

Sistemas de Seguro Nacional de Saúde e respostas às legítimas expectativas dos cidadãos

Margarida EIRAS. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa, Portugal.
(margarida.eiras@estesl.ipl.pt)

Eva SOUSA. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa, Portugal.
(eva.sousa@estesl.ipl.pt)

Resumo

Os sistemas de saúde assumem a responsabilidade não só de melhorar a saúde das populações mas também de as proteger do custo da doença e de as tratar com dignidade.

Tendo por base as três dimensões que definem os sistemas de saúde (regulação, financiamento e prestação), e que cada dimensão pode ser dominada por três tipos de atores (estado, social e privado), no âmbito deste trabalho é nosso propósito estudar os sistemas de saúde de tipo Seguro Nacional de Saúde (nomeadamente dos países como o Canadá, a Austrália, a Nova Zelândia e a Irlanda), na perspetiva das respostas às legítimas expectativas dos cidadãos. Assim, iremos proceder a uma revisão da literatura para chegarmos aos objetivos específicos: (i) descrever sucintamente os sistemas de saúde baseados no seguro nacional de saúde, onde se podem incluir a Austrália, Canadá, Irlanda e Nova Zelândia; (ii) caracterizar o conceito de *responsiveness*; (iii) identificar a presença da *responsiveness* nestes sistemas.

A forma como os sistemas de saúde interagem com as pessoas é determinante para o seu bem estar. Avaliar o desempenho dos sistemas de saúde não se limita à avaliação dos resultados em saúde mas também no respeito e integração dos princípios éticos e dos direitos humanos.

Introdução

Os sistemas de saúde têm sido conceptualizados e definidos de variadíssimas formas, existindo desde que as pessoas sentiram necessidade de proteger a sua saúde e de tratar doenças e no século XXI, independentemente do país, assumem um papel preponderante na vida das populações¹.

Em termos de modelo organizativo, os sistemas de saúde surgem há cerca de um século. Até então a taxa de mortalidade infantil era muito elevada e a esperança média de vida era muito curta. O parto ocorria sobretudo em casa e raramente com a presença de um profissional de saúde. Nessa época muito poucas pessoas teriam visitado um hospital².

Em 1999, as Nações Unidas celebraram o facto do mundo ter atingido os 6 mil milhões de habitantes, com o nascimento de um bebé rapaz que à nascença tinha uma esperança média de vida de 73 anos (média registada na Bósnia, onde nasceu). Interessante verificar que apenas 50 anos antes esta média era apenas de 48 anos².

Apesar de não constituir objeto de estudo deste trabalho encontrar uma definição de sistema de saúde, e por se encontrarem na literatura consultada, uma enorme possibilidade de classificações, iremos adoptar a definição da WHO (Organização Mundial da Saúde)² “todas as atividades cujo primordial propósito é promover, reabilitar ou manter a saúde”. Ou seja, os sistemas de saúde, incluem intervenções ao nível preventivo, curativo e paliativo dirigido a indivíduos e a populações. Os sistemas de saúde assumem a responsabilidade não só de melhorar a saúde das populações mas também de as proteger do custo da doença e de as tratar com dignidade.

Neste contexto, a WHO² identifica três objetivos fundamentais para os sistemas de saúde:

- Melhorar a saúde das populações que servem (melhor saúde);
- Providenciar proteção financeira contra os custos da doença (justiça na contribuição financeira);
- Responder às expectativas dos cidadãos (respeito pela pessoa).

Nos últimos anos assiste-se a várias ensaios para uma classificação dos sistemas de saúde, tendo para isso contribuído os estudos de Bohm et al.³ e de Wendt⁴, entre outros. Tendo por base as três dimensões que definem os sistemas de saúde (regulação, financiamento e prestação), e tendo em atenção que cada dimensão pode ser dominada por três tipos de atores (estado, social e privado), no âmbito deste trabalho adotaremos a proposta de Bohm et al.⁵ que apresenta a seguinte classificação:

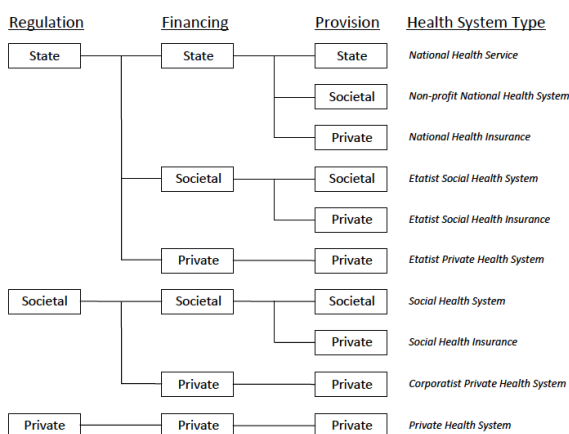


Fig. 1 – Classificação dos sistemas de saúde⁵

Em Portugal alguns autores têm estudado os sistemas de saúde na perspectiva de duas das suas funções principais, o financiamento e a regulação. É nosso propósito estudar os sistemas de saúde de tipo Seguro Nacional de Saúde (nomeadamente dos países como o Canadá, a Austrália, a Nova Zelândia e a Irlanda), na perspectiva das respostas às legítimas expectativas dos cidadãos, o que na literatura anglo-saxónica diz respeito à *responsiveness*. O termo surge no relatório da WHO² e relaciona-se com uma componente que vai para além dos resultados em saúde, conhecida como *beyond-health-output*⁶, referindo-se à forma como os sistemas de saúde proporcionam aos cidadãos a possibilidade de atingirem as suas legítimas expectativas no que respeita às questões que vão para além da saúde biológica.

Assim são objetivos específicos: (i) descrever sucintamente os sistemas de saúde baseados no seguro nacional de saúde, onde se podem incluir a Austrália, Canadá, Irlanda e Nova Zelândia; (ii) caracterizar o conceito de *responsiveness*; (iii) identificar a presença da *responsiveness* nestes sistemas.

Métodos

Foi realizada uma revisão bibliográfica na PUBMED, na *WEB of Science* (através da B-On). Foram também consultadas as páginas da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), UE (EUROBAROMETRO) e da WHO. A pesquisa foi dirigida usando as palavras chave *Health systems, Healthcare systems, National Health Insurance, Responsiveness*. Para além dos artigos científicos identificados foram ainda incluídos documentos provenientes das organizações que referimos. Foram ainda consultadas as páginas dos sistemas de saúde dos países em estudo (Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Irlanda).

Para nomear a presença da *responsiveness* nos países em estudo iremos identificar a referência às suas sete dimensões (dignidade, confidencialidade, autonomia, cuidados atempados, qualidade das instalações, redes de apoio e possibilidade de escolha).

Resultados e Discussão

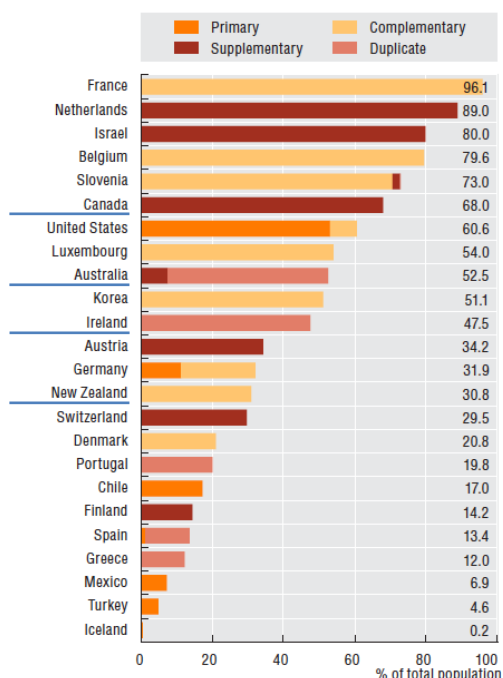
Os Sistemas de Seguro Nacional de Saúde (NHI) combinam estruturas de regulação e financiamento do NHS (Serviço Nacional de Saúde) com o domínio de atores privados na dimensão prestação de cuidados. Apesar de na literatura se poder encontrar alguma controvérsia na inclusão dos países que adoptaram estes sistemas, usaremos no âmbito deste trabalho, a nomenclatura sugerida por Bohm et al.⁵ que incluem a Austrália, o Canadá, a Irlanda e a Nova Zelândia.

À semelhança do sistema do NHS este tipo de sistema garante uma cobertura universal e igualdade no acesso à prestação de cuidados de saúde.

A principal diferença dos sistemas de saúde baseados no seguro nacional de saúde reside no facto da prestação de cuidados permanecer em grande parte no sector privado⁵. Enquanto o Estado assume a responsabilidade de regular a relação entre prestadores, pagadores e o cidadão, existe liberdade de escolha por parte do cidadão sobretudo no que diz respeito ao médico de família (GP) ou mesmo ao hospital.

No Canadá, o pacote de benefícios é negociado entre as Províncias/Estados e a Associação Médica que aqui representa uma modalidade social. Na Nova Zelândia, as organizações não governamentais são envolvidas na determinação dos benefícios farmacêuticos.

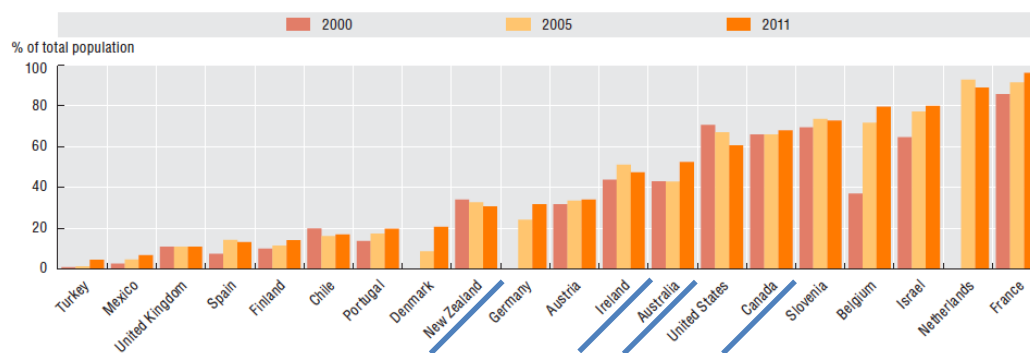
A figura 2 mostra o nível de cobertura do seguro de saúde em alguns países da OCDE, mostrando o comportamento dos países incluídos no sistema NHI, aqui tratados.



Note: Private health insurance can be both complementary and supplementary in Denmark, Korea and New Zealand; and duplicate, complementary and supplementary in Israel.
 Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932918510>

Figura 2 – Cobertura de seguro privado por tipo (2011 ou mais próximo)⁷

Apesar de a Nova Zelândia, a Irlanda, a Austrália e o Canadá pertencerem ao grupo de países que adoptam o modelo de NHI, podemos verificar na figura 3 que têm sofrido uma alteração nos últimos anos⁷. O Canadá parece ser o país que se tem mantido mais estável nas suas políticas de saúde.



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932918529>

Figura 3 – Evolução da cobertura de seguro privado de saúde (2000/2011)⁷

Austrália

A Austrália promove o acesso universal aos cuidados de saúde, através do sistema de seguro de saúde do governo, a *Medicare*, financiado por impostos gerais e um imposto obrigatório

para a saúde. Todos os cidadãos têm direito a um acesso subsidiado para um médico da sua preferência, fora do hospital, cuidados hospitalares gratuitos no sector público e fármacos comparticipados⁸.

As despesas cobertas pela *Medicare* dependem do serviço de saúde e do prestador e são estabelecidas pelo Governo no chamado *Medicare Benefits Schedule* (MBS), atualizado anualmente⁸.

O sector privado, que emprega a maioria dos GP e especialistas, detém um número significativo de hospitais, uma indústria consolidada de serviços de diagnóstico, esquemas de seguros de saúde, associações de profissionais, e grupos da indústria e do consumo, que influenciam as decisões políticas do Governo e nos diferentes Estados do país.

O *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* publica com regularidade os resultados alcançados pelos standards estabelecidos pelo governo no que diz respeito à qualidade e segurança do doente, dissemina conhecimento, identifica diretivas, desenvolve e promove programas em prol da qualidade e da segurança do doente. Cerca de 85% dos cuidados primários são hoje acreditados⁹.

Canadá

As províncias e estados são responsáveis por administrar os seus programas de saúde com base no modelo de NHI, que cobre todos os residentes. Ao governo federal cabe administrar uma gama de serviços a grupos minoritários como é exemplo os militares. Cerca de dois terços dos canadianos também possuem um seguro privado de saúde que cobre serviços que não estão cobertos pelo programa publico¹⁰.

Na ultima década contaram com um plano, *Stengthen Health Care* (2004-2014) que contemplou financiamento de iniciativas que visaram motivar a inovação e a melhoria da qualidade ao nível das províncias, como foi exemplo a redução das listas de espera. Tem-se registado uma introdução do uso da avaliação de tecnologias para a saúde na tomada de decisão. Foi ainda criado o *Canadian Patient Safety Institute* que promove boas práticas, desenvolve estratégias, standards e ferramentas para a melhoria da segurança do doente⁹.

Irlanda

Em 2001 foi publicada a Estratégia para a Política de Saúde Nacional denominada *Quality and fairness: A health syste for you* cuja agenda tinha o objetivo de guiar o desenvolvimento e a reforma do sistema de saúde irlandês nos próximos 7 a 10 anos¹⁰.

O acesso é regulado pelo estado e os médicos são contratados pelo *Health Service Executive* para desempenharem funções nos hospitais estatais⁵.

Nova Zelândia

Todos os residentes permanentes têm livre acesso a uma gama larga de cuidados de saúde financiados pelo estado, no entanto cerca de 30% da população detém um seguro de saúde complementar e suplementar que é voluntário⁹.

A certificação por parte do Ministério da Saúde dos hospitais, lares e centros de dia é obrigatória, sendo uma prática corrente a execução de auditorias de terceira parte⁹.

A capacidade dos sistemas de saúde para darem resposta às expectativas dos cidadãos (*responsiveness*) é considerada como um fator determinante da satisfação individual⁶. Os cidadãos não só têm a expectativa de serem tratados, mas tratados tendo em conta as suas preferências, envolvendo-se na tomada de decisão, e ainda num ambiente agradável. A componente de saúde biológica é sentida pelas pessoas como uma função assumidamente intrínseca aos sistemas de saúde⁶.

No relatório da WHO², identifica-se uma diferenciação fundamental sobre o conceito de *responsiveness*. Por um lado, claramente relacionado com o respeito pela pessoa, considerado subjetivo e por isso muito dependente da perspetiva individual, que se relaciona essencialmente com aspetos de interação dos indivíduos com o sistema de saúde, e por outro, relacionado com aspetos mais objetivos e facilmente observáveis. Para a sua compreensão, menciona sete dimensões de *responsiveness*, divididos em duas categorias:

1. respeito pelo individuo
 - a. respeito pela **dignidade** (não humilhação por parte dos profissionais)
 - b. respeito pela **confidencialidade** (preservar o acesso à informação pessoal/garantir a privacidade dos dados em saúde e o sigilo profissional)
 - c. respeito pela **autonomia** individual (envolvimento do doente na tomada de decisão)

2. orientação para o cliente
 - a. cuidados **atempados** (resposta atempada a necessidades de saúde)
 - b. qualidade do ambiente/**instalações** (espaços adequados, boa alimentação, limpeza)
 - c. acesso a **redes de apoio** (apoio social ao doente e família)
 - d. possibilidade de **escolha** (escolha da instituição/profissional)

Até ao momento são poucos os países que têm aplicado esta nova forma de encarar os resultados em saúde⁶, apesar da WHO² ter criado o índice de *responsiveness* com base nas sete dimensões anteriormente mencionadas. A *responsiveness* não pretende ser uma medida para determinar a resposta dos sistemas de saúde às necessidades de saúde, o que faz parte integrante dos resultados em saúde, mas sim avaliar o desempenho dos sistemas no que diz respeito a outros aspetos para além da saúde. Ao dar ênfase à *responsiveness* os sistemas garantem que a razão da sua existência é servir as pessoas o que envolve mais do que apenas avaliar a satisfação do utilizador em relação aos cuidados médicos de que são alvo².

De notar que a *responsiveness* difere da avaliação da satisfação do doente em três aspetos¹¹:

- a satisfação é limitada à interação num dado contexto clínico, enquanto que a *responsiveness* procura avaliar o sistema como um todo;
- em regra os temas considerados na avaliação da satisfação, combinam aspetos médicos e não médicos, enquanto a *responsiveness* só cobre os aspetos não médicos do sistema de saúde;
- enquanto a satisfação representa uma mistura complexa de necessidades percebidas, expectativas e experiência de cuidados, a *responsiveness* avalia as experiências individuais com o sistema de saúde.

Foi com o trabalho de Silva¹² que teve início a avaliação às legítimas expectativas dos cidadãos (*responsiveness*). Foi desenvolvido um instrumento que permitiu avaliar a *responsiveness* e a 1006 participantes do estudo, dos quais metade pertenciam à WHO, foi avaliado o grau de

importância de cada dimensão da *responsiveness*. O respeito e a orientação para o cliente (as duas categorias mencionadas acima) foram classificadas como igualmente importantes bem como as três dimensões do respeito pelo indivíduo. As quatro dimensões da orientação para o cliente tiveram pesos diferentes, nomeadamente cuidados atempados (20%), qualidade das instalações (15%), acesso a redes de apoio (10%) e possibilidade de escolha (5%). No mesmo país as mulheres atribuíram scores mais baixos do que os homens e todos os scores tenderam a ser mais elevados em países com menos liberdade política. Os dados foram ajustados para que os scores pudessem ser comparados removendo este tipo de fatores¹².

A figura 4 mostra o nível de *responsiveness* nos 191 países da WHO¹³. Os dez países com melhor desempenho no que diz respeito à capacidade dos sistemas de saúde para dar resposta às expectativas dos cidadãos (*responsiveness*) foram os Estados Unidos da América, Suíça, Luxemburgo, Dinamarca, Alemanha, Japão, Canadá, Noruega, Holanda e Suécia e os países com scores mais baixos foram o Chade, República Centro Africana, Guiné-Bissau, Nepal, Eritreia, Mali, Uganda, Moçambique, Níger e Somália.

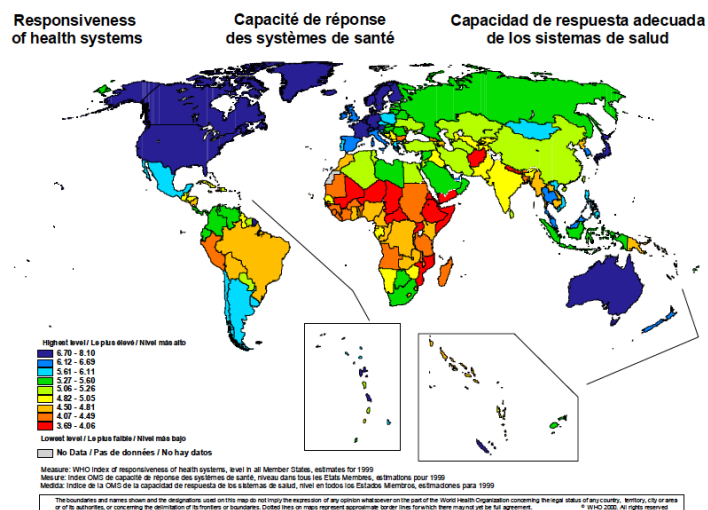


Figura 4 – mapa do nível de *responsiveness* dos países da WHO¹³

Também a Tailândia¹⁴, não estando incluída no universo dos países avaliados no estudo anterior, aplicando o mesmo método, avaliou os níveis de *responsiveness*. Os resultados foram muito interessantes pois permitem levantar algumas questões no que diz respeito à metodologia adoptada o que contribuiu grandemente para testar a aplicabilidade do questionário da WHO. Assim, a autonomia não foi conceptualizada pelos tailandeses o que parece estar relacionado com uma cultura paternalista vivida neste país. Por outro lado, uma vez que este país tem o sistema de seguro nacional de saúde (NHI), a escolha do prestador é livre, não sendo uma barreira na avaliação do sistema de saúde na Tailândia e por adoptarem o “fee for service” a espera também não se faz sentir.

Num estudo realizado em oito países europeus¹⁵ (Alemanha, Itália, Polónia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça, e Reino Unido), que pretendeu avaliar os níveis de *responsiveness*, verifica-se que em todos os países da amostra a percentagem de respondentes que considera ter livre escolha para consultar um médico de família é muito elevado (86-98), embora o mesmo não aconteça quando se trata de um médico especialista (31-97). Por outro lado, estes cidadãos, consideram que a informação que têm é suficiente para escolher um médico de família (30-53) e para um médico especialista (23-53). Verificamos que o tipo de sistema de saúde destes países difere, podendo ser essa uma das causas aqui presentes. Este

questionário, apesar de avaliar a *responsiveness*, não teve como ponto de partida o instrumento sugerido pela WHO. A amostra foi randomizada e constituída por cerca de 1000 cidadãos dos países identificados, o que totalizou 8119 respostas a entrevistas por telefone.

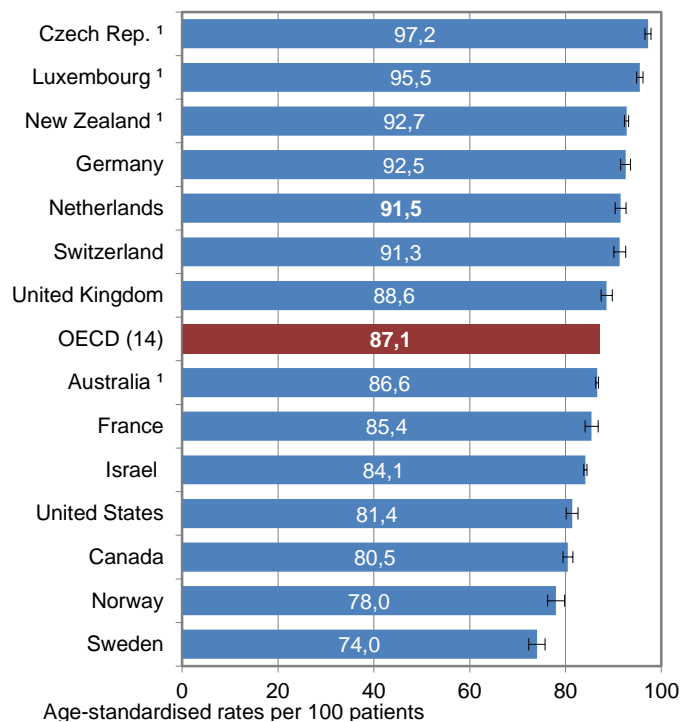
	Proportion (%) of respondents answering 'yes' to indicated question							
	Germany n = 1026	Italy n = 1021	Poland n = 1050	Slovenia n = 1014	Spain n = 1000	Sweden n = 1000	Switzerland n = 1000	UK n = 1008
A. Demand for choice of provider. In general, if you need to [consult a primary care doctor/consult a specialist doctor/go to hospital] do you think you should have a free choice?								
Primary care doctors	98	86	98	98	89	86	93	87
Specialist doctors	97	83	95	87	86	31	84	79
Hospitals	94	85	94	86	78	54	85	80
B. Information to support choice of provider. Do you feel you have sufficient information about [primary care doctors/specialist doctors/hospitals] to choose the best one for you?								
Primary care doctors	52	53	43	45	30	31	52	40
Specialist doctors	42	53	32	25	23	23	41	28
Hospitals	42	54	35	30	32	36	52	35

Figura 5 – escolha do prestador em oito países europeus¹⁵

Também a OCDE¹⁶, no que diz respeito à avaliação dos indicadores da qualidade em saúde, apresenta resultados relacionados com a forma como o sistema de saúde responde à expectativas dos cidadão como é exemplo:

1. o tempo que o médico despende com o doente numa consulta de clinica geral, conforme figura 6.

Verifica-se que existem sete países onde a satisfação dos doentes em relação ao tempo de consulta, se encontra acima da média da OCDE, nomeadamente a Nova Zelândia, sendo que a Austrália e o Canadá se encontram abaixo do valor de referência.

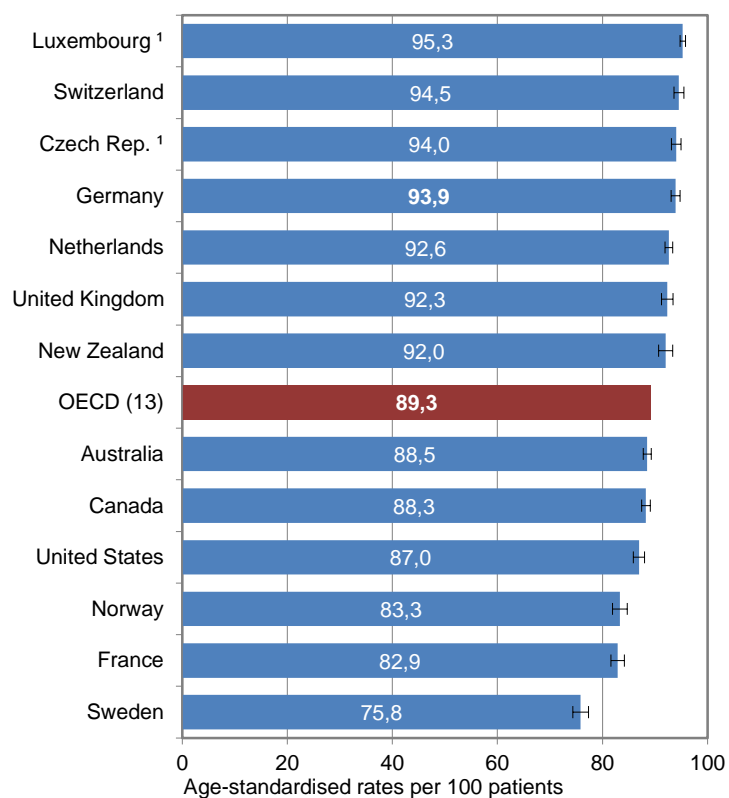


Fonte: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2010 and other national sources.

Figura 6 – avaliação do tempo consumido com o doente na consulta médica¹⁶

2. a oportunidade para colocar questões e evidenciar preocupações por parte do doente, conforme figura 7.

Apesar da valoração ser ligeiramente diferente da identificada no ponto anterior, também no que diz respeito à possibilidade de colocar questões e de comunicar as preocupações, os países que denotam percentuais mais elevados continua a ser o grupo de países onde a Nova Zelândia se encontra.

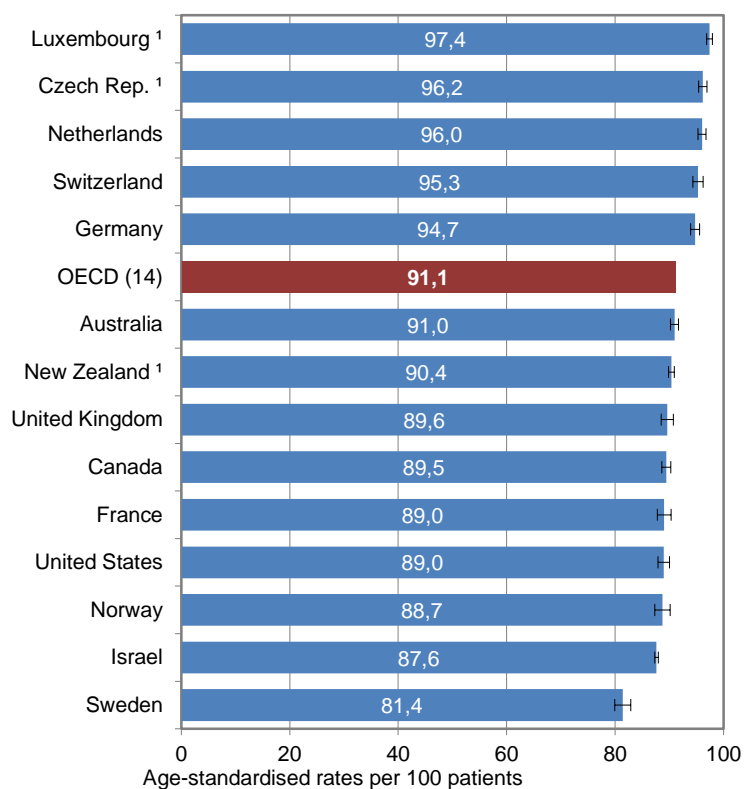


Fonte: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2010 and other national sources.

Figura 7 – avaliação da compreensão das explicações fornecidas pelo médico¹⁶

3. facilidade na compreensão das explicações fornecidas pelo médico, conforme figura 8.

Contrariamente ao que identificámos anteriormente, a Nova Zelândia deixa de pertencer aos países que se destacam acima da média da OCDE, no que diz respeito à facilidade de compreensão por parte do doente da linguagem usada pelo médico. Esta questão poderá eventualmente estar relacionada com os níveis de literacia em saúde dos cidadãos Neo Zelandeses.

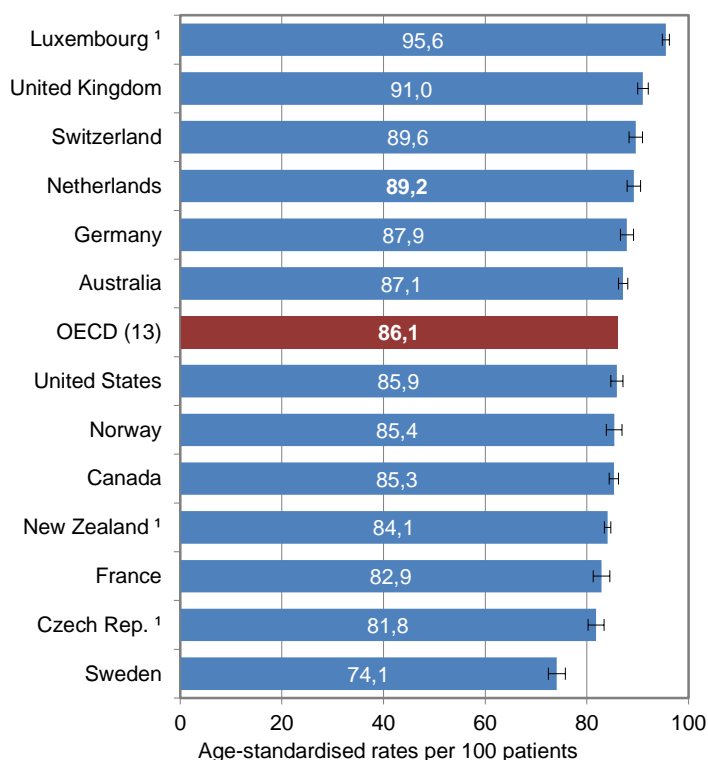


Fonte: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2010 and other national sources.

Figura 8 – avaliação do uso de linguagem de fácil compreensão por parte do médico ¹⁶

4. envolvimento do doente na tomada de decisão, conforme figura 9.

Na figura 9 podemos verificar que os australianos são mais envolvidos na tomada de decisão, enquanto que os Neo Zelandeses e os Canadianos se apresentam com percentuais mais baixos do que a média dos países da OCDE.



Fonte: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2010 and other national sources.

Figura 9 – avaliação do nível de envolvimento do doente na tomada de decisão¹⁶

Reflexões Finais

A cobertura universal bem como o livre acesso à prestação de cuidados de saúde por parte da população, são duas características essenciais num sistema de saúde. Na Austrália, Canadá, Irlanda e Nova Zelândia encontramos um sistema de saúde baseado no seguro nacional de saúde que tendo como regulador e financiador o Estado, a função prestação está nas mãos do sector privado.

Em qualquer sistema de saúde, a qualidade e consequentemente a **capacidade** dos sistemas de saúde darem resposta às expectativas dos cidadãos é considerada como um fator determinante para o sucesso do sistema. A autonomia, a dignidade, a confidencialidade, a resposta atempada, a qualidade das instalações, o apoio social e a livre escolha, são atributos que podem ser vividos pelo cidadão de forma diferente consoante o sistema de saúde vigente.

A forma como os sistemas de saúde interagem com as pessoas é determinante para o seu bem estar. Avaliar o desempenho dos sistemas de saúde não se limita à avaliação dos resultados em saúde mas também no respeito e integração dos princípios éticos e dos direitos humanos.

Referências bibliográficas

1. Hsiao, W. What is a Health System? Why Should we Care? 2013.
2. WHO, The World health report 2000 : health systems : improving performance. 2000
3. Böhm, K., Schmidb, A., Götzeb, R., Landwehra, C., Rothgang, H., Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. Health Policy 113 (2013) 258– 269
4. Wendt, C. Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. Journal of European Social Policy. 2009; 19; 432-445
5. Böhm, K. Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., Rothgang, H., Classifying OECD healthcare systems: A deductive approach, TranState Working Papers, No. 165 (2012)
6. Kotzian, P. Determinants of Satisfaction with Health Care System; The Open Political Science Journal, 2009; 2; 47-58
7. OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. (acedido em 01.04.2014 http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)
8. OCDE. Health Care Quality Indicators (acedido em 01.04.2014, <http://www.oecd.org/els/health-systems/healthcarequalityindicators.htm>)
9. Commonwealth Fund. International profiles of Health Care Systems, Edited by Sarah Thomson, Robin Osborn, David Squires, and Miraya Jun. 2013
10. McDaid D, Wiley M, Maresso A and Mossialos E. Ireland: Health system review. Health Systems in Transition, 2009; 11(4): 1 – 268
11. Silva, A. e Valentine, N., Measuring Responsiveness: Results of a Key Informants Survey in 35 Countries. GPE Discussion Paper Series: No.21. EIP/GPE/FAR. World Health Organization
12. Silva, A. A framework for measuring responsiveness. Geneva, World Health Organisation, Global Programme on Evidence for Health Policy, 1999.
13. Valentine, N., Silva, A., Murray, C., Estimating Responsiveness Level and Distribution for 191 Countries: Methods and Results. GPE Discussion Paper Series: No. 22. EIP/GPE/FAR World Health Organization.
14. Hsu, C. C., Chen, L., Hu, Yu-W., Yip, W., e Shu, C. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. BMC Public Health 2006, 6:72.
15. Coulter, A., Jenkinson, C., European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. European Journal of Public Health, Vol. 15, No. 4, 355– 360.
16. OCDE. Commonwealth Fund International Health Policy Survey. 2010 (acedido em 01.04.2014 em <http://www.oecd.org/els/health-systems/healthcarequalityindicators.htm>)

Notas Biográficas

Margarida Eiras

Doutora em Saúde Pública – Política, Gestão e Administração da Saúde, ENSP/UNL, 2013; Mestre em Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde, Universidade de Múrcia, Espanha, 2011; Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, INDEG/ISCTE, 2004; Licenciada em Radioterapia, ESTeSL/IPL, 2000.

Desde 2000, Docente do Ensino Superior Politécnico, Professora Adjunta, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL), Instituto Politécnico de Lisboa. Lecciona na licenciatura em radioterapia, em mestrados e coordena o CET em Técnicas de Secretariado Clínico.

Entre 1983 e 2000, desenvolveu atividade como Técnica de Radioterapia, Instituto Português de Oncologia Lisboa.

Consultora da Direção Geral da Saúde, autora de capítulos de livros, de vários artigos científicos, orientadora de várias teses de mestrado e doutoramento, tem desenvolvido muito trabalho na área da Qualidade e Segurança em Saúde e na área das Radiações Aplicadas à Saúde.

Eva Sousa

Doutoranda em Engenharia Biomédica na FCTUC. Mestre em Biofísica e Física Médica, IBEB/FCUL, 2009; Licenciada em Medicina Nuclear, ESTeSL/IPL, 2006. Desde 2008, Docente do Ensino Superior Politécnico, Assistente Convidada, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL), Instituto Politécnico de Lisboa. Lecciona na licenciatura em medicina nuclear, encontrando-se envolvida em diversos projetos da instituição nomeadamente na área do empreendedorismo.