicional.

6) Monitorização e Avaliação

A estrutura de sete fatores desenvolvida pode servir como base para criar ferramentas de monitorização e avaliação da confiança no sistema de saúde.

7) Gestão de Recursos

A compreensão da importância relativa de diferentes fatores, pode ajudar na alocação mais eficiente de recursos para melhorar a confiança no sistema de saúde.

8) Reformas do Sistema de Saúde

A dinâmica observada entre os setores público e privado, na qual as deficiências percebidas no SNS, influenciam positivamente a confiança no setor privado, evidencia a necessidade de uma abordagem integrada na formulação de políticas de saúde. O reconhecimento das interdependências e complementaridades entre os dois subsistemas, é essencial para otimizar a confiança global no sistema de saúde.

Estes contributos teóricos e práticos, demonstram o valor significativo deste trabalho para a área da saúde pública, gestão de instituições de saúde e políticas de saúde, oferecendo tanto avanços no conhecimento teórico quanto aplicações práticas concretas.

10.4 Limitações e Recomendações para Futuras Investigações

O presente trabalho oferece uma contribuição significativa para a compreensão da confiança no sistema de saúde; contudo, existem diversas limitações metodológicas e

conceptuais que devem ser sublinhadas, oferecendo oportunidades para investigações futuras, que apresentamos a seguir. As limitações, específicas de cada estudo, são apresentadas no capítulo correspondente, e refletem os desafios comuns a pesquisas em contextos complexos e multidimensionais, como o sistema de saúde.

1) Representatividade e Viés da Amostra

Uma limitação central em todos os estudos realizados, diz respeito à representatividade da amostra. A amostra utilizada foi obtida por meio de métodos não probabilísticos, como a técnica de bola de neve, que embora eficaz para atingir populações específicas, compromete a generalização dos resultados para a população portuguesa, em geral. Este método, pode ter introduzido viés associado a características específicas dos participantes, como nível de escolaridade e área de residência, fatores que a literatura aponta como influentes na confiança no sistema de saúde (e.g., Beller et al., 2022; Zhao et al., 2019b). Sugere-se que investigações futuras recorram a amostras probabilísticas, ou por forma a captar a diversidade sociodemográfica da população, nomeadamente a nível da região geográfica.

2) Dimensão da Amostra

No Estudo 3, uma limitação relevante foi o tamanho reduzido da amostra, dificultando a obtenção de resultados estatisticamente robustos, impedindo uma análise mais aprofundada das diferenças entre subgrupos. Para fortalecer a aplicabilidade do modelo proposto, investigações futuras devem incluir amostras de maior dimensão, especialmente no estudo da confiança dos profissionais de saúde, que permita a análise por categoria profissional (por exemplo, médico enfermeiro, técnico, gestor, etc.) por constituir um aspeto crítico para a formulação de políticas de gestão no setor.

3) Natureza Transversal dos Estudos

Outra limitação, está relacionada com a natureza transversal da recolha de dados. Este desenho metodológico, apesar de útil para capturar perceções num dado momento, não permite uma análise das variações temporais ou da evolução da confiança em resposta a mudanças no sistema de saúde. Investigações futuras, poderão beneficiar de estudos longitudinais que acompanhem os participantes ao longo do tempo, permitindo avaliar como eventos contextuais ou alterações nas políticas de saúde influenciam a confiança no sistema.

4) Complexidade Contextual

A confiança no sistema de saúde é um fenómeno altamente dependente do contexto social, económico e cultural. Embora os resultados apresentados sejam robustos para a população estudada, a aplicação do modelo desenvolvido a outras populações, nomeadamente

em contextos internacionais com diferentes estruturas de sistemas de saúde, seria essencial para testar a sua validade externa.

5) Questões Específicas Emergentes

Resultados específicos desta tese também levantam questões que merecem uma investigação mais aprofundada. O efeito contraintuitivo identificado no Estudo 4, no qual a satisfação com os cuidados recebidos intensifica o impacto negativo das políticas de eficiência na saúde sobre a confiança, exige uma análise mais detalhada para compreender os fatores subjacentes a esta interação. Adicionalmente, a ausência de efeitos significativos da satisfação no setor privado sugere que mecanismos alternativos estão em jogo neste contexto, constituindo uma área de estudo promissora.

6) Interação Entre Perspetivas de Cidadãos e Profissionais

Os resultados da tese evidenciam diferenças marcantes nas perceções de confiança entre cidadãos e profissionais de saúde. Embora essa questão seja discutida de forma preliminar, futuras pesquisas poderão aprofundar a análise comparativa entre esses grupos, especialmente em relação à forma como políticas de eficiência na saúde, comunicação e dificuldades económicas afetam cada um deles. Estudos que integrem metodologias mistas, combinando dados quantitativos e qualitativos, poderão oferecer mais detalhe sobre essas interações.

7) Novas Variáveis Contextuais

Neste trabalho, não foi analisado o impacto de variáveis contextuais como, perceções de sustentabilidade do sistema de saúde, ou a utilização da inteligência artificial na saúde. A integração de novas variáveis contextuais, deverá ser considerada em pesquisas futuras, para capturar o impacto de avanços tecnológicos e mudanças sociais sobre a confiança no sistema de saúde.

Estes esforços contribuirão não apenas para o avanço da teoria, mas também para a formulação de políticas mais eficazes e adaptadas às necessidades e expectativas dos diferentes *stakeholders* envolvidos no sistema de saúde.

10.5 Conclusão Final

Em conclusão, esta tese apresenta uma visão abrangente e integrada da confiança no sistema de saúde, contribuindo tanto para o avanço teórico, quanto para a implementação de práticas mais eficazes no setor da saúde. Os resultados sublinham a necessidade de políticas de saúde que promovam uma cultura organizacional centrada no doente, conciliem eficiência económica e qualidade dos cuidados e reconheçam as diferentes perceções dos atores

envolvidos. A adoção de uma abordagem sistémica e contextualizada, será determinante para fortalecer a confiança no sistema de saúde, garantindo maior equidade, acessibilidade e satisfação dos utentes e profissionais.

REFERÊNCIAS

- Abelson, J., Miller, F. A., & Giacomini, M. (2009). What does it mean to trust a health system?. A qualitative study of Canadian health care values. *Health Policy*, *91*(1), 63–70. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2008.11.006>
- Aboueid, S. E., Herati, H., Nascimento, M. H. G., Ward, P. R., Brown, P. R., Calnan, M., Perlman, C. M., & Meyer, S. B. (2023). How do you measure trust in social institutions and health professionals? A systematic review of the literature (2012–2021). *Sociology Compass*, *17*(9), e13101. <https://doi.org/10.1111/SOC4.13101>
- Ahmad, M., Akande, A., & Majid, U. (2022). Health care provider trust in vaccination: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *European Journal of Public Health*, *32*(2), 207–213. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab209>
- Allan, B. A., Dexter, C., Kinsey, R., & Parker, S. (2018). Meaningful work and mental health: job satisfaction as a moderator. *Journal of Mental Health*, *27*(1), 38–44. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244718>
- Alrubaiee, L., & Alkaa'ida, F. (2011). The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality – Patient Trust Relationship. *International Journal of Marketing Studies*, *3*(1), p103. <https://doi.org/10.5539/IJMS.V3N1P103>
- Anand, T. N., & Kutty, V. R. (2015). Development and testing of a scale to measure trust in the public healthcare system. *Indian journal of medical ethics*, *12*(3), 149–157. <https://doi.org/10.20529/IJME.2015.044>
- Arokiasamy, A. R. A., Rizaldy, H., & Qiu, R. (2022). Exploring the Impact of Authentic Leadership and Work Engagement on Turnover Intention: The Moderating Role of Job Satisfaction and Organizational Size. *Advances in Decision Sciences*, *26*(2), 26–47. <https://ideas.repec.org/a/aag/wpaper/v26y2022i2p26-47.html>
- Ashley Fulmer, C., & Gelfand, M. J. (2012). At What Level (and in Whom) We Trust: Trust Across Multiple Organizational Levels. *Journal of Management*, *38*(4), 1167–1230. <https://doi.org/10.1177/0149206312439327>
- Baroudi, M., Goicolea, I., Hurtig, A. K., & San-Sebastian, M. (2022). Social factors associated with trust in the health system in northern Sweden: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *22*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12889-022-13332-4/TABLES/2>
- Beller, J., Schäfers, J., Haier, J., Geyer, S., & Epping, J. (2022). Trust in Healthcare during COVID-19 in Europe: vulnerable groups trust the least. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/S10389-022-01705-3>

- Birkhä Uer, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS ONE*, *12*(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Blomqvist, K. (1997). The many faces of trust. *Scandinavian Journal of Management*, *13*(3), 271–286. [https://doi.org/10.1016/S0956-5221\(97\)84644-1](https://doi.org/10.1016/S0956-5221(97)84644-1)
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*, *6*, 366616. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2018.00149/BIBTEX>
- Boudrias, V., Trépanier, S. G., Foucreault, A., Peterson, C., & Fernet, C. (2020). Investigating the role of psychological need satisfaction as a moderator in the relationship between job demands and turnover intention among nurses. *Employee Relations*, *42*(1), 213–231. <https://doi.org/10.1108/ER-10-2018-0277/FULL/XML>
- Brennan, N., Barnes, R., Calnan, M., Corrigan, O., Dieppe, P., & Entwistle, V. (2013). Trust in the health-care provider-patient relationship: A systematic mapping review of the evidence base. *International Journal for Quality in Health Care*, *25*(6), 682–688. <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZT063>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research Methodology in the Social Sciences* (2nd ed). The Guilford Press. www.guilford.com/MSS
- Browne, K., Roseman, D., Shaller, D., & Edgman-Levitan, S. (2010). Measuring Patient Experience As A Strategy For Improving Primary Care. *Health Affairs*, *29*(5), 921–925. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0238>
- Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modeling with Amos: Basic Concepts, Applications, and Programming, Third edition* (3rd ed). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315757421>
- Calnan, M. W., & Sanford, E. (2004). Public trust in health care: the system or the doctor? *Quality and Safety in Health Care*, *13*(2), 92. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.009001>
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science and Medicine*, *51*(11), 1611–1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- Campos, A. C. de, & Simões, J. (2011). *O percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Almedina. <https://www.almedina.net/o-percurso-da-sa-de-portugal-na-europa-1563799760.html>
- Castaldo, S., Premazzi, K., & Zerbin, F. (2010). The Meaning(s) of Trust. A Content Analysis on the Diverse Conceptualizations of Trust in Scholarly Research on Business

- Relationships. *Journal of Business Ethics*, 96(4), 657–668. <https://doi.org/10.1007/s10551-010-0491-4>
- CFP. (2024). Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2023. *Conselho das Finanças Públicas*. www.cfp.pt,
- Chan, H. F., Brumpton, M., Macintyre, A., Arapoc, J., Savage, D. A., Skali, A., Stadelmann, D., & Torgler, B. (2020). How confidence in health care systems affects mobility and compliance during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, 15(10 October). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0240644>
- Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *Journal of Health Care Communications*, 3(3), 36. <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100146>
- Costa, A. C., Fulmer, C. A., & Anderson, N. R. (2018). Trust in work teams: An integrative review, multilevel model, and future directions. *Journal of Organizational Behavior*, 39(2), 169–184. <https://doi.org/10.1002/JOB.2213>
- Costa, A. C., Roe, R. A., & Taillieu, T. (2001). Trust within teams: The relation with performance effectiveness. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(3), 225–244. <https://doi.org/10.1080/13594320143000654>
- Creevey, D., Coughlan, J., & O'Connor, C. (2022). Social media and luxury: A systematic literature review. *International Journal of Management Reviews*, 24(1), 99–129.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555/METRICS>
- Decreto-Lei n.º 11/93 . (1993). Em *Diário da República n.º 12/1993, Série I-A*.
- Decreto-Lei n.º 52/2022. (2022). Em *Diário da República n.º 150/2022, Série I* (pp. 5–52). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Decreto-Lei n.º 154/2015. (2015). Em *Diário da República n.º 153/2015, Série I* (pp. 5513–5516). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/154-2015-69968712>
- Dinç, L., Korkmaz, F., & Karabulut, E. (2013). A Validity and Reliability Study of the Multidimensional Trust in Health-Care Systems Scale in a Turkish Patient Population. *Social Indicators Research*, 113(1), 107–120. <https://doi.org/10.1007/S11205-012-0084-Y/TABLES/3>
- Douglass, T., & Calnan, M. W. (2016). Trust Matters for Doctors? Towards an Agenda for Research. *Social Theory and Health*, 14(4), 393–413. <https://doi.org/10.1057/s41285-016-0010-5>

- Durmuş, A., & Akbolat, M. (2020). The Impact of Patient Satisfaction on Patient Commitment and the Mediating Role of Patient Trust. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1642–1647. <https://doi.org/10.1177/2374373520967807>
- Egede, L. E., & Ellis, C. (2008). Development and Testing of the Multidimensional Trust in Health Care Systems Scale. *J Gen Intern Med*, 23(6), 808–823. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0613-1>
- Eisinga, R., Grotenhuis, M. Te, & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health*, 58(4), 637–642. <https://doi.org/10.1007/S00038-012-0416-3/METRICS>
- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. (2010). Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health Affairs*, 29(8), 1489–1495. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>
- Feitosa, J., Grossman, R., Kramer, W. S., & Salas, E. (2020). Measuring team trust: A critical and meta-analytical review. *Journal of Organizational Behavior*, 41(5), 479–501. <https://doi.org/10.1002/JOB.2436>
- Fernandes, A. Campos. (2024). 50 Anos de democracia em Portugal e 45 Anos do serviço nacional de saúde. Em A. C. Fernandes (Ed.), *Saúde em Portugal: pensar o futuro : 50 Anos de democracia, 45 Anos de SNS* (p. 251). Editora d'Ideias.
- Frazier, M. L., Johnson, P. D., & Fainshmidt, S. (2013). Development and validation of a propensity to trust scale. *Journal of Trust Research*, 3(2), 76–97. <https://doi.org/10.1080/21515581.2013.820026>
- Fukuyama, F. (1995). The Economics Of Trust. *National Review*, 47(15), 42–43. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=9508211217&site=ehost-live&scope=site>
- Gelb Safran, D., Taira, D. A., Rogers, W. H., Kosinski, M., Ware, J. E., & Tarlov, A. R. (1998). Linking Primary Care Performance to Outcomes of Care. *The Journal of Family Practice*, 47(3). www.jfp.den-
- Gill, H., Boies, K., Finegan, J. E., & McNally, J. (2005). Antecedents of trust: Establishing a boundary condition for the relation between propensity to trust and intention to trust. *Journal of Business and Psychology*, 19(3), 287–302. <https://doi.org/10.1007/S10869-004-2229-8>
- Gille, F., Smith, S., & Mays, N. (2015). Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention. *Journal of health services research & policy*, 20(1), 62–64. <https://doi.org/10.1177/1355819614543161>

- Gille, F., Smith, S., & Mays, N. (2021). What is public trust in the healthcare system? A new conceptual framework developed from qualitative data in England. *Social Theory & Health, 19*(1), 1–20. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00129-x>
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine, 56*(7), 1453–1468. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00142-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00142-9)
- Gilson, L., Palmer, N., & Schneider, H. (2005). Trust and health worker performance: Exploring a conceptual framework using South African evidence. *Social Science and Medicine, 61*(7), 1418–1429. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2004.11.062>
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2012). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods, 16*(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Gopichandran, V., & Chetlapalli, S. K. (2013). Factors influencing trust in doctors: A community segmentation strategy for quality improvement in healthcare. *BMJ Open, 3*(12). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2013-004115>
- Gouveia, M. (2023). *Saúde e Hospitais Privados em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Greene, J., Gibson, D., Taylor, L. A., & Wolfson, D. B. (2025). Health Care Workers' Trust in Leadership: Why It Matters and How Leaders Can Build It. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 51*(1), 11–18. <https://doi.org/10.1016/J.JCJQ.2024.09.002>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed). Pearson .
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *The Milbank quarterly, 79*(4), 613–639. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00223>
- Harris, S. M., & Sandal, G. M. (2021). COVID-19 and psychological distress in Norway: The role of trust in the healthcare system. *Scandinavian Journal of Public Health, 49*(1), 96–103. <https://doi.org/10.1177/1403494820971512>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis, Third Edition: A Regression-Based Approach*. Guilford Publications.
- Hooper, M. W., Mitchell, C., Marshall, V. J., Cheatham, C., Austin, K., Sanders, K., Krishnamurthi, S., & Grafton, L. L. (2019). Understanding multilevel factors related to urban community trust in healthcare and research. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(18). <https://doi.org/10.3390/IJERPH16183280>

- INE. (2024a). Estatística de Saude2022. *Instituto Nacional de Estatística, Statistics Portugal, Edição 2024*, 1–80.
- INE. (2024b, Julho 5). *Conta Satélite da Saúde*. Portal do Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646075353&DESTAQUESmodo=2
- Joarder, T., Khaled, M. N. Bin, Arefin, M. S., & Zaman, S. (2021). Trust in the Bangladeshi health system during the COVID-19 pandemic: A mixed-methods exploration. *Journal of Public Health and Development, 19*(3), 71–88.
- Johnson, D., & Grayson, K. (2005). Cognitive and affective trust in service relationships. *Journal of Business Research, 58*(4), 500–507. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(03\)00140-1](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(03)00140-1)
- Jovell, A., Blendon, R. J., Navarro, M. D., Fleischfresser, C., Benson, J. M., Desroches, C. M., & Weldon, K. J. (2007). Public trust in the Spanish health-care system. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 10*(4), 350–357. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00466.x>
- Korherr, P., & Kanbach, D. (2021). Human-related capabilities in big data analytics: a taxonomy of human factors with impact on firm performance. *Review of Managerial Science, 1*–28. <https://doi.org/10.1007/S11846-021-00506-4/FIGURES/2>
- Kotler, Philip. (2005). *Marketing essencial : conceitos, estratégias e casos* (2ª Edição). Pearson Education do Brasil.
- Kotzian, P. (2009). Determinants of Satisfaction with Health Care System. *The Open Political Science Journal, 2*, 47–58.
- Kramer, R. M. (1999). Trust and Distrust in Organizations: Emerging Perspectives, Enduring Questions. *Annu. Rev. Psychol, 50*, 569–598.
- Kraus, S., Breier, M., & Dasí-Rodríguez, S. (2020). The art of crafting a systematic literature review in entrepreneurship research. *International Entrepreneurship and Management Journal, 16*, 1023–1042. <https://doi.org/10.1007/s11365-020-00635-4>
- Kraus, S., Breier, M., Lim, W. M., Dabić, M., Kumar, S., Kanbach, D., Mukherjee, D., Corvello, V., Piñeiro-Chousa, J., Liguori, E., Palacios-Marqués, D., Schiavone, F., Ferraris, A., Fernandes, C., & Ferreira, J. J. (2022). Literature reviews as independent studies: guidelines for academic practice. *Review of Managerial Science, 16*(8), 2577–2595. <https://doi.org/10.1007/S11846-022-00588-8/FIGURES/3>
- Lee, Y.-Y., Ng, C.-T., Aishah Ghazalie, S. M., Ngiam, J.-Z., Tai, B.-C., Lim, M.-K., & Hughes, K. (2007). Public Trust in Primary Care Doctors, the Medical Profession and the

- Healthcare System among Redhill Residents in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 36(8), 655–661.
- Leemann, N., & Kanbach, D. K. (2022). Toward a taxonomy of dynamic capabilities – a systematic literature review. *Management Research Review*, 45(4), 486–501. <https://doi.org/10.1108/MRR-01-2021-0066/FULL/XML>
- Legislação Consolidada - Decreto de Aprovação da Constituição. (1976). Em *Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10*. DRE. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49467775>
- Lei n.º 27/2002. (2002). Em *Diário da República n.º 258/2002, Série I-A*. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2002-34493575>
- Lei n.º 48/90. (1990). Em *Diário da República n.º 195/1990, Série I* (pp. 3452–3459). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/48-1990-574127>
- Lei n.º 56/79. (1979). Em *Diário da República n.º 214/1979, Série I* (pp. 2357–2363). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/56-1979-369864>
- Lei n.º 95/2019. (2019). Em *Diário da República n.º 169/2019, Série I* (pp. 55–66). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Lemmers, A. L., & van der Voort, P. H. J. (2021). Trust in Intensive Care Patients, Family, and Healthcare Professionals: The Development of a Conceptual Framework Followed by a Case Study. *Healthcare* 2021, Vol. 9, Page 208, 9(2), 208. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE9020208>
- Lewis, J. D., & Weigert, A. (1985). Trust as a Social Reality. *Social Forces*, 63(4), 967–985. <https://doi.org/10.2307/2578601>
- Linzer, M., Neprash, H., Brown, R., Williams, E., Audi, C., Poplau, S., Prasad, K., Khullar, D., & Investigators, H. W. P. (2021). Where Trust Flourishes: Perceptions of Clinicians Who Trust Their Organizations and Are Trusted by Their Patients. *ANNALS OF FAMILY MEDICINE*, 19(6), 521-521–526. <https://doi.org/10.1370/afm.2732>
- Linzer, M., Poplau, S., Prasad, K., Khullar, D., Brown, R., Varkey, A., Yale, S., Grossman, E., Williams, E., & Sinsky, C. (2019). Characteristics of Health Care Organizations Associated with Clinician Trust: Results from the Healthy Work Place Study. *JAMA Network Open*, 2(6). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.6201>
- Luhmann, N. (1979). *Trust and Power: Two Works*. Wiley. <https://books.google.pt/books?id=WZu4AAAAIAAJ>

- Magnani, G., & Gioia, D. (2023). Using the Gioia Methodology in international business and entrepreneurship research. *International Business Review*, 32(2), 102097. <https://doi.org/10.1016/J.IBUSREV.2022.102097>
- Maljichi, D., Limani, B., Spier, T. E., Angjelkoska, V., Stojković Zlatanović, S., Maljichi, D., Alloqi Tahirbegolli, I., Tahirbegolli, B., Kulanić, A., Agolli Nasufi, I., & Kovač-Orlandić, M. (2022). (Dis)trust in doctors and public and private healthcare institutions in the Western Balkans. *Health Expectations*, 25(4), 2015–2024. <https://doi.org/10.1111/HEX.13562>
- Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., Irshad, S., & Shah, A. (2019). Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3318. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183318>
- Marôco, J. (2021a). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações. 3ª Edição*. ReportNumber.
- Marôco, J. (2021b). *Análise Estatística com o SPSS Statistics. 8ª Edição* (ReportNumber, Ed.; 8ª Edição).
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An Integrative Model of Organizational Trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709. <https://doi.org/10.2307/258792>
- McAllister, D. J. (1995). Affect- and Cognition-Based Trust as Foundations for Interpersonal Cooperation in Organizations. *Academy of Management Journal*, 38(1), 24–59. <https://doi.org/10.2307/256727>
- Mckee, M., Van Schalkwyk, M. C. I., Greenley, R., & Permanand, G. (2024). Trust: the foundation of health systems. Em *European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. <http://eurohealthobservatory.who.int>
- Meyer, S. B., Brown, P., Calnan, M., Ward, P. R., Little, J., Betini, G. S., Perlman, C. M., Burns, K. E., & Filice, E. (2024). Development and validation of the Trust in Multidimensional Healthcare Systems Scale (TIMHSS). *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 1-1–18. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02162-y>
- Meyer, S., Ward, P., Coveney, J., & Rogers, W. (2008). Trust in the health system: An analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. *Health Sociology Review*, 17(2), 177-177–186. <https://doi.org/10.5172/hesr.451.17.2.177>

- Moreira, A. C., & Silva, P. M. (2015). The trust-commitment challenge in service quality-loyalty relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(3), 253–266. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2014-0017/FULL/XML>
- Nikodem, K., Curkovi'c, M. C., & Borovečki, A. (2022). Trust in the Healthcare System and Physicians in Croatia: A Survey of the General Population. *J. Environ. Res. Public Health*, 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020993>
- Nunes, A., & Harfouche, A. P. (2015). A Reforma da Administração Pública Aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa. *Revista Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(2), 1–8. <https://doi.org/10.5585/RGSS.V4I2.145>
- Nunes, A. M. (2020). O serviço nacional de saúde português: caracterização, classificação e perspectivas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 9(3), 499–516. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.18541>
- OCDE (2025). (2025). *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/C8AF05A5-EN>
- OCDE/Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde. (2023). *State of Health in the EU - Portugal - Perfil de saúde do país 2023*.
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE*.
- Ohunakin, F., & Olugbade, O. A. (2022). Do employees' perceived compensation system influence turnover intentions and job performance? The role of communication satisfaction as a moderator. *Tourism Management Perspectives*, 42, 100970. <https://doi.org/10.1016/J.TMP.2022.100970>
- Oksanen, A., Kaakinen, M., Latikka, R., Savolainen, I., Savela, N., & Koivula, A. (2020). Regulation and Trust: 3-Month Follow-up Study on COVID-19 Mortality in 25 European Countries. *JMIR Public Health Surveill*, 6(2), e19218. <https://doi.org/10.2196/19218>
- Oliver, R. L. (2010). Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer. Em *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer, Second Edition* (2nd ed). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315700892>
- Ozawa, S., & Sripad, P. (2013). How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. Em *Social Science and Medicine* (Vol. 91, pp. 10–14). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.005>
- Ozawa, S., & Walker, D. G. (2011). Comparison of trust in public vs private health care providers in rural Cambodia. *Health Policy and Planning*, 26(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZR045>

- Peters, D., & Youssef, F. F. (2016). Public trust in the healthcare system in a developing country. *The International journal of health planning and management*, 31(2), 227–241. <https://doi.org/10.1002/hpm.2280>
- Platonova, E. A., Kennedy, K. N., & Shewchuk, R. M. (2008). Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians. *Medical Care Research and Review*, 65(6), 696–712. <https://doi.org/10.1177/1077558708322863>
- Platt, J. E., Jacobson, P. D., & Kardia, S. L. R. (2018). Public Trust in Health Information Sharing: A Measure of System Trust. *Health Services Research*, 53(2), 824–845. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12654>
- Richmond, J., Boynton, M. H., Ozawa, S., Muessig, K. E., Cykert, S., & Ribisl, K. M. (2022). Development and Validation of the Trust in My Doctor, Trust in Doctors in General, and Trust in the Health Care Team Scales. *Social Science & Medicine*, 298, 114827. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2022.114827>
- Rowe, R., & Calnan, M. (2006). Trust relations in health care: developing a theoretical framework for the “new” NHS. *Journal of Health Organization and Management*, 20(5), 376–396. <https://doi.org/10.1108/14777260610701777>
- Schoorman, F. D., Mayer, R. C., & Davis, J. H. (2007). An Integrative Model of Organizational Trust: Past, Present, and Future. *Academy of Management Review*, 32(2), 344–354. <https://doi.org/10.5465/amr.2007.24348410>
- Shiriyani, H., Almas, P. R., Choplujeh, T. T., & Maheri, M. (2023). Relationship Between the Trust in A Health Care System and Adherence to COVID-19 Preventive Behaviors Among The General Population in 2021. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 18(2), 1445. <https://doi.org/10.24083/APJHM.V18I2.1445>
- Skirbekk, H., Magelssen, M., & Conradsen, S. (2023). Trust in healthcare before and during the COVID-19 pandemic. *BMC public health*, 23(1), 863. <https://doi.org/10.1186/S12889-023-15716-6/TABLES/5>
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- Sousa-Duarte, F., Brown, P., & Mendes, A. M. (2020). Healthcare professionals’ trust in patients: A review of the empirical and theoretical literatures. *Sociology Compass*, 14(10), 1–15. <https://doi.org/10.1111/SOC4.12828>
- Straten, G. F. M., Friele, R. D., & Groenewegen, P. P. (2002). Public trust in Dutch health care. *Social Science & Medicine*, 55, 227–234.

- Taylor, L. A., Nong, P., & Platt, J. (2023). Fifty Years of Trust Research in Health Care: A Synthetic Review. *Milbank Quarterly*. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12598>
- Terres, M. D. S., & Santos, C. P. (2013). Desenvolvimento de uma Escala para Mensuração das Confianças Cognitiva, Afetiva e Comportamental e Verificação de seus Impactos na Lealdade. *Revista Brasileira de Marketing*, 12(1), 122–148. <https://doi.org/10.5585/REMARK.V12I1.2331>
- Thom, D. H., Ribisl, K. M., Stewart, A. L., & Luke, D. A. (1999). Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. The Stanford Trust Study Physicians. *Medical care*, 37(5), 510–517. <https://doi.org/10.1097/00005650-199905000-00010>
- Tranfield, D., Denyer, D., & Smart, P. (2003). Towards a Methodology for Developing Evidence-Informed Management Knowledge by Means of Systematic Review*. *British Journal of Management*, 14, 207–222.
- Tsai, T.-I., Yu, W.-R., & Lee, S.-Y. D. (2018). Is health literacy associated with greater medical care trust? *International Journal for Quality in Health Care*, 30(7), 514–519. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy043>
- van der Schee, E., Braun, B., Calnan, M., Schnee, M., & Groenewegen, P. P. (2007). Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales. *Health Policy*, 81(1), 56–67. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.04.004>
- Wang, K., Yang, B., Wu, C., & Zheng, L. (2023). The moderation of satisfaction with working conditions in the association between workload and mental health among healthcare workers collecting test samples in the post-COVID-19 era. *Frontiers in public health*, 11. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2023.1106299>
- Ward, P. R., Rokkas, P., Cenko, C., Pulvirenti, M., Dean, N., Carney, S., Brown, P., Calnan, M., & Meyer, S. (2015). A qualitative study of patient (dis)trust in public and private hospitals: the importance of choice and pragmatic acceptance for trust considerations in South Australia. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0967-0>
- Wilk, A. S., & Platt, J. E. (2016). Measuring physicians' trust: A scoping review with implications for public policy. *Social Science and Medicine*, 165, 75–81. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2016.07.039>
- Wolfe, A. (2001). Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2(3), 233–235. <https://doi.org/10.1177/152715440100200312>

- World Health Organization. (2000). *The World health report: 2000: Health systems: improving performance*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>
- Yuan, Y., & Lee, K. S. (2022). General trust in the health care system and general trust in physicians: A multilevel analysis of 30 countries. *International Journal of Comparative Sociology*, 63(3), 91–104. <https://doi.org/10.1177/00207152221085571/FORMAT/EPUB>
- Zhao, D., Zhao, H., & Cleary, P. D. (2019a). International variations in trust in health care systems. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), 130–139. <https://doi.org/10.1002/HPM.2597>
- Zhao, D., Zhao, H., & Cleary, P. D. (2019b). Understanding the determinants of public trust in the health care system in China: an analysis of a cross-sectional survey. *Journal of Health Services Research & Policy*, 24(I), 37–43. <https://doi.org/10.1177/1355819618799113>
- Zheng, S., Hui, S. F., & Yang, Z. (2017). Hospital trust or doctor trust? A fuzzy analysis of trust in the health care setting. *Journal of Business Research*, 78, 217–225. <https://doi.org/10.1016/J.JBUSRES.2016.12.017>

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

Confiança no Sistema de Saúde Português

Este questionário insere-se no âmbito de uma tese de doutoramento em Gestão da Universidade Europeia, tendo como objetivo avaliar os fatores que contribuem para a confiança no sistema de saúde português.
A informação recolhida é confidencial e será apenas analisada pela equipa de investigação.
As perguntas estão construídas de forma a que tenha de assinalar apenas a resposta que lhe pareça mais adequada. Não há respostas certas ou erradas, o que nos interessa é a sua opinião pessoal.
Para cada pergunta existe uma escala, utilize qualquer ponto da escala que lhe pareça mais adequado.
Para qualquer esclarecimento ou informação sobre o estudo por favor contacte Rosália Filipe pelo email 50043649@europaia.pt ou rosalia.filipe@sapo.pt
A sua opinião é muito importante para nós!
Obrigada pela colaboração!

* Required

Caracterização Sociodemográfica

1. Tem 18 ou mais anos de idade e aceita participar neste estudo? *

- Sim
 Não

2. Qual o seu sexo? *

- Masculino
 Feminino
 Outro
 Prefiro não dizer

3. Qual a sua idade? (Por favor indique apenas o número) *

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

4. Qual o seu nível de escolaridade? *

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
- Outro

5. Qual a sua nacionalidade? *

- Portuguesa
- Outra

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

6. Qual é o seu Distrito de Residência? *

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

<https://forms.office.com/Pages/DesignPageV2.aspx?prevorigin=shell&origin=NeoPortalPage&subpage=design&id=7aUEW0m9PUSsxVIV2MfxZ74JjCH8i7...> 3/13

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

7. Qual é a sua ocupação? *

- Estudante
- Trabalhador-Estudante
- Trabalhador por Conta de Outrem
- Profissional Liberal
- Desempregado/a
- Aposentado/a
- Outra

8. É profissional de saúde? *

- Sim
- Não

9. É detentor de uma cobertura complementar ao Serviço Nacional de Saúde? *

- Sim
- Não

10. Em caso de ter respondido sim à pergunta anterior assinale por favor qual ou quais? *

- Seguro de Saúde
- ADSE
- SAD, PSP, GNR
- ADM
- SAMS
- Outro

11. Utiliza regularmente o Serviço Nacional de Saúde? *

- Sim
- Não

<https://forms.office.com/Pages/DesignPageV2.aspx?prevorigin=shell&origin=NeoPortalPage&subpage=design&id=7aUEW0m9PUSsxVIV2MfxZ74JjCH8i7...> 4/13

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

12. Se respondeu Sim à pergunta anterior, com que frequência utilizou o Serviço Nacional de Saúde? *

- Todas as semanas
- Todos os meses
- A cada três meses
- A cada seis meses
- Uma vez por ano

13. Recorre habitualmente ao setor privado da saúde? *

- Sim
- Não

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

Características Sociais

Utilize por favor a escala de 1-Muito Difícil a 5- Muito Fácil, Não sei / Não respondo, para avaliar o acesso aos cuidados de saúde.

14. Como avalia o acesso aos Serviços de Saúde *

	Muito Difícil	Difícil	Nem Difícil nem Fácil	Fácil	Muito Fácil	Não sei / Não respondo
Hospitais Públicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centros de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitais privados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clinicas Privadas / Consultórios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Em que medida os aspectos económicos já condicionaram as suas opções de saúde.

Numa escala de 1- Discordo Totalmente a 5- Concordo Totalmente; Não sei / Não respondo, indique se concorda ou discorda com as seguintes afirmações: *

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei/ Não respondo
Já deixei de realizar consultas, exames e/ou tratamentos por razões económicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Já deixei de adquirir medicamentos por razões económicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

Propensão para Confiança

Pense na relação que tem com as outras pessoas no seu dia a dia e, numa escala de 1- Discordo Totalmente a 5- Concordo Totalmente, por favor indique em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

16. Em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações: *

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Normalmente confio nas pessoas até me darem motivos para não confiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mim, é fácil confiar nas outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalmente confio em pessoas recém conhecidas até provarem que não devo confiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha tendência para confiar nos outros é alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

Confiança no sistema de saúde

Pense agora na sua experiência como utente do sistema de saúde e nas interações que teve com os profissionais de saúde. Não considere informação obtida por outros canais, por exemplo internet. Numa escala de 1- Discordo Totalmente a 5- Concordo Totalmente, por favor indique em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

17. Tendo em consideração o foco no doente por parte dos profissionais de saúde, eu acredito que: *

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Os cidadãos e as suas queixas são levados a sério.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os médicos prestam atenção suficiente aos seus doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os médicos ouvem com atenção os seus doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os médicos despendem tempo suficiente com os seus doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

18. A nível das políticas de saúde, eu acredito que: *

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
A redução de custos no sistema de saúde prejudica os doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os cidadãos devem contribuir financeiramente se necessário para melhorar o sistema de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prestação de cuidados médicos é comprometida para encurtar listas de espera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os tempos de espera (consultas de especialidade, cirurgias, etc) são demasiado longos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Relativamente ao prestador de cuidados, eu acredito que: *

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Atualmente os médicos podem fazer muito mais do que costumavam fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os médicos sabem tudo sobre todos os tipos de doenças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Novos tratamentos são colocados em prática no sistema de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os médicos portugueses têm uma boa formação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://forms.office.com/Pages/DesignPageV2.aspx?prevorigin=shell&origin=NeoPortalPage&subpage=design&id=7aUEW0m9PUSsxVIV2MfxZ74JyCH8i7...> 9/13

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

20. Em relação à qualidade dos cuidados de saúde, eu acredito que: *

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Os cidadãos têm sempre acesso aos medicamentos que precisam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os médicos prescrevem os tratamentos de forma atempada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O cidadão tem sempre acesso aos tratamentos mais adequados para a sua situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais de saúde tratam os dados dos cidadãos com muito cuidado, respeitando a sua confidencialidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

21. A nível da Informação e comunicação fornecida, eu acredito que: *

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Os cidadãos obtêm informações suficientes sobre os efeitos dos tratamentos prescritos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os cidadãos obtêm informação suficiente sobre os vários tratamentos disponíveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A informação dada aos cidadãos é clara e compreensível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os cidadãos obtêm informação suficiente sobre a causa do seu problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Considerando a qualidade de cooperação, eu acredito que: *

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Os médicos especialistas cooperam uns com os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os médicos dão informação contraditória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A tendência para o alto grau de especialização dos profissionais de saúde causa problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

Confiança nas instituições de Saúde

Da sua experiência enquanto utilizador das instituições de saúde, por favor indique numa escala de 1-Discordo Totalmente a 5-Concordo Totalmente, em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

23. Eu considero que: *

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
A preocupação das instituições de saúde é manter os custos baixos e não no que é necessário para a minha saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As instituições de saúde em Portugal fornecem cuidados médicos de elevada qualidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para tratar dos meus problemas de saúde, as instituições põe as minhas necessidades médicas acima de outras considerações, incluindo custos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preditores da Confiança no Sistema de Saúde Português

20/10/23, 11:25

Confiança no Sistema de Saúde Português

Avaliação Global

24. De forma geral, como classifica o seu estado de saúde neste momento? *

Muito Mau	Mau	Bom	Muito Bom	Excelente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Qual o grau de satisfação com o tratamento recebido na sua última visita médica? *

Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Em geral, qual o seu grau de confiança no sistema de saúde Português? *

Não confio Nada	Confio Pouco	Confio	Confio Muito	Confio Totalmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Qual o seu grau de confiança no Serviço Nacional de Saúde (SNS)? *

Não confio Nada	Confio Pouco	Confio	Confio Muito	Confio Totalmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

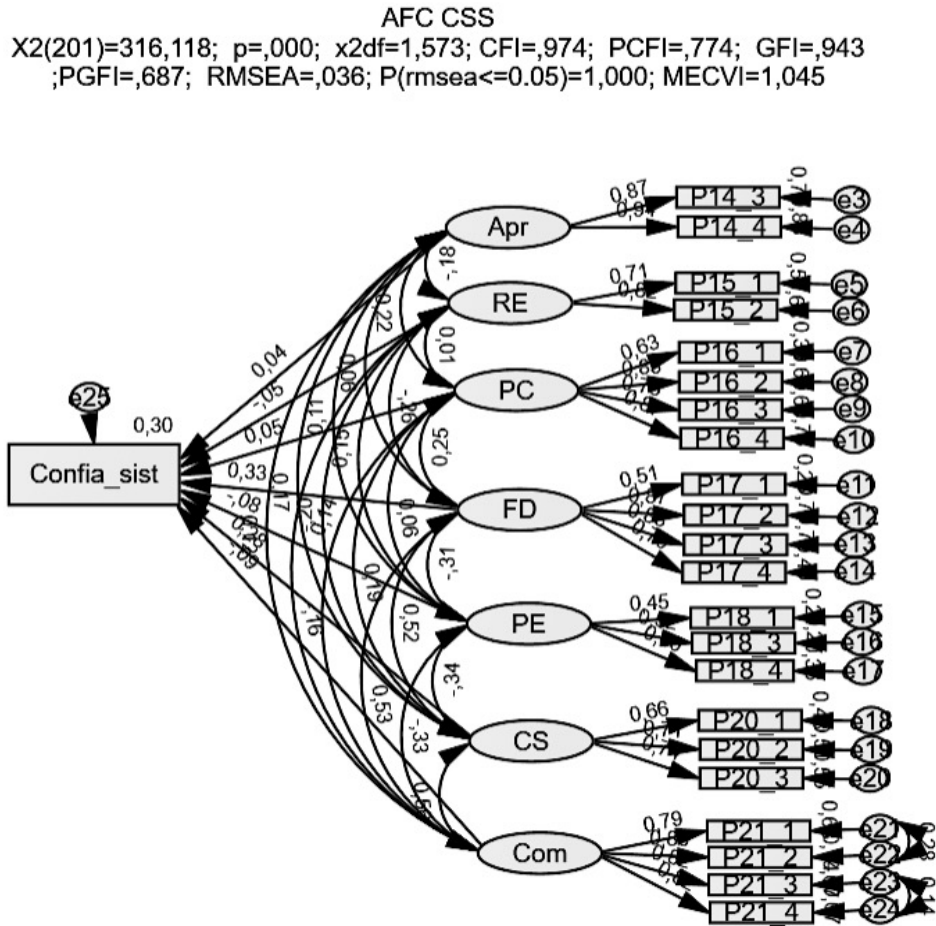
28. Qual o seu grau de confiança no setor Privado da Saúde? *

Não confio Nada	Confio Pouco	Confio	Confio Muito	Confio Totalmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

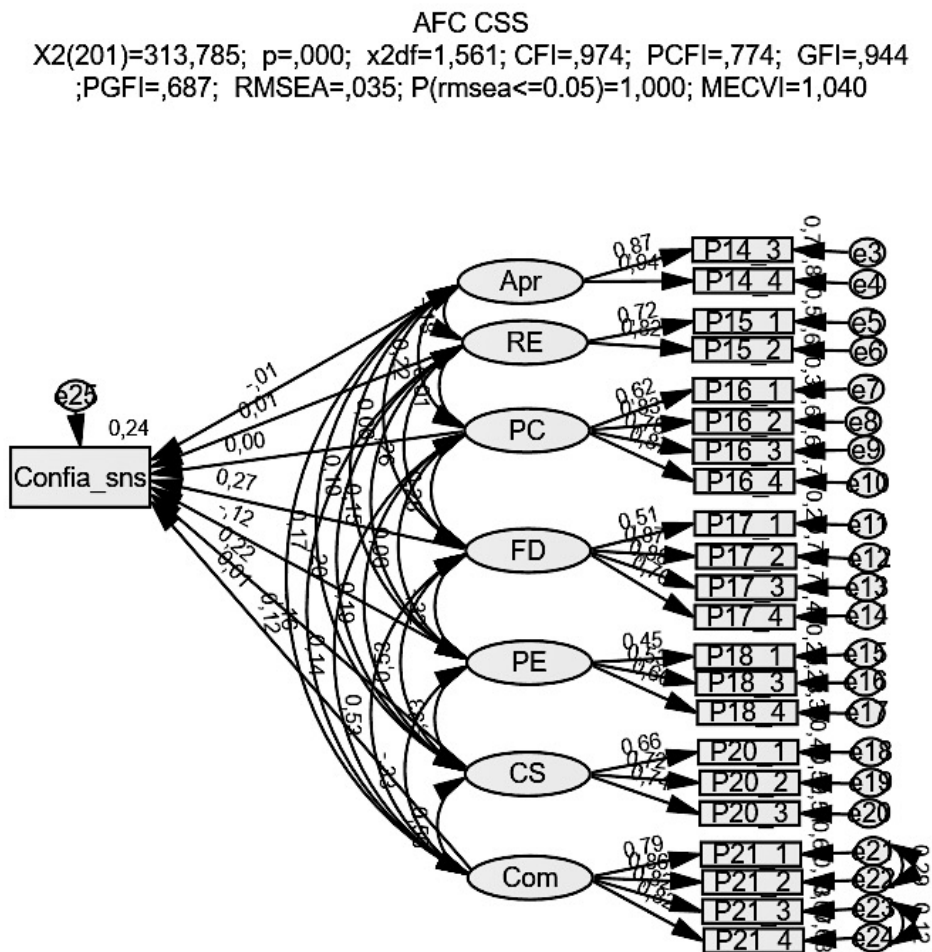
This content is neither created nor endorsed by Microsoft. The data you submit will be sent to the form owner.

 Microsoft Forms

Apêndice B – Modelo Estrutural da Confiança no Sistema de Saúde



Apêndice C – Modelo Estrutural da Confiança no SNS



Apêndice D – Modelo Estrutural da Confiança no Setor Privado

AFC CSS
 X2(201)=326,698; p=,000; x2df=1,625; CFI=,971; PCFI=,772; GFI=,942
 ;PGFI=,686; RMSEA=,037; P(rmsea<=0.05)=,999; MECVI=1,068

