

Esta dissertação utiliza a teoria da Economia Comportamental sobre impaciência nas escolhas intertemporais, com a aplicação do teste de Attema e Lipman (2018), para mensurar os índices de impaciência em decisões relacionadas à saúde de uma amostra de 427 moradores de Florianópolis. Os resultados reforçam a necessidade de considerar que as preferências temporais, bem como as inconsistências, são distintas para domínios diferentes. Essa conclusão traz à tona a necessidade de se fazer mais estudos comparativos e nos quais as preferências sejam isoladas, a fim de sugerir políticas públicas mais adequadas para cada tipo de perfil e assunto. Em conjunto, o contexto em que essa pesquisa foi realizada sugere o quanto os fatores externos podem influenciar o padrão de escolhas intertemporais e levantam a hipótese que o momento em que a coleta foi realizada acabou interferindo no padrão de escolha. Assim, esta pesquisa confirma alguns comportamentos já explorados pela literatura bem como traz novas discussões sobre o comportamento impaciente nas escolhas intertemporais sobre saúde com implicações para Políticas Públicas.

Orientador: Marcello Beckert Zappellini

Florianópolis, 2020

ANO
2020

ANA LUIZE CORRÊA | A IMPACIÊNCIA COMO ENTRAVE PARA POLÍTICAS PÚBLICAS
DE SAÚDE



UDESC

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO E SOCIOECONÔMICAS – ESAG
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
**A IMPACIÊNCIA COMO ENTRAVE
PARA POLÍTICAS PÚBLICAS
DE SAÚDE**

ANA LUIZE CORRÊA

FLORIANÓPOLIS, 2020

ANA LUIZE CORREA

A IMPACIÊNCIA COMO ENTRAVE PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Administração, no Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Marcello Beckert Zappellini

Florianópolis, SC
2020

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da
Biblioteca Setorial do ESAG/UEDESC,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Corrêa, Ana Luize

A impaciência como entrave para políticas públicas de saúde /
Ana Luize Corrêa. -- 2020.

126 p.

Orientador: Marcello Beckert Zappellini

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas -
ESAG, Programa de Pós-Graduação , Florianópolis, 2020.

1. Impaciência. 2. Economia Comportamental. 3. Políticas
Públicas. 4. Saúde. I. Zappellini, Marcello Beckert. II. Universidade
do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências da Administração e
Socioeconômicas - ESAG, Programa de Pós-Graduação . III. Título.

ANA LUIZE CORREA

A IMPACIÊNCIA COMO ENTRAVE PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Administração, no Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Banca examinadora:

Orientador:

Prof. Dr. Marcello Beckert Zappellini
(Universidade do Estado de Santa Catarina)

Membros:

Prof. Dr. Marcos Vinicio Wink Júnior
(Universidade do Estado de Santa Catarina)

Prof. Dr. Eraldo Sérgio Barbosa da Silva
(Universidade Federal de Santa Catarina)

Florianópolis, 10/07/2020.

AGRADECIMENTOS

Eu, que gosto de estudar o tempo, acho muito interessante olhar para atrás e ver que os 2 anos de compromissos que pareciam intermináveis durante o mestrado, hoje, parece que passaram em 2 minutos. Foi tão rápido que percebi que talvez não tenha tido tempo de dizer “muito obrigada” para diversas pessoas que me acompanharam e ajudaram nesta etapa da minha vida acadêmica. Meu agradecimento aqui é por toda a jornada, e não só o fim retratado nesta dissertação.

Em primeiro lugar, se estou concluindo essa pesquisa é porque me permiti começar o mestrado, encorajada pelo meu noivo Luiz Bertoncini a largar meu emprego e a embarcar nesta carreira. Agradeço por ter confiado mais em mim que eu mesma, por dar os melhores conselhos, ser paciente e, principalmente, por mostrar que é possível ser feliz e viver bem a vida mesmo durante uma pós-graduação. Te amo, Amore.

Muito obrigado aos meus filhos do coração, Artur e Vitor, que me distraíram e me divertiram todas os finais de semana, tirando minha cabeça das preocupações e deixando a vida muito mais leve.

Agradeço a meu orientador Marcello Zappellini, por todo o direcionamento e por ter acreditado na minha pesquisa, os professores da ESAG por serem verdadeiros guias na pós-graduação e, principalmente, aos professores de estatística Dinorá e Marcos que me salvaram nos últimos minutos. Obrigada também, Leonardo, Marcos e Sérgio, por aceitarem fazer parte da qualificação e da banca.

Muito obrigada, Débora, Elize e Lilian, que foram amigas e parceiras, tornando o mestrado bem menos desesperante.

Não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que concordaram em responder meu questionário e também aos três alunos, Isabella, Lara e Jader, que aceitaram fazer esta coleta de dados comigo, tornando-a realidade em tão pouco tempo, mesmo com todas as adversidades.

Sei que faltam algumas pessoas e a vocês, não sou menos grata. A gratidão, além do reconhecimento, é estar a postos para devolver a mesma atenção prestada se assim for necessário. Sozinhos não chegamos a lugar nenhum, então: muito obrigada e contem comigo.

“O tempo
Se dilata como um fio
Cordão, elástico, caminho,
Estrada que nos transporta

A gente
Segue o tempo e ninguém nota
Seus caminhos, suas rotas
Por onde o tempo seguiu”

ALCEU VALENÇA

RESUMO

Muitas decisões diárias envolvem uma escolha entre consequência no presente e no futuro. Porém, para minimizar a dor e maximizar o prazer, as pessoas acabam antecipando os resultados por causa de um viés na previsão dos benefícios no longo prazo. A Economia Comportamental vem pesquisando as decisões intertemporais com uma abordagem empírica e desenvolvendo teorias, como a do desconto hiperbólico ou impaciência, para contrapor a racionalidade plena e constante da visão neoclássica. Para as políticas públicas, essas inconsistências no comportamento podem resultar em problemas públicos ou afetar o resultado das políticas como, por exemplo, quando algumas pessoas não se cuidam o suficiente no presente devido a um viés na previsão, mesmo sabendo das consequências no futuro. Assim, esta dissertação utiliza a teoria sobre impaciência nas escolhas intertemporais, com a aplicação do teste de Attema e Lipman (2018), para mensurar os índices de impaciência em decisões relacionadas à saúde de uma amostra de 427 moradores de Florianópolis. A maioria era residente da região central, mas a escolaridade e a idade eram diversificadas e, neste ponto, foi possível superar uma das limitações do estudo de Attema e Lipman (2018). Para cada participante, foi possível mensurar se as decisões foram tomadas de forma constante, sem gratificar o presente ou o futuro, ou se apresentaram inconsistências como o desconto positivo (impaciência decrescente) ou negativo (impaciência crescente). A hipótese “indivíduos impacientes tendem a ter piores hábitos relacionados à saúde” foi aceita com os resultados sobre o IMC, o desejo de praticar esportes e a percepção de que se devia cuidar mais da saúde, que foram relacionados com impaciência decrescente, enquanto a tendência de deixar para depois o que se tem que fazer no momento foi relacionada com a impaciência decrescente. No caso da verificação de: “há perfis com maior propensão de demonstrarem impaciência nas decisões”; a idade foi fortemente relacionada com a impaciência decrescente, ou desconto hiperbólico, visto que teve coeficiente positivo em todos os índices. Além disso, o alto número de índice negativos e igual a zero ressaltam a discussão já levantada por Van Der Pol e Cairns (2000), o que reforça a necessidade de considerar que as preferências temporais, bem como as inconsistências, são distintas para domínios diferentes. Essa conclusão traz à tona a necessidade de se fazer mais estudos comparativos e nos quais as preferências são isoladas, a fim de sugerir políticas mais adequadas para cada tipo de assunto. Em conjunto, o contexto em que essa pesquisa foi realizada sugere o quanto os fatores externos podem influenciar o padrão de escolhas intertemporais e levantam a hipótese que o momento em que a coleta foi realizada acabou interferindo no padrão de escolha da amostra. Assim, esta pesquisa confirma alguns comportamentos já explorados pela literatura bem como traz novas discussões sobre o comportamento impaciente nas escolhas intertemporais sobre saúde com implicações para Políticas Públicas.

Palavras-chave: Impaciência. Economia Comportamental. Políticas Públicas. Saúde.

SUMMARY

Many daily decisions involve a choice between consequences in the present and in the future. However, people end up anticipating results because of a bias in predicting long-term benefits to minimize pain and maximize pleasure. That said, behavioral economics has been researching intertemporal decisions with an empirical approach and developing theories, such as the hyperbolic discount or impatience, in opposition of the full and constant rationality of the neoclassical view. For public policies, these inconsistencies in behavior can result in public problems or affect the outcome of policies, as we see when some people are not sufficiently cared for their health at present due to a bias in the future prognostic, even knowing consequences in long-term. Thus, this research uses the theory of impatience in intertemporal choices, with the application of the Attema and Lipman test (2018) to measure the impatience-index in decisions related to health using a sample of 427 residents of Florianopolis. Most of them live in the central area, but schooling and age were diverse, and at this point, it was possible to overcome one of the drawbacks of Attema and Lipman's study. For each participant, it was possible to measure whether decisions were made consistently, without gratifying present or future, or whether they presented inconsistencies such as positive (decreasing impatience) or negative (increasing impatience) discount. The hypothesis "impatient individuals tend to have worse health-related habits" was confirmed with the results on BMI, the desire to practice sports and the perception that more health care should be taken, which were related to decreasing impatience, while the tendency to putting off what you have to do for the moment was related to increasing impatience. Regarding the hypothesis "there are profiles that are more likely to be impatient", age was strongly related to decreasing impatience, or hyperbolic discount, since it had a positive coefficient in all indexes. In addition, the high number of negative indexes and equal to zero accentuate the discussion already raised by Van Der Pol and Cairns (2000), which reinforces the need to consider that temporal preferences as well its inconsistencies are distinct for different domains. This conclusion highlights the need to carry out more comparative studies which preferences are isolated in order to suggest more appropriate policies for each type of issue. Taken together, the context in which this research was carried out suggests how much the external factors may influence the pattern of intertemporal choices and raise the hypothesis that the world contexts when the research was made ended up interfering in the pattern of choice of the sample. Thus, this research confirms some behaviors already explored in the literature and also brings new discussions about impatient behavior in intertemporal choices about health with implications for public policies.

Keywords: Impatience. Behavioral Economics. Public Policy. Health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Amostra por classificações do IMC	64
Gráfico 2: Percepção quanto à prática de esportes e cuidado com a saúde.....	68
Gráfico 3: Percepção quanto ao desejo de praticar esportes e cuidar da saúde.....	69
Gráfico 4: Percepção quanto ao dever praticar esportes e cuidar da saúde.....	70
Gráfico 5: Percepção quanto à tendência de deixar para depois o que tem para fazer.....	71
Gráfico 6: Tempo para escolhas individuais	72
Gráfico 7: Tempo para escolhas sociais	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de participantes por Centro de Saúde.	59
Tabela 2: Perfil Sociodemográfico.	61
Tabela 3: Amostra por região de residência.	62
Tabela 4: Testes não-paramétricos - perfil sociodemográfico por grupo de usuários e não usuários do SUS.....	62
Tabela 5: Análise descritiva para IMC.	63
Tabela 6: Análise descritiva para atividade Física.	64
Tabela 7: Análise descritiva para consumo de bebida alcoólica.	65
Tabela 8: Hábitos em relação ao fumo de cigarros.	65
Tabela 9: Testes não-paramétricos - hábitos de saúde por grupo de usuários e não usuários do SUS.....	66
Tabela 10: Economia de renda mensal.	67
Tabela 11: Testes não-paramétricos - perguntas de autoconsciência por grupo de usuários e não usuários do SUS.....	71
Tabela 12: Classificação dos índices de impaciência.	74
Tabela 13: Análise descritiva dos índices de impaciência.	75
Tabela 14: Variáveis da regressão logística multinomial.	76
Tabela 15: Análise dos índices de impaciência para escolhas individuais– regressão logística.	80
Tabela 16: Análise dos índices de impaciência para escolhas sociais– regressão logística.	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EC	Economia Comportamental
BIT	<i>Behavioural Insights Teams</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
CRT	<i>Cognitive Reflection Test</i>
QI	Quociente de Inteligência
SAT	<i>Scholastic Achievement Test</i>
ACT	<i>American College Test</i>
MUDC	Modelo de Utilidade Descontada
DI	<i>Decreasing Impatience Index</i>
NOB	Norma Operacional Básica
FNS	Fundo Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
CS	Centro de Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
VIGITEL telefônico	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
AVC	Acidente Vascular Cerebral
OMS	Organização Mundial de Saúde
RRR	<i>Relative Risk Ratio</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
1.1 PROBLEMA	24
1.2 HIPÓTESES	25
1.3 OBJETIVOS	25
1.4 JUSTIFICATIVA	25
2. REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 ECONOMIA COMPORTAMENTAL	27
2.1.1 Principais teorias e repercussão atual	30
2.2 A IMPACIÊNCIA	34
2.2.1 A impaciência nas decisões relacionadas à saúde	37
2.2.2 A mensuração da impaciência para escolhas relacionadas à saúde	40
2.3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	41
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	47
3.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA	47
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	48
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	50
3.3.1 Cálculo do índice de impaciência	52
3.4 COLETA DE DADOS	54
3.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	54
3.5.1 Testes não-paramétricos	54
3.5.1.1 <i>Testes de Wilcoxon e Mann-Whitney</i>	55
3.5.1.2 <i>Teste Qui-quadrado</i>	55
3.5.1.3 <i>Teste de Kruskal-Wallis</i>	56
3.5.1.4 <i>Correlação de Spearman</i>	56
3.5.2 Regressão Logística Multinomial	56
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS	59
4.1 PERFIL DA AMOSTRA	59
4.1.1 Utilização do SUS	59
4.1.2 Perfil sociodemográfico	60
4.1.3 Hábitos de saúde	63
4.1.4 Autocontrole	66
4.1.5 Perguntas de autoconsciência	67
4.2 ÍNDICES DE IMPACIÊNCIA	72
4.3 SÍNTESE DAS HIPÓTESES	84
4.3.1 Discussão	84

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE A - Ferramenta de coleta de dados: questionário completo	99
APÊNDICE B - Testes não-paramétricos - perfil sOciodemográfico por grupo de usuários e não usuários do SUS.....	111
APÊNDICE C - Testes não-paramétricos - hábitos de saúde por grupo de usuários e não usuários do SUS.....	114
APÊNDICE D - Testes não-paramétricos para Economia de renda mensal	116
APÊNDICE E - Testes não-paramétricos - perguntas de autoconsciência por grupo de usuários e não usuários do SUS.....	117
APÊNDICE F - Correlação dos índices de impaciência	120
APÊNDICE G - Testes não-paramétricos para Classificação dos índices de impaciência	122
APÊNDICE H- Teste não-paramétrico para as versões A e B do questionário	123
APÊNDICE I - REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTINOMIAL.....	124
ANEXO A	126

1. INTRODUÇÃO

A racionalidade plena, como um pressuposto central nas ciências sociais, vem sendo discutida já algumas décadas em um debate causado por estudos que também desafiam as teorias de decisão tradicionais (KAHNEMAN, 1994). Nas Ciências Econômicas, a ramificação da Economia Comportamental (EC) é uma resposta a estas discussões por incorporar descobertas empíricas para uma descrição mais realista das escolhas e oferecer a possibilidade de desenvolver melhores modelos econômicos ao adotar ideias de outras ciências sociais, especialmente da psicologia (THALER, 2016).

Baseada em modelos empíricos para explicar as imperfeições sistemáticas da racionalidade, a Economia Comportamental revisou os modelos de escolha levando em conta aspectos comportamentais falíveis, como a força de vontade e o interesse individual, por exemplo (TVERSKY, 1972; CAMERER, 2007), sem contrapor o paradigma predominante, mas encontrando uma forma de ser aceito dentro dele (HEUKELOM, 2014).

Ao analisar situações em que as pessoas tomam decisões indesejadas, os estudos de economia comportamental chegaram a algumas constatações, tal como o fato de as pessoas economizarem para a aposentadoria muito menos do que deveriam. Da mesma maneira, pacientes que precisam usar remédios regularmente podem ser displicentes neste cuidado, mesmo sob o risco de terem problemas graves de saúde (HEUKELOM, 2014). Um dos motivos é que, ao tentar minimizar a dor e maximizar o prazer, as pessoas acabam antecipando os resultados por causa de um viés na previsão dos benefícios no futuro (KAHNEMAN, 1994).

Isso é o que acontece em muitas decisões diárias que envolvem uma escolha entre consequência no presente e no futuro, nas quais a taxa de desconto dos agentes desempenha um papel importante. Na teoria econômica, é previsto que, quanto mais os agentes descontarem o futuro, ou seja, quanto maior sua taxa de desconto, menos eles se engajarão em comportamentos que abstem os benefícios presente em razão das consequências futuras, como acontece na poupança. Empiricamente, estudos das últimas décadas vêm demonstrando como essa taxa de desconto, além de uma inconsistência no cálculo do tempo versus consequências, são relevantes para as decisões (ATTEMA; LIPMAN, 2018).

Essas inconsistências nas decisões intertemporais são descritas pela Economia Comportamental como desconto hiperbólico, ou impaciência, e contrapõem a concepção da Economia Clássica, que pressupõe a racionalidade plena e constante (LAIBSON, 1997). O termo “impaciência”, para este contexto, foi introduzido por Irving Fisher para definir a preferência por uma satisfação antecipada (KOOPMANS, 1960). Muito comum em estudos de

finanças, nos últimos 30 anos a análise do comportamento impaciente adotou uma perspectiva empírica que procura descrever a divergência entre o planejado e o que realmente acontece nas escolhas com consequências futuras e, por isso, mais áreas passaram a seguir esta abordagem (DA SILVA; WALLMAN, 2017).

No caso das Políticas Públicas, em que as consequências se entendem para o futuro, geralmente os custos, riscos e benefícios são somados e avaliados para o valor presente. Por ser diretamente influenciada pelas Ciências Econômicas, esta é outra área que também adotou a discussão de quanto as restrições impostas pelo modelo geométrico trazem para a avaliação das políticas (HARVEY, 1986). Isto acontece porque, com frequência, tanto decisões privadas como as públicas envolvem resultados que ocorrem em diferentes períodos. Nesse sentido, as implicações da impaciência nas políticas públicas decorrem do fato que as distorções nas decisões intertemporais acabam por gerar ações inconsistentes nos indivíduos, que destoam dos comportamentos esperados durante a formulação da política (BLEICHRODT; GAO; ROHDE, 2016).

Assim, a Economia Comportamental representou um grande sucesso e contrapeso para as teorias tradicionais baseadas na economia neoclássica ao classificar problemas e soluções em termos do comportamento (LOEWENSTEIN; CHATER, 2017). Ao perceber que as incoerências nas decisões individuais podiam ter implicações coletivas, teorias da EC começaram a identificar alguns padrões de comportamento que resultam em problemas públicos ou afetar os resultados de programas oferecidos por políticas públicas (HEUKELOM, 2014). Para ilustrar, pode-se dizer que muitas más decisões financeiras, em conjunto, ocasionam o aumento do endividamento de um país e, no caso da saúde, é possível que uma grande proporção de decisões individuais ruins acarrete a sobrecarga de hospitais, por exemplo.

Em relatório do Banco Mundial de 2015, fala-se sobre os motivos pelos quais os governos deveriam se envolver no processo de conformação de escolhas individuais. Neste caso, considera-se que é possível ajudar as pessoas a alcançarem seus próprios objetivos, sem a perda da sua liberdade de escolha, ou seja, é um auxílio para superar a lacuna entre as intenções e as ações. Além disso, nem sempre as preferências imediatas refletem os interesses futuros e as práticas e modelos mentais reforçados pelo meio comunitário podem obstruir escolhas que promovem o bem-estar, isto é, os governos deveriam intervir quando as estruturas e práticas sociais prejudicam a ação e criam ou perpetuam a pobreza.

Em consonância com essas diretrizes do Banco Mundial, os *nudges* - uma definição para alteração na arquitetura de escolha que alteram o comportamento sem impor ou interferir diretamente - vêm sendo adotados por diversos governos (THALER; SUNSTEIN, 2009). Além

disso, os *nudges* podem ser mais fáceis de implementar que as regulações ou incentivos econômicos. Seguindo esta tendência, hoje os Estados Unidos já possuem um grupo governamental formal de estudos comportamentais e a Dinamarca, mesmo não tendo uma unidade centralizada, formou uma rede em que vários departamentos estatais já fazem parte. A União Europeia, Singapura, Canada e outros países também criaram agências para incorporar os *nudges* e a Economia Comportamental nas políticas públicas (LY; SOMAN, 2013). Um dos exemplos mais conhecido é o *Behavioural Insights Teams* (BIT) do Reino Unido, que segue estratégias mostrando como pequenas mudanças no serviço público podem acarretar grandes impactos, tal como conseguir aumentar o número de inscritos no *NHS Organ Donor Register* somente mandando mensagens de incentivo para o registro em um momento marcante (CABINET OFFICE BEHAVIOURAL INSIGHTS TEAM, 2013)

No Brasil, o cenário das políticas públicas de saúde ainda é um pouco diferente, mas muitos avanços já foram conquistados. Junto com o processo de redemocratização na década de 1980, o sistema de saúde passou por uma reforma estrutural que mudou o modelo bismarckiano de seguro social que cobria menos de 50% da população para um modelo beveridgeano de *National Health Service* com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), retratando uma conquista de direitos políticos e sociais que foram consolidados na Constituição de 1988. Até este momento, o direito à assistência estava vinculado ao mercado de trabalho formal urbano e, com o SUS, passou a ser universal (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

O resultado é que hoje os atendimentos do SUS passaram de 30 para 190 milhões, comparando com 1988. Por outro lado, o problema do financiamento é um de seus maiores gargalos e há problemas como demora no atendimento, falta de médicos, enfermeiros e medicamentos (PAIM, 2015). Aliado a isso, cresce o número de alguns problemas de saúde, principalmente relacionados a doenças crônicas não transmissíveis que são decorrentes de mal hábitos (BRASIL, 2020)

Tudo isso vem acontecendo mesmo com a disseminação de que muitos problemas de saúde, como AIDS, doenças do coração a até alguns tipos de câncer, são resultados diretos de comportamentos que podem ter acontecido de 10 a 20 anos antes dos primeiros sintomas. Em relação a isso, avanços tecnológicos e na medicina passaram a explorar até que ponto as pessoas consideram as implicações futuras de suas ações e o resultado são campanhas de saúde para reforçar que fumar, beber e uma má alimentação podem acarretar diversos problemas futuros (STRATHMAN et al., 1994).

Muito se fala sobre o quanto o estilo de vida, que inclui prática de atividade física, alimentação saudável, não fumar e beber álcool, proporciona benefícios tanto para o curto

quanto para o longo prazo. No macro, diminuí também a necessidade de usar o sistema público. Porém, mesmo sendo um senso comum, o número de pessoas que não seguem essas recomendações vem aumentando, conforme dados do *World Health Organization* (SARI, 2017). E este não é um problema só de países subdesenvolvidos. Nos Estados Unidos, por exemplo, quase 100 mil pessoas têm seus membros amputados a cada ano devido a complicações decorrentes do diabetes. Mesmo sendo um problema de saúde facilmente tratado, e a maioria das pessoas que perderam seus membros terem recebido as indicações de medicamentos, essas complicações geralmente acontecem pela falta de tratamento (DATTA; MULLAINATHAN, 2014).

Por que, mesmo com informações, as pessoas nem sempre cuidam da saúde como deveriam? O entendimento dessas motivações é importante não somente para as pesquisas científicas, mas principalmente para a área de políticas públicas. Portanto, é levando em conta essa necessidade que é delineado o propósito desta pesquisa: investigar o comportamento impaciência com implicações em Políticas Públicas.

1.1 PROBLEMA

Levando em conta as contribuições da Economia Comportamental, é possível entender que o fato de algumas pessoas não cuidarem da sua saúde como gostariam pode decorrer dos vieses e imperfeições no comportamento que esta abordagem explica, como por exemplo, a impaciência nas escolhas intertemporais. Portanto, mesmo com a melhoria do acesso e da qualidade de um programa governamental, imperfeições na tomada de decisão podem ser um entrave para políticas públicas de saúde.

Para compreender melhor este problema, pretende-se verificar se o comportamento impaciente apresenta relação com determinados perfis e hábitos relacionados à saúde. Assim, pergunta-se: determinados perfis de moradores de Florianópolis, com mais de 18 anos e usuários do SUS e que apresentam maiores índices de impaciência têm piores hábitos relacionados à saúde?

1.2 HIPÓTESES

A fim de desenvolver uma pesquisa quantitativa baseada na metodologia da Economia Comportamental neste tema, tem-se as hipóteses:

H₁: Indivíduos impacientes tendem a ter piores hábitos relacionados à saúde.

H₂: Há perfis com maior propensão de demonstrarem impaciência nas decisões.

H₃: Moradores de Florianópolis, maiores de 18 anos e usuários do SUS têm menores índices de impaciência que não usuários.

1.3 OBJETIVOS

De acordo com o cenário apontado, esta pesquisa tem por objetivo investigar a relação entre o perfil sociodemográfico, hábitos de saúde e índices de impaciências em uma amostra de usuários e não usuários do SUS, com mais de 18 anos e moradores de Florianópolis, a fim de verificar se a impaciência pode ser um entrave para Políticas Públicas de saúde.

Para este fim, os objetivos específicos serão:

- i. Mensurar empiricamente a impaciência de moradores de Florianópolis com mais de 18 anos utilizando um teste baseado na metodologia de Attema e Lipman (2008);
- ii. Relacionar os índices de impaciência com o perfil sociodemográfico e hábitos de saúde dos grupos estudados;
- iii. Verificar se há grupos específicos com maiores índices de impaciência que outros, classificando os indivíduos entre usuários e não usuários do SUS e relacionando com as outras variáveis do estudo.
- iv. Avaliar como a impaciência pode ser um entrave para políticas públicas de saúde, levando em conta os resultados das análises dos resultados do teste.

1.4 JUSTIFICATIVA

O interesse deste estudo é a investigação do comportamento impaciente, utilizando as ideias sobre escolhas intertemporais desenvolvidas pelos economistas comportamentais da segunda geração (conforme classificação de Da Silva e Wallman, 2017), mais especificamente com a teoria do modelo de desconto hiperbólico. Acredita-se que, entendendo a impaciência nas decisões relacionadas à saúde, é possível utilizar ferramental da Economia Comportamental

como apoio para a construção de políticas públicas mais eficientes, formulando intervenções mais inovadoras e melhorar as já existentes.

Em revisão sistemática feita com os termos *public policy*, *behavioral economics* e *policy instruments* nas bases de dados Scopus, Web of Science, EBSCO Host, ProQuest e Emerald, foram analisados 35 artigos em inglês publicados até 2017, de uma amostra de 109. As análises concluíram que 48% eram da área ambiental, 43% falavam sobre o *nudge* e, com apenas uma exceção, todos os artigos foram publicados após o lançamento do livro “*Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*” de Richard H. Thaler e Cass R. Sunstein, em 2008. Por outro lado, a quantidade de autores distintos aponta uma dispersão na comunidade acadêmica, mostrando que ainda há muito espaço para explorar a Economia Comportamental como um instrumento de política pública (CORREA; ZAPPELLINI, 2019).

Existe também uma lacuna metodológica, demonstrada em uma revisão sistemática realizada como parte da fundamentação desta dissertação. Esta revisão foi realizada nas bases Scopus, Web of Science, EBSCO Host e Emerald, utilizando as palavras-chave *public policy*, *behavioral economics*, *experiment* e *health*. Dentre 113 trabalhos em inglês publicados até 2018, 30 respeitaram os critérios de seleção. Os resultados mostraram que os estudos desta área ainda são isolados, em pequenas escalas e em curto prazo, confirmando algumas constatações da literatura sobre as limitações da área, como apontado também por Trujillo et al. (2015).

Desta forma, percebe-se que é possível contribuir com os estudos de economia comportamental ao utilizar uma teoria ainda pouco utilizada para estudos sobre saúde, tentando suprir esta lacuna metodológica apontada pela revisão sistemática, com a replicação de um teste utilizado por Attema e Lipman (2008). Para área de Políticas Públicas, estudos como este são úteis para *policymakers* pois permitem entender melhor comportamentos que podem se apresentar como entraves para os resultados de uma política.

Além disso, a Economia Comportamental vem despontando como uma importante ferramenta em políticas públicas, ao exemplo da importância dada ao tema em unidades e agências de diversos países (LY; SOMAN, 2013) e em relatório do Banco Mundial em 2015. Portanto, é interessante que as instituições de ensino também passem a adotar essa abordagem em suas linhas de pesquisa, como forma de diversificar as linhas de estudo conforme as tendências das pesquisas internacionais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo apresenta os principais conceitos da pesquisa. Parte-se da abordagem utilizada, a Economia Comportamental, com um breve histórico e contextualização do seu espaço dentro da economia neoclássica. Considera-se essencial entender a sua estrutura de raciocínio, bem como algumas das suas principais teorias, como forma de compreender a importância dos estudos sobre escolhas intertemporais para esta área de estudo e para as Ciências Econômicas em geral. A contextualização situa as pesquisas atuais e mostra a expansão para outras áreas. Já a conceituação de impaciência e o teste proposto para este estudo são desenvolvidos separadamente para o devido aprofundamento na teoria. Por fim, é feita uma contextualização sobre o sistema de saúde pública do Brasil, o SUS, e o panorama atual de seu funcionamento, problemas e algumas alternativas para o futuro.

2.1 ECONOMIA COMPORTAMENTAL

A Economia Comportamental aplica modelos empíricos de imperfeições sistemáticas da racionalidade, incluindo força de vontade e interesse individual, para aprender sobre suas implicações nas decisões dos indivíduos (CAMERER, 2007). Levando em conta os seres humanos previsivelmente irracionais de Dan Ariely (2008), e também considerando uma outra vertente, oriunda principalmente dos trabalhos de Daniel Kahneman e Amos Tversky, que vê um *homo economicus* pouco parecido com o real e nem sempre racional *homo sapiens*, a EC é uma das recentes áreas de estudos comportamentais que contestam a noção tradicional ao oferecer uma perspectiva mais realista. Estas respostas são contraposições à atual fundamentação das Ciências Econômicas, cada vez mais matemática e abstrata e que considera atores racionais e uma busca da maximização, pressupondo a racionalidade completa e abrangente (THALER, 2015).

Os estudos sobre tomada de decisões na economia, contudo, são mais antigos e a vertente neoclássica, ou *mainstream*, ainda considera o modelo tradicional da racionalidade nas decisões como o mais aceito (DA SILVA; WALLMAN, 2017). Para entender melhor o espaço que a abordagem da Economia Comportamental ocupa, é preciso voltar a alguns pontos da história de teorias como escolhas, utilidade e racionalidade nas Ciências Econômicas.

Partindo dos clássicos, Adam Smith investigou a riqueza das nações traduzindo em uma doutrina na qual quanto mais rico um país, maior a felicidade (ou utilidade) de um número maior de cidadãos. Esse objetivo foi amplamente estudado no utilitarismo por pensadores como

Jeremy Bentham e John Stuart Mill e se tornou parte do desenvolvimento de princípios das Ciências Econômicas. Essas generalizações pretendiam mostrar como a economia funciona, e não como deveria funcionar, retratando o que John Neville Keynes chamou de “lado real” versus “lado ideal” (DA SILVA; WALLMAN, 2017).

Os marginalistas, como William S. Jevons, Carl Menger e Leon Walras no século XIX, evoluíram o conceito genérico da riqueza das nações como um todo para a medida de prazer derivada das preferências individuais. Chamada de revolução marginalista, esse movimento fundamentou explicitamente a economia na psicologia da época (HEUKELOM, 2014). Porém, medir a preferência, ou a maximização da utilidade, continuava sendo um problema.

Motivado pelo surgimento do behaviorismo na psicologia, cuja explicação para o comportamento humano eram os estímulos externos, em 1937 Paul Samuelson desenvolveu uma teoria sobre como as pessoas escolhem o que preferem em equilíbrio, ou seja, as preferências são reveladas nas escolhas que fazem (do interno para o externo). Entretanto, apesar da inspiração behaviorista para a possibilidade de mensurar a preferência, o direcionamento contrário de como ela é revelada afastou novamente a economia da psicologia (HEUKELOM, 2014; DA SILVA; WALLMAN, 2017).

Seguindo a abertura de Samuelson, em 1944, os matemáticos John von Neumann e Oskar Morgenstern propuseram os princípios de escolha racional sob risco na forma de axiomas, que são até hoje ensinados em microeconomia (DA SILVA; WALLMAN, 2017). Nessa linha, Friedman e Savage (1948) publicam um artigo com o propósito de sugerir que os comportamentos dos indivíduos ao risco podem ser racionalizados, e em 1976, Gary Becker lançou a teoria da “escolha racional”, onde pressupõe que os agentes humanos têm preferências estáveis e procuram a maximização, na linha da Escola de Chicago nas Ciências Sociais.

O processo de tornar a economia mais rigorosa matematicamente após a Segunda Guerra Mundial evidencia como os economistas perderam a intuição sobre o comportamento humano (THALER, 2016). Movimento contrário, em contrapartida, é observado em outras áreas. Como se vê em 1940 na Universidade de Michigan, onde o psicólogo George Katona divulgou seu entendimento de que há uma economia do comportamento e Ward Edwards iniciou um novo ramo chamado de pesquisa de decisão comportamental. Já em 1950, Herbert A. Simon definiu o conceito de racionalidade limitada (HEUKELOM, 2014), conseguindo sugerir um modelo mais compatível com a realidade e que superou o problema da produção de previsões científicas satisfatórias da visão tradicional (JONES, 2002).

Com o apoio da Russell Sage Foundation na década de 1980, os psicólogos Daniel Kahneman e Amos Tversky começaram um movimento que culminou no que se conhece hoje

como a abordagem da Economia Comportamental, passando a adotar os preceitos da racionalidade limitada, porém diferente das teorias comportamentais que se mostravam como alternativas à dominante escola neoclássica da economia. A diferença é que o aspecto comportamental da teoria destes autores não contrapôs o paradigma predominante, mas encontrou uma forma de ser aceito dentro dele (HEUKELOM, 2014; HEUKELOM, 2007).

A principal contribuição de Kahneman e Tversky foi a ideia de que as imperfeições do mercado também são causadas por comportamentos humanos falíveis (HEUKELOM, 2014). Apesar destes próprios autores atribuírem o sucesso e aceitação de sua teoria a um pouco de sorte, Floris Heukelom (2014) faz um retrospecto de toda teoria da Economia Comportamental e levanta três motivos relacionados à qualidade da teoria. Dois aspectos são relacionados aos tipos de experimentos, que deixaram de acontecer no laboratório, conforme tradição da psicologia, para utilizar questionários a fim de alcançar uma amostra maior e serem mais atrativos estatisticamente; e ao tipo de exemplos, que geralmente usam casos reais e de fácil identificação para os leitores (DA SILVA; WALLMAN, 2017).

Porém, o motivo mais importante, que permitiu que a Economia Comportamental passasse a ser ensinada dentro do *mainstream* da economia, é o que Heukelom (2014) chamou de “*shuffle* metodológico”. Isso significa que, enquanto na psicologia o lado normativo é a regra e o descritivo é a configuração na prática, a economia considera a visão positiva como o real e o normativo como ideal, ou o que deve ser. Assim, Kahneman e Tversky criticaram apenas os aspectos normativos, que para os economistas são os menos importantes, e introduziram seus conceitos sem contrapor diretamente com os axiomas positivos da economia tradicional (DA SILVA; WALLMAN, 2017; TETLOCK; MELLERS, 2002).

É por isso que, apesar da Economia Comportamental ser algumas vezes caracterizada como um tipo de virada de paradigma, é melhor considerá-la um retorno à forma de pensar que a economia tinha no começo. Portanto, como uma abordagem separada, tende a desaparecer. Dessa forma, existe uma possibilidade de a racionalidade limitada desta teoria passar a ser considerada o sexto fator que causa falha de mercado no conceito econômico, junto com poder de mercado, comportamento estratégico, externalidades, bens-públicos e informação assimétrica (THALER, 2016; DA SILVA; WALLMAN, 2017).

Hoje, mesmo com a Economia Comportamental sendo estudada como uma abordagem distinta, o campo das Ciências Econômicas, em geral, é inegavelmente uma disciplina empírica e possui as técnicas estatísticas mais sofisticadas de todas as Ciências Sociais. Comprovando esta ideia, os artigos teóricos caíram de 50,7% das publicações em 1963 para 19,1% em 2011. Portanto, considerando este ponto de vista, a EC pode ser vista como mais uma parte do

crescimento da importância do trabalho empírico na economia, logo, a incorporação dos fatores psicológicos na análise econômica é uma consequência previsível (THALER, 2016).

2.1.1 Principais teorias e repercussão atual

A maior parte das teorias da Economia Comportamental não são inéditas, muitas fazem parte das raízes neoclássicas e outras foram desenvolvidas quando a psicologia ainda não era uma disciplina. É por isso que os primeiros economistas foram considerados os psicólogos da época (CAMERER; LOEWENSTEIN, 2003) e a EC representa uma reunificação dessas duas disciplinas em determinados assuntos em comum (CAMERER, 1999). Por exemplo, em “Teoria dos Sentimentos Morais”, Adam Smith fala do autogoverno e abnegação que fazem parte da natureza que guia a conduta individual em escolhas que envolvem gratificação no presente e consequências futuras. Esta conceituação fundamenta o “*planner*” providente e o “*doer*” míope explorado a algumas décadas por economistas comportamentais (ASHRAF; CAMERER; LOEWENSTEIN, 2005, grifos do autor, p. 132).

Esse modelo *planner-doer*, por exemplo, foi apresentado em 1981 por Thaler e Shefrin, e falava sobre o executor com miopia em oposição ao planejador, com base no problema do comportamento presente que causa restrições no futuro, explorado por Robert H. Strotz na década de 1950 (THALER; SHEFRIN, 1981). Foi entre essas décadas, por causa da impossibilidade de resolver o problema causado pelos desvios no comportamento com as teorias existentes que pesquisadores da área de tomada de decisão e comportamento iniciaram uma revisão mais drástica dos modelos de escolha (TVERSKY, 1972).

Assim, devido a motivação dos estudos comportamentais na tomada de decisão, como disciplina, a Economia Comportamental tem seus mais proeminentes embriões durante a década de 1970 nos trabalhos sobre reversão de preferência de Sarah Lichtenstein e Paul Slovic e os estudos de Daniel Kahneman e Amos Tversky, que desenvolviam o programa das heurísticas e vieses e a teoria do prospecto (HEUKELOM, 2014).

Por reversão de preferência, entende-se a mudança no modo de obter uma preferência para outra com resposta equivalente. Estas alterações, no entanto, violam o princípio da invariância do procedimento que é fundamental na teoria de escolha racional. Um exemplo prático consiste na ancoragem que participantes de uma pesquisa cometiam ao correlacionar seus preços ao que podiam ganhar em uma aposta quando a achavam atrativa ou ao valor que poderiam perder, quando não gostavam da proposta (SLOVIC, 1995).

Como réplica, os economistas experimentais David Grether e Charles Plott fizeram uma série de experimentos para desacreditar as conclusões dos trabalhos comportamentais aplicados à economia. No entanto, a conclusão deles acabou por confirmar que as inconsistências eram mais profundas que uma mera falta de transitividade, sugerindo que não há um princípio de otimização por trás das escolhas humanas, por mais simples que sejam (SLOVIC, 1995; HEUKELOM, 2014). Essa comprovação empírica favorável aos estudos dos psicólogos deu espaço para considerar que existem erros sistemáticos que se repetem de forma previsível em circunstâncias particulares, os chamados vieses (KAHNEMAN, 2012).

Vinculada ao conceito de viés, a heurística tem sua raiz na palavra *heureka* e significa uma simplificação para encontrar respostas mais fáceis, geralmente imperfeitas, para perguntas difíceis (KAHNEMAN, 2012). O termo heurística foi utilizado no começo para representar as respostas intuitivas, dotadas de vieses. No entanto, é possível inferir que este termo advém dos estudos de Herbert Simon, que falava que os seres humanos utilizam *rules of thumb* e heurísticas para tomar decisões. A principal diferença é que Simon previa o ajuste das heurísticas de acordo com o acesso às informações, enquanto para Kahneman e Tversky elas são composições biológicas imutáveis dos indivíduos (HEUKELOM, 2014).

No entanto, entre estes estudos da década de 1970, a teoria com maior repercussão foi a do prospecto, como um modelo descritivo das decisões que envolvem risco. Neste tipo de escolha, os indivíduos tendem a descartar componentes e demonstram preferências inconsistentes quando as informações são apresentadas de forma diferente. Também têm aversão ao risco nas escolhas com ganhos certos e a busca de risco nas perdas seguras, além de atribuir pesos divergentes para perdas e ganhos. E, apesar de ter focado nas questões monetárias, suas conclusões podem ser aplicadas para outras escolhas como, por exemplo, na qualidade de vida ou número de pessoas que podem ser salvas como consequência de uma política pública (KAHNEMAN; TVERSKY, 1979)

Nas últimas décadas, Richard Thaler tem sido um dos autores a avançar de forma mais acentuada as teorias de Kahneman e Tversky, sendo o primeiro economista a desenhar implicações econômicas nas pesquisas comportamentais de decisão, abrindo espaço para outros pesquisadores da área financeira. Seu primeiro trabalho na área, o artigo “*Toward a Positive Theory of Consumer Choice*”, foi publicado em 1980, no *Jornal of Economic Behavior and Organization* (HEUKELOM, 2014). Segundo este estudo, consumidores agem inconsistentemente com a teoria econômica, apresentando problemas de autocontrole, comprometimento, sub ponderação de custos de oportunidade e falha ao ignorar custos irrecuperáveis (THALER, 1980).

Em 1981, Thaler apresenta um experimento precursor sobre o efeito imediatista, que adicionou a questão da temporalidade nas decisões e explicou as inconsistências nas decisões que gratificam o presente, mas com consequências futuras (DE FAVERI, 2017). Isto nada mais é que um reflexo do ceticismo com a teoria de escolha intertemporal de Irving Fisher desde que Eugen von Böhm-Bawerk e Strotz descreveram como as taxas de desconto variam no tempo (THALER, 1981). Esta teoria faz parte da fundamentação básica para a presente dissertação, pois é baseada nas inconsistências das decisões que levam em conta o tempo e, assim, será desenvolvida separadamente na seguinte seção.

Entre os primeiros temas mais estudados na Economia Comportamental, junto com as escolhas intertemporais, está a abordagem dos dois sistemas (HEUKELOM, 2014). O Sistema 1 é automático, inconsistente e suscetível a heurísticas, enquanto o Sistema 2 abrange os processos de inteligência analítica (STANOVICH; WEST, 2000). Essa separação é amplamente utilizada na psicologia cognitiva e, na economia comportamental, as interações desse processo dual explicam as situações em que o cérebro pode levar os indivíduos a enganos, ou seja, decisões inconsistentes com o padrão de racionalidade (KAHNEMAN, 2012). Mais tarde, foram incorporados também os conceitos da neurociência nos quais também se distingue entre processos controlados e automáticos, cognição e emoção (CAMERER; LOEWENSTEIN; PRELEC, 2005).

A abordagem dos dois sistemas motivou pesquisas como as de reflexo cognitivo, relacionando com escolhas intertemporais e aversão ao risco, por exemplo. Seus resultados mostram que os indivíduos com maior habilidade cognitiva se mostram mais propensos ao risco, porém, mais pacientes nos horizontes futuros estudados nas escolhas intertemporais (DOHMEN et al., 2008). Ou seja, são evidências de que as pessoas com maior capacidade cognitiva, em média, vivem e ganham mais e têm respostas mais rápidas, com menor tempo de reação. Tal como são os experimentos feitos com o *Cognitive Reflection Test* - CRT, mostrando que o maior reflexo está relacionado com a capacidade de acionar o Sistema 2 mais rápido, quando necessário, sem cair nas armadilhas do Sistema 1 (FREDERICK, 2005; TOPLAK; WEST; STANOVICK, 2014).

O reflexo cognitivo não é o mesmo que um teste de QI, medida de racionalidade instrumental, mas seus resultados são correlacionados, segundo conclusões de pesquisas. Neste sentido, experimentos nos Estados Unidos mediram sua relação com pontuação do SAT (*Scholastic Achievement Test*) e o ACT (*American College Test*), relacionando o CRT com medidas de desempenho acadêmico (FREDERICK, 2005). Por este motivo, na etapa experimental desta pesquisa, decidiu-se incluir a variável “escolaridade”, não mensurada nas

perguntas sócio demográficas do estudo de Attema e Lipman (2018), utilizando como embasamento estas inferências sobre o reflexo cognitivo.

Após as constatações sobre determinados comportamentos, pesquisas baseadas na Economia Comportamental começaram a estudar como definir programas para evitar consequências negativas dessas inconsistências. Além das já conhecidas conclusões para área financeira, a exemplo das incoerências na maneira de poupar para aposentadoria ou diversificar portfólios, pesquisadores também começaram a abordar outras áreas, como no caso do uso de medicamentos e potenciais custos para saúde. Assim, os economistas comportamentais voltaram a atenção para programas de desenvolvimento e áreas sociais (HEUKELOM, 2014).

Este novo braço da Economia Comportamental surgiu sob a premissa de que alguns erros sistemáticos levam as pessoas a não se comportarem de acordo com seus próprios interesses, e a consequência é uma teoria que amplia o escopo da regulação paternalista governamental. No entanto, a proposta dessas abordagens é uma forma branda de intervenção, como no paternalismo assimétrico, no qual há benefícios para aqueles que cometem as inconsistência, mas não impõem dano ou restrição para aqueles que são racionais (CAMERER et al., 2011).

Nesta linha, existe o conceito de *nudge*, desenvolvido por Richard H. Thaler e Cass Sunstein para definir aspectos da arquitetura de escolha que alteram o comportamento das pessoas sem impor proibições ou interferir significativamente nos seus incentivos econômicos. Compara-se a arquitetura de um prédio, onde a disposição dos elementos irá influenciar em como as pessoas interagem dentro da construção. O mesmo acontece com os elementos para uma escolha, pois “tudo importa” para que se chegue a uma determinada decisão. Assim, para ser *nudge*, tem que ser fácil e barato de evitar, porque não pode implicar em obrigações. Por exemplo, segundo seus idealizadores, colocar as frutas na prateleira na altura dos olhos conta como *nudge*, mas proibir comidas *junk food* não é (THALER; SUNSTEIN, 2009, grifos dos autores, p. 3).

Com base nisto, foi só um passo para que os estudos desta teoria passassem a compreender que o governo pode intervir para influenciar o comportamento das pessoas para que elas sejam mais felizes, saudáveis e vivam mais, ou seja, com vista ao aumento do bem-estar, numa estratégia conhecida como paternalismo libertário. É paternalista porque prega a interferência governamental, mas é libertário por defender que, em geral, as pessoas devem ser livres para fazer o que querem. Assim, é considerado relativamente fraco, suave e não intrusivo, visto que as escolhas não são fixadas, coercivas ou bloqueadas, além de precisar ser transparente para ser considerado como tal (THALER; SUNSTEIN, 2009).

Outro fator atrativo para essas intervenções trazidas pela Economia Comportamental é a boa relação custo-benefício. Entende-se que a compreensão mais realista do comportamento torna possível o aprimoramento de políticas de desenvolvimento. A justificativa para o envolvimento dos governos no processo de conformação de escolhas individuais está na tentativa de ajudar as pessoas a alcançarem seus próprios objetivos, como um fortalecimento de compromissos para reforçar decisões e saudáveis que supera a lacuna entre intenções e ação; porque as preferências e metas nem sempre refletem os melhores interesses e constantemente revelam inconsistências nas decisões intertemporais; e pelo fato de existir modelos mentais que podem obstruir as escolhas que promovam o bem-estar geral (BANCO MUNDIAL, 2015). Neste sentido, é possível perceber que, desde a teoria do prospecto, a Economia Comportamental fornece *insights* para a área de Políticas Públicas, mas com certeza foi o conceito de *nudge* que mais deu visibilidade, possibilitando alternativas de aplicação amplamente exploradas, tanto no setor privado como no público.

Por fim, conclui-se que atualmente a Economia Comportamental apresenta duas formas essenciais. Uma centra-se em métodos experimentais que iluminam aspectos da tomada de decisão econômica, no qual resta o potencial de divergência de comportamentos previstos pelo modelo racional padrão. E uma segunda abordagem, na qual vem sendo mapeado os fenômenos que parecem inexplicáveis pelas abordagens padrão em nível macro. Ambas abordagens ainda têm alguns desafios como, por exemplo, deixar de reduzir para os elementos cognitivos e emocionais a responsabilidade pela divergência, confiando demais em argumentos de plausibilidade para apoiar esta ligação (JONES, 2017).

Além disso, é preciso superar as críticas que a Economia Comportamental não apresenta uma teoria unificada e que deve ser vista como uma disciplina a parte. Neste sentido, as Ciências Econômicas também nunca teve um corpo único e, por isso, espera-se que com o tempo as constatações cada vez mais solidas da área comportamental possam substituir os modelos simplificados que são usados até então pelo *mainstream*, incorporando a EC ao grande campo que chamamos de Economia (CAMERER; LOEWENSTEIN, 2003).

2.2 A IMPACIÊNCIA

A impaciência é muitas vezes associada ao constructo multidimensional da impulsividade, podendo ser interpretada, por um lado, como uma externalização relacionada aos traços de personalidade e à psicopatologia (CARVALHO et al., 2010) e, por outra perspectiva, como uma descrição de um comportamento temporalmente inconsciente, ou seja,

uma inconsistência nas escolhas intertemporais. O segundo conceito configura a impaciência no conceito econômico de desconto, amplamente explorado nas Ciências Econômicas (PEREIRA, 2016) e que fundamenta esta dissertação, pois se parte do pressuposto que a impaciência é o comportamento de indivíduos que privilegiam o presente em detrimento do futuro nas escolhas em que há possíveis implicações no longo prazo.

Com base nessa delimitação, considera-se que, nas situações em que os custos e benefícios de uma decisão são espalhados no tempo, a escolha é definida como intertemporal. Este tipo de decisão é comum e importante, representando desde escolher com quem se casar, comprar ou não uma casa até economizar para a aposentadoria. No entanto, se por um lado a previsibilidade das escolhas individuais é vaga, pois é racionalizada para algum tipo de função utilidade, no caso das decisões financeiras, a teoria econômica consegue fazer previsões testáveis, visto que o desconto do dinheiro pode ser definido por uma taxa. O lógico, então, seria os consumidores manterem suas taxas constantes no tempo e equivalente à taxa de juros, pelo menos. Por outro lado, dependendo do contexto, percebe-se que na prática as taxas podem variar de negativas a centenas por cento (LOEWENSTEIN; THALER, 1989).

É por causa desta importância nos estudos sobre racionalidade que as escolhas intertemporais são estudadas desde o século XIX pelas Ciências Econômicas, cujo foco sempre foi a busca de uma explicação para a sua influência na riqueza, saúde e felicidade. Nesta linha, John Rae foi um dos primeiros economistas a apontar para os fatores sociológicos e psicológicos nas escolhas e, algum tempo depois, Böhm-Bawerk propôs que as pessoas subestimam o futuro de forma sistemática pela incapacidade de imaginar ou pela falta de esforço, iniciando, assim, a modelagem de decisão intertemporal (FREDERICK; LOEWENSTEIN; D'ONOGHUE, 2002).

Atualmente, evidências empíricas apontam que a dimensão temporal é frágil em alguns sentidos, visto que as escolhas são insuficientemente sensíveis ao tempo e essa sensibilidade é maleável. Isto significa que algumas manipulações podem comprometer e outras ressaltam ainda mais os seus efeitos, além do tratamento distinto dado ao tempo, em comparação com outros atributos como dinheiro ou qualidade. Fazendo um paralelo com a variável dinheiro, que dificilmente seria ignorada, o tempo tem um ponto ótimo e, dependendo do contexto, pode ser deixado de lado ou se tornar uma preocupação (EBERT; PRELEC, 2007).

É por isso que diversos fatores e características comportamentais são estudados como influências nas inconsistências das decisões intertemporais. Por exemplo, quanto ao parâmetro “idade”, pesquisas mostram que a falta de experiência de crianças, comparando com adultos, faz com que elas descontem a taxas mais altas (GREEN; FRY; MYERSON, 1994), do mesmo

modo, os mais jovens se mostram menos avessos ao risco que adultos (MOREIRA; MATSUSHITA; DA SILVA, 2010). Soma-se a isto o que fato de que estudos apontam que somente há diferenças neurológicas entre quem tem menos de 25 anos e aqueles que têm mais que essa idade; entre 10 e 20 existe um comportamento imprudente que dificulta a mensuração exata da percepção de risco e o *risk-seeking* também é influenciado por fatores hormonais, como os altos níveis de testosterona (DA SILVA; MATSUSHITA; CARVALHO, 2015).

No caso do gênero, há um aspecto evolucionário explicado pelos ganhos de curto prazo no esforço do acasalamento para homens, enquanto a reprodução bem-sucedida requer cuidados maternos mais prolongados; por outro lado, há um aspecto situacional, em que fatores externos, como ver fotos de mulheres bonitas, aumentavam a taxa de desconto em homens em um experimento de escolhas monetárias. Assim, em vez de considerar a impaciência como um atributo estável da personalidade e comparar as taxas de descontos apenas entre perfis, há evidências de um aspecto facultativo da variação das taxas de desconto (WILSON; DALY, 2004). Nesta linha, encontra-se também estudos como o de Takahashi et al. (2019), que aponta diferenças culturais entre orientais e ocidentais ao utilizar estilos cognitivos holísticos e analíticos, respectivamente, afetando decisões econômicas.

Não obstante, a economia tradicional ainda considera o modelo de utilidade descontada (MUDC), desenvolvido em 1937 por Paul Samuelson como a teoria convencional para escolhas intertemporais, aceito principalmente por sua simplicidade. Neste modelo, toda a discussão sobre os fatores psicológicos dos séculos anteriores, de Rae e Böhm-Bawerk até Irving Fisher, foi resumida em um único parâmetro, a taxa de desconto (FREDERICK; LOEWENSTEIN; DONOGHUE, 2002). É por isso que, assim como a maioria dos modelos econômicos, o MUDC ignora alguns processos cognitivos na arquitetura de escolha, gerando anomalias, ou seja, padrões de escolhas inconsistentes com o modelo tradicional. As falhas na racionalidade são interpretadas como heurísticas ou vieses e resultam de limitações dos agentes, sendo uma das principais causas para a substituição do modelo de racionalidade plena pelo de racionalidade limitada nos estudos de economia comportamental (MURAMATSU; FONSECA, 2009).

Entre as anomalias do MUDC, fala-se do da miopia e efeito imediatista, que são vieses do presente; dos efeitos sinal e posse, que são, respectivamente, a dependência da percepção de perda ou ganho nas preferências intertemporais e a aversão à perda; e do efeito magnitude, que relata o aumento da impaciência nas preferências temporais quando os valores monetários são pequenos (MURAMATSU; FONSECA, 2009). Mesmo assim, aliado com os axiomas de Koopmans (1960) e Koopmans et al. (1964), o MUDC foi considerado o modelo padrão mesmo com as limitações que apresentava.

Considerando as restrições do MUDC e com intuito de oferecer uma explicação e previsões mais acuradas, foi desenvolvido o modelo do desconto hiperbólico, utilizado pela primeira vez por Phelps e Pollak (1968) em uma pesquisa sobre altruísmo geracional. A principal suposição deste modelo é que um indivíduo usa “uma taxa de desconto relativamente alta para curtos horizontes e uma taxa de desconto relativamente baixa para amplos horizontes” resultando em um comportamento de impaciência decrescente (LAIBSON, 1997, p. 445). Em outras palavras, um indivíduo hiperbólico opta por uma gratificação imediata no futuro iminente ou pode, quando a decisão envolve um futuro distante, escolher a postergação do prêmio visando maiores retornos (MURAMATSU; FONSECA, 2009).

Como comprovação empírica, os resultados do estudo precursor de Thaler (1981) mostraram que a taxa de desconto subjetiva na escolha intertemporal é diferente de uma taxa de juros objetiva. Neste experimento, os participantes disseram o quanto exigiriam para aguardar o recebimento de um valor em dinheiro e, em uma outra situação, quanto postergariam um pagamento. Com a taxa de desconto observada nos resultados, concluiu-se que há uma distorção na percepção do tempo, no tamanho da recompensa e no sinal, que representa o ganho ou perda.

Desde os anos 1990, a Economia Comportamental vem ampliando seus estudos para além das finanças. Uma segunda geração de economistas comportamentais passou a reconsiderar os desvios descritivos da norma, na distinção entre preferências reveladas e a real. Essa tendência é bastante perceptível nos trabalhos de escolhas intertemporais de Laibson (1997), que usa tanto experimentos como técnicas estatísticas para descrever os comportamentos inferidos pela observação empírica (DA SILVA; WALLMAN, 2017). O resultado pode ser percebido em uma maior gama de trabalhos experimentais de EC, que abrangem as mais diversas áreas.

2.2.1 A impaciência nas decisões relacionadas à saúde

As inconsistências intertemporais geram interesse para os economistas em especial por causa da sua importância para políticas macroeconômicas e poupança. Já os psicólogos vêm estudando extensivamente nas esferas teóricas e clínicas a sua conexão com a impulsividade e dieta, vício e outros problemas de autocontrole (HOCH; LOEWENSTEIN, 1991). No entanto, as Ciências Econômicas já reconhecem que este é um importante fator para uma análise econômica do bem-estar, isto porque os comportamentos individuais que afetam a saúde impactam o planejamento de longo prazo das políticas da área. Ou seja, os benefícios imediatos

são individuais, como o relaxamento experimentado pelo fumante, mas acarretam consequências não visíveis até um longo prazo e que impactam a sociedade, a exemplo do aumento do risco de câncer e ataque do coração e o custo para o sistema público de saúde (ATTEMA, 2006).

Neste sentido, pesquisas experimentais vêm mostrando essa relação das preferências no tempo com o comportamento, em diversos parâmetros. Por exemplo, em experimento de laboratório para predições de campo, Chabris et al. (2008) exploram comportamentos que envolvem uma troca intertemporal e são associados a preferências intertemporais, incluindo várias medidas como tabagismo, bebida, exercício, nutrição e jogos de azar, além da poupança, empréstimos, riqueza. O estudo mensurou a preferência de 146 indivíduos, recrutados por um anúncio na região de Boston, ao fazerem escolhas binárias entre retorno monetário imediato e atrasado. Os resultados foram correlacionados com um modelo unificado que assume o desvio do comportamento pela taxa de desconto, características que predizem outras classes amplas, como a aversão ao risco, e fatores idiossincráticos, como diferenças legislativas nos estados.

Em Sutter et al. (2013), fala-se também do fumo, consumo de álcool, alimentação saudável, escolhas de carreira, variação de massa corporal, intensidade de exercícios físicos e reflexo cognitivo, tudo isso em um estudo que verifica essas atitudes em 661 crianças e adolescentes ao relacionar o resultados das escolhas binárias na lista do experimento com o comportamento de campo. A ênfase na saúde pretende evitar consequências negativas a longo prazo e é relevante para o desenvolvimento de melhores políticas públicas, que preveem também um impacto futuro no mercado de trabalho e prosperidade econômica.

Para retratar essa relação na prática, cita-se o tabagismo, nas situações em que uma pessoa pode ser ingênua ao repetidamente dizer que irá parar de fumar, mas atrasar acreditando que conseguirá começar amanhã. No caso da nutrição, é possível também que alguém engorde a níveis não saudáveis e não faça nada em relação a isso, continuando a ter uma alimentação descontrolada. A causa pode ser simplesmente porque o prazer de fumar e comer é maior que seus custos ou porque o indivíduo tem problemas de autocontrole (O'DONOGHUE; RABIN, 2011). Nesse sentido, a Economia Comportamental explica porque nossas intenções nem sempre são traduzidas em ações, então, além do auto controle, existe o hábito da procrastinação (DATTA; MULLAINATHAN, 2014).

A exemplo da obesidade, a economia neoclássica a veria como resultado de escolhas racionais de uma vontade consciente de trocar a saúde futura para os prazeres atuais de comer mais e fazer menos exercícios físicos. Nessa perspectiva, não existiriam milhares de pessoas que tentam de alguma forma fazer dieta. O que se vê, na realidade, são inconsistências nas quais

os indivíduos tentam incorporar os hábitos saudáveis, mas acabam abandonando as boas intenções pela gratificação mais imediata devido a fatores situacionais como, nesse caso, a falta de tempo, fome e conveniência. De tal modo, fazendo um paralelo com os estudos de economia comportamental, a teoria do desconto hiperbólico oferecia uma explicação plausível para este problema de saúde, visto que comer é uma atividade de recompensa imediata, enquanto os custos do ganho de peso são atrasados (ROSIN, 2012).

De acordo com a Economia Comportamental, sabe-se que as preferências temporais são importantes para entender algumas das razões pelas quais os indivíduos falham ao se engajarem em comportamentos preventivos para saúde, pois eles envolvem diretamente custos e benefícios que ocorrem em diferentes pontos no tempo. É por isso que as pesquisas da área passaram a abordar como a preferência temporal nas escolhas sobre saúde se relaciona com outras já estudadas a mais tempo, como por exemplo nas questões financeiras (CHAPMAN; COUPS, 1999).

Neste sentido, ainda não ficou claro se os desvios de um modelo de utilidade descontada já explorados para escolhas monetárias são válidos também para essas outras questões de bem-estar. Uma importante diferença é que a saúde não é transferível no tempo, portanto, as escolhas intertemporais não podem ser distorcidas por taxa de juros, investimentos e poupanças (BLEICHRODT; JOHANNESSON, 2001). Um estudo que comparou a impaciência para escolhas financeiras e saúde concluiu que os desvios eram maiores para o segundo parâmetro, além de apresentar uma minoria substancial de desconto crescente, não observado no dinheiro. A pesquisa foi operacionalizada com 75 estudantes universitários que fizeram escolhas binárias em uma lista monetária e outra sobre saúde. Essas evidências sugerem que a preferência temporal é específica para cada domínio (BLEICHRODT; GAO; ROHDE, 2016).

Embora tenha aumentado o número de estudos que exploram a relação entre a orientação temporal e o os comportamentos em saúde, as conclusões ainda são inconsistentes. Geralmente a orientação futura prediz comportamentos saudáveis, como a prática de exercícios físicos, enquanto a orientação presente é relacionada com hábitos não saudáveis, a exemplo de fumar. Mesmo assim, os resultados diferem e ainda não é possível confirmar se acontece parcialmente por causa da variedade de amostras ou se as medidas de variação operacionalizadas também não são compatíveis (VAN BEEK; HANDGRAAF; ANTONIDES, 2017).

A saber, o modelo de utilidade descontada (MUDC), combinado com a preferência de tempo positiva, assume que as pessoas preferem postergar atividades indesejadas, porém, há diversos contextos em que se percebe o contrário. A preferência negativa, por exemplo, reflete situações em que os indivíduos preferem antecipar o cenário ruim por medo. Mesmo assim,

alguns economistas ignoram as opções de impaciência negativa ou igual a zero e a principal implicação é que as políticas ainda consideram que as pessoas irão adiar o indesejável, sem considerar que o pavor para questões de saúde podem originar um comportamento distinto (VAN DER POL; CAIRNS, 2000).

Portanto, para a impaciência relacionada à saúde, é importante considerar os descontos negativos e igual a zero, além do positivo, e investigar se essas são realmente preferências verdadeiras (VAN DER POL; CAIRNS, 2000). Este fato traz à tona também a dificuldade que as análises genéricas de escolhas intertemporais têm em separar a preferência temporal da curva de utilidade (ATTEMA et al., 2010). Assim, sugere-se a metodologia desenvolvida em Rohde (2018) e aplicada por Attema e Lipman (2018), exibidas na seção a seguir.

2.2.2 A mensuração da impaciência para escolhas relacionadas à saúde

Nos últimos anos, tem se mostrado claro que, além da taxa de desconto, entender a inconsistência intertemporal é relevante para muitas decisões. Como ponto de partida, entende-se que é importante desvincular a inconsistência das taxas de desconto nos estudos empíricos, até mesmo para evitar confusões com a curvatura da utilidade (ATTEMA; LIPMAN, 2018).

Com o objetivo de estabelecer uma relação entre a observação empírica e o grau de inconsistência, e isolando a medida de outros fatores de interferência, Attema e Lipman (2018) empregaram o *Decreasing Impatience Index (DI)*, desenvolvido por Rohde (2018) para estimar o quanto os indivíduos apresentam descontos hiperbólicos em comportamentos relacionados à saúde. Esta medida foi inspirada na teoria já conhecida de Prelec (2004) e utilizada por Rohde (2018) para um estudo com incentivos financeiros, mas também com possibilidades de aplicação para outras áreas, como por exemplo, as decisões de saúde.

Estudos como o de Sutter et al. (2013) demonstram que dados sobre as preferências em pesquisas podem prever o comportamento no campo, analisando os níveis de impaciência. Essa pesquisa, assim como a de Rohde (2018) e de Attema e Lipman (2018), mede o quanto a impaciência muda ao decorrer do tempo à medida que as pessoas definem suas preferências em uma série de listas de escolhas monotônicas. Isto é, as preferências na lista com escolhas para o presente devem ser compatíveis com o futuro, caso as pessoas mudem suas preferências nas listas de maior prazo, significa que estão agindo hiperbolicamente, que representa na prática o comportamento impaciente.

Para entender melhor o comportamento impaciente ao longo do tempo, um método comum tem sido estimar os parâmetros de descontos hiperbólicos para cada indivíduo.

Entretanto este método tem, entre os inconvenientes, a desvantagem de captar só graus restritos de impaciência decrescente, excluindo a possibilidade da impaciência crescente, e por considerar uma utilidade linear, confundido ainda mais as medidas entre si (ROHDE; 2018, ATTEMA; LIPMAN, 2018).

Para superar estas dificuldades de mensuração, Rohde (2018) desenvolveu um cálculo para um índice de impaciência (DI), que demonstra o grau em que um agente se desvia do desconto constante, ou seja, o grau em que o indivíduo é inconsistente. Esse estudo mostra que as escolhas não são afetadas pelo nível de impaciência nem pela função de utilidade, mas sim pelas mudanças da impaciência, além de considerar a possibilidade de paciência crescente ou decrescente (ATTEMA; LIPMAN, 2018).

Outra implicação dos estudos de Rohde (2018) e Attema e Lipman (2018) é que os padrões de escolhas inconsistentes são semelhantes para decisões sobre saúde e dinheiro. Além disso, muito tem se falado sobre a impaciência decrescente, porém é necessário explorar mais a fundo nos modelos de desconto a fim de acomodar mais a impaciência crescente. Assim, com base nestas constatações que se escolheu este estudo como a fundamentação para a etapa experimental da presente pesquisa.

2.3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde tem um conceito filosófico, científico e prático, estudado por diversas áreas, mas diretamente ligado como práxis na área de políticas públicas, pois este campo presencia a imprevisibilidade e subjetividade presente nos desafios de montar e equilibrar as estruturas da organização dos serviços de saúde (TEIXEIRA, ORNELAS, 2018). Neste sentido, Almeida Filho (2011) define o conceito prático como todas as ações para o cuidado e atenção para a qualidade de vida e para as carências de saúde, regulado por práticas institucionais dos setores público e privado. Sem deixar de levar em conta que a sociedade espera que exista um setor de saúde que provenha os cuidados necessários por meio de ações individuais e coletivas e isso se estende para o bem-estar em geral, e não apenas a ausência de doenças (PAIM, 2015).

Gestadas em um cenário político e social, as Políticas Públicas têm esse papel da provisão social da saúde em um país e um dos principais atores é o sistema de saúde (TEIXEIRA, ORNELAS, 2018). Este, por conseguinte, é organizado pela sociedade de acordo com as suas crenças e valores, influenciado também por questões sociais. Assim, o modo que cada país identifica os problemas e necessidades de saúde de seu povo é a forma como se busca

explicar e organizar suas estruturas para enfrentá-los, levando as influências econômicas, políticas e culturais (PAIM, 2015).

No Brasil, apesar dos desafios políticos, a situação ideológica sobre saúde dos últimos 30 anos inspirou e abriu espaço para um programa voltado para saúde da família e comunidade. No contexto histórico nacional, a Constituição de 1988 reconheceu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, visto que movimentos de preventivismo e de saúde comunitária que aconteciam no país desde a década de 1960 culminaram em um cenário favorável para a medicina comunitária. Nos anos seguintes, o Plano Real também trouxe um conjunto de políticas que produziram transformações sociais e econômicas. Na conjuntura internacional, houve a crise do capitalismo, os resultados dos *welfare states* na Europa, a criação do *National Health System* no Reino Unido e a política norte-americana da Aliança para o Progresso, voltada para os países pobres da América Latina com o apoio de agências internacionais (BRASIL, 2010).

Assim, o sistema de saúde brasileiro é composto por estabelecimentos e serviços vinculados por organizações públicas e privadas (PAIM, 2015) e seu marco foi em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo debate resultou na inclusão da seguridade social na Constituição de 1988 e na lei 8.090, a Lei Orgânica de Saúde, que iniciou a regulamentação do modelo público de ações e serviços de saúde. Nessa época, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo a transferência dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos municipais (TEIXEIRA, ORNELAS, 2018).

Apesar de existir a mais tempo, foram nas últimas duas décadas que o SUS começou a tomar a sua forma atual. Nesta linha, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 com a proposta de reestruturação do sistema de saúde, fundamentalmente organizando a atenção primária. Em 2010, a estratégia já contava com abrangência de todos os Estados e quase 100% dos municípios e se tornou um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010). Atualmente o PSF é chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) e se tornou a ferramenta que descentralizou o sistema público de saúde, mudando o ponto de vista institucional, gerencial, político e financeiro (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A iniciativa surgiu ao perceber que a população que mais precisava não tinha acesso ao sistema de saúde e partiu de modelos municipais com alternativas que funcionaram neste sentido, como em Porto Alegre, São Paulo, Niterói, Recife, Cotia, no estado de São Paulo, e Planaltina e Mambáí, no estado de Goiás. A proposta começou de forma bastante incompleta e passou por mudanças de governo e crise, assim este aspecto inacabado acabou cooperando para

que muitas contribuições pudessem reorientar o programa durante sua trajetória. Dessa forma, pode-se dizer que a PSF se configura hoje mais como uma política de Estado que de governo e, felizmente, a alternância na gestão federal não produziu rupturas na sua condução (BRASIL, 2010).

Considera-se que o papel dos agentes comunitários de saúde foi um fator principal para o sucesso do programa. O piloto para a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) aconteceu em 1991 no Estado da Paraíba, mas não se tinha muita crença que a proposta pudesse um dia vingar (BRASIL, 2010). Inicialmente a equipe era formada por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários, responsáveis por até 4.500 pessoas, depois passou para 4.000 até chegar a 3.000 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Em 2006, através da portaria nº GM/648, foi implantada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (PINTO; GIOVANELLA, 2018), na qual a atenção básica é caracterizada por ações, no âmbito individual e coletivo, para proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Os princípios instituídos pregam a universalidade, vínculo, acessibilidade, continuidade, cuidado, atenção integral, responsabilização, equidade, humanização e participação social (BRASIL, 2012).

Em 2008 são implementados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), a fim de ampliar a resolutividade das ações e serviços de atenção básica. Foi incorporado às equipes profissionais da saúde de outras áreas e especialidades (PINTO; GIOVANELLA, 2018), como odontologia, acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, médico homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional.

Como resultado, o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), que é validado pelo Ministério da Saúde, mostra que de 2001 a 2016 o número de internações diminuiu de 160 para 66 por 10.000 habitantes. Os ICSAB tiveram queda acentuada também por doenças, sendo por asma (76,6%), gastroenterites (66,5%) e de doenças cardiológicas e cerebrovasculares (57,3%). Em relação ao gênero, o declínio foi maior para sexo masculino, de 18% para 14%, enquanto para sexo feminino foi de 14% para 11% (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Na cidade selecionada para esta pesquisa, Florianópolis, a ESF foi escolhida como eixo central das ações de saúde e foi regulamentada pela Portaria SS/GAB nº 283/2007. Os últimos indicadores divulgados são de 2007 e mostram um incremento de 102% na abrangência da ESF de 2004 até 2007, tornando a cidade uma das 3 capitais com maior cobertura. Quanto aos

resultados, de 2005 a 2007 teve uma diminuição de 24,65% nas internações por causas sensíveis a Atenção Primária e houve também incremento de 30,16% das consultas de 2006 a 2007 (FLORIANÓPOLIS, 2007).

Apesar dos avanços atribuídos à ESF, ainda existem alguns desafios. Por exemplo, existe a questão do financiamento, que diz respeito ao aumento da eficiência alocativa do SUS. Deve-se, ainda, orientar o programa cada vez mais às necessidades da população. Além disso, é preciso articular os pontos de atenção e a gestão, já que ainda há duplicação de modelos de atenção primária com unidades tradicionais, gerando competição pela clientela, dificuldade de vinculação da população, concorrência pela inserção da força de trabalho e gastos adicionais desnecessários (BRASIL, 2010).

É por isso que hoje as opiniões sobre o SUS são diversas. Alguns relacionam com fila e demora para o atendimento, onde pessoas esperam em macas nos corredores de hospitais e pronto-socorro; médicos e empresários da área da saúde falam que o SUS paga mal e ainda há aquelas que dizem que o SUS foi quem deu saúde para todos, porque antes dele o sistema de saúde não era universal e a medicina não atingia a todos igualmente. Essas opiniões são refletidas em números, pois os atendimentos passaram de 30 para 190 milhões de 1988 para hoje, conforme dados do Centro Cultural do Ministério da Saúde, mas na percepção dos usuários falta médico para 47%, enfermeiros para 43% e medicamentos para 37%, 31% reclamam de demora da marcação de consultas e para 29% falta hospitais (PAIM, 2015). Aliado a isso, o país sofre com problemas advindos com a melhoria da qualidade de vida resultante de um crescimento econômico das últimas décadas como, por exemplo, a deterioração nos indicadores de excesso de peso, obesidade, consumo abusivo de álcool e diabetes (BRASIL, 2020).

Como no SUS tudo é grande, é evidente que o financiamento é o seu gargalo (PAIM, 2015). Dessa forma, uma saída é aumentar quantidade de políticas públicas de baixo custo que levam em conta as características comportamentais para aumentar o bem-estar. A exemplo, no Quênia, um problema de baixo investimento em produtos de saúde preventiva encontrou uma solução utilizando a ideia da contabilidade mental, oferecendo uma caixa de metal trancada e uma caderneta. O dinheiro pode ser fungível, mas as pessoas tendem a alocar seus gastos em contas; portanto, bastou dar um incentivo para as categorias fossem realocadas. Pesquisadores observaram que essa iniciativa acarretou um aumento da poupança para compra destes produtos ente 66% e 75% (BANCO MUNDIAL, 2015).

Trazendo para a realidade brasileira, o resultado de experiências baseadas na Economia Comportamental poderia inspirar algumas alternativas para diminuição de custo e melhor

aderência dos usuários de políticas públicas que seriam úteis para o SUS. Por exemplo, no caso dos atendimentos clínico-assistencial providos pelas equipes dos NASFs cujo caráter é preventivo, a sua efetividade depende que os beneficiários tomem as melhores decisões individuais sobre sua saúde, optando por participar do programa e usufruir de seus benefícios. Como teorias da EC mostram que nem sempre essas decisões são as mais adequadas, configurar a ESF como *nudge*, por exemplo, seria uma forma fácil e barata para melhorar os níveis de saúde da população. Neste sentido, levar os agentes de saúde para mais perto do público alvo e a estratégia de descentralização dos postos de atendimento já é uma forma de ajudar os indivíduos a tomarem melhores decisões, portanto, utilizar técnicas de *nudge* seria apenas um reforço para garantir que estes princípios da ESF sejam mais eficientes.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Apresenta-se nesta seção os procedimentos metodológicos utilizados na dissertação. Na parte teórica foram realizadas as pesquisas bibliográfica e documental, a fim de elaborar o referencial teórico, para embasamento das análises de acordo com a literatura especializada e para o levantamento dos dados sobre políticas públicas de saúde no Brasil. O estudo empírico foi realizado em um ensaio fundamentado no ferramental da Economia Comportamental, a fim de mensurar um índice de impaciência, baseado em uma pesquisa realizada por Attema e Lipman (2018), para relacionar com variáveis sociodemográficas e hábitos de saúde, contendo também questões sobre autocontrole e autoconsciência. Além disso, foram incluídas algumas perguntas sobre a utilização do SUS e de serviços de Centros de Saúde, a fim de dividir a amostra entre beneficiários diretos de políticas públicas de saúde e um grupo controle que não se beneficia diretamente.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP/UEDESC) e o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) está registrado na Plataforma Brasil com o número 24884719.2.0000.0118.

3.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Esse estudo é classificado como uma pesquisa quantitativa, pois realiza testes de teorias já existentes e os resultados serão consolidados em proposições causais (BRYMAN, 2004). Além disso, são empregadas técnicas estatísticas para análise e as informações quanto ao comportamento serão expressas em números (LAKATOS; MARCONI, 2008).

O propósito da pesquisa é descritivo, pois pretende descrever características de elementos das amostras e verificar as relações entre variáveis. O ensaio empírico consiste na aplicação de um questionário com perguntas sociodemográficas, hábitos de saúde, autocontrole, questões de autoconsciência e teste para mensuração de índice de impaciência na escolha de tratamentos de saúde intertemporais, seguindo a abordagem da Economia Comportamental. As variáveis dependentes e independentes serão analisadas por meio de testes estatísticos.

Por não ser possível selecionar aleatoriamente os participantes e manipular completamente as variáveis no controle das respostas atribuídas, a pesquisa é delineada como um quase-experimento. Esta definição é aplicada a pesquisas como esta, nas quais algum dos elementos de controle for fraco ou ausente. Outra diferença é que nos experimentos pode-se manipular as variáveis e nos quase-experimentos, apenas observar (GRAY, 2012). Assim,

justifica-se a classificação como quase-experimento, tanto pela tradição da Economia Comportamental de utilizar esta denominação para esse tipo de estudo empírico e, acima de tudo, porque tem como objetivo observar um padrão de comportamento impaciente em escolhas relacionadas à saúde, e não apenas fazer um levantamento das respostas.

A classificação como quase-experimento é fundamentada em Kahneman e Tversky. Esses dois principais autores da área começaram seus estudos através de experimentos realizados com poucos participantes, examinados exaustivamente e de forma controlada, repetindo os procedimentos diversas vezes e fazendo uma entrevista com cada participante no final, na qual tentariam encontrar as causas das singularidades. Entretanto, um dos prováveis motivos para o sucesso de suas teorias foi a mudança dos seus métodos, onde os experimentos deixaram os laboratórios e começaram a ser feitos por meio de questionários com participantes de conferências ou estudantes. Não havia mais as recompensas das simulações, só questões hipotéticas, mas que garantiam a observação das variáveis. Esses avanços foram importantes para diminuir os custos das pesquisas e para se atingir a amostras mais atrativas para análises estatísticas (DA SILVA; WALLMAN, 2017).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

No Brasil, o acesso à saúde é universal, tendo o SUS como a ferramenta para garantir este direito a todos, mantendo o dever nas mãos do governo. Assim, as políticas públicas de saúde impactam, direta ou indiretamente, todos os cidadãos do país. Sendo do interesse de todos, definiu-se como população deste estudo os moradores de Florianópolis maiores de 18 anos. A delimitação territorial foi feita por conveniência, por ser a cidade de residência da pesquisadora. A idade foi escolhida porque aos 18 anos os brasileiros atingem a sua maioridade e, teoricamente, passam a ter responsabilidade por suas escolhas e a cuidar da saúde sozinhos.

Definiu-se essa população com a ideia de comparar um grupo tratamento, que seriam pacientes do SUS, beneficiários diretos de políticas públicas de saúde, e um grupo controle, composto por moradores da cidade que não costumam utilizar os serviços públicos de saúde; a fim de expandir a análise original feita por Attema e Lipman (2018) que somente relaciona o comportamento das decisões no teste, bem como os hábitos de saúde e o perfil dos respondentes.

A escolha dessa população leva em conta que nos últimos 20 anos, apesar dos avanços das técnicas da Economia Comportamental, as constatações desta teoria ainda se baseiam em observações isoladas que são agregadas informalmente por análises distintas. Os dados

empíricos, em sua maioria, estão sendo testados em experimentos bem desenhados, porém em pequena escala, tempo curto e áreas diferentes (TRUJILLO et al., 2015). Pretende-se superar esta limitação com uma amostra mais diversificada, e não apenas com estudantes universitários, como feito na pesquisa de Attema e Lipman (2018).

Para se chegar a estes dois grupo, os participantes seriam alunos da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) que responderiam a pesquisa em sala de aula e pacientes do SUS abordados pessoalmente em Centros de Saúde (CS) de Florianópolis, onde os pesquisadores teriam acesso às áreas internas dos centros, mediante autorização concedida pela Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, conforme disposto no ofício apresentado no Anexo A. Entretanto, em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde declarou Emergência em Saúde Pública devido a disseminação da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19). No Brasil, a Portaria nº 188/GM/MS, de 4 de fevereiro de 2020, declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional. Consoante, por meio do decreto nº 21.340 de 13 de março de 2020, a prefeitura de Florianópolis dispôs sobre medidas para o enfrentamento desta emergência na cidade, incluindo a suspensão das aulas, serviço de transporte público, restrição das atividades econômicas, fechando comércio, diminuindo a operação de indústrias e recomendando o isolamento de todos os moradores. (FLORIANÓPOLIS, 2020). Assim, como resposta a esse decreto e ao plano de contingência do da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2020), os Centros de Saúde restringiram a circulação em suas unidades e por isso a coleta de dados teve que ser adiada indeterminadamente. A UDESC também teve suas aulas suspensas a partir de 17 de março de 2020 (UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2020).

Em respeito às restrições do isolamento social, mas também tentando realizar a coleta de dados aproveitando a oportunidade de pesquisar decisões de saúde neste momento singular da história, optou-se por abordar pessoas conhecidas por telefone e pedir indicações de novos participantes, formando uma amostra não probabilística por bola de neve. O procedimento para este tipo de amostra consiste em identificar alguns elementos com as características desejadas em grupos espalhados em uma grande área, mas que mantêm contato em si para ir aumentando exponencialmente a amostra, fazendo a analogia da bola de neve (CORBETTA, 2003).

Dessa forma, selecionou-se uma amostra composta por moradores de Florianópolis com mais de 18 anos, que responderam voluntariamente às perguntas ao serem abordados pelos pesquisadores por telefone, partindo de pessoas do relacionamento pessoal e seguindo para as indicações destes.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como técnica de coleta, foi utilizado um questionário adaptado para replicação da pesquisa de Attema e Lipman (2018). Esta ferramenta é considerada útil para levantamento de dados em larga escala, pois permite um influxo de dados rápido, possibilita que os participantes completem em qualquer momento, garante o anonimato e é simples para análise de perguntas fechadas (GRAY, 2012). Além disso, conta-se com a vantagem de os testes serem feitos com questionários já aplicados em pesquisas de outros autores e, por isso, já aceitos no meio acadêmico de economistas comportamentais.

Por outro lado, é necessária atenção nas ameaças à validade interna no que tange os procedimentos, aplicação e tratamento (CRESSWELL, 2007), a fim de compensar a falta de controle apresentada pela experimentação por via de questionários e a impossibilidade de aleatoriedade da amostra. Quanto à validade externa, é importante entender que o objetivo deste tipo de análise não é uma generalização para a população em geral, mas a confirmação de comportamentos já identificados pela teoria a fim de melhor entender suas implicações e propor alternativas para as políticas públicas.

Para facilitar a análise dos dados, o questionário foi dividido em um bloco com questões sociodemográficas, hábitos de saúde, autocontrole e autoconsciência e uma etapa final com as seis listas do teste conforme metodologia desenvolvida por Rohde (2019) e Attema e Lipman (2018). O perfil dos participantes foi levantado em 13 perguntas, das quais cinco são sobre a utilização do SUS e, portanto, diferentes do modelo original.

Os hábitos de saúde são abordados em quatro questões sobre ingestão de bebida alcoólica, prática de esportes e fumo, porém, também é possível inferir o IMC – índice de massa corporal – com a altura e peso levantados no perfil. A versão que inspirou esta pesquisa utilizou uma série de perguntas sobre autocontrole conforme estudo de Ameriks et al. (2007), no entanto este bloco foi excluído após o pré-teste por se mostrar muito complicado para participantes com baixa escolaridade e que faziam parte de um dos perfis ansiados. Dessa forma, sobre autocontrole, foi mantida somente uma questão sobre economia de renda mensal.

Ainda no bloco inicial, foram feitas sete perguntas de autoconsciência com respostas em uma escala Likert de oito pontos (de discordo fortemente “1” até concordo fortemente “8”). Estas perguntas prendiam ver a discrepância entre o comportamento atual e um ótimo, conforme percepção do próprio participante, e envolviam a prática de esportes e cuidado com a saúde, finalizando com uma questão que resumia a tendência de deixar para depois o que se tem que fazer no momento.

A etapa para o cálculo do índice de impaciência apresentava situações hipotéticas em que os participantes deveriam fazer escolhas entre dois tratamentos de saúde para um problema crônico de dor nas costas para si mesmos e, em seguida, para um grupo de 50 pessoas, em três listas com tempos diferentes para cada um dos tipos de decisão. Baseia-se no fato que experimentos que envolvem escolhas reais são difíceis de mensurar e quando feitos em laboratórios, nem sempre conseguem reproduzir a realidade. Dessa forma, economistas comportamentais começaram a realizar estudos com questões hipotéticas sob o pressuposto que os indivíduos não têm motivos especiais para disfarçar suas verdadeiras preferências; consolidando o método hipotético como uma alternativa simples para a investigação de uma série de questões sobre escolhas (KAHNEMAN; TVERSKY, 1979)

O estudo de Attema e Lipman (2018) sugeria randomizar estes dois grupos de escolhas para o controle de possíveis efeitos da ordem, assim, foi feito também uma versão B em que as escolhas sociais vinham antes das individuais. Neurologicamente, a área do cérebro que imagina uma escolha no futuro é a mesma que envolve a mentalização de outra pessoa. Ao relacionar esse fato com a teoria de orientação de valor social, pode-se concluir que pessoas mais altruístas, que cuidam mais de outros, acabam também sendo mais pacientes e cuidando mais de si mesmas no futuro (DA SILVA; MATSUSHITA; CARVALHO, 2015). Neste sentido, o objetivo da comparação entre estas duas versões do questionário é verificar se as pessoas que tiveram que pensar nos outros antes, acabaram sendo mais pacientes também em suas decisões individuais.

O bloco com este teste é o que caracteriza a pesquisa como um quase-experimento, já que não pode ser caracterizada como uma *survey*, apesar de utilizar um questionário, pois o objetivo não é fazer um levantamento dos tratamentos que os participantes realmente escolheriam caso tivesse o problema de saúde exposto (dor nas costas crônica). A percepção de dor de cada indivíduo é diferente e não era necessário que os participantes já tivessem vivenciado o problema de saúde relatado. O que realmente se mensura nestas perguntas é o padrão de respostas quando as escolhas envolvem tempos diferentes entre uma gratificação presente e a consequência futura. Para melhor entendimento, na sequência explica-se a metodologia do teste e cálculo do índice, enquanto a versão completa do questionário é apresentada no Apêndice A.

3.3.1 Cálculo do índice de impaciência

O cálculo para o índice de impaciência (DI) desenvolvido por Rohde (2018) e utilizado por Attema e Lipman (2018) isola o nível de impaciência da função utilidade e utiliza como parâmetro uma escolha constante no tempo, ou seja, um indivíduo paciente. No caso do comportamento impaciente, o índice mostra o quanto foi inconsistente, permitindo também valores negativos ao prever uma impaciência crescente.

O DI₁ considera as preferências em resultados temporais $(t, x) \in T \times X$, em que x é resultado no tempo t , T é um subintervalo de $[0, \infty)$ e o conjunto de resultados de X é qualquer subconjunto convexo de \mathbb{R}_m que contém o resultado “nada” ($x = 0$) como referência. Assume-se que \sim é a indiferença (ROHDE, 2018). No estudo de saúde, o resultado de x é a melhoria na saúde, t é o tempo (ATTEMA; LIPMAN, 2018).

Rohde (2018) desenvolve o DI medindo a extensão em que a impaciência muda ao longo do tempo e que pode ser calculado a partir de duas indiferenças, como segue. Para $x, y, \neq 0, s < t, \sigma > 0$, e τ com:

$$(s, x) \sim (t, y) \text{ e} \\ (s + \sigma, x) \sim (t + \tau, y),$$

o índice de impaciência (DI) é definido por:

$$DI = \frac{\tau - \sigma}{\sigma(t - s)}$$

onde as impaciências constante, decrescente e crescente correspondem a um DI de 0, > 0 e < 0 , respectivamente (ROHDE, 2018, p.3).

Aplicando para a área da saúde, Attema e Lipman (2018) realizaram o quase-experimento para verificar o comportamento em uma decisão individual e para um grupo. No teste, os indivíduos deveriam escolher entre dois tratamentos de saúde, A e B, sendo B ligeiramente melhor que A, em três listas distintas para uma escolha pessoal e em outras três listas para uma escolha para um grupo de pessoas, que não inclui a si mesmo e, neste caso, A

¹ A derivação completa do cálculo do DI – *Decreasing Impatience index* – pode ser encontrado em Rohde, Kirsten I. M., *Measuring Decreasing and Increasing Impatience* (2018). <https://doi.org/10.1287/mnsc.2017.3015>

considera 40 indivíduos e B 50 indivíduos, com qualidades de tratamentos iguais. Quanto ao prazo, B traz um atraso (τ) mês a mês, como segue no exemplo abaixo:

Quadro 1: Exemplo de lista de escolhas para teste de impaciência.

Tratamento A		Suas escolhas		Tratamento B	
Estado de Saúde	Tempo	A	B	Estado de Saúde	Tempo
X	Em 0 mês + 1 dia			Y	Em 0 mês + 1 dia
X	Em 0 mês + 1 dia			Y	Em 1 mês + 1 dia
X	Em 0 mês + 1 dia			Y	Em 2 meses + 1 dia
X	Em 0 mês + 1 dia			Y	Em 3 meses + 1 dia

Fonte: Attema e Lipman (2018).

Neste quase-experimento, para obter s , t , τ e σ procede-se da seguinte forma: para qualquer s_i , com $i = 0, 1$ ou 2 , define-se $s_i = s$. Como Rohde (2018), Attema e Lipman (2018) utilizaram as indiferenças $s_0 = 0$, $s_1 = 2$ meses e $s_2 = 4$ meses, mas com unidade meses no lugar de semanas para não causar confusão com o prazo proposto para efeito dos tratamentos A e B na pergunta hipotética. O t é obtido pela indiferença $(s_i : x) \sim (t_i : y)$, com $t = t_i$. Em seguida, define-se σ , que corresponde ao ajuste $\sigma = s_i + 1 - s_i$, referente à indiferença $(s_i + 1 : x) \sim (t_i + 1 : y)$. Por exemplo, considerando $(s, x) \sim (t, y)$, sendo que a escolha de um participante nas três listas individuais foi:

$$(0: x) \sim (5: y)$$

$$(2: x) \sim (8: y)$$

$$(4: x) \sim (13: y).$$

isto significa que $s = 0$ e $\sigma = 2$ para as duas primeiras indiferenças, e $s = 2$ e $\sigma = 2$ para as duas últimas indiferenças. As indiferenças em t serão 5, 8, 13, que representa $t = 5$ e $\tau = 3$. Calculando-se o DI com base nas duas primeiras indiferenças, tem-se $DI-I-02 = 0,1$. Da mesma forma, ao construir o índice DI da segunda e da terceira indiferença, obtém-se $DI-I-24 = 0,25$. Portanto, esse indivíduo seria classificado como tendo impaciência decrescente (ATTEMA; LIPMAN, 2018).

3.4 COLETA DE DADOS

A aplicação dos questionários seria feita pessoalmente nos Centros de Saúde e na Universidade do Estado de Santa Catarina, seguindo o modelo papel e caneta das pesquisas de Rohde (2018) e Attema e Lipman (2018). No entanto, devido às imposições do isolamento social na cidade de Florianópolis decorrente da pandemia de COVID-19 (FLORIANÓPOLIS, 2020), a coleta de dados foi adaptada e feita de forma remota. Junto com a pesquisadora principal, três alunos da Universidade do Estado de Santa Catarina participaram da coleta de dados: Lara Ali Kadri, Isabella Amin Vieira Rocha de Moura Ferro e Jader Luís Fagundes. Além de ajudar na operacionalização, estes estudantes são de centros distintos da universidade, CEART, ESAG e FAED, respectivamente, portanto, ajudaram a diversificar a amostra com indivíduos que a pesquisadora principal não teria acesso. Também foi requisitado indicações para os participantes, com o objetivo de formar a amostra bola de neve.

Os participantes foram abordados por mensagem de texto pelo celular com um convite para responder a pesquisa e combinavam o melhor horário para receber uma ligação e responder por telefone direto para um dos 4 pesquisadores. Algumas pessoas preferiram receber um arquivo do Word para registrar as respostas e, para evitar interpretações distintas das questões, receberam por texto as mesmas instruções que aqueles que responderam por ligação de voz.

3.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

As técnicas de análise e interpretação são procedimentos estatísticos, com o intuito de encontrar as relações entre as variáveis e mensurar se as variáveis independentes causam efeitos nas dependentes. Foi utilizado o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, teste Qui-quadrado, teste de Kruskal Wallis, correlação de Spearman e regressão logística multinomial. As análises foram feitas utilizando os softwares R Studio, SPSS e Stata.

3.5.1 Testes não-paramétricos

Quando as variáveis estudadas não têm distribuição normal ou aproximada à normal, usa-se testes não-paramétricos, também chamados de testes de distribuição livre por não apresentarem requisitos quanto ao conhecimento da distribuição da variável. Estes testes vêm sendo amplamente utilizados nas Ciências Sociais, especialmente quando o objetivo é o estudo do comportamento humano (CALLEGARI-JARQUES, 2003). Nesta dissertação, foram

utilizados os testes de Wilcoxon e sua extensão Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Qui-quadrado e Correlação de Spearman a fim de verificar possíveis diferenças entre as amostras de usuários e não usuários do SUS. A escolha da aplicação destes testes teve o intuito de aumentar o conhecimento sobre as características da amostra para que se fosse selecionado a metodologia mais adequada para a verificação das hipóteses e para se chegar a melhores interpretações dos resultados.

3.5.1.1 Testes de Wilcoxon e Mann-Whitney

Também é chamado de teste da soma dos postos de Wilcoxon-Mann-Whitney porque é uma extensão do estudo de Wilcoxon, cujo objetivo é comparar dois grupos relacionados, quando a variável é mensurada de forma ordinal. O Mann-Whitney é utilizado para testar se duas amostras independentes são advindas de populações com médias iguais. Com o aumento da amostra, a distribuição Mann-Whitney se aproxima de uma distribuição normal e, por isso, é uma alternativa ao teste t . Tem como requisito que as variáveis sejam quantitativas e a sua interpretação quando rejeita a hipótese nula é que não há diferença entre os grupos (FÁVERO et al., 2009).

3.5.1.2 Teste Qui-quadrado

Um teste estatístico baseado na soma das parcelas formadas pelas diferenças entre a frequência observada e a frequência esperada de variáveis distribuídas em categorias, quando resultado de uma distribuição multinomial, de Poisson ou hipergeométrica possui uma distribuição qui-quadrado. Essa constatação resultou em um dos mais importantes testes não-paramétricos, o teste Qui-quadrado, aplicável a variáveis categorizadas (CONTADOR, SENNE, 2016).

Este teste é usado para amostras com variáveis nominais e seu objetivo é avaliar a associação entre elas. No caso da hipótese nula, a interpretação é que não existe diferença entre as frequências, ou seja, as variáveis não são associadas (BARBETTA, 2010). Nessa pesquisa, será utilizado para testar se a frequência observada de um grupo se devia da outra distribuição observada.

3.5.1.3 *Teste de Kruskal-Wallis*

Este é um teste não-paramétrico desenvolvido pela dupla Kruskal e Wallis para comparações que envolvem mais do que dois tratamentos sem a utilização de controle local. O teste considera um conjunto de variáveis aleatórias e independentes, com distribuição contínua, e um modelo com os efeitos de tratamento. A hipótese a ser testada é a de que não há nenhuma diferença entre os efeitos de tratamento (PONTES, 2000).

3.5.1.4 *Correlação de Spearman*

A correlação analisa a associação entre variáveis e é comum nas Ciências Sociais por apresentar a similaridade pela correspondência de padrões. Seu resultado mede a intensidade e a direção entre as variáveis estudadas e leva em conta que elas tenham um relacionamento linear e sejam quantitativas (FAVERO et al., 2009). Assim, é uma medida de associação linear situada entre -1 e 1, indicando, respectivamente, associação negativa perfeita e positiva perfeita (GUJARATI, 2011).

O coeficiente de Correlação por Postos de Spearman é o mais antigo para variáveis mensuradas em nível ordinal. Não deve ser interpretado como as correlações de Pearson, mas existe também uma consideração de índices de monotonicidade, no qual os aumentos positivos no valor de X correspondem a aumento no valor de Y, e para coeficientes negativos, ocorre o oposto. A correlação de Spearman é uma medida não paramétrica que não é sensível a assimetrias na distribuição e à presença de dados discrepantes (LIRA, 2004).

Nesta pesquisa, a exemplo do que foi utilizado no estudo de Attema e Lipman (2018), a correlação de Spearman foi a metodologia selecionada para verificar a associação entre os índices de impaciência.

3.5.2 **Regressão Logística Multinomial**

O termo regressão foi criado por Galton e, de modo geral, é um estudo da dependência de uma variável dependente em relação a uma ou mais variáveis explanatórias. No caso da regressão logística, é a análise que diz respeito a uma função linear de regressores, cuja variável dependente é o logaritmo da razão de chances. A função de probabilidade subjacente ao modelo logit é a distribuição logística. Quando o resultado for positivo, significa que, ao aumentar o valor dos regressores, as chances de o regressando ser igual a 1 também aumentam. O

regressando igual a 1 indica que o evento de interesse vai acontecer. Se negativo, as chances de o regressando ser igual a 1 diminuem à medida que o valor de X aumenta. Em outras palavras, o logit torna-se negativo e cada vez maior à medida que a razão de chances diminui de 1 para 0 e torna-se cada vez maior e positivo quando as chances aumentam infinitamente, a partir de 1 (GUJARATI, 2011).

Já no caso da regressão logística multinomial, utiliza-se quando a variável de resposta tem mais de duas categorias ordenadas ou classificadas, mas também é aceita para situações em que o regressando não é ordenado (GUJARATI, 2011). Esse é o exemplo desta pesquisa, em que as respostas analisadas podiam ser “decrecente”, “constante” e “crescente”, portanto, embora sejam categóricas, não há classificação ou ordem pois têm caráter essencialmente nominal.

A escolha desse método deve-se à possibilidade do cálculo do RRR – *relative risk ratio* – permitindo a avaliação da possibilidade de um indivíduo ser parte de grupo referente. Esta representa a análise principal da pesquisa e foi realizada a fim de verificar as hipóteses de que determinadas decisões e perfis são relacionados com o comportamento impaciente.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

O questionário foi aplicado com 437 participantes, porém quatro pessoas não eram residentes de Florianópolis, três responderam desatentamente, não sendo possível calcular os índices de impaciência, e três participantes devolveram com respostas incompletas. A amostra final é composta de 427 participantes, todos moradores de Florianópolis, com mais de 18 anos e que responderam voluntariamente as perguntas ao serem abordados pelos pesquisadores por telefone em junho de 2020.

4.1 PERFIL DA AMOSTRA

Nesta parte, o perfil da amostra será analisado entre os grupos de usuários e não usuários do SUS em relação ao perfil sociodemográfico, hábitos de saúde, autocontrole e respostas de autoconsciência. Os dados serão avaliados por meio de análise descritiva e testes estatísticos a fim de se entender melhor as características da amostra.

4.1.1 Utilização do SUS

Quando questionados se utilizavam algum atendimento do SUS, 271 participantes responderam que sim. Entre eles, 211 afirmaram também que frequentavam algum Centro de Saúde (CS) da cidade de Florianópolis. Duas pessoas responderam que vão a algum Centro de Saúde, mas não utilizam o SUS, portanto, considera-se que esta inconsistência foi uma desatenção no preenchimento. Assim, tem-se o número total de 271 usuários do SUS, sendo que 213 vão a Centros de Saúde.

Três participantes não informaram o nome do Centro de Saúde que mais frequentam em Florianópolis e, das 210 respostas, categorizou-se por região a fim de ter um parâmetro da representatividade desta amostra quanto a este quesito, conforme Tabela 1.

Tabela 1: Número de participantes por Centro de Saúde (Continua)

Região	Número de participantes por Centro de Saúde	
Central	112	(53,33%)
Continental	25	(11,90%)
Leste	10	(4,76%)
Norte	32	(15,24%)

Tabela1: Número de participantes por Centro de Saúde (Conclusão)

Região	Número de participantes por Centro de Saúde	
Sul	31	(14,76%)
TOTAL	210	

Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os usuários de Centros de Saúde, 11 não informaram o tipo de atendimento que utilizam, 68 usam para apenas vacinação, 95 utilizam somente outros atendimentos oferecidos e 39 frequentam o CS tanto para vacina quanto para outro tipo de atendimento. Além destes serviços, o questionário previa duas perguntas sobre atendimento em grupo e programas de saúde, porém só sete e quatro, respectivamente, responderam que se beneficiam deste tipo de serviço. A ideia de comparar os usuários de programas e atendimentos em grupo vem de uma visão sobre a socialização humana, na qual se fala atualmente sobre a tendência das pessoas se preocuparem e associarem a outras, influenciadas por expectativas sociais, reconhecimento, preocupação com o grupo e normas sociais e padrões de cooperação. Além disso, os indivíduos são, geralmente, cooperadores condicionais e condicionam sua ação à colaboração do grupo. Assim, seria possível analisar as políticas públicas sob padrões coletivos que se auto reforçam (BANCO MUNDIAL, 2015).

4.1.2 Perfil sociodemográfico

O perfil dos participantes pode ser conferido na Tabela 2, na qual são retratados os números de participantes por idade, sexo, escolaridade e se vivem com os pais ou não, em números absolutos e suas respectivas porcentagens em parênteses, também dividindo o grupo entre usuários e não usuários do SUS.

Mais da metade (56%) dos participantes têm menos que 30 anos, 19% têm de 31 a 40, 12% de 41 a 50, 10% de 51 a 60 e 16%, mais que 61. A média da idade é de 33,09 anos e o desvio padrão é 13,17. Quando se observa os grupos de usuários e não usuários, a mesma característica de número decrescente do número de participantes com o aumento da idade se mantém. Quanto ao sexo, 70% era feminino e 30% masculino, no total e, divididos em grupos, manteve-se a proporção maior de participantes mulheres. Sobre a escolaridade, mais de 50%, em todos os parâmetros de análise, tinham Ensino Superior Incompleto ou Completo.

A questão sobre viver com os pais, apesar de estar descrita no perfil sociodemográfico, é uma das perguntas contidas no teste de Attema e Lipman (2018) e faz mais sentido quando

comparada com os índices de impaciência, como uma forma de mensurar se indivíduos que ainda moram com os pais apresentam comportamento diferente nas decisões. Nesta amostra, 31% viviam com os pais e 69%, não viviam, no total.

Tabela 2: Perfil Sociodemográfico

Variáveis	Classificações	Usuário SUS	Não usuário SUS	Total
Idade	De 18 a 30	146 (54%)	92 (59%)	238 (56%)
	De 31 a 40	46 (17%)	35 (22%)	81 (19%)
	De 41 a 50	33 (12%)	18 (12%)	51 (12%)
	De 51 a 60	32 (12%)	9 (6%)	41 (10%)
	Mais de 61	14 (5%)	2 (1%)	16 (4%)
	TOTAL	271	156	427
Sexo	Feminino	201 (74%)	99 (63%)	300 (70%)
	Masculino	70 (26%)	57 (37%)	127 (30%)
	TOTAL	271	156	427
Escolaridade	Fundamental Incompleto	10 (4%)	0 (0%)	10 (2%)
	Fundamental Completo	10 (4%)	1 (1%)	11 (3%)
	Médio Incompleto	4 (1%)	0 (0%)	4 (1%)
	Médio Completo	27 (10%)	11 (7%)	38 (9%)
	Superior Incompleto	89 (33%)	54 (35%)	143 (33%)
	Superior Completo	72 (27%)	48 (31%)	120 (28%)
	Pós-graduação Incompleta	7 (3%)	4 (3%)	11 (3%)
	Pós-graduação Completa	52 (19%)	38 (24%)	90 (21%)
	TOTAL	271	156	427
Vive com os pais?	Sim	79 (29%)	54 (35%)	133 (31%)
	Não	192 (71%)	102 (65%)	294 (69%)
	TOTAL	271	156	427

Fonte: Dados da pesquisa.

Em seguida, compara-se a amostra com a população de Florianópolis usando os dados mais recentes da prefeitura, divulgados em 2015 (POPULAÇÃO, 2015) na Tabela 3, a fim de verificar se os dados são representativos da população. Somente no caso dos moradores da região continental no grupo de “não usuários do SUS” tem uma compatibilidade com a

proporção dos habitantes e a amostra é concentrada na região Central. Estes dados mostram que não é possível fazer generalizações para a cidade de Florianópolis, com as conclusões devendo ser apenas interpretadas para a amostra em estudo.

Tabela 3: Amostra por região de residência

Região	Usuário SUS	Não usuário SUS	Total	Número de habitantes (2015)
Central	139 (51%)	88 (56%)	227 (53%)	103940 (22%)
Continental	34 (13%)	32 (21%)	66 (15%)	98821 (21%)
Leste	31 (11%)	9 (6%)	40 (9%)	82729 (18%)
Norte	31 (11%)	15 (10%)	46 (11%)	100950 (21%)
Sul	36 (13%)	12 (8%)	48 (11%)	83250 (18%)
TOTAL	271	156	427	469690

Fonte: Dados da pesquisa.

A fim de entender melhor a amostra em relação às variáveis apresentadas nas Tabelas 2 e 3, foram realizados alguns testes não-paramétricos (Apêndice B) conforme resultados apresentados na Tabela 4, nos quais se verifica que a diferença entre as amostras não é significativa ($p\text{-valor} > 0,05$) para idade, sexo, “Vive com os pais?” e região, apontando uma diferença apenas para a Escolaridade, ou seja, o perfil sociodemográfico é semelhante tanto para usuários quanto para não usuários do SUS na maioria das variáveis. O objetivo é entender se a amostra conseguiu ser representativa da população em ambos grupos, de usuários e não usuários do SUS. Nesse sentido, é importante que a idade e o sexo sejam semelhantes em toda a amostra e a escolaridade espera-se que seja diferente, conforme resultado desta pesquisa, visto que no Brasil, geralmente, a menor escolaridade é relacionada a menor renda e, por consequência, menos condições para cuidado com a saúde na rede privada. Por outro lado, em relação a técnica de amostragem, verifica-se que possivelmente a seleção acabou canalizando alguns perfis específicos, muito próximo ao perfil de pesquisadoras que participaram da coleta de dados: sexo feminino, próximo de 30 anos, que possuem Ensino Superior ou mais e moradores da região central da cidade.

Tabela 4: Testes não-paramétricos - perfil sociodemográfico por grupo de usuários e não usuários do SUS (Continua)

Variável	Teste	$p\text{-valor}$	Interpretação
Idade	Kruskal-Wallis	0,3644	“Idade” é igual para usuários e não usuários do SUS.
	Mann-Whitney	0,1013	

Tabela 4: Testes não-paramétricos – perfil sociodemográfico por grupo de usuários e não usuários do SUS (Conclusão)

Variável	Teste	<i>p</i> -valor	Interpretação
Sexo	Kruskal-Wallis	0,1805	“Sexo” é igual para usuários e não usuários do SUS.
	Qui-quadrado	0,1532	
Escolaridade	Kruskal-Wallis	0,002317	“Escolaridade” não é igual para usuários e “usuários” do SUS.
	Qui-quadrado	0,002317	
	Mann-Whitney	8.34e-4	
Vive com os pais?	Kruskal-Wallis	0,3898	“Vive com os pais?” é igual para usuários e não usuários do SUS.
	Qui-quadrado	0.389	
	Mann-Whitney	0.2411	
Região	Kruskal-Wallis	0,2275	“Região” é igual para usuários e não usuários do SUS.
	Mann-Whitney	0,8889	

Fonte: Dados da pesquisa.

4.1.3 Hábitos de saúde

Para identificar os hábitos relacionados ao cuidado da saúde, foram feitas algumas perguntas relacionadas à prática de esportes, consumo de bebidas alcoólicas, fumo e peso e altura para cálculo do índice de massa corporal - IMC.

O IMC é calculado dividindo o peso (kg) pelo quadrado da altura (m). O acúmulo de gordura no corpo é consequência de um consumo de energia é maior que o usado para a manutenção e realização de atividades. Como a obesidade aumenta o risco de desenvolver doenças como diabetes, pressão alta, problemas articulares, dificuldades respiratórias e até alguns tipos de câncer (BRASIL, 2009), torna-se um problema público importante a ser estudados por *policymakers*. Nesta amostra, independente do grupo, os valores de média e mediana ficaram dentro do “Peso normal” (IMC ente 18,5 e 24,9), conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5: Análise descritiva para IMC

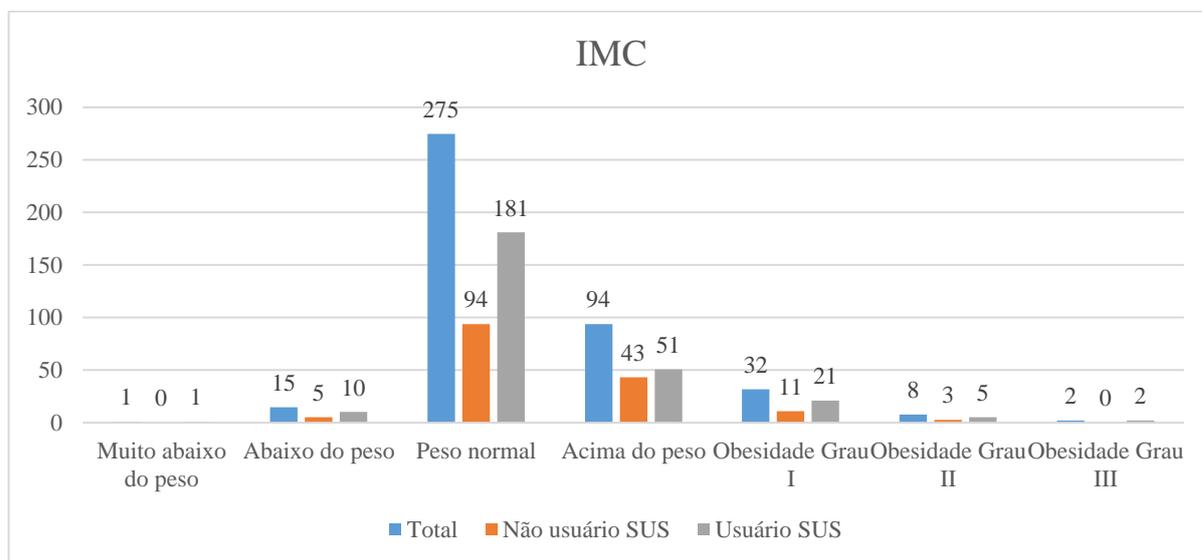
	Amostra	Mediana	Média	Desvio padrão
IMC	Usuário SUS	22,98	24,04	4,61
	Não usuário SUS	23,72	24,28	3,93
	TOTAL	23,39	24,13	4,37

Fonte: Dados da pesquisa.

No Gráfico 1, é possível visualizar melhor essa concentração com a categorização dos participantes em relação às suas classificações de IMC. Esse resultado diverge com os

resultados do levantamento feito em 2017 pelo VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) e divulgados pelo Ministério da Saúde, nos quais mais de metade da população nas capitais brasileiras estava com excesso de peso (BRASIL, 2020).

Gráfico 1: Amostra por classificações do IMC



Fonte: Dados da pesquisa.

A prática de atividade física tem entre seus benefícios reduzir o risco de hipertensão, doenças cardíacas, AVC (acidente vascular cerebral), diabetes e depressão, além do fortalecimento físico, muscular e ósseo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda em torno de 2,5 horas de atividade física semanal. Mesmo assim, no Brasil, metade da população adulta não atinge essa média (BRASIL, 2017). Por outro lado, nesta amostra, 60% praticam mais que o recomendado de atividade física semanal. Quando analisados separadamente, 56% usuário ultrapassaram essa marca e, dos não usuário, 68% praticaram mais que o recomendado. A média de horas de esportes praticada por usuários, não usuários do SUS e o total da amostra são 3,55, 4,27 e 3,81, respectivamente, conforme dados da Tabela 6.

Tabela 6: Análise descritiva para atividade Física

	Amostra	Mediana	Média	Desvio padrão
Média de horas semanais de prática de atividade física	Usuário do SUS	3	3,55	3,58
	Não usuário do SUS	4	4,27	3,79
	TOTAL	3	3,81	3,67

Fonte: Dados da pesquisa.

O consumo de álcool é considerado abusivo quando a ingestão é maior que quatro doses para mulheres e cinco para homens, em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias. O consumo de álcool aumenta o risco de doenças crônicas e agravos, como acidentes e violência (BRASIL, 2020). Nesta amostra, a média de dias semanais em que é consumido bebida alcoólica é menor que 2 e a média de copos por dia é 2,67, 3,3 e 2,9, nesta ordem para usuários do SUS, não usuários e total de participantes. Estes dados podem ser conferidos na Tabela 7.

Tabela 7: Análise descritiva para consumo de bebida alcoólica

	Amostra	Mediana	Média	Desvio padrão
Média de dias semanais que toma bebida alcoólica	Usuário do SUS	1	1,47	1,29
	Não usuário do SUS	1	1,52	1,26
	TOTAL	1	1,49	1,28
Média de copos que bebe nos dias que toma bebida alcoólica	Usuário do SUS	2	2,67	2,32
	Não usuário do SUS	2	3,30	2,70
	TOTAL	2	2,90	2,48

Fonte: Dados da pesquisa.

O tabagismo é a maior causa evitável isolada de mortes no mundo e, no Brasil, é responsável por 428 óbitos diariamente, em um total de 156.216 mortes anuais que poderiam não ter acontecido. Contando o valor gastos em despesas médicas e perda de produtividade, soma-se 59,6 bilhões de reais gastos por ano (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020). O número de fumantes vem caindo desde 2006 e o percentual entre os brasileiros com mais de 18 anos é de 9,8% (BRASIL, 2020). Nesta amostra (Tabela 8), o percentual de fumantes é 6%, 5% e 6%, para usuários, não usuários do SUS e no total. Ao considerar os fumantes ocasionais, por outro lado, somam-se a esses valores mais 9%, 11% e 10%, respectivamente.

Tabela 8: Hábitos em relação ao fumo de cigarros

	Usuário SUS	Não usuário SUS	Total
Fuma todos os dias	16 (6%)	8 (5%)	24 (6%)
Fuma de vez em quando	25 (9%)	17 (11%)	42 (10%)
Não fuma	230 (85%)	131 (84%)	361 (85%)
TOTAL	271	156	427

Fonte: Dados da pesquisa.

Para analisar se os hábitos de saúde eram iguais entre os grupos de usuários e não usuários do SUS, foram feitos alguns testes não-paramétricos e os resultados estão apresentados

na Tabela 9, enquanto as saídas dos testes estão no Apêndice C. Quanto a estas variáveis, os grupos são iguais para o IMC e consumo de bebida alcoólica ($p\text{-valor} > 0,05$), enquanto a hipótese nula foi rejeitada ($p\text{-valor} < 0,05$) nos casos da prática de atividade física e o tabagismo. Como uma das hipóteses de pesquisa considera a possibilidade de diferença no comportamento entre usuários e não usuários do SUS, esses testes foram realizados para investigar se as respostas eram estatisticamente diferentes entre os dois grupos. Esperava-se resultados diferentes entre os grupos como um indicativo de diferenças comportamentais entre usuários e não usuários. O objetivo, no entanto, foi fazer somente uma avaliação preliminar para conhecimento da amostra, para que a avaliação da homogeneidade entre os grupos, visto que a análise dos comportamentos será realizada posteriormente com uma metodologia mais completa que considera todas as variáveis.

Tabela 9: Testes não-paramétricos - hábitos de saúde por grupo de usuários e não usuários do SUS

Variável	Teste	$p\text{-valor}$	Interpretação
IMC	Kruskal-Wallis	0,4065	“IMC” é igual para usuários e não usuários do SUS.
	Mann-Whitney	0,1982	
Prática de atividade Física	Kruskal-Wallis	0,01597	“Prática de atividade física” não é igual para usuários e não usuários do SUS.
	Qui-quadrado	0,008358	
Consumo de bebida alcoólica	Kruskal-Wallis	0,7642	“Consumo de bebida alcoólica” é igual para usuários e não usuários do SUS.
	Mann-Whitney	0,7178	
Fuma cigarros?	Kruskal-Wallis	0,0324	“Fuma cigarros?” não é igual para usuários e não usuários do SUS.

Fonte: Dados da pesquisa.

4.1.4 Autocontrole

Seguindo a metodologia de Rohde (2018), que incluiu uma sessão com questões comportamentais, Attema e Lipman (2018) também usaram como parâmetro as questões de autocontrole baseadas em Ameriks et al. (2007). Essas questões simulavam o recebimento de certificados com prêmios que os participantes deveriam distribuir o usufruto no decorrer do tempo. No entanto, mostraram-se complicadas nos pré-testes para este estudo, realizados em fevereiro de 2020. Assim, manteve-se somente a pergunta sobre economia de renda, que apesar de não ser relacionada com saúde, procura relacionar a forma como a pessoa toma decisões relativas ao planejamento e a restrições no presente com objetivo de benefício futuro. Nesta amostra, mais de 60% economizam renda, em ambos grupos e, também, no total. Conforme

apresentado na Tabela 10, a proporção também é bastante semelhante, tanto dividindo a amostra como no todo quanto dividida em grupos, com uma pequena diferença apenas na média poupada para os “não usuários do SUS”, em que a maior concentração está “de 10% a 20% da renda por mês” e não em “até 10% da renda por mês”, como aparece para os “usuários do SUS”. Para avaliar se as respostas eram estatisticamente diferentes entre os grupos, estes foram comparados com os testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney (Apêndice D) entre quem economiza, não economiza e não tem renda. Sendo que o *p-valor* é maior que 0,05, conclui-se que não há diferenças nessas amostras. No entanto, da mesma forma que os hábitos de saúde, esperava-se que as atitudes quanto a economia fossem diferentes, mas estes testes servem apenas para um conhecimento da amostra e o comportamento será avaliado e comparado com a impaciência somente na análise principal da pesquisa.

Tabela 10: Economia de renda mensal

Você costuma economizar parte da sua renda?	Usuário SUS	Não usuário SUS	Total
Sim	168 (62%)	110 (71%)	278 (65%)
Em média, até 10% da renda por mês.	64 (38%)	38 (35%)	102 (37%)
Em média, de 10% a 20% da renda por mês.	60 (36%)	43 (39%)	103 (37%)
Em média, mais de 20% da renda por mês.	44 (26%)	29 (26%)	73 (26%)
Não	75 (28%)	35 (22%)	110 (26%)
Não tem renda	28 (10%)	11 (7%)	39 (9%)
TOTAL	271	156	427

Fonte: Dados da pesquisa.

4.1.5 Perguntas de autoconsciência

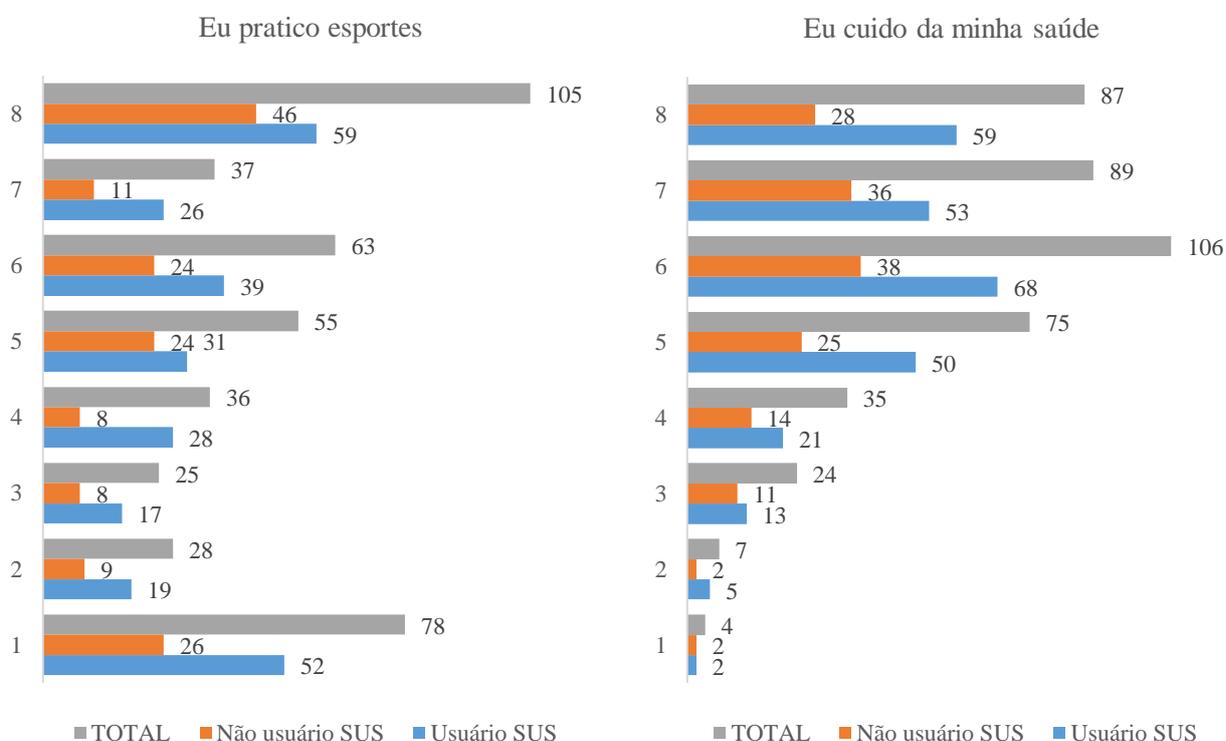
As perguntas de autoconsciência seguem o padrão de Rohde (2018) e Attema e Lipman (2018), com questões sobre prática de esporte, cuidado com a saúde e procrastinação nas tarefas, nas quais as respostas eram uma escala Likert de oito pontos, de discordo fortemente a concordo fortemente. Nestas questões, os participantes escolheriam uma opção para refletir o que eles achavam em relação ao que fazem, o que desejam e o que deveriam fazer e, por consequência, refletem sua consciência sobre o problema de autocontrole.

Os três gráficos a seguir mostram a resposta da escala Likert de 8 pontos no eixo vertical, sendo que, de cima para baixo, 8 representa a resposta de maior concordância e vai até 1, que

representa a escolha com maior discordância dos participantes em relação ao assunto abordado no título de cada gráfico. O número total de respostas para cada grupo é apresentado nas barras horizontais, de cima para baixo, na seguinte ordem: em cinza, o número total de ocorrências, em laranja o total de respostas dos não usuários e, em azul, o total de respostas dos usuários do SUS. Os gráficos com as respostas sobre esportes e saúde são colocados lado a lado para uma comparação visual do padrão das respostas na escala de 8 pontos.

No Gráfico 2, compara-se a percepção quanto à prática de esportes e o cuidado com a saúde. No caso da atividade física, a maioria pratica esportes, mas a dispersão pelas outras opções é maior, comparado com a questão sobre cuidado com a saúde. Mesmo assim, a maior parte percebe que cuida da saúde e por isso selecionou mais as opções 5, 6, 7 e 8.

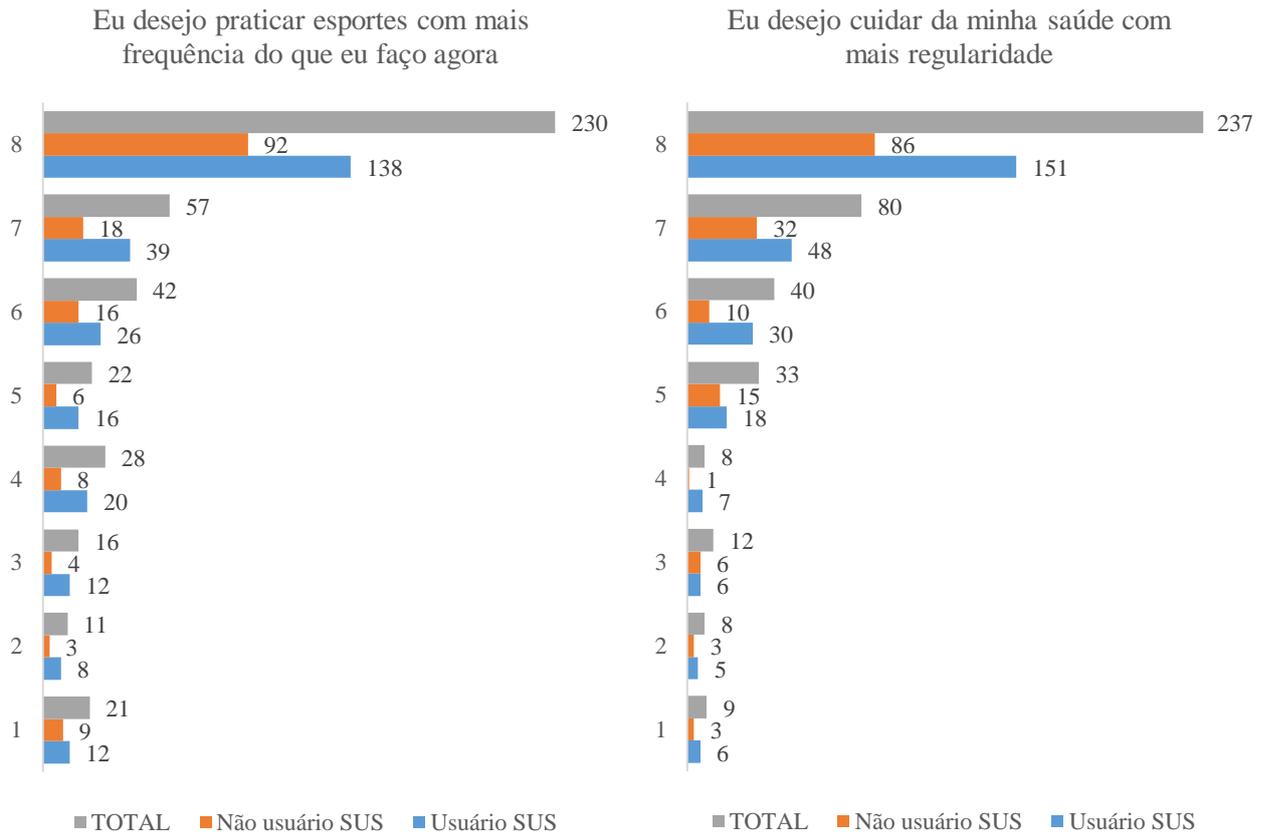
Gráfico 2: Percepção quanto à prática de esportes e cuidado com a saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

No Gráfico 3 é relatado as respostas quanto ao desejo de cuidar da saúde, assim como nos gráficos anteriores. Nesse caso, percebe-se que a concentração é muito maior na opção 8 (concordo fortemente), mostrando que os participantes desejam ter os hábitos de praticar esportes e cuidar da saúde com mais regularidade.

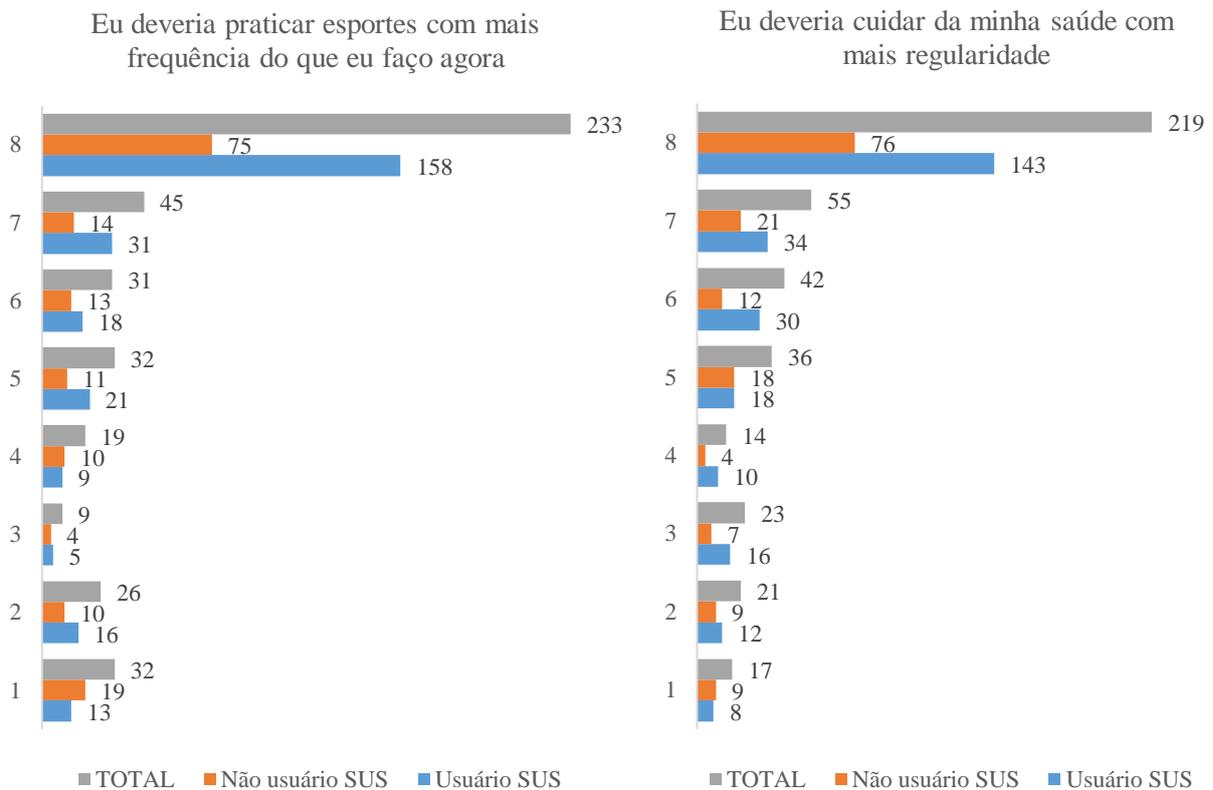
Gráfico 3: Percepção quanto ao desejo de praticar esportes e cuidar da saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Assim como nos Gráficos 2 e 3, o Gráfico 4 mostra a resposta dos participantes em relação ao que eles acham que deveriam fazer em relação ao esporte e ao cuidado com a saúde. A tendência das respostas é semelhante aos gráficos anteriores, porém, com um pouco mais de casos nas primeiras opções (1, 2 e 3). Isso pode refletir que parte dos participantes acredita que pratica de esportes e cuida da saúde o suficiente, mas acham que deveriam se exercitar e se cuidar ainda mais.

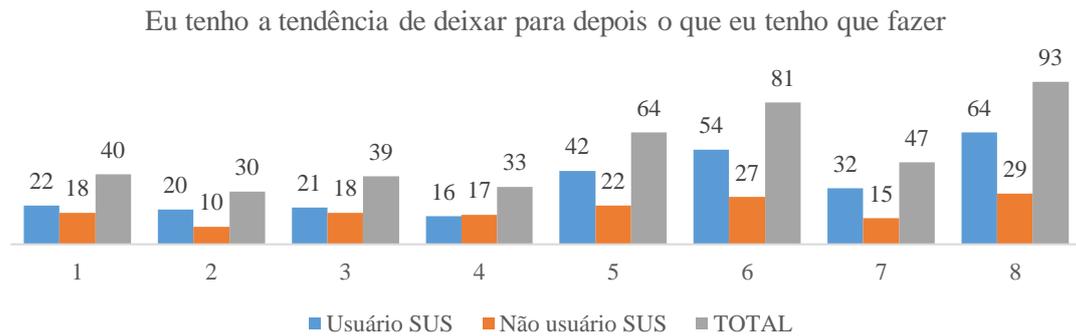
Gráfico 4: Percepção quanto ao dever praticar esportes e cuidar da saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

A última pergunta deste bloco questionava se os participantes achavam que tinham a tendência de deixar para depois o que tinham para fazer no momento. Esta é uma percepção pessoal de inconsistência temporal e, apesar de ser genérica, reflete também se a pessoa deixa de ter hábitos saudáveis hoje, mesmo sabendo ser necessário, apenas desejando e deixando para depois. Esta pergunta, por não ter outra para comparação, é apresentada em um único gráfico de barras onde a escala de 1 a 8 (de discordo fortemente a concordo fortemente) é representada no eixo horizontal e as barras com as respostas de usuários, não usuários e total de respostas são apresentadas na vertical nas cores azul, laranja e cinza, respectivamente. No Gráfico 5, é possível perceber que a tendência das respostas segue para as opções mais altas, ou seja, as pessoas admitem que procrastinam. Este resultado diverge da percepção sobre a prática de esportes e cuidado com a saúde apresentada nos gráficos anteriores. Isso pode ter acontecido porque os participantes falsearam as respostas antecedentes, falando aquilo que achavam certo, e não o que realmente fazem na prática, ou eles podem ter os hábitos saudáveis apesar da tendência de deixar para depois as atividades que precisam fazer no momento.

Gráfico 5: Percepção quanto à tendência de deixar para depois o que tem para fazer



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto às perguntas de autoconsciência, também foram feitos testes não-paramétricos para comparação da amostra (Apêndice E), visto que são os mais indicados para saber se os grupos são semelhantes quando as respostas vêm de uma escala Likert. O objetivo, no entanto, é o mesmo dos testes realizados para as perguntas sobre hábitos de saúde e autocontrole. A conclusão é que não há diferenças entre os grupos de usuários e não usuários para nenhuma das questões, conforme Tabela 11.

Tabela 11: Testes não-paramétricos - perguntas de autoconsciência por grupo de usuários e não usuários do SUS

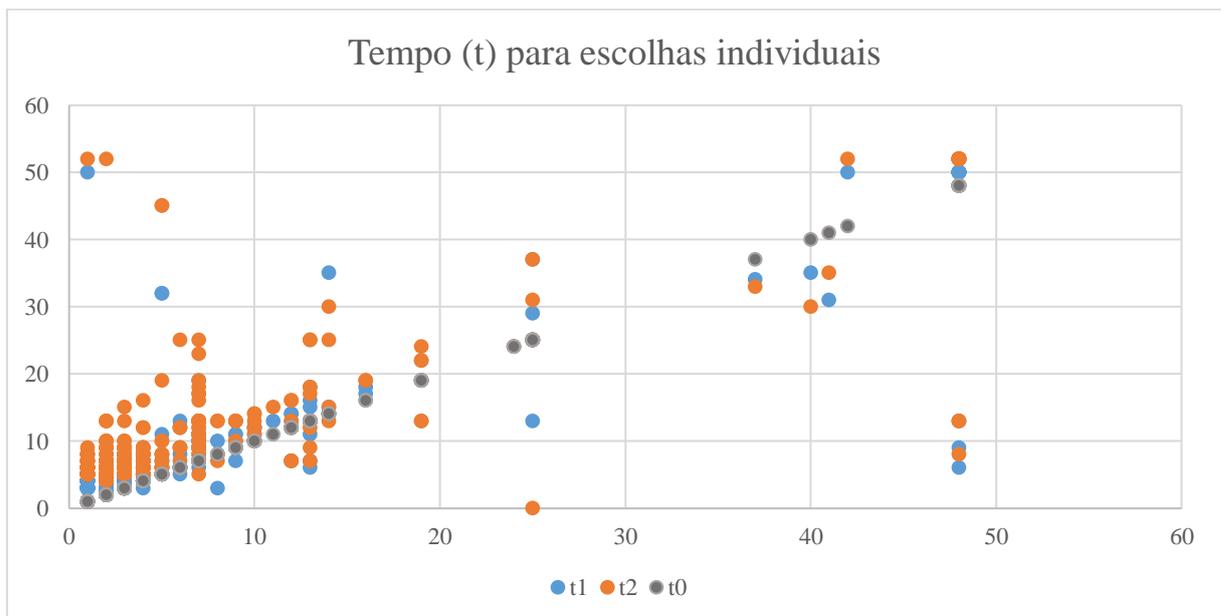
Variável	Teste	<i>p-valor</i>	Interpretação
Pratico esportes	Kruskal-Wallis	0,1883	“Pratico esportes” é igual para usuários e não usuários do SUS.
	Mann-Whitney	0,09971	
Desejo praticar esportes	Kruskal-Wallis	0,3277	“Desejo praticar esportes” é igual para usuários e não usuários do SUS.
	Mann-Whitney	0,1339	
Deveria praticar esportes	Kruskal-Wallis	0,07405	“Deveria praticar esportes” é igual para usuários e não usuários do SUS.
Cuido da saúde	Kruskal-Wallis	0,8035	“Cuido da saúde” é igual para usuários e não usuários do SUS.
	Mann-Whitney	0,5548	
Desejo cuidar da saúde	Kruskal-Wallis	0,6961	“Desejo cuidar da saúde” é igual para usuários e não usuários do SUS.
	Mann-Whitney	0,9652	
Deveria cuidar da saúde	Kruskal-Wallis	0,5085	“Deveria cuidar da saúde” é igual para usuários e não usuários do SUS.
	Mann-Whitney	0,2985	
Tendência de deixar para depois	Kruskal-Wallis	0,1083	“Tendência de deixar para depois” é igual para usuários e não usuários do SUS.

Fonte: Dados da pesquisa.

4.2 ÍNDICES DE IMPACIÊNCIA

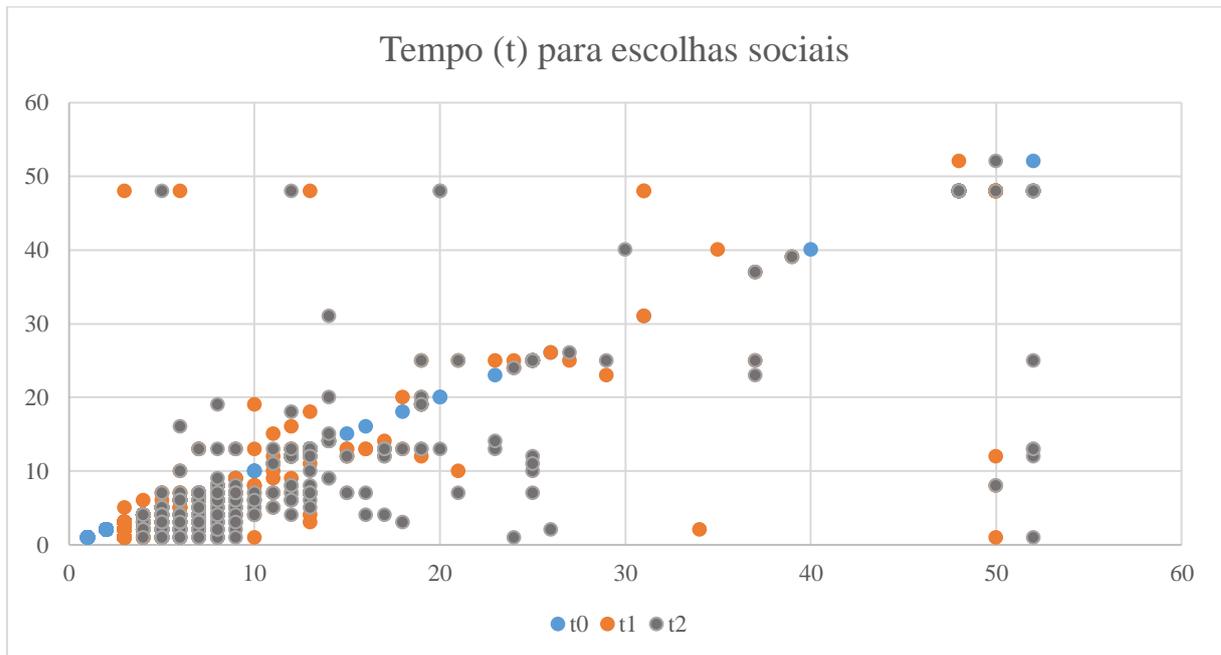
O índice de impaciência é calculado com base nas escolhas dos participantes entre dois Tratamentos, sendo B melhor que A, em tempos diferentes. A opção A tinha o tempo de início constante e B tinha um atraso mês a mês, sendo que os participantes escolheriam a opção B até o ponto que achavam demais a espera e, assim, partiriam para a escolha de A. As escolhas eram feitas em três listas distintas, com tempos de início em 0 mês, 2 meses e 4 meses, conforme metodologia apresentada na seção 3.3.1. A exemplo do apresentado em Rohde (2018), os Gráficos 6 e 7 apresentam a frequência do número de resposta em cada um dos meses em que os participantes trocaram do tratamento B para A, sendo que t_0 apresenta as respostas da lista com início em “0 mês”, t_1 é em “2 meses” e t_2 é em “4 meses”. Comparando com o estudo de Rohde (2018), a maior concentração das escolhas também é nos primeiros meses, por outro lado, mais participantes da amostra desta dissertação apresentaram esperas maiores, sendo que a dispersão das escolhas sociais também foi maior. O intuito desta análise é verificar a quantidade de participantes que escolheu cada mês para a mudança do Tratamento B para o A, dando indicativos tempo máximo que um indivíduo esperaria por um tratamento. O fato desta pesquisa mostrar esperas e dispersão maiores pode indicar tanto características locais quanto do contexto em que foi feito a coleta de dados.

Gráfico 6: Tempo para escolhas individuais



Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 7: Tempo para escolhas sociais



Fonte: Dados da pesquisa.

Os índices de impaciência foram calculados, conforme pesquisa de Attema e Lipman (2018), comparando as escolhas dos participantes no presente e em dois meses (02) e em 2 e 4 meses (24). Também foram feitas escolha individuais (D-I) e para um grupo (D-S). Dessa forma, foram mensurados quatro índices, D-I-02, D-I-24, D-S-02 e D-S-24, nos quais se optou por utilizar os mesmos rótulos que o estudo modelo para facilitar a comparação dos resultados.

A Tabela 12 classifica o número de respostas em constante, decrescente e crescente para os quatro índices, em número absolutos e representação no total (porcentagem). Comparando estes valores com os números de Attema e Lipman (2018), percebe-se que a quantidade de respostas classificadas como “constante” e “crescente” foi muito maior para esta amostra, sendo o dobro para os índices futuros (24) no caso do “constante”, e quase o dobro para “crescente” nos índices com menor prazo (02), tanto para as questões individuais quanto para o grupo. No caso da impaciência decrescente, que é a forma mais comum na literatura, foi o índice com menor representação. Esse resultado pode refletir um efeito temporário da pandemia de COVID-19, visto que as pessoas responderam a pesquisa em isolamento e este é um momento em que as questões sobre saúde tiveram que ser repensadas. Uma explicação para estes resultados são os estudos que discutem os índices iguais a zero e negativos para escolhas de saúde em que o medo é um fator para antecipação de escolhas, conforme Van Der Pol e Cairns (2000). No entanto, estas conclusões precisariam de outras confirmações e, apesar de serem uma limitação para esta análise, acabam trazendo a oportunidade para um estudo *follow-up* que

replique este teste em um outro momento para comparação do comportamento no tempo a fim de relacionar se os resultados diferentes são realmente consequência de um efeito da pandemia nas decisões sobre saúde.

Tabela 12: Classificação dos índices de impaciência

	D-I-02	D-I-24	TOTAL	D-S-02	D-S-24	TOTAL
Constante	163 (38,2%)	217 (50,8%)	380 (44,5%)	148 (34,7%)	190 (44,5%)	340 (39,8%)
Decrescente	86 (20,1%)	88 (20,6%)	174 (20,4%)	72 (16,9%)	95 (22,2%)	167 (19,5%)
Crescente	178 (41,7%)	122 (28,6%)	300 (35,1%)	207 (48,5%)	142 (33,3%)	347 (40,6%)
TOTAL	427	427	854	427	427	854

Fonte: Dados da pesquisa.

Prosseguindo com a comparação das análises feitas no estudo de Attema e Lipman (2018), verificou-se que os índices estão relacionados entre si (valor de sig <0,05) com uma relação positiva a um nível de significância de 0,01, conforme teste de correlação de Spearman, da mesma forma que ocorreu no estudo modelo. Para verificar se há diferença entre D-I-02 e D-I-24 e entre D-S-02 e D-S-24, no teste de Wilcoxon a hipótese nula foi rejeitada em ambos parâmetros (*p*-valor < 0,05), individual e social, representando que as respostas foram diferentes entre os índices, enquanto no estudo modelo foi significativa apenas para questões individuais. Estas análises indicam que quatro os índices não são iguais entre si, mas que estão positivamente correlacionados, ou seja, o aumento ou diminuição de um índice representa um movimento na mesma direção nos outros. Estas são evidências da volatilidade da impaciência nas decisões no decorrer do tempo, visto que os índices foram diferentes conforme apresentado no teste de Wilcoxon. Por outro lado, a correlação positiva no Spearman é uma evidência de uma tendência entre eles, independente do período, seja individual ou social. Os resultados destes testes estão apresentados no Apêndice F.

Na Tabela 13, a análise descritiva retrata ainda mais a diferença entre esta amostra e a do estudo de Attema e Lipman (2018). A grande quantidade de respostas “constante”, índice igual a zero, fez com que todas as médias fossem menores que a do estudo modelo e a mediana também é zero em todos os casos. A amplitude entre o mínimo e máximo também mostra a dispersão das respostas verificada na maior quantidade de pessoas pacientes ou com impaciência crescente deste estudo.

Tabela 13: Análise descritiva dos índices de impaciência

	D-I-02	D-I-24	D-S-02	D-S-24
Média	0,063	0,042	0,069	0,014
Mediana	0	0	0	0
Mínimo	-0,458	-1,167	-0,49	-0,5
Máximo	23,5	7,5	23,5	1,9
TOTAL	427	427	427	427

Fonte: Dados da pesquisa.

Uma das desvantagens apontada por Attema e Lipman (2018) foi a operacionalização com apenas uma versão do questionário, começando com as escolhas individuais na etapa do teste de impaciência. Com base nesta constatação, foram feitos dois tipos de questionários com o início idêntico, mas com uma versão A cujas escolhas individuais vinham primeiro e uma versão B, com as escolhas para o grupo antes. O total de respostas foi de 230 para a versão A e 197 para a B. Com o teste de Mann-Whitney (Apêndice H), rejeita-se a hipótese nula para valores de D-I-02, concluindo que esse índice foi diferente para as pessoas que responderam primeiro a versão B. No caso de D-I-24, D-S-02 e D-S-24, a hipótese nula não foi rejeitada, ou seja, os valores foram iguais para os respondentes de ambas versões. Esse resultado mostra evidências de que fazer as escolhas sociais primeiro altera a escolha individual, visto que o D-I-02 é calculado com as escolhas feitas imediatamente após as listas de escolhas sociais. Esse resultado vem ao encontro de teorias que explicam como as escolhas para os outros ativam uma parte diferente do cérebro, que não é acionada para escolhas individuais (ALBRECHT et al., 2011).

4.2.1 Comparação dos índices de impaciência com demais variáveis

Um dos objetivos era relacionar os índices de impaciência entre um grupo tratamento de usuários do SUS e um grupo controle de não usuários, a fim de estender as conclusões para implicações em políticas públicas de uma forma mais específica. No entanto, conforme teste de Mann-Whitney (Apêndice G), os índices de impaciência se mostraram iguais para pessoas que utilizam os serviços do SUS e para quem não utiliza ($p\text{-valor} > 0,05$). O mesmo quando analisado entre o grupo que frequenta e não frequenta os Centros de Saúde de Florianópolis. Assim, para a H₃ “Moradores de Florianópolis, maiores de 18 anos e usuários do SUS têm menores índices de impaciência que não usuários” a hipótese nula não foi rejeitada, ou seja, não foi possível concluir se há diferença nos índices de impaciência entre os grupos.

Em conjunto com os resultados deste teste e por não ter sido possível encontrar diferenças entre os grupos de usuários e não usuários do SUS na maior parte das variáveis (diferenças encontradas somente para escolaridade, média de horas de prática de esporte e tabagismo), o restante da análise considerará a amostra como um todo, assim como no estudo de Attema e Lipman (2018). A comparação dos índices de impaciência com as demais variáveis da pesquisa tem como objetivo verificar as hipóteses H₁ “Indivíduos impacientes tendem a ter piores hábitos relacionados à saúde” e H₂ “Há perfis com maior propensão de demonstrarem impaciência nas decisões”. Além de responder estas duas hipóteses, esta representa a etapa principal da análise deste estudo visto que são destes parâmetros que é possível tirar conclusões sobre as implicações da impaciência nas decisões para as políticas públicas de saúde. Para isto, foi feita uma regressão logística multinomial em que as variáveis Y eram as três classificações do índice de impaciência, constante, decrescente e crescente, enquanto as variáveis X eram as respostas dos outros blocos, conforme Tabela 14:

Tabela 14: Variáveis da regressão logística multinomial

Variáveis Y	Variáveis X	
Constante	Perfil Sociodemográfico	Idade
		Sexo Feminino
		Vive com os pais
		Anos de estudo
Decrescente	Hábitos de saúde	IMC
		Horas semanais de atividades físicas
		Fuma cigarros
		Dias por semana que bebe
Decrescente	Autocontrole	Você economiza parte da renda
	Autoconsciência	Eu pratico esportes.
		Eu desejo praticar esportes com mais frequência do que eu faço agora.
		Eu deveria praticar esportes com mais frequência do que eu faço agora.
		Eu cuido da minha saúde.
		Eu desejo cuidar da minha saúde com mais regularidade.
		Eu deveria cuidar da minha saúde com mais regularidade.
		Eu tenho a tendência de deixar para depois o que eu tenho que fazer.

Fonte: Dados da pesquisa.

Attema e Lipman (2018) não encontraram coeficientes significantes com regressões e não explicaram detalhadamente como procederam esta análise. Assim, optou-se por uma logit multinomial que avalia o RRR – *relative risk ratio* – de um indivíduo ser parte de grupo referente, ou seja, ter impaciência decrescente ou crescente, em relação a um grupo comparação, cuja classificação é “constante” e significa que o indivíduo é paciente. Considera-se essa avaliação importante porque segue uma linha análoga à do índice de impaciência, que calcula o quanto um indivíduo desvia da paciência ($DI = 0$, constante) em suas escolhas. O resultado completo da regressão é apresentado no Apêndice I, sendo que as escolhas individuais estão, a seguir, na Tabela 15 e escolhas sociais na Tabela 16, sucedidas pelas interpretações dos parâmetros nos quais os coeficientes foram significativos, conforme legenda. Ambas análises consideram 426 observações, pois o software Stata exclui linhas com as respostas de um indivíduo que porventura tenha deixado alguma opção em branco.

Quando analisado a variável “Utiliza algum tipo de atendimento do SUS?” a resposta era uma variável *dummy* (1 - Sim, 0 - Não), assim a interpretação de sua resposta é que, ao comparar usuários com não usuário do SUS, o risco relativo de ter impaciência crescente em D-I-24 diminui em um fator de 0,388, quando as outras variáveis do modelo são mantidas. Por outro lado, quando se compara usuários que dependem do SUS para todos os tipos de atendimento (variável “Atendimento médico nos CS: outros?”) com aqueles que usam só para vacinas ou não usam o SUS, o risco relativo de ter impaciência crescente aumenta em 2,462, também na D-I-24. Esse resultado, a princípio contraditório, pode ter sido influenciado porque esta amostra não conseguiu atingir todos os parâmetros para a análise de usuários do SUS, ou seja, não foi possível classificar os usuários entre participantes de programas de saúde, usuários que dependem totalmente do sistema público e usuários ocasionais. Essa limitação representa um ponto a ser mais bem explorado em um estudo *follow up*. Por outro lado, quando se observa que aumenta em 2,462 a chance de ter impaciência crescente se for um usuário que depende de mais serviços do SUS, é uma evidência que esse tipo de indivíduo é mais paciente em prazos menores, que é um resultado pertinente para pessoas que dependem do sistema de saúde pública do Brasil e confirma a importância de se fazer um estudo que analise a impaciência entre essa população.

O resultado para “Idade” reflete um resultado coerente com a literatura sobre desconto hiperbólico. Neste estudo, conclui-se que a cada ano a mais de idade diminui em um fator de 0,972 e 0,976 para D-I-02 e D-I-24, respectivamente, o risco em ser decrescente. Isto quer dizer que os jovens se mostraram mais impacientes e gratificam o presente, assim como já comprovado em outros estudos expostos na seção 2.2. Pesquisas recentes de economia

comportamental vêm analisando a idade de forma binária, visto que há comprovações que há diferenças cognitivas entre dois grupos, um de menores e outros de maiores de 25 anos; porém, nesta análise optou-se por utilizar uma variável ordinal a exemplo do que foi utilizado em Attema e Lipman (2018). No entanto, considera-se isto como uma limitação do estudo modelo e sugere-se que estudos futuros levem em conta também essa diferença cognitiva pela idade.

Já para “Sexo feminino”, verifica-se que aumenta em 1,755 o risco em ter impaciência crescente para D-I-24. Conforme apresentado nas referências sobre impaciência na seção 2.2, estudos mostram as mulheres mais pacientes quando comparadas a homens. O resultado desta pesquisa, nesse sentido, não se mostra contraditório porque a paciência crescente significa que a pessoa é mais paciente no curto prazo, comparado com as escolhas em um futuro mais distante. Como ainda não há muitas pesquisas empíricas sobre a impaciência crescente, não é possível interpretar se esse é um resultado condizente, ou seja, se as mulheres realmente aumentam a impaciência com o tempo, ou se esse valor para D-I-24 é um reflexo do momento de pandemia em que a coleta desses dados foi realizada. Neste sentido, a preferência temporal negativa vem sendo estudada para questões de saúde porque alguns comportamentos revelam que, em alguns casos, os indivíduos preferem antecipar consequências desagradáveis futuras por medo. Esse é o caso de mulheres com histórico familiar de câncer de mama que optam pela mastectomia antes que qualquer tumor seja detectado, enquanto as com desconto positivo (impaciência decrescente), dificilmente o fariam no momento presente (VAN DER POL; CAIRNS, 2000).

Quanto ao IMC, aumenta o risco de ter impaciência decrescente em 1,052 para estes indivíduos em D-I-24, o que corrobora um maior IMC entre os indivíduos hiperbólicos. Nesta mesma linha, estão os resultados para as questões de autoconsciência “Eu desejo praticar esportes com mais frequência do que eu faço agora” e “Eu deveria cuidar da minha saúde com mais regularidade”, que também têm um fator de aumento para D-I-24 de 1,243 e 1,259, respectivamente. Da mesma maneira que um maior IMC, essas percepções são características de pessoas que demonstram desconto hiperbólico nas escolhas.

O resultado de D-I-02 para “Você economiza parte da renda?” também é diretamente relacionado com as discussões sobre a impaciência na Economia Comportamental, pois mostrou que pessoas que poupam são menos propensas a terem impaciência decrescente num fator de 0,550. A poupança é um dos parâmetros de autocontrole estudado por mais tempo nesta área e reflete um comportamento que contrapõe a tendência de gratificação do presente.

Nesta amostra, verifica-se que viver com os pais diminuiu em 0,587 o risco de ser “crescente” no D-I-02. Este resultado é de difícil interpretação, pois não foi explicado no artigo

que inspirou este estudo. Uma possível inferência é que indivíduos que moram com os pais dividem a responsabilidade com as escolhas de saúde com os mesmos e, por isso, apresentaram inconsistências temporais ao fazerem as escolhas sozinhos. No entanto, considera-se esse um parâmetro complicado para generalizações e que deveria ter mais elementos como, por exemplo, a investigação dos hábitos de saúde na casa, para que se pudesse tirar conclusões destas inferências.

Alguns coeficientes tiveram interpretações divergentes das constatações de outros estudos, posto que, hábitos que são diretamente relacionados com impaciência foram contrários nesta amostra. Para os fumantes, o risco de ser hiperbólico diminuía no fator 0,338 para D-I-02 e, entre aqueles que achavam que deveriam praticar mais esportes, a cada ponto a mais na escala Likert, diminuía em 0,849 no D-I-24 o risco de ter impaciência decrescente. Se, para fumantes, pode ser apenas uma particularidade desta amostra, a percepção quanto “dever praticar mais esportes” pode de alguma forma refletir um cuidado maior com a saúde e, por isso, ser menos hiperbólico descreveria essa característica. Em outras palavras, essas pessoas cuidam da saúde e sabem da importância do esporte para isso e, assim, escolheram essa alternativa porque desejam praticar ainda mais. Essa possibilidade pode ser confirmada pelas interpretações dos Gráficos 2, 3 e 4, nos quais muitas pessoas colocaram que deveriam praticar mais esportes mesmo tendo selecionado uma opção alta na escala também para o hábito de praticar atividade física.

Por outro lado, características inversamente proporcionais tiveram relação diretamente proporcional, como visto com a escolaridade, em que cada ano de estudo representou um aumento de 1,106 no risco relativo de ter impaciência crescente. Assim como apontado para o caso do gênero feminino, esse resultado mostra que um grupo geralmente mais paciente demonstrou aumentar a impaciência no tempo, demonstrando uma distorção apenas no futuro. Uma possibilidade é que estas pessoas são de fato mais pacientes, mas o momento que se vive está causando uma distorção na visão do futuro e por isso os índices foram crescentes.

Por último, sobre a tendência de deixar para depois o que se tem para fazer no momento, verifica-se que, quanto mais os indivíduos tinham essa percepção de si, maior é a propensão de ter impaciência crescente, em um fator de 1,194. Essa questão explorava a percepção de cada um sobre procrastinar, que é uma forma de inconsistência temporal nas escolhas, assim, este resultado reflete de alguma forma esse hábito.

Tabela 15: Análise dos índices de impaciência para escolhas individuais – regressão logística (Continua)

Variáveis	D-I-02		D-I-24	
	Decrescente	Crescente	Decrescente	Crescente
Utiliza algum tipo de atendimento do SUS?	0,720 (0,300)	1,150 (0,368)	1,537 (0,565)	0,388** (0,149)
Atendimento médico nos CS: vacina?	1,301 (0,494)	0,973 (0,291)	0,798 (0,290)	1,639 (0,544)
Atendimento médico nos CS: outros?	0,983 (0,368)	1,154 (0,333)	0,842 (0,298)	2,462*** (0,806)
Idade	0,972* (0,0146)	0,990 (0,0100)	0,976* (0,0132)	0,999 (0,0119)
Sexo Feminino	0,770 (0,245)	1,421 (0,376)	1,544 (0,496)	1,755** (0,498)
IMC	1,006 (0,0315)	1,017 (0,0280)	1,052* (0,0308)	0,963 (0,0419)
Vive com os pais	0,808 (0,266)	0,587** (0,158)	0,789 (0,256)	0,914 (0,252)
Anos de estudo	0,982 (0,0507)	1,106** (0,0556)	1,078 (0,0751)	1,005 (0,0472)
Horas semanais de atividades físicas	1,024 (0,0448)	1,011 (0,0418)	1,073 (0,0495)	1,064 (0,0484)
Fuma cigarros	0,338** (0,166)	0,895 (0,276)	0,632 (0,264)	0,617 (0,215)
Dias por semana que bebe	1,008 (0,0975)	0,855 (0,0848)	1,018 (0,0991)	0,948 (0,105)
Você economiza parte da renda	0,550* (0,171)	0,667 (0,169)	1,141 (0,334)	0,913 (0,239)
Eu pratico esportes.	1,045 (0,0815)	1,078 (0,0676)	0,910 (0,0692)	1,025 (0,0669)
Eu desejo praticar esportes com mais frequência do que eu faço agora.	0,970 (0,0917)	0,964 (0,0644)	1,243** (0,106)	1,000 (0,0774)
Eu deveria praticar esportes com mais frequência do que eu faço agora.	1,152 (0,130)	0,985 (0,0714)	0,849* (0,0737)	0,992 (0,0833)
Eu cuido da minha saúde.	1,059 (0,111)	0,939 (0,0902)	1,092 (0,124)	1,041 (0,0987)

Tabela 15: Análise dos índices de impaciência para escolhas individuais – regressão logística (Conclusão)

Variáveis	D-I-02		D-I-24	
	Decrescente	Crescente	Decrescente	Crescente
Eu cuido da minha saúde.	1,059 (0,111)	0,939 (0,0902)	1,092 (0,124)	1,041 (0,0987)
Eu desejo cuidar da minha saúde com mais regularidade.	0,844 (0,109)	1,006 (0,0908)	0,836 (0,103)	0,950 (0,0996)
Eu deveria cuidar da minha saúde com mais regularidade.	1,135 (0,146)	1,052 (0,0824)	1,259** (0,132)	1,025 (0,0970)
Eu tenho a tendência de deixar para depois o que eu tenho que fazer.	0,929 (0,0618)	1,073 (0,0586)	1,011 (0,0636)	1,194*** (0,0694)
OBS	426		426	
Pseudo R2	0,0659		0,0406	

* p<0,10; **p<0,05; ***p<0,01

Fonte: Dados da pesquisa.

No caso das escolhas sociais, utilizar o SUS diminuiu no fator 0,405 a propensão de ter impaciência decrescente. Da mesma forma que nas escolhas individuais, este parâmetro tem sua interpretação prejudicada neste estudo por causa das restrições impostas na coleta de dados e que interferiram na representatividade da amostra. Outra possibilidade de interpretação para a impaciência crescente nesta variável é que usuários do SUS, já acostumados com a lentidão do processo, prefeririam antecipar algumas situações relacionadas a saúde, e não postergar.

Os coeficientes foram significantes para D-S-02 e D-S-24 na avaliação do uso do SUS. Aqueles que mais utilizam, ou seja, são mais dependentes do sistema público, tiveram uma maior propensão de terem impaciência decrescente, com fatores 2,128 e 1,9, nesta ordem. Esse resultado para escolhas sociais pode ser um reflexo do período de pandemia que se vive. Uma possível inferência é que a impaciência no curto prazo para a escolha de tratamento para outras pessoas retrata a preocupação mundial com a saúde pública, em um momento que as notícias de altos número de mortes são diárias. Como o SUS tem a responsabilidade pelo o tratamento dos doentes do coronavírus, as pessoas que dependem mais do sistema público de saúde são diretamente afetadas, tanto pelo acesso à hospitais e Centro de Saúdes restringidos, tanto como pelo aumento da demora para os atendimentos, visto que equipes foram mobilizados para esta força tarefa e muitas pessoas tiveram seus tratamentos não emergenciais cancelados ou

postergados. Assim, este seria um importante parâmetro para ser analisado em um estudo comparativo.

A “Idade”, bem como nos índices individuais, foi significativa nos coeficientes para os dois períodos. Cada ano a mais representa uma propensão de diminuir em 0,967 para D-S-02 e em 0,970 para D-S-24, o que é o mesmo que dizer que quanto mais idade, menos hiperbólico é um indivíduo neste modelo.

Para “Eu deveria praticar esportes com mais frequência do que eu faço agora”, cada ponto na escala Likert representou uma diminuição de 0,862 no RRR na impaciência crescente em D-S-02 e, por último, para aqueles que consideram cuidar da saúde, cada ponto a mais refletia uma propensão de 1,196 do risco de ter impaciência decrescente para D-S-24.

Tabela 16: Análise dos índices de impaciência para escolhas sociais – regressão logística (Continua)

Variáveis	D-S-02		D-S-24	
	Decrescente	Crescente	Decrescente	Crescente
Utiliza algum tipo de atendimento do SUS?	0,405** (0,176)	1,060 (0,336)	0,642 (0,248)	0,915 (0,304)
Atendimento médico nos CS: vacina?	1,289 (0,489)	0,712 (0,208)	1,688 (0,605)	1,061 (0,333)
Atendimento médico nos CS: outros?	2,128* (0,834)	0,929 (0,260)	1,900* (0,673)	1,595 (0,480)
Idade	0,967** (0,0156)	0,989 (0,00983)	0,970** (0,0125)	0,992 (0,0104)
Sexo Feminino	0,683 (0,243)	1,219 (0,321)	0,686 (0,212)	1,217 (0,330)
IMC	1,011 (0,0334)	0,983 (0,0274)	0,986 (0,0320)	1,019 (0,0293)
Vive com os pais	0,911 (0,323)	1,052 (0,282)	0,931 (0,286)	0,986 (0,278)
Anos de estudo	0,972 (0,0613)	1,010 (0,0475)	1,066 (0,0688)	1,067 (0,0479)
Horas semanais de atividades físicas	1,005 (0,0475)	0,963 (0,0372)	0,975 (0,0360)	0,970 (0,0445)
Fuma cigarros	0,644 (0,298)	1,041 (0,325)	1,242 (0,492)	1,062 (0,343)
Dias por semana que bebe	1,107 (0,114)	1,020 (0,0929)	1,077 (0,111)	1,144 (0,104)
Você economiza parte da renda	1,045 (0,347)	0,966 (0,234)	1,273 (0,387)	0,840 (0,210)

Tabela 16: Análise dos índices de impaciências para escolhas sociais – regressão logística (Conclusão)

Variáveis	D-S-02		D-S-24	
	Decrescente	Crescente	Decrescente	Crescente
Eu pratico esportes.	0,945 (0,0816)	1,034 (0,0621)	0,995 (0,0763)	1,022 (0,0644)
Eu desejo praticar esportes com mais frequência do que eu faço agora.	1,091 (0,101)	1,018 (0,0718)	1,149 (0,104)	0,992 (0,0675)
Eu deveria praticar esportes com mais frequência do que eu faço agora.	0,898 (0,0966)	0,862* (0,0654)	1,007 (0,0975)	0,881 (0,0696)
Eu cuido da minha saúde.	1,095 (0,128)	1,055 (0,0917)	1,196* (0,129)	1,098 (0,0975)
Eu desejo cuidar da minha saúde com mais regularidade.	0,808 (0,116)	1,150 (0,108)	0,857 (0,0911)	1,017 (0,0990)
Eu deveria cuidar da minha saúde com mais regularidade.	1,122 (0,160)	1,036 (0,0796)	1,113 (0,109)	1,118 (0,0922)
Eu tenho a tendência de deixar para depois o que eu tenho que fazer.	0,971 (0,0661)	1,034 (0,0539)	0,952 (0,0594)	1,032 (0,0563)
OBS		426		426
Pseudo R2		0,0487		0,0428

* p<0,10; **p<0,05; ***p<0,01

Fonte: Dados da pesquisa.

Avaliando estes resultados, é possível chegar a algumas conclusões que são pertinentes com estudos antecessores e cumprem os objetivos de verificar se há perfis e hábitos de saúde mais ligados aos índices de impaciência, principalmente o DI decrescente descrito pela literatura de desconto hiperbólico. Essas inferências podem ser vistas pelas conclusões relativas à idade, IMC, economia de renda (autocontrole) e sobre a percepção de desejo em praticar mais esportes e dever cuidar mais da saúde (autoconsciência).

Outros coeficientes foram um pouco diferentes do estudado sobre desconto hiperbólico, mas com possibilidade de inferências não descabidas da realidade e que entram na discussão de que a impaciência tem características específicas para domínios distintos. Sendo esta análise realizada em um momento atípico, as possíveis interpretações sugerem um aspecto situacional, em que os índices podem ter sido influenciados por fatores externos do contexto. É claro que para conclusões mais robustas seria necessário um estudo *follow up*, mas esses podem ser

indícios de um aspecto facultativo da taxa de desconto, já sugerido por outros autores, como por exemplo, Wilson e Daly (2004).

4.3 SÍNTESE DAS HIPÓTESES

A seguir, resume-se algumas conclusões da análise para responder as hipóteses da pesquisa.

H₁: Indivíduos impacientes tendem a ter piores hábitos relacionados à saúde.

Maior IMC, “desejo de praticar mais esportes” e percepção que deveria cuidar mais da saúde foram relacionados com maiores índices de impaciência decrescentes e a procrastinação foi relacionada com impaciência crescente para escolhas individuais em 2 e 4 meses.

H₂: Há perfis com maior propensão de demonstrarem impaciência nas decisões.

A idade foi relacionada com a impaciência decrescente, relacionando que os mais jovens têm maior a propensão de demonstrar este comportamento. Este perfil foi confirmado em todos os índices, retratando fortes evidências desse fato já amplamente estudado pela Economia Comportamental.

H₃: Moradores de Florianópolis, maiores de 18 anos e usuários do SUS têm menores índices de impaciência que não usuários.

Não foi possível concluir se há diferença nos índices de impaciência entre os grupos de usuários e não usuários do SUS.

4.3.1 Discussão

As evidências encontradas nas análises das hipóteses 1 e 2 trazem importantes reflexões para formuladores de política públicas. Levando em conta que alguns perfis e hábitos de saúde estão relacionados com decisões impacientes, é possível formular políticas que ajudem as pessoas a evitar estas distorções intertemporais nas decisões. Ou seja, além de entender como a impaciência pode ser um entrave para os resultados de programas de saúde, pelo fato das

peças nem sempre tomarem as melhores decisões, também é possível formular políticas que estimulem os bons hábitos.

Por exemplo, a pesquisa Vigitel fala sobre problemas de saúde causados por maus hábitos como consumo de álcool, tabagismo e má alimentação (BRASIL, 2020), da mesma forma também se fala do aumento da divulgação de informações sobre os benefícios de um estilo de vida saudável (SARI, 2017). Neste sentido, já existem exemplos de políticas públicas que reforçam bons padrões de comportamento com medidas de baixo custo, a exemplo dos *nudges*. Esses tipos de medidas, auxiliariam as pessoas a tomarem as melhores decisões quando não for possível fazerem sozinhas, como, por exemplo, quando são impacientes por um viés de presente. Por outro lado, não interferem nas decisões de quem desejar o contrário ou já conseguir fazer o planejamento ideal sozinho.

Neste sentido, Thaler e Sunstein (2009) falam sobre como alterar a posição dos alimentos na cantina de uma escola pode aumentar a escolha pelas opções mais saudáveis. Assim como colocar as melhores alternativas para a saúde na linha dos olhos faz aumentar o consumo das mesmas, dificultar o acesso ao que faz mal também é uma forma de incentivar hábitos ruins para a saúde, como o tabagismo, o consumo de álcool abusivo ou dirigir embriagado.

No Reino Unido, aumentaram o número de doadores de órgãos apenas com uma mensagem no momento certo (CABINET OFFICE BEHAVIOURAL INSIGHTS TEAM, 2013). Seguindo este modelo, lembrar as pessoas da importância do exercício físico, beber água frequentemente e ter uma alimentação saudável na hora apropriada pode motivar a sua prática.

Já no caso da tendência à distorção nas decisões intertemporais em alguns perfis, é importante entender que as políticas devem ser direcionadas para os grupos diferentes. Isso significa que, além de utilizar uma linguagem que atinja cada público (a exemplo de jovens, idosos, mães, fumantes, etc.), é interessante considerar as diferenças comportamentais a favor de cada um. Por exemplo, já existem campanhas que abordam os perigos de dirigir embriagado ou o sexo sem proteção, típicos do comportamento de *risk-seeking* de jovens. No entanto, outra característica deste público é a alta suscetibilidade às pressões sociais e isto poderia, neste sentido, ser utilizado como um reforço para atingir as atitudes desejadas em uma campanha

Assim, mostra-se estes casos como implicações dos estudos comportamentais e se reforça a necessidade de se pesquisar estas características de forma prática e relacionada às políticas públicas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das escolhas intertemporais é comprovadamente importante para uma análise econômica do bem-estar. As inconsistências do tempo, principalmente a impaciência, percebida nessas escolhas afetam a saúde e o planejamento das políticas da área (ATTEMA, 2006). No entanto, fora do domínio financeiro, a avaliação de riscos e ganhos pode representar algumas dificuldades. Em algumas situações, adiciona-se um equivalente monetário, já em outros não se pode equiparar a um ganho ou perda financeira. É o caso, por exemplo, da vida e da saúde, pois seus efeitos adversos afetam o bem-estar, mas o dinheiro não é um substituto eficaz. Esses desafios, em especial, afetam a avaliação e percepção de benefícios de políticas governamentais (VISCUSI, 2014).

Estudos baseados na Economia Comportamental explicam o efeito do autocontrole, procrastinação e o motivo de intenções às vezes não resultarem em ações (DATTA; MULLAINATHAN, 2014) e também já relacionam as más decisões de saúde a constatações sobre preferência temporal já estudadas a mais tempo (CHAPMAN; COUPS, 1999). No entanto, evidências mostram que essas preferências podem ser específicas para domínios diversos e, no caso da saúde, descontos negativos e comportamentos contraditórios dificultam conclusões consistentes (VAN BEEK; HANDGRAAF; ANTONIDES, 2017).

Nesse sentido, a pesquisa sobre as preferências temporais para resultados futuros de saúde é limitada por vários fatores. Há uma forte tendência de descartar dados de indivíduos cujas preferências temporais não se ajustam a propriedades particulares, especialmente aqueles com preferências negativas. Além disso, e o mais importante para o objetivo desta pesquisa, é que a ênfase na maioria dos estudos está nos indivíduos, em oposição às preferências de tempo de uma população, não trazendo conclusões relevantes para a pesquisa de políticas de saúde. Dessa forma, as preferências individuais são importantes apenas na medida em que permitem que pesquisadores de políticas de saúde façam inferências informadas sobre as preferências de tempo da população (GANIATS et al., 2000).

Com base nesses pressupostos, esta pesquisa procurou ampliar um estudo já feito em outro país por Attema e Lipman (2018) com o objetivo de investigar melhor a impaciência como um possível entrave para políticas públicas de saúde. Leva-se em conta que a Economia Comportamental, além de ser uma abordagem que explora as decisões intertemporais, também oferece uma gama de soluções para esses problemas, a exemplo das políticas de baixo custo.

Nesse sentido, a etapa empírica desta dissertação calculou os índices de impaciência de 427 moradores de Florianópolis com mais de 18 anos, utilizando a metodologia de Rohde

(2018) e Attema e Lipman (2018). Em conjunto, foi mapeado o perfil sociodemográfico, alguns hábitos de saúde e a percepção individual dos participantes sobre estes, além de uma questão que abordava o autocontrole na economia de renda. Os resultados foram analisados estatisticamente e são pertinentes com resultados de outros estudos da área, trazendo também novos argumentos para recentes discussões sobre o estudo da temporalidade nas escolhas sobre saúde.

Quanto ao objetivo de verificar se há diferença entre os índices de impaciência entre usuários e não usuários do SUS, não foi possível avaliar essa hipótese (H₃). A alteração da operacionalização da coleta de dados restringida pelo isolamento social devido à pandemia de COVID-19 acabou prejudicando o acesso à amostra desejada, o que pode ser apontado como uma limitação da pesquisa. Além disto, também são limitações deste estudo: a falta de representatividade de alguns perfis sociodemográficos (homens, pessoas mais velhas, moradores de regiões não centrais e níveis de escolaridade mais baixos) e a falta de medidas para isolar ou mensurar o impacto de fatores externos nas decisões, visto que a metodologia foi elaborada antes da pandemia e não se previa influências externas.

Por outro lado, a impossibilidade de ter realizado a pesquisa como planejado, junto com outros indícios da pesquisa, é um motivo para realizar um estudo *follow-up* com foco na influência de fatores externos nas escolhas intertemporais. Apesar da mudança da operacionalização da pesquisa e ter se tornado uma limitação para um objetivo previamente desejado, cientificamente esse estudo foi realizado em um momento importante para o entendimento das decisões sobre saúde. Este contexto enriquece a discussão sobre como fatores externos e o medo influenciam as decisões sobre saúde e um estudo comparativo poderá trazer ainda mais evidências sobre estes comportamentos.

Entre os objetivos alcançados, a primeira hipótese, “indivíduos impacientes tendem a ter piores hábitos relacionados à saúde”, foi aceita com os resultados sobre o IMC, o desejo de praticar esportes e a percepção que se devia cuidar mais da saúde foram relacionados com decisões hiperbólicas, enquanto a tendência de deixar para depois o que se tem que fazer no momento foi relacionada com a impaciência decrescente. No caso da segunda hipótese, “há perfis com maior propensão de serem impacientes”, a idade foi fortemente relacionada com a impaciência decrescente, ou desconto hiperbólico, visto que teve coeficiente positivo em todos os índices. A confirmação dessas hipóteses com parâmetros já explorados na literatura reforça que a impaciência pode ser um entrave para as políticas públicas que não consideram alguns aspectos comportamentais da tomada de decisão.

Um dos pontos positivos desta pesquisa foi superar as limitações apontadas por Attema e Lipman (2018). Esta amostra não é representativa da cidade e, portanto, as conclusões não podem ser generalizadas para os moradores de Florianópolis, porém foi possível fazer uma análise mais diversificada que a do estudo modelo. A análise também foi mais robusta por ter encontrado coeficientes por meio de uma regressão logística multinomial e o problema da ordem também foi evitado fazendo duas versões do questionário.

Em contrapartida, mais importante que a confirmação da relação da idade e alguns hábitos de saúde com a impaciência decrescente são os resultados sobre impaciência crescente e constante. O alto número de índice negativos e igual a zero ressaltam a discussão já levantada por Van Der Pol e Cairns (2000). Em primeiro lugar, essa evidência reforça a necessidade de considerar que as preferências temporais, bem como as inconsistências, são distintas para domínios diferentes. Essa conclusão traz à tona a necessidade de se fazer mais estudos comparativos que isolem as preferências, a fim de sugerir políticas mais adequadas para cada tipo de assunto.

Além disso, o contexto em que essa pesquisa foi realizada sugere o quanto os fatores externos podem influenciar o padrão de escolhas intertemporais. É claro que para conclusões mais sólidas é preciso fazer uma nova pesquisa em um momento sem pandemia, quando a saúde não seja mais uma preocupação diária. No entanto, a muito tempo já se fala da mudança do comportamento das pessoas, dependendo da situação. Por exemplo, Kahneman considera as heurísticas como composições biológicas imutáveis dos indivíduos, porém Simon entendia que havia um ajuste das mesmas conforme as informações. Outro exemplo prático é o estudo de Wilson e Daly (2004), no qual os homens tinham suas escolhas alteradas simplesmente por causa das fotos que viam.

Juntando essas constatações com as evidências de que, em algumas escolhas de saúde, os indivíduos apresentam uma impaciência negativa por medo, será que estar vivendo uma pandemia não é um motivo para distorcer as suas escolhas? Esta seria, por exemplo, uma justificativa do porquê alguns perfis, geralmente mais pacientes, demonstraram impaciência crescente neste estudo, que é o caso nos parâmetros “sexo feminino” e “Escolaridade”. Assim, outra contribuição desta pesquisa foi mostrar evidências de que os estudos das escolhas intertemporais para saúde devem considerar que a impaciência pode ser demonstrada de forma específica para este domínio e, por isso, mais estudos devem ser feitos para mapear estas diferenças.

Para estudos futuros, considera-se importante continuar mensurando a impaciência nas escolhas intertemporais relacionadas à saúde, não mais de forma análoga à estudos de outras

áreas, como as monetárias, por exemplo. Levando em conta que há particularidades nas decisões de cada domínio, seria possível tentar detectar os fatores que causam as inconsistências em cada tipo de escolha. Além disso, como a saúde é uma área de interesse público, os estudos devem também focar as preferências em grupo, e não apenas as individuais.

Por fim, responde-se à pergunta desta pesquisa afirmando que sim, há perfis relacionados aos tipos de impaciência e que apresentam piores hábitos de saúde e a implicação para a área de Políticas Públicas é a necessidade de considera-los para que os benefícios a longo prazo não sejam prejudicados pelo comportamento impaciente, tanto no presente, como para as escolhas futuras.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, K.; VOLZ, K. G.; SUTTER, M.; LAIBSON, D. I.; VON CRAMON, D. Y. What is for me is not for you: Brain correlates of intertemporal choice for self and other. **Social Cognitive and Affective Neuroscience**, v. 6, n. 2, pp.218–225, 2011.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- AMERIKS, J.; CAPLIN, A.; LEAHY, J.; TYLER, T. Measuring self-control problems. **American Economic Review**. v. 97, n.3, pp. 966–972, 2007.
- ATTEMA, A. Developments in time preference and their implications for medical decision making. **Encyclopedia of Statistical Sciences**, v. 63, n. 10, pp. 1388–1399, 2006.
- ATTEMA, A. E.; BLEICHRODT, H.; ROHDE, K. I. M.; & WAKKER, P. P. Time-tradeoff sequences for analyzing discounting and time inconsistency. **Management Science**, v. 56, n.11, pp. 2015–2030, 2010.
- ATTEMA, A.; LIPMAN, S. Decreasing impatience for health outcomes and its relation with healthy behavior. **Frontiers: Applied Mathematics and Statistics**. v. 4, n. 16, May 2018.
- ARIELY, D. **Previsivelmente irracional**: as forças ocultas que influenciam as nossas decisões. Alfragide: Estrela Polar, 2008.
- ASHRAF, N.; CAMERER, C. F.; LOEWENSTEIN, G. Adam Smith, behavioral economist. **Journal of Economic Perspectives**, v. 19, n. 3, pp. 131–145, 2005.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de Mente, Sociedade e Comportamento**. 2015. Disponível em: <
<https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Publications/WDR/WDR%202015/Overview-Portuguese.pdf>> . Acesso em: 04/11/2020.
- BARBETTA, P. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2010.
- BECKER, G. **The economic approach to human behavior**. The University of Chicago Press: Chicago, 1976.
- BLEICHRODT, H.; GAO, Y.; & ROHDE, K. A measurement of decreasing impatience for health and money. **Journal of Risk and Uncertainty**, v.52, n.3, pp. 213–231, 2016.
- BLEICHRODT, H.; JOHANNESSON, M. Time preference for health: A test of stationarity versus decreasing timing aversion. **Journal of Mathematical Psychology**, vol.45, n.2, pp. 265–282, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Obesidade. 2009. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/215_obesidade.html. Acesso em: 17/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf> Acesso em: 20/06/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. PNAB. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 30/05/2019.

_____. Ministério da Saúde. Atividade física. 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/component/content/article/781-atividades-fisicas/40390-atividade-fisica>. Acesso em 17/06/2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não transmissíveis. **VIGITEL 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Secretaria de vigilância em saúde. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>>. Acesso em 17/06/2020.

BRYMAN, A. **Quantity and quality in social research**. 2. ed. London: Routledge, 2004.

CABINET OFFICE BEHAVIOURAL INSIGHTS TEAM. **Applying Behavioural Insights to Organ Donation: preliminary results from a randomised controlled trial**. pp. 1–11., 2013. Disponível em: <<https://www.bi.team/publications/applying-behavioural-insights-to-organ-donation/>>. Acesso em: 12/06/2020.

CALLEGARI-JACQUES, S. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMERER, C. Behavioral Economics: Reunifying psychology and economics. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**. vol. 96, n. 19, p. 10575–10577, 1999.

_____. Behavioral Economics. NBER Reporter, v.1, pp. 31–32, 2007. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=25292883&>. Acesso em 06/07/2019.

CAMERER, C.; LOEWENSTEIN, G. Behavioral economics, past present future. In: CAMERER, C.; LOEWENSTEIN, G.; RABIN, M. **Advances in Behavioral Economics**. Russel Sage Foundation. Princeton: 2003.

CAMERER, C.; ISSACHAROFF, S.; LOEWENSTEIN, G.; O'DONOGHUE, T.; RABIN, M. Regulation for Conservatives : Behavioral Economics and the Case for " Asymmetric Paternalism". **University of Pennsylvania Law Review**, v. 151, n.3, pp.1211–1254, 2011.

CAMERER, C.; LOEWENSTEIN, G.; PRELEC, D. Neuroeconomics: How neuroscience can inform economics. **Journal of Economic Literature**, v.43, n.1, pp.9–64, 2005.

CARVALHO, H.; PATRICK, C.; KRUEGER, R.; MARKON, K.; PINHEIRO, Â. Validade de construto da versão brasileira do Inventário Espectral de Externalização: evidências a partir de uma amostra de estudantes universitários. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 5, pp. 206–211, 2010.

CHABRIS, C.; LAIBSON, D.; MORRIS, C.; SCHULDT, J.; TAUBINSKY, D. Individual laboratory-measured discount rates predict field behavior. **Journal of Risk and Uncertainty**, v. 37, n.2–3, pp.237–269, 2008.

CHAPMAN, G.; COUPS, E. Time preferences and preventive health behavior: Acceptance of the influenza vaccine. **Medical Decision Making**, v. 19, n.3, pp. 307–314, 1999.

CONTADOR, J.; SENNE, E.. Testes não-paramétricos para pequenas amostras de variáveis não categorizadas: um estudo. **Gest. Prod.**, v. 23, n. 3. São Carlos: jul./set. 2016.

CORBETTA, P. **Social research: theory, methods and techniques**. London: Sage, 2003.

CORREA, A.; ZAPPELLINI, M. Revisão Sistemática da Economia Comportamental relacionada aos Instrumentos de Política Pública. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ECONOMIA, 23., **Anais Eletrônicos...** Florianópolis: 2019. Disponível em: <<https://www.cbe2019.com.br/evento/cbe2019/trabalhosaprovados>>. Acesso em: 03/01/2020.

CRESSWELL, J. **Projeto de Pesquisa**. 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

DA SILVA, S.; MATSUSHITA, R.; CARVALHO, M. Prosocial People Take Better Care of Their Own Future Well-Being. **OALib**, vol. 02, n.12, pp. 1–7, 2015.

DA SILVA, S.; WALLMAN, D. **Mind Nudgers: The Methodological Shuffle of Behavioral Economics**. Edição do Kindle, 2017.

DATTA, S.; MULLAINATHAN, S. Behavioral design: A new approach to development policy. **Review of Income and Wealth**, v. 60, n.1, pp. 7–35, 2014.

DE FAVERI, Dinora Baldo. **Impaciência nas escolhas intertemporais: uma abordagem comportamental**. 2017. Tese (Doutorado em Economia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

DOHMEN, T.; FALK, A.; HUFFMAN, D.; SUNDE, U. Are Risk Aversion and Impatience Related to Cognitive Ability? **Time**, v.100, n.3, pp. 1238–1260, 2008.

EBERT, J.; PRELEC, D. The fragility of time: Time-insensitivity and valuation of the near and far future. **Management Science**, v. 53, n.9, pp. 1423–1438, 2007.

FÁVERO L.; CHAN, B.; BELFIORE, P.; SILVA, F. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Primária. Estratégia de Saúde da Família. **Eixo central ordenador do sistema de saúde de Florianópolis. Indicador 2007**. Disponível em:
<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+da+familia&menu=5>>
Acesso em: 04/04/2019.

FLORIANÓPOLIS. **Decreto nº 21.340**. Altera o decretoº 21.340 que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19) e dá outras providências. Florianópolis: 2020. Disponível em:
<<https://leismunicipais.com.br/a1/sc/f/florianopolis/decreto/2020/2135/21347/decreto-n-21347-2020-altera-o-decreto-n-21340-de-2020-que-dispoe-sobre-as-medidas-para-enfrentamento-da-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-decorrente-da-infeccao-humana-pelo-novo-coronavirus-covid-19-e-da-outras-providencias?r=p>>. Acesso em 15/05/2020.

FREDERICK, S. Cognitive reflection and decision making. **Journal of Economic Perspectives**, v. 19, n.4, pp. 25–42, 2005.

FREDERICK, S.; LOEWENSTEIN, G.; O'DONOGHUE, T. Time discounting and time preference: a critical review. **Journal of Economics Literature**. v. 40, n. 2, pp. 351-401, 2002.

FRIEDMAN, M.; SAVAGE, L. The Utility analysis of choices involving risk. **South African Journal of Economics**, v. 8, n.4, pp. 487–490, 1948.

GANIATS, T.; CARSON, R.; HAMM, R.; CANTOR, S.; SUMNER, W.; SPANN, S.; MILLER, C. Population-based time preferences for future health outcomes. **Medical Decision Making**, v. 20, n.3, pp. 263–270, 2000.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. 2. Ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GREEN, L.; FRY, A. F.; MYERSON, J. Discounting of delayed rewards: A Life-Span Comparison. **Psychological Science**, vol.5, n.1, pp. 33–36, 1994.

GUJARATI, D. **Econometria básica**. 5ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2011.

HARVEY, C. M. Value Functions for Infinite-Period Planning. **Management Science**. v. 32, n.9, pp. 1123–1139, 1986.

HEUKELOM, F. Kahneman and Tversky and the origin of behavioral economics. **Tinbergen Institute Discussion Paper**. n. 07-003/1, 2007.

_____. **Behavioral Economics: A History**. New York: Cambridge University Press, 2014.

HOCH, S.; LOEWENSTEIN, G. Time-Inconsistent Preferences and Consumer Self-Control. **Journal of Consumer Research**, v. 17, n.4, pp. 492, 1991.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Tabagismo: causas e prevenção. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tabagismo>>. Acesso em 17/06/2020.

JONES, B. Behavioral rationality as a foundation for public policy studies. **Cognitive Systems Research**, v. 43, jan., pp. 63–75, 2017.

_____. Bounded rationality and public policy: Herbert A. Simon and the decisional foundation of collective choice. **Policy Sciences**. vol. 13, n. 4, p. 395–412, 2002.

KAHNEMAN, D. New Challenges to the Rationality Assumption. **Journal of Institutional and Theoretical Economics**. v. 150, n. 1, pp. 18-36, 1994.

_____. **Rápido e devagar**: duas formas de pensar. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

KAHNEMAN, D.; TVERSKY, A. Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. **Econometrica**. v. 47, n. 2, pp. 263-292. mar., 1979.

KOOPMANS, T. Stationary Ordinal Utility and Impatience. **Econometrica**, vol. 66, n.3, pp. 497–527, 1960.

KOOPMANS, T.; DIAMOND, P.; WILLIAMSON, R. (Stationary Utility and Time Perspective. **Econometrica**, vol. 32, n. 1-2, pp. 82-100, 1964.

LAIBSON, D. Golden Eggs and Hyperbolic discounting. **Quarterly Journal of Economics**. v. 112, n. 2, pp. 443-477. 1997.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **Técnicas de pesquisa**: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LIRA, S. **Análise de correlação**: abordagem teórica de construção dos coeficientes com aplicações. Dissertação (Mestrado em Métodos Numéricos em Engenharia). Universidade Federal do Paraná. Curitiba: 2004.

LOEWENSTEIN, G.; CHATER, N. Putting nudges in perspective. **Behavioral Public Policy**, v. 1, n. 2, pp. 26-53, 2017.

LOEWENSTEIN, G.; THALER, R. Anomalies: Intertemporal Choice. **Journal of Economic Perspectives**, vol.3, n.4, pp.181–193, 1989.

LY, K.; SOMAN, D. Nudging around the world. **Ageing International**, vol. 20, n. 3, pp. 26–35, 2013.

MOREIRA, B.; MATSUSHITA, R.; DA SILVA, S. Risk seeking behavior of preschool children in a gambling task. **Journal of Economic Psychology**, v.31, n.5, pp. 794–801, 2010.

MURAMATSU, R.; FONSECA, P. Economia e psicologia na explicação da escolha intertemporal. **Revista de Economia Mackenzie**, v. 6, n.1, p. 87-112, 2009.

O'DONOGHUE, T.; RABIN, M. Doing it now or later. **Advances in Behavioral Economics**, v. 89, n.1, pp.223–251, 2011.

PAIM, J. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

PEREIRA, A. **Para além da fábula** “A cigarra e a formiga”: Elementos explicativos das decisões intertemporais em relação à aposentadoria. Tese (Doutor em Ciências). Universidade de São Paulo. São Paulo: 2016.

PHELPS, E.; POLLACK, R. On second-best national saving and game-equilibrium growth. **Review of Economic Studies**, v. 35, n. 2, p. 185-199, Apr. 1968.

PINTO, L.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência e saúde coletiva**. vol. 23, n.6, Jun. 2018.

PONTES, A. **Obtenção dos níveis de significância para os testes de Kruskal-Wallis, Friedman e Comparações múltiplas não-paramétricas**. Dissertação (Mestrado em Agronomia) Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz. Piracicaba, 2000.

POPULAÇÃO de Florianópolis por região. In: PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **População 2015**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2015_index.php>. Acesso em: 15/06/2020.

PRELEC, D. Decreasing impatience: A criterion for non-stationary time preference and “hyperbolic” discounting. **Scandinavian Journal of Economics**. v.106, n.3, p. 511–532, 2004.

ROHDE, Kristen I. M. Measuring decreasing and increasing impatience. **Management Science**. p.1 – 17, 2018.

ROSIN, O. 24 Behavioral aspects of obesity. In: Altman, M. **Handbook of behavioral economics and smart decision-making**. Elgar: Scotland. 2012. pp. 429–448.

SARI, N. Time inconsistent preferences in intertemporal choices for physical activity and weight loss: evidence from Canadian health surveys. In: ALTMAN, M. **Handbook of Behavioural Economics and Smart Decision-Making**, pp. 449–463, 2017.

SANTA CATARINA. Secretária de Estado da Saúde Plano de **Contingência para resposta às emergências em saúde pública**. Doenças pelo SARS-COV-2-COVID-19. SANTA CATARINA: 2020. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/Plano_contingencia_para_respostas_as_emergencias_em_saude_publica.pdf>. Acesso: em 15/05/2020.

SLOVIC, P. The construction of preference. **American Psychologist**, v.50, n.5, pp.364–371, 1995.

STANOVICH, K.; WEST, R. Individual differences in reasoning: Implications for the rationality debate. **Behavioral and Brain Sciences**, v. 26, n.4, pp. 527, 2000.

- STRATHMAN, A.; GLEICHER, F.; BONINGER, D.; EDWARDS, C. The consideration of future consequences. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.66, n.4, pp.742–752, 1994.
- SUTTER, M.; KOCHER, M.; GLÄTZLE-RÜTZLER, D.; TRAUTMANN, S. Impatience and uncertainty: Experimental decisions predict adolescents' field behavior. **American Economic Review**, v. 103, n.1, pp.510–531, 2013.
- TAKAHASHI, T.; HADZIBEGANOVIC, T.; CANNAS, S.; MAKINO, T.; FUKUI, H.; KITAYAMA, S. Cultural neuroeconomics of intertemporal choice statistics and psychophysics of time. **Neuroendocrinology Letters**. v. 30, n. 2, pp. 185-191, 2009.
- TEIXEIRA, M.; ORNELAS, A.. Formulação de política pública de saúde: análise do projeto teias à luz do modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 24, n. 1, Porto Alegre. Jan./Apr., 2018.
- TETLOCK, P.; MELLERS, B. The great rationality debate. **Psychological Science**, v. 13, n. 1, pp. 94–99, jan. 2002.
- THALER, R. Toward a positive theory of consumer choice. **Journal of Economic Behavior and Organization**, v. 1, n.1, pp. 39–60, 1980.
- _____. Some empirical evidence on dynamic inconsistency. **Economics Letters**, v.8, n.3, pp. 201–207, 1981.
- _____. **Misbehaving**. Ed. W. W. Norton e Company: Nova York, 2015.
- _____. Behavioral economics: past, present, and future. **American Economic Review**, v.106, n.7, pp. 1577–1600, 2016.
- THALER, R.; SHEFRIN, H. An economic theory of self-control. **Journal of Political Economy**. v.89, n.2, pp. 392–406, 1981.
- THALER, R.; SUNSTEIN, C. **Nudge**: improving decisions about health, wealth, and happiness. 2nd Ed. New Haven: Yale University Press, 2009.
- TOPLAK, M.; WEST, R.; STANOVICK, K. Assessing miserly information processing: An expansion of the cognitive reflection test. **Thinking & Reasoning**, v. 20, n. 2, p. 147–168, 2014
- TRUJILLO, A.; GLASSMAN, A.; FLEISHER, L.; NAIR, D.; DURAN, D. Applying behavioural economics to health systems of low-and middle-income countries: What are policymakers' and practitioners' views? **Health Policy and Planning**, v. 30, n.6, pp.747–758, 2015.
- TVERSKY, A. Elimination by aspects: A theory of choice. **Psychological Review**, v.79, n.4, pp.281–299, 1972.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Coronavírus: atividades acadêmicas e expediente da Udesc seguem suspensos**. Florianópolis: 2020. Disponível em: https://www.udesc.br/noticia/coronavirus__atividades_academicas_e_expediente_da_udesc_seguem_suspensos . Acesso em: 15/05/2020.

VAN BEEK, J.; HANDGRAAF, M.; ANTONIDES, G. Time orientation effects on health behavior. In: ALTMAN, M. **Handbook of Behavioural Economics and Smart Decision-Making**, 2017, pp. 413–428.

VAN DER POL, M.; CAIRNS, J. Negative and zero time preference for health. **Health Economics**, v.9, n.2, pp.171–175, 2000.

VISCUSI, W. The Value of individual and societal risks to life and health. In: MACHINA, M.; VISCUSI, W. **Handbook of the Economics of Risk and Uncertainty**. Vol. 1, North-Holland: 2014.

WILSON, M.; DALY, M. Do pretty women inspire men to discount the future? **Biological Sciences**, v. 271, supplement 4, pp. s177-s179, 2004.

() Não

Qual atendimento você utiliza nos centros de saúde de Florianópolis?

Participa de algum programa nos centros de saúde de Florianópolis?

() Sim. Qual? _____

() Não

Participa de algum atendimento em grupo nos centros de saúde de Florianópolis?

() Sim. Qual? _____

() Não

Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre você:

- Qual a sua idade? _____ anos
- Nacionalidade? _____
- Sexo: () Feminino () Masculino
- Qual sua altura? _____ cm
- Qual seu peso? _____ kg
- Qual bairro você reside? _____
- Você vive com seus pais? () Sim () Não
- Escolaridade: _____
-

Quantas horas por semana, em média, você faz atividade física e/ou pratica esportes? _____ horas.

- Você fuma cigarros?
- () Sim, eu fumo de vez em quando.
- () Sim, eu fumo todos os dias.
- () Não.

• Quantos dias por semana, em média, você toma bebidas alcoólicas? _____ dias.
Nos dias que você toma bebidas alcoólicas, quantos copos você toma em média? _____ copos.

- Você costuma economizar parte da sua renda?
- () Sim. Em média,
 - () até 10% da renda por mês.
 - () De 10% a 20% da renda por mês.
 - () Mais de 20% da renda por mês.
- () Não.
- () Não tenho renda.

Sobre as afirmações seguintes, indique até que ponto elas se aplicam a você.

Eu pratico esportes.

Discordo fortemente 1 2 3 4 5 6 7 8 Concordo fortemente

Eu desejo praticar esportes com mais frequência do que eu faço agora.

Discordo fortemente 1 2 3 4 5 6 7 8 Concordo fortemente

Eu deveria praticar esportes com mais frequência do que eu faço agora.

Discordo fortemente 1 2 3 4 5 6 7 8 Concordo fortemente

Eu cuido da minha saúde.

Discordo fortemente 1 2 3 4 5 6 7 8 Concordo fortemente

Eu desejo cuidar da minha saúde com mais regularidade.

Discordo fortemente 1 2 3 4 5 6 7 8 Concordo fortemente

Eu deveria cuidar da minha saúde com mais regularidade.

Discordo fortemente 1 2 3 4 5 6 7 8 Concordo fortemente

Eu tenho a tendência de deixar para depois o que eu tenho que fazer.

Discordo fortemente 1 2 3 4 5 6 7 8 Concordo fortemente

Nesta parte do questionário, pediremos para imaginar que você que tem uma dor nas costas *crônica*.

Isto significa que:

- Você tem problema para andar e realizar as atividades rotineiras. (ex.: trabalhar, estudar, tarefas domésticas, atividades familiares ou de lazer);
- Você tem dor e desconforto.

Não existe a cura total de seu problema, mas há dois tratamentos que darão um alívio *temporário* dos seus sintomas.

Tratamento A acaba com a dor durante *1 semana*. **Não** melhora seu caminhar e os problemas com as atividades rotineiras.

Tratamento B acaba com a dor durante *1 semana*. Permite que você caminhe com *pouco* problema e que realize suas atividades rotineiras com *nenhum problema*.

Os efeitos do tratamento começam *imediatamente* no começo do tratamento e duram *exatamente uma semana*. Depois deste período, você voltará a ter os problemas de saúde usuais da dor nas costas crônica.

Você será questionado a fazer uma série de escolhas entre Tratamento A e Tratamento B. As questões diferem no *tempo inicial* dos tratamentos.

Não há respostas certas ou erradas, estamos apenas interessados em suas escolhas.

Lista 1

Indique se você prefere entre Tratamento A e Tratamento B, nos tempos a seguir.

Na primeira linha, você escolherá opção B, porque ela oferece mais melhorias na saúde e os tratamentos começam no mesmo tempo. À medida que você se move para baixo na lista, a opção B começa a ficar menos atrativa porque você terá que esperar mais tempo para começar o tratamento. Quando parecer que demora muito para esperar pela opção B, você provavelmente escolherá a opção A. No momento que assinalar a opção A, você pode seguir para a folha seguinte e preencher a lista 2.

Tratamento A	Suas escolhas		Tratamento B
Tempo	A	B	Tempo
Em 0 mês + 1 dia			Em 0 mês + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 1 mês + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 2 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 3 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 4 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 5 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 6 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 7 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 8 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 9 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 10 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 11 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 12 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 13 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 14 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 15 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 16 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 17 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 18 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 19 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 20 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 21 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 22 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 23 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 24 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 25 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 26 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 27 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 28 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 29 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 30 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 31 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 32 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 33 meses + 1 dia

Em 0 mês + 1 dia			Em 34 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 35 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 36 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 37 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 38 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 39 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 40 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 41 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 42 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 43 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 44 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 45 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 46 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 47 meses + 1 dia
Em 0 mês + 1 dia			Em 48 meses + 1 dia

Lista 2

Indique se você prefere entre Tratamento A e Tratamento B, nos tempos a seguir.

Na primeira linha, você escolherá opção B, porque ela oferece mais melhorias na saúde e os tratamentos começam no mesmo tempo. À medida que você se move para baixo na lista, a opção B começa a ficar menos atrativa porque você terá que esperar mais tempo para começar o tratamento. Quando parecer que demora muito para esperar pela opção B, você provavelmente escolherá a opção A. No momento que assinalar a opção A, você pode seguir para a folha seguinte e preencher a lista 3.

Tratamento A	Suas escolhas		Tratamento B
Tempo	A	B	Tempo
Em 2 meses + 1 dia			Em 2 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 3 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 4 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 5 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 6 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 7 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 8 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 9 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 10 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 11 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 12 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 13 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 14 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 15 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 16 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia			Em 17 meses + 1 dia

Em 2 meses + 1 dia		Em 18 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 19 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 20 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 21 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 22 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 23 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 24 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 25 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 26 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 27 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 28 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 29 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 30 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 31 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 32 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 33 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 34 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 35 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 36 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 37 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 38 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 39 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 40 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 41 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 42 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 43 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 44 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 45 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 46 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 47 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 48 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 49 meses + 1 dia
Em 2 meses + 1 dia		Em 50 meses + 1 dia

Lista 3

Indique se você prefere entre Tratamento A e Tratamento B, nos tempos a seguir.

Na primeira linha, você escolherá opção B, porque ela oferece mais melhorias na saúde e os tratamentos começam no mesmo tempo. À medida que você se move para baixo na lista, a opção B começa a ficar menos atrativa porque você terá que esperar mais tempo para começar o tratamento. Quando parecer que demora muito para esperar pela opção B, você provavelmente escolherá a opção A. No momento que assinalar a opção A, você pode encerrar o questionário.

Tratamento A	Suas escolhas	Tratamento B
--------------	---------------	--------------

Tempo	A	B	Tempo
Em 4 meses + 1 dia			Em 4 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 5 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 6 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 7 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 8 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 9 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 10 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 11 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 12 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 13 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 14 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 15 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 16 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 17 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 18 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 19 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 20 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 21 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 22 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 23 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 24 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 25 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 26 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 27 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 28 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 29 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 30 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 31 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 32 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 33 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 34 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 35 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 36 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 37 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 38 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 39 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 40 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 41 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 42 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 43 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 44 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 45 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 46 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 47 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 48 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 49 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 50 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 51 meses + 1 dia
Em 4 meses + 1 dia			Em 52 meses + 1 dia

Agora, pediremos para você imaginar que **um grupo de 50 pessoas** (não incluindo você) têm dor nas costas *crônica*. Você não conhece nenhuma destas pessoas.

Isto significa que:

- As pessoas têm problema para andar e para realizar as atividades rotineiras. (ex.: trabalhar, estudar, tarefas domésticas, atividades familiares ou de lazer)
- As pessoas têm dor e desconforto.

Não existe tratamento disponível para a cura total do problema deles, mas há dois tratamentos que darão um alívio *temporário* dos sintomas deles.

Tratamento A acaba com a dor durante *uma semana*. Permite que os pacientes caminhem com *poucos problemas* e realizem as atividades rotineiras com *nenhum problema*. Este tratamento é caro e só pode ser dado a 40 das 50 pessoas. Os outros 10 pacientes não receberão nenhum tratamento.

Tratamento B dá os mesmos efeitos na saúde que o Tratamento A, mas é mais barato e pode ser dado a todos os 50 pacientes.

Faça uma série de escolhas entre Tratamento A para 40 pessoas e Tratamento B para essas 50 pessoas. As questões diferem no *tempo inicial* dos tratamentos.

Não há respostas certas ou erradas, estamos apenas interessados em suas escolhas.

Lista 1

Indique se você prefere entre Tratamento A para 40 pessoas ou Tratamento B para 50, nos tempos a seguir.

Na primeira linha, você escolherá opção B, porque ela atende mais pessoas e os tratamentos começam no mesmo tempo. À medida que você se move para baixo na lista, a opção B começa a ficar menos atrativa porque você terá que esperar mais tempo para começar o tratamento. Quando parecer que demora muito para esperar pela opção B, você provavelmente escolherá a opção A. No momento que assinalar a opção A, você pode seguir para a folha seguinte e preencher a lista 2.

Tratamento A		Suas escolhas		Tratamento B	
Quantidade de pessoas tratadas	Tempo	A	B	Quantidade de pessoas tratadas	Tempo

Lista 2

Indique se você prefere entre Tratamento A para 40 pessoas ou Tratamento B para 50, nos tempos a seguir.

Na primeira linha, você escolherá opção B, porque ela atende mais pessoas e os tratamentos começam no mesmo tempo. À medida que você se move para baixo na lista, a opção B começa a ficar menos atrativa porque você terá que esperar mais tempo para começar o tratamento. Quando parecer que demora muito para esperar pela opção B, você provavelmente escolherá a opção A. No momento que assinalar a opção A, você pode seguir para a folha seguinte e preencher a lista 3.

Tratamento A		Suas escolhas		Tratamento B	
Quantidade de pessoas tratadas	Tempo	A	B	Quantidade de pessoas tratadas	Tempo
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 2 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 3 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 4 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 5 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 6 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 7 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 8 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 9 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 10 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 11 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 12 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 13 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 14 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 15 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 16 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 17 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 18 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 19 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 20 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 21 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 22 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 23 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 24 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 25 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 26 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 27 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 28 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 29 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 30 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 31 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 32 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 33 meses + 1 dia

40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 34 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 35 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 36 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 37 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 38 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 39 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 40 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 41 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 42 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 43 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 44 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 45 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 46 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 47 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 48 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 49 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 50 meses + 1 dia

Lista 3

Indique se você prefere entre Tratamento A para 40 pessoas ou Tratamento B para 50, nos tempos a seguir.

Na primeira linha, você escolherá opção B, porque ela atende mais pessoas e os tratamentos começam no mesmo tempo. À medida que você se move para baixo na lista, a opção B começa a ficar menos atrativa porque você terá que esperar mais tempo para começar o tratamento. Quando parecer que demora muito para esperar pela opção B, você provavelmente escolherá a opção A. No momento que assinalar a opção A, você pode seguir para a folha seguinte e preencher próxima parte do questionário.

Tratamento A		Suas escolhas		Tratamento B	
Quantidade de pessoas tratadas	Tempo	A	B	Quantidade de pessoas tratadas	Tempo
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 4 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 5 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 6 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 7 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 8 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 9 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 10 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 11 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 12 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 13 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 14 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 15 meses + 1 dia

40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 16 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 17 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 18 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 19 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 20 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 21 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 22 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 23 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 24 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 25 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 26 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 27 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 28 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 29 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 30 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 31 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 32 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 33 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 34 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 35 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 36 meses + 1 dia
40	Em 2 meses + 1 dia			50	Em 37 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 38 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 39 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 40 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 41 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 42 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 43 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 44 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 45 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 46 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 47 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 48 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 49 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 50 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 51 meses + 1 dia
40	Em 4 meses + 1 dia			50	Em 52 meses + 1 dia

APÊNDICE B - TESTES NÃO-PARAMÉTRICOS - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO POR GRUPO DE USUÁRIOS E NÃO USUÁRIOS DO SUS

H1 Idade usuários SUS = Idade não usuários SUS

H0 Idade usuários SUS \neq Idade não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

> kruskal.test (Idade ~ usasus, data = ana)

Kruskal-Wallis rank sum test

data: Idade by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 2.0188, df = 2, p-value = **0.3644**

Teste Mann-Whitney

> wilcox.test(Idade ~ usabinário, data = ana)

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: Idade by usabinário

W = 19127, p-value = **0.1013**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

H1 Sexo usuários SUS = Sexo não usuários SUS

H0 Sexo usuários SUS \neq Sexo não usuários SUS

Teste Qui-quadrado

> tbl2 = table (ana\$Sexo, ana\$SUS)

> tbl2 # the contingency table

	Não	sim	Sim
Feminino	112	1	188
Masculino	59	0	67

Pearson's Chi-squared test

X-squared = 3.7514, df = 2, p-value = **0.1532**

Teste Kruskal Wallis

> kruskal.test (rotulosexo ~ usasus, data = ana)

Kruskal-Wallis rank sum test

data: rotulosexo by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 3.4243, df = 2, p-value = **0.1805**

H1 Escolaridade usuários SUS = Escolaridade não usuários SUS

H0 Escolaridade usuários SUS \neq Escolaridade não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

```
> kruskal.test(rotuloEscolaridade ~ usasus, data = ana)
```

```
Kruskal-Wallis rank sum test
```

```
data: rotuloEscolaridade by usasus
```

```
Kruskal-Wallis chi-squared = 12.135, df = 2, p-value = 0.002317
```

Teste Qui-quadrado

	Não	sim	Sim
Ensino Fundamental Completo	1	0	10
Ensino Fundamental Incompleto	0	0	10
Ensino Médio Completo	11	0	27
Ensino Médio Incompleto	0	0	4
Ensino Superior Completo	53	0	67
Ensino Superior Incompleto	58	0	85
Pós-graduação Completa	43	0	47
Pós-graduação Incompleta	5	1	5

Pearson's Chi-squared test

```
X-squared = 57.107, df = 14, p-value = 3.748e-07
```

Teste Mann-Whitney

```
> wilcox.test(rotuloEscolaridade ~ usabinário, data = ana)
```

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

```
data: rotuloEscolaridade by usabinário
```

```
W = 24204, p-value = 0.009627
```

```
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Rótulos: Ensino Fundamental Incompleto (0), Ensino Fundamental Completo (1), Ensino Médio Incompleto (2), Ensino Médio Completo (3), Ensino Superior Incompleto (4), Ensino Superior Completo (5), Pós-Graduação Incompleta (6), Pós-Graduação Completa (7).

H1 “Vive com os pais” usuários SUS = “Vive com os pais” não usuários SUS

H0 “Vive com os pais” usuários SUS ≠ “Vive com os pais” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

```
> kruskal.test(vivepais ~ usasus, data = ana)
```

```
Kruskal-Wallis rank sum test
```

```
data: vivepais by usasus
```

```
Kruskal-Wallis chi-squared = 1.8841, df = 2, p-value = 0.3898
```

Teste Qui-quadrado

```
> tbl3 = table(ana$`Vive com os pais?`, ana$SUS)
```

```
> tbl3 # the contingency table
```

	Não	sim	Sim
Não	112	1	181
Sim	59	0	74

Pearson's Chi-squared test

X-squared = 1.8885, df = 2, p-value = **0.389**

Teste Mann-Whitney

> wilcox.test(vivepais ~ usabinário, data = ana)

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: vivepais by usabinário

W = 22293, p-value = **0.2411**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

H1 “Região” usuários SUS = “Região” não usuários SUS

H0 “Região” usuários SUS ≠ “Região” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

> kruskal.test (rotuloregiao ~ usasus, data = ana)

Kruskal-Wallis rank sum test

data: rotuloregiao by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 2.961, df = 2, p-value = **0.2275**

Teste Mann-Whitney

> wilcox.test(rotuloregiao ~ usabinário, data = ana)

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: rotuloregiao by usabinário

W = 21296, p-value = **0.8889**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

Rótulos: Região Leste (0), Região Central (1), Região Continental (2), Região Norte (3), Região Sul (4)

**APÊNDICE C - TESTES NÃO-PARAMÉTRICOS - HÁBITOS DE SAÚDE POR
GRUPO DE USUÁRIOS E NÃO USUÁRIOS DO SUS**

H1 “IMC” usuários SUS = “IMC” não usuários SUS

H0 “IMC” usuários SUS \neq “IMC” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

> kruskal.test (IMC ~ usasus, data = ana)

Kruskal-Wallis rank sum test

data: IMC by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 1.8002, df = 2, p-value = **0.4065**

Teste Mann-Whitney

> wilcox.test(IMC ~ usabinário, data = ana)

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: IMC by usabinário

W = 22718, p-value = **0.1982**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

H1 “atividade física” usuários SUS = “atividade física” não usuários SUS

H0 “atividade física” usuários SUS \neq “atividade física” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

> kruskal.test (ativfis ~ usasus, data = ana)

Kruskal-Wallis rank sum test

data: ativfis by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 8.2747, df = 2, p-value = **0.01597**

Teste Mann-Whitney

> wilcox.test(ativfis ~ usabinário, data = ana)

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: ativfis by usabinário

W = 24198, p-value = **0.008358**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

H1 “Consumo de bebidas alcoólicas” usuários SUS = “Consumo de bebidas alcoólicas” não usuários SUS

H0 “Consumo de bebidas alcoólicas” usuários SUS \neq “Consumo de bebidas alcoólicas” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

```
> kruskal.test (bebedias ~ usasus, data = ana)
```

Kruskal-Wallis rank sum test

data: bebedias by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 0.5378, df = 2, p-value = **0.7642**

Teste Mann-Whitney

```
> wilcox.test(bebedias ~ usabinário, data = ana)
```

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: bebedias by usabinário

W = 21567, p-value = **0.7178**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

H1 “Fuma cigarros” usuários SUS = “Fuma cigarros” não usuários SUS

H0 “Fuma cigarros” usuários SUS \neq “Fuma cigarros” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

```
> kruskal.test(rotulofuma ~ usasus, data = ana)
```

Kruskal-Wallis rank sum test

data: rotulofuma by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 6.8594, df = 2, p-value = **0.0324**

Teste de Mann-Whitney

**APÊNDICE D - TESTES NÃO-PARAMÉTRICOS PARA ECONOMIA DE RENDA
MENSAL**

H1 “Economiza renda” usuários SUS = “Economiza renda” não usuários SUS

H0 “Economiza renda” usuários SUS \neq “Economiza renda” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

```
> kruskal.test(economiza...61 ~ usasus, data = ana)
```

Kruskal-Wallis rank sum test

data: economiza...61 by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 3.4878, df = 2, p-value = **0.1748**

Teste Mann-Whitney

```
> wilcox.test(economiza...61 ~ usabinário, data = ana)
```

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: economiza...61 by usabinário

W = 21496, p-value = **0.7287**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

**APÊNDICE E - TESTES NÃO-PARAMÉTRICOS - PERGUNTAS DE
AUTOCONSCIÊNCIA POR GRUPO DE USUÁRIOS E NÃO USUÁRIOS DO SUS**

H1 “pratico esportes” usuários SUS = “pratico esportes” não usuários SUS

H0 “pratico esportes” usuários SUS \neq “pratico esportes” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

> kruskal.test(esportes ~ usasus, data = ana)

Kruskal-Wallis rank sum test

data: esportes by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 3.3399, df = 2, p-value = **0.1883**

Teste Mann-Whitney

> wilcox.test(esportes ~ usabinário, data = ana)

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: esportes by usabinário

W = 23132, p-value = **0.09971**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

H1 “desejo esportes” usuários SUS = “desejo esportes” não usuários SUS

H0 “desejo esportes” usuários SUS \neq “desejo esportes” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

> kruskal.test(desejoesportes ~ usasus, data = ana)

Kruskal-Wallis rank sum test

data: desejoesportes by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 2.231, df = 2, p-value = **0.3277**

Teste Mann-Whitney

> wilcox.test(desejoesportes ~ usabinário, data = ana)

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: desejoesportes by usabinário

W = 22825, p-value = **0.1339**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

H1 “deveria esportes” usuários SUS = “deveria esportes” não usuários SUS

H0 “deveria esportes” usuários SUS \neq “deveria esportes” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

> kruskal.test(deveriasportes ~ usasus, data = ana)

Kruskal-Wallis rank sum test

data: deveriasportes by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 5.2059, df = 2, p-value = **0.07405**

H1 “saude” usuários SUS = “saude” não usuários SUS

H0 “saude” usuários SUS \neq “saude” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

```
> kruskal.test(saude ~ usasus, data = ana)
```

Kruskal-Wallis rank sum test

data: saude by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 0.43749, df = 2, p-value = **0.8035**

Teste Mann-Whitney

```
> wilcox.test(saude ~ usabinário, data = ana)
```

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: saude by usabinário

W = 20426, p-value = **0.5548**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

H1 “desejosaude” usuários SUS = “desejosaude” não usuários SUS

H0 “desejosaude” usuários SUS \neq “desejosaude” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

```
> kruskal.test(desejosaude ~ usasus, data = ana)
```

Kruskal-Wallis rank sum test

data: desejosaude by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 0.72451, df = 2, p-value = **0.6961**

Teste Mann-Whitney

```
> wilcox.test(desejosaude ~ usabinário, data = ana)
```

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: desejosaude by usabinário

W = 21089, p-value = **0.9652**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

H1 “deveriasaude” usuários SUS = “deveriasaude” não usuários SUS

H0 “deveriasaude” usuários SUS \neq “deveriasaude” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

```
> kruskal.test(deveriasaude ~ usasus, data = ana)
```

Kruskal-Wallis rank sum test

data: deveriasaude by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 1.3528, df = 2, p-value = **0.5085**

Teste Mann-Whitney

```
> wilcox.test(deveriasaude ~ usabinário, data = ana)
```

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: deveriasaude by usabinário

W = 19953, p-value = **0.2985**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

H1 “procrastinação” usuários SUS = “procrastinação” não usuários SUS

H0 “procrastinação” usuários SUS \neq “procrastinação” não usuários SUS

Teste Kruskal Wallis

```
> kruskal.test(procrastinacao ~ usasus, data = ana)
```

Kruskal-Wallis rank sum test

data: procrastinacao by usasus

Kruskal-Wallis chi-squared = 4.4453, df = 2, p-value = **0.1083**

APÊNDICE F - CORRELAÇÃO DOS ÍNDICES DE IMPACIÊNCIA

Tabela de Contingência para os índices de impaciência segundo sua classificação.

D * CLASSIF Crosstabulation

		CLASSIF			Total	
		DECRESCE NTE	CONSTAN TE	CRESCENT E		
D	DI02	Count	86	163	178	427
		% within D	20,1%	38,2%	41,7%	100,0%
		% within CLASSIF	25,2%	22,7%	27,4%	25,0%
		Count	88	217	122	427
		% within D	20,6%	50,8%	28,6%	100,0%
		% within CLASSIF	25,8%	30,2%	18,8%	25,0%
		Count	72	148	207	427
		% within D	16,9%	34,7%	48,5%	100,0%
		% within CLASSIF	21,1%	20,6%	31,9%	25,0%
		Count	95	190	142	427
		% within D	22,2%	44,5%	33,3%	100,0%
		% within CLASSIF	27,9%	26,5%	21,9%	25,0%
Total		Count	341	718	649	1708
		% within D	20,0%	42,0%	38,0%	100,0%
		% within CLASSIF	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela de correlação de Spearman para índices de impaciência.

Correlations

		D-I-02	D-I-24	D-S-02	D-S-24	
Spearman's rho	D-I-02	Correlation Coefficient	1,000	,137**	,301**	,197**
		Sig. (2-tailed)	.	,005	,000	,000
		N	427	427	427	427
	D-I-24	Correlation Coefficient	,137**	1,000	,147**	,223**

	Sig. (2-tailed)	,005	.	,002	,000
	N	427	432	427	432
	Correlation Coefficient	,301**	,147**	1,000	,116*
D-S-02	Sig. (2-tailed)	,000	,002	.	,016
	N	427	427	427	427
	Correlation Coefficient	,197**	,223**	,116*	1,000
D-S-24	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,016	.
	N	427	432	427	432

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

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

Teste de Wilcoxon para comparação entre D-I-02 e D-I-24 e entre D-S-02 e D-S-24

H₀: classificação do D-I-02 = classificação do D-I-24

H₁: classificação do D-I-02 ≠ classificação do D-I-24

Test Statistics^a

	CLASSIF - D
Z	-10,566 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

H₀: classificação do D-S-02 = classificação do D-S-24

H₁: classificação do D-S-02 ≠ classificação do D-S-24

Test Statistics^a

	CLASSIF - D
Z	-25,584 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

APÊNDICE G - TESTES NÃO-PARAMÉTRICOS PARA CLASSIFICAÇÃO DOS ÍNDICES DE IMPACIÊNCIA

Objetivo: Comparar os DI02, DI24, DS02, DS24 entre as pessoas que utilizam algum tipo de atendimento do SUS e as que não utilizam.

Test Statistics^a

	D-I-02	D-I-24	D-S-02	D-S-24
Mann-Whitney U	19639,000	20139,000	20657,500	20368,500
Wilcoxon W	56495,000	32385,000	57513,500	57224,500
Z	-1,259	-,873	-,400	-,657
Asymp. Sig. (2-tailed)	,208	,383	,689	,511

a. Grouping Variable: Utiliza algum tipo de atendimento do SUS?

Objetivo: Comparar os DI02, DI24, DS02, DS24 entre as pessoas que frequentam e as que não frequentam Centros de Saúde de Florianópolis.

Test Statistics^a

	D-I-02	D-I-24	D-S-02	D-S-24
Mann-Whitney U	20801,500	22154,500	21207,500	22370,000
Wilcoxon W	45554,500	47354,500	45960,500	47570,000
Z	-1,580	-,942	-1,242	-,747
Asymp. Sig. (2-tailed)	,114	,346	,214	,455

APÊNDICE H- TESTE NÃO-PARAMÉTRICO PARA AS VERSÕES A E B DO QUESTIONÁRIO

Teste de Mann-Whitney para versão A e B do questionário

H₀: índices da versão A = índices da versão B

H₁: índices da versão A \neq índices da versão B

Test Statistics^a

	D-I-02	D-I-24	D-S-02	D-S-24
Mann-Whitney U	18848,500	21598,500	21363,500	21198,500
Wilcoxon W	38351,500	41899,500	40866,500	47994,500
Z	-3,086	-1,337	-1,039	-1,631
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,181	,299	,103

a. Grouping Variable: Tipo

APÊNDICE I - REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTINOMIAL

Variáveis	Variável dependente Y. D-I-02		Variável dependente Y. D-I-24		Variável dependente Y. D-S-02		Variável dependente Y. D-S-24	
	Descresce nte	Cresce nte	Descresc ente	Crescent e	Descresce nte	Crescen te	Descrescent e	Crescente
	Modelo 2		Modelo 2		Modelo 2		Modelo 2	
Utiliza algum tipo de atendimento do SUS?	0.720 (0.300)	1.150 (0.368)	1.537 (0.565)	0.388** (0.149)	0.405** (0.176)	1.060 (0.336)	0.642 (0.248)	0.915 (0.304)
Atendimento médico nos CS: vacina?	1.301 (0.494)	0.973 (0.291)	0.798 (0.290)	1.639 (0.544)	1.289 (0.489)	0.712 (0.208)	1.688 (0.605)	1.061 (0.333)
X. Atendimento médico nos CS: outros?	0.983 (0.368)	1.154 (0.333)	0.842 (0.298)	2.462** * (0.806)	2.128* (0.834)	0.929 (0.260)	1.900* (0.673)	1.595 (0.480)
Idade	0.972* (0.0146)	0.990 (0.010)	0.976* (0.0132)	0.999 (0.0119)	0.967** (0.0156)	0.989 (0.0098)	0.970** (0.0125)	0.992 (0.0104)
Sexo Feminino	0.770 (0.245)	1.421 (0.376)	1.544 (0.496)	1.755** (0.498)	0.683 (0.243)	1.219 (0.321)	0.686 (0.212)	1.217 (0.330)
IMC	1.006 (0.0315)	1.017 (0.028)	1.052* (0.0308)	0.963 (0.0419)	1.011 (0.0334)	0.983 (0.0274)	0.986 (0.0320)	1.019 (0.0293)
Vive com os pais	0.808 (0.266)	1.106* * (0.158)	0.789 (0.256)	0.914 (0.252)	0.911 (0.323)	1.052 (0.282)	0.931 (0.286)	0.986 (0.278)
Anos de estudo	0.982 (0.0507)	1.067 (0.055)	1.078 (0.0751)	1.005 (0.0472)	0.972 (0.0613)	1.010 (0.0475)	1.066 (0.0688)	1.067 (0.0479)
Horas semanais de atividades físicas	1.024 (0.0448)	1.011 (0.041)	1.073 (0.0495)	1.064 (0.0484)	1.005 (0.0475)	0.963 (0.0372)	0.975 (0.0360)	0.970 (0.0445)
Fuma cigarros	0.338** (0.166)	0.895 (0.276)	0.632 (0.264)	0.617 (0.215)	0.644 (0.298)	1.041 (0.325)	1.242 (0.492)	1.062 (0.343)
Dias por semana que bebe	1.008 (0.0975)	0.855 (0.084)	1.018 (0.0991)	0.948 (0.105)	1.107 (0.114)	1.020 (0.0929)	1.077 (0.111)	1.144 (0.104)
Você economiza parte da renda	0.550* (0.171)	0.667 (0.169)	1.141 (0.334)	0.913 (0.239)	1.045 (0.347)	0.966 (0.234)	1.273 (0.387)	0.840 (0.210)
Eu pratico esportes.	1.045 (0.0815)	1.078 (0.067)	0.910 (0.0692)	1.025 (0.0669)	0.945 (0.0816)	1.034 (0.0621)	0.995 (0.0763)	1.022 (0.0644)
Eu desejo praticar esportes com mais	0.970	0.964	1.243**	1.000	1.091	1.018	1.149	0.992

frequência do que eu faço agora.		(0.064 4)	(0.106)	(0.0774)	(0.101)	(0.0718)	(0.104)	(0.0675)
Eu deveria praticar esportes com mais frequência do que eu faço agora.	1.152 (0.130)	0.985 (0.071 4)	0.849* (0.0737)	0.992 (0.0833)	0.898 (0.0966)	0.862* (0.0654)	1.007 (0.0975)	0.881 (0.0696)
Eu cuido da minha saúde.	1.059 (0.111)	0.939 (0.090 2)	1.092 (0.124)	1.041 (0.0987)	1.095 (0.128)	1.055 (0.0917)	1.196* (0.129)	1.098 (0.0975)
Eu desejo cuidar da minha saúde com mais regularidade.	0.844 (0.109)	1.006 (0.090 8)	0.836 (0.103)	0.950 (0.0996)	0.808 (0.116)	1.150 (0.108)	0.857 (0.0911)	1.017 (0.0990)
Eu deveria cuidar da minha saúde com mais regularidade.	1.135 (0.146)	1.052 (0.082 4)	1.259** (0.132)	1.025 (0.0970)	1.122 (0.160)	1.036 (0.0796)	1.113 (0.109)	1.118 (0.0922)
Eu tenho a tendência de deixar para depois o que eu tenho que fazer.	0.929 (0.0618)	1.073 (0.058 6)	1.011 (0.0636)	1.194** * (0.0694)	0.971 (0.0661)	1.034 (0.0539)	0.952 (0.0594)	1.032 (0.0563)
OBS		426	426	426	426	426	426	426
Pseudo R2		0,0659	0,0406	0,0487	0,0487	0,0487	0,0428	0,0428

* p<0.10; **p<0.05;

***p<0.01

ANEXO A



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 2/SMS/GAB/ESP/2020

Florianópolis, 02 de Janeiro de 2020.

Prezada,

Informamos que a Pesquisa intitulada **“A impaciência como entrave para Políticas Públicas de saúde: uma abordagem da Economia Comportamental na Estratégia Saúde da Família”** do pesquisador responsável ANA LUIZE CORREA, foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde e Gerência de Atenção Primária e está autorizada para ser realizada com as unidades de saúde do município.

O pesquisador deverá entrar em contato com a coordenação local das unidades de saúde para combinar a melhor forma de realizar a coleta de dados (entrevista com usuários nas salas de espera das unidades de saúde) sem alterar o processo de trabalho das equipes de saúde. Todo processo deverá ser realizado **respeitando a disponibilidade do serviço e a autonomia dos sujeitos de pesquisa.**

O período autorizado para coleta de dados é de **13/01/2020 a 13/09/2020. Caso seja necessária a prorrogação do prazo de coleta, o pesquisador deve entrar em contato com a comissão de pesquisa.**

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço espfloripa@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593.

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos
Projetos de Pesquisa em Saúde
Matricula 26212-9 SMS/PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

Ilustríssima Senhora
ANA LUIZE CORREA
Nesta

Visite nosso site: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/
E-mail: espfloripa@gmail.com Fone: (048) 3239-1593