

# Evolução do Acesso aos Cuidados de Saúde em Portugal: Análise de Indicadores

**Ana Rita Lameira Canhestro**

[ana.canhestro@gmail.com](mailto:ana.canhestro@gmail.com)

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

ORCID 0009-0003-1342-0581

**Carolina Afonso Guerreiro**

[carolg99@outlook.pt](mailto:carolg99@outlook.pt)

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

ORCID 0009-0000-7842-571X

**Catarina Isabel Esteves Quaresma**

[catarina.quaresma22@gmail.com](mailto:catarina.quaresma22@gmail.com)

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

ORCID 0009-0000-2609-4971

**Daniela Filipa de Aguiar Rodrigues**

[danielaguiarodrigues@hotmail.com](mailto:danielaguiarodrigues@hotmail.com)

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

ORCID 0009-0008-8857-3271

## Resumo:

Com a criação do Serviço Nacional de Saúde, ficou consagrado o acesso aos cuidados de saúde por parte de toda a população, independentemente das suas condições socioeconómicas. Para entender a evolução do acesso aos cuidados de saúde são utilizados vários indicadores que permitem avaliar, prever e determinar tendências. O presente artigo tem como objetivo analisar indicadores de saúde que permitam caracterizar o equilíbrio entre a oferta e a procura de cuidados, de forma a compreender a evolução do acesso aos cuidados de saúde em Portugal. Trata-se de um estudo descritivo de âmbito nacional, com base em dados secundários obtidos de plataformas disponibilizadas por instituições públicas nacionais. Nos indicadores observados constata-se um crescimento contínuo e uma recuperação positiva depois do ano de pandemia. Considera-se que existem indicadores onde será necessário mais alocação de recursos e medidas que permitam a contínua evolução do acesso aos cuidados de saúde pela população portuguesa.

**Palavras-chave:** Acesso, Cuidados, Indicadores, Saúde

## Abstract:

With the establishment of the National Health Service, access to healthcare for the entire population was enshrined, regardless of their socioeconomic conditions. Various indicators are used to understand the evolution of access to healthcare,

allowing for assessment, prediction, and determination of trends. This article aims to analyze health indicators that characterize the balance between the supply and demand for care, in order to comprehend the evolution of access to healthcare in Portugal. It is a descriptive nationwide study based on secondary data obtained from platforms provided by national public institutions. The observed indicators show continuous growth and positive recovery after the pandemic year. It is considered that there are indicators where additional allocation of resources and measures are needed to ensure the ongoing evolution of access to healthcare for the Portuguese population

**Keywords:** Access, Care, Health, Indicators

## 1. Introdução

O direito ao acesso aos cuidados de saúde por parte de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, ficou concretizado nos termos da Constituição Portuguesa, aquando da publicação da Lei nº 56/79, de 15 de setembro que criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS), como sendo “constituído pela rede de órgãos e serviços prevista neste diploma, que, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde e atuando de forma articulada (...) visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população” (artigo 2º). Nos últimos anos, este serviço aumentou a qualidade de vida de milhões de cidadãos e reduziu desigualdades.

Em Portugal, a importância do acesso aos cuidados de saúde é frequentemente referida nos Planos Nacionais de Saúde 2012-2016 / 2021-2030, onde são definidos conjuntos de estratégias e recursos para a sua promoção.

### 1.1. Acesso aos cuidados de Saúde

Segundo Frenk (1992), o acesso é a capacidade da população procurar e obter cuidados e a acessibilidade é o nível de ajuste entre as características dos recursos de saúde e da população no processo de procurar e obter cuidados.

Este é um conceito complexo e multidimensional, dependendo, primeiramente, da oferta de cuidados e, posteriormente, do acesso efetivo aos mesmos, que é influenciado pelas diversas barreiras existentes (ex.: económicas, sociais, organizacionais e/ou culturais). Neste sentido, aceder aos cuidados de saúde é uma questão relacionada com a obtenção do potencial de saúde pelos indivíduos e, conseqüentemente, deve ser estudado à luz das necessidades de saúde e dos contextos económicos e culturais dos diferentes grupos sociais (Antunes, Ramos, Lourenço & Quintal, 2020; Furtado & Pereira, 2010).

O modelo teórico de Andersen (1995), corrobora a frase anteriormente descrita, dado que o autor ajuda a compreender a complexidade deste conceito, pois refere que a utilização dos cuidados depende das necessidades (tendencialmente surgem associadas ao estado de saúde), contudo é condicionada por fatores predisponentes (variáveis que influenciam a tendência do indivíduo em procurar cuidados de saúde) e de capacitação (recursos pessoais, familiares e/ou comunitários), que podem facilitar ou dificultar a utilização dos cuidados de saúde.

Com base nos diversos modelos conceituais, foram identificadas cinco dimensões que influenciam o acesso, entre elas: disponibilidade, acessibilidade, acomodação, viabilidade económica e aceitabilidade (Penchansky & Thomas, 1981; Arah, Klazinga, Delnoij et al., 2003; Obrist, Iteba; Lengeler et al., 2007; Kelley & Hurst 2006). Estas dimensões, por sua vez, interagem com as capacidades pessoais dos utilizadores, tais como – capacidade de compreender, procurar, alcançar, pagar e envolver-se nos cuidados (Levesque, Harris, & Russell, 2013; Aragon, Chalkley, & Goddard 2017).

O acesso aos cuidados de saúde é, ainda nos dias de hoje, uma das principais preocupações da maioria das pessoas quanto ao funcionamento do sistema de saúde. Esta preocupação é sobretudo sentida quando o indivíduo está na presença de um problema de saúde (Barros & Costa, 2022).

Em Portugal, o acesso aos cuidados de saúde é amplamente reconhecido como um direito fundamental consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, onde o Estado é incumbido de “(...) garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação (...)”. Ainda nos termos do mesmo artigo e segundo a Lei de Bases da Saúde, o Estado promove e garante o direito à proteção da saúde “(...) através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (...)”, criado aquando da publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, em Diário da República (Entidade Reguladora da Saúde, 2023; Serviço Nacional de Saúde, 2024).

Ainda neste contexto, no ano de 2017, o acesso aos cuidados de saúde foi reconhecido pela Comissão Europeia (2021) como o 16º princípio do Pilar Europeu dos Direitos Sociais proclamados na Cimeira de Gotemburgo na Europa onde “*Todas as pessoas têm direito a aceder, em tempo útil, a cuidados de saúde preventivos e curativos de qualidade e a preços comportáveis*”.

Atualmente, o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, é o primeiro documento a abranger o horizonte temporal de uma década, e em alinhamento com a Agenda 2030, adotou estratégias para ir de encontro a um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável “Saúde de Qualidade”, que tem como finalidade “*garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades*” (Direção-Geral da Saúde, 2023). As metas são diversas, colocando-se em enfoque, no contexto do presente artigo para obtenção da “*cobertura universal de saúde, incluindo (...) o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade (...)*.” (Business Council for Sustainable Development Portugal, 2022).

Embora, entre 2013 e 2020 o acesso aos cuidados de saúde tenha melhorado, com a pandemia de Covid-19 ocorreu uma “*redução da procura de serviços de saúde por receio de contágio*”. Neste sentido, este período pandémico “*trouxe uma inversão da tendência positiva de redução de dificuldades de acesso de quase uma década.*” (Barros & Costa, 2022).

## **1.2. Regulamentação do Acesso aos Cuidados de Saúde**

O sistema de saúde existente em Portugal é fortemente apoiado por uma legislação que estabelece normas para garantir o acesso adequado aos cuidados de saúde. Destacando-se pela sua importância e atualidade é importante referir a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, que estabelece os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no SNS para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência e publica a “Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS”. A Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, por sua vez, regula o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes do SNS, conhecido como SIGA SNS e o Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril que consolida os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Este decreto define ainda os termos para a “Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS” e cria o Sistema Integrado de Gestão do Acesso.

Tendo como objetivo assegurar a transparência e melhorar a informação a que os utentes têm acesso, surge o Despacho n.º 987/2016, de 20 janeiro, que estabelece disposições sobre a disponibilização pública de informação completa e atualizada sobre o cumprimento dos TMRG, incluindo os tempos de resposta dos serviços de urgência, nos estabelecimentos hospitalares do SNS definidos pela Portaria n.º 87/2015, de 23 de março.

A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, consolida a legislação referente aos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, disponibilizando um texto único sobre esta matéria, que respeita os princípios consagrados nas leis em vigor e que contém as três leis sobre o “direito

de acompanhamento” e a lei que aprova os termos a que deve obedecer a “Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS”.

A Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do SNS e revoga a Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho. O Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março, trata do consentimento informado (artigo 156.º) e, finalmente, a Constituição da República Portuguesa no artigo 64.º, garante o Direito à Saúde.

### 1.3. Indicadores de saúde

Os indicadores de saúde têm como objetivo principal gerar evidências sobre o estado e tendência da situação de saúde na população e também registar as desigualdades em saúde. Estas evidências devem servir de base empírica para a determinação de grupos com maiores necessidades em saúde e para identificar áreas críticas que necessitam ser alvo de estabelecimento de políticas de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018).

Júnior & Goldbaum (2003) referem que tanto a Organização Mundial de Saúde, quanto a Organização Pan-Americana da Saúde têm estimulado a utilização de indicadores de fácil construção e interpretação, sendo úteis para a identificação de diferentes problemas de saúde, com ênfase no reconhecimento das iniquidades de cada região ou país.

Os indicadores em saúde devem garantir transparência nos resultados, responsabilidade, por exemplo, na prestação/divulgação de contas e competitividade, tendo como objetivo descrever um sistema com base num conjunto de informações específicas.

Os indicadores devem ser classificados quanto à sua dimensão como sendo de Estrutura, Processo ou Resultado (Donabedian, 1988). Estes três domínios são fundamentais para a avaliação da qualidade de um sistema de saúde, com o objetivo de potenciar a melhoria contínua (ciclo de PDSA - *Plan; Do; Study; Act*), apresentando-se os indicadores como um meio de excelência ao dispor da gestão para monitorizar a mesma (Hibbert *et al.*, 2013; Neves & Sampaio, 2011).

Para que um indicador seja cientificamente aceite é desejável que atenda a critérios de validade (expresse efetivamente o fenómeno a ser medido), objetividade (ser capaz de obter o mesmo resultado, quando medido por diferentes pessoas, sob as mesmas circunstâncias), sensibilidade (ser capaz de mostrar as mudanças no fenómeno medido) e especificidade (que meça somente o fenómeno de interesse). Além disso, espera-se que tanto o uso do indicador,

como a metodologia usada na recolha dos dados ocorram num processo ético, WHO, (1996 cit. por Corvalán, Briggs, & Zielhuis, 2000).

É desejável que os indicadores sejam compreensíveis para os utilizadores da informação, gerentes e gestores que atuam no sistema de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018).

A escolha de indicadores em saúde nem sempre é fácil pelo que um indicador deve cumprir um conjunto de requisitos, como esboça o Quadro 1.

### Quadro 1 – Características gerais dos Indicadores em Saúde.

Sumários	Explícitos
Realistas	Não geradores de controvérsia
Objetivos	Não adulteráveis

Fonte: Pisco *et al.*, (2006, cit. por Penas, 2010).

Posto isto, o presente artigo tem como objetivo analisar indicadores de saúde que permitam caracterizar o equilíbrio entre a oferta e a procura de cuidados, de forma a compreender a evolução do acesso aos cuidados de saúde em Portugal entre os anos 2012 e 2021.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de âmbito nacional, com base em dados secundários. Após uma pesquisa documental que permitiu enquadrar o tema, foram encontradas várias fontes de informação onde se podem encontrar indicadores que têm como finalidade medir o acesso aos cuidados de saúde, das quais destacamos as seguintes: Relatórios Anuais sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde, Portal da Transparência e *Benchmarking* Hospitais.

Procedeu-se então, à seleção dos indicadores, tendo como critérios, a sua identificação como indicadores de acesso e a disponibilidade dos dados desde 2012 a 2021. Nos Relatórios Anuais do Acesso a Cuidados de Saúde de 2018 a 2021, foi possível obter os dados referentes aos seguintes indicadores:

- **Total de Consultas Médicas Hospitalares** – número total de consultas realizadas no SNS em Portugal por ano. Este indicador reflete o número total de consultas médicas hospitalares, o que inclui primeiras consultas e subsequentes.

- **Primeiras Consultas de Especialidade Hospitalar prestadas dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido** – proporção de utentes com a primeira consulta de especialidade hospitalar realizada dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido, no total de pedidos de consulta inscritos no programa Consulta a Tempo e Horas (CTH).
- **Total de Intervenções Cirúrgicas** - número de intervenções cirúrgicas nos cuidados hospitalares, para os diferentes tipos: Programadas, Programadas Ambulatórias, Programadas Convencionais e Urgentes.
- **Evolução do número de lugares de internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)** - evolução referente ao número de lugares de internamento contratados e em funcionamento.

### 3. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos relativamente aos indicadores mencionados anteriormente.

#### 3.1. Total de Consultas Médicas Hospitalares

A equidade na utilização de cuidados de saúde é um princípio subscrito em muitos países, na sua legislação e documentos programáticos, em Portugal na Constituição da República Portuguesa reconhece no seu Artigo 64.º a garantia do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde independentemente da sua condição económica.

Para perceber de que forma o acesso aos cuidados de saúde no SNS se encontra em Portugal nos últimos 10 anos, foi selecionado o indicador de acesso – Total de Consultas médicas.

O indicador " Total de Consultas médicas " é uma métrica utilizada para avaliar o acesso aos serviços de saúde no SNS, o qual pretende avaliar o número total de consultas médicas realizadas por ano, tornando-se valioso para caracterizar o acesso da população, proporcionando *insights* importantes para a gestão e melhoria contínua dos serviços.

“As consultas externas hospitalares abrangem a observação clínica, o diagnóstico, a prescrição terapêutica, o aconselhamento ou a verificação da evolução do estado de saúde de um utente que não exija internamento hospitalar e obriga sempre a um registo clínico e administrativo.” (Ministério da Saúde, 2018).

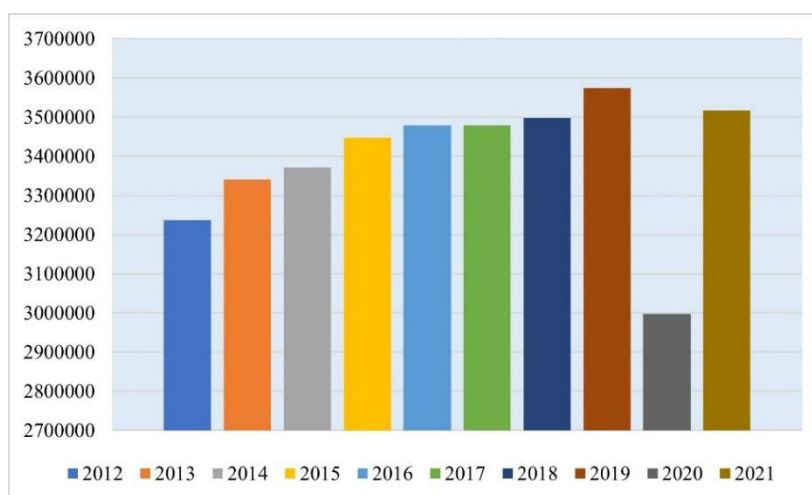
**Tabela 1 – Evolução do movimento assistencial nos hospitais do SNS.**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Total de Consultas</b>	11 194	11 613	11 806	12 000	12 047	12 081	12 186	12 420	11 130	12 413
<b>Médicas</b>	518	613	327	347	907	522	702	101	045	119
<b>Primeiras Consultas</b>	3 236	3 340	3 371	3 447	3 478	3 478	3 497	3 574	2 997	3 516
<b>Subsequentes</b>	888	856	929	667	511	204	730	567	805	516
<b>Consultas Subsequentes</b>	7 957	8 272	8 434	8 551	8 569	8 603	8 688	8 845	8 132	8 896
<b>Subsequentes</b>	630	757	398	680	396	318	972	534	240	603

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

Após análise da Tabela 1, pode-se observar uma variação das tendências na década selecionada englobando os anos pré pandemia, ano pandémico e pós pandémico.

Relativamente ao número total de consultas externas hospitalares no período entre 2012 e 2014 observando-se um ligeiro aumento de 5,47%, já entre 2015 e 2019 o número total de consultas médicas manteve-se sempre superior a 12.000.000 de consultas, registando neste período um aumento de 3,49% e atingido em 2019, ano pré pandemia o valor mais alto. Também em 2019 foi o ano em que se atingiu o número mais alto desde 2011 de primeiras consultas (Ministério da Saúde, 2021).

**Gráfico 1 – Primeiras Consultas Externas Hospitalares.**

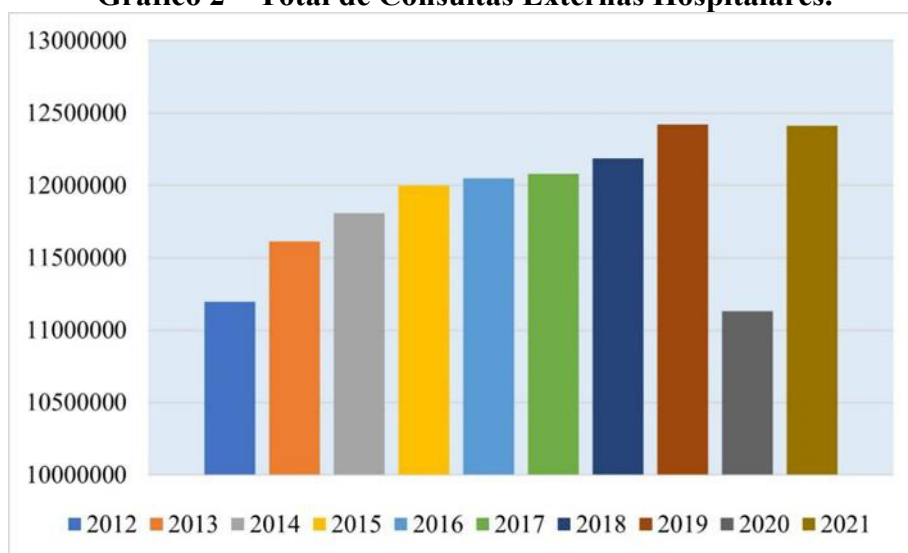
Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

Relativamente às primeiras consultas externas hospitalares, observa-se que no período compreendido entre 2012 e 2019 registou-se um aumento superior a 10,43%, sendo o ano de 2019 o valor mais alto desde 2012, Gráfico 1.

É também possível verificar um aumento expressivo tanto nas primeiras consultas com um acréscimo de 17,3%, como nas consultas subsequentes com +9,4% (Ministério da Saúde, 2021).

No Gráfico 2, também se verificou a mesma tendência ao longo da década, sendo visível o aumento superior a 10,95% no número total de consultas externas desde 2012 até 2019, com uma queda de -10,37% no ano de 2020, ano em que Portugal vivia o pico da pandemia COVID-19 registando o valor mais baixo nos últimos 10 anos, o qual foi recuperado em 2021, onde se verificou um acréscimo de 11,5% quando comparado com o período homólogo, conforme se pode verificar no gráfico supramencionado.

**Gráfico 2 – Total de Consultas Externas Hospitalares.**



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

Desta forma, é evidente o impacto da pandemia no acesso aos cuidados de saúde da população, assim como na evolução do número de consultas.

### **3.2 Primeiras Consultas de Especialidade Hospitalar prestadas dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido**

“Os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) garantem o direito de acesso, dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, aos vários tipos de cuidados de saúde sem carácter de urgência, em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição.” (SNS 24, 2023).

Neste sentido, são considerados os seguintes TMRG para a primeira consulta de especialidade hospitalar, Quadro 2.

**Quadro 2 – TMRG para a primeira consulta de especialidade hospitalar.**

Níveis de acesso e tipos de cuidados	TMRG
Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar	
<b>Consulta referenciada pelo centro de saúde</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>De realização “<b> muito prioritária</b>” de acordo com a avaliação em triagem hospitalar</li> </ul>	30 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático da consulta a tempo e horas (CTH) pelo médico assistente do centro de saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>De realização “<b>prioritária</b>” de acordo com a avaliação em triagem hospitalar</li> </ul>	60 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>De realização com prioridade “<b>normal</b>” de acordo com a avaliação em triagem hospitalar</li> </ul>	120 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde
<b>Consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada</b>	Variável em função do nível de prioridade
<b>Consulta em situação de doença cardíaca suspeita ou confirmada</b>	Variável em função do nível de prioridade

Fonte: SNS 24, 2023.

A marcação de consulta de referência para especialistas hospitalares pode ser efetuada pelo médico de família e por via eletrónica, através do programa Consulta a Tempo e Horas, assim como a partilha de informação clínica do utente. Desta forma, “a CTH tem como intuito melhorar o serviço prestado ao cidadão pela maior celeridade no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, atendendo a critérios de prioridade clínica, contribuindo para a maior eficiência do sistema de saúde, através da melhoria da qualidade da referenciação.” (ARS Alentejo, 2017).

Com base na Tabela 2, pode-se verificar uma evolução gradual do número de pedidos de consulta inscritos no âmbito do programa Consulta a Tempo e Horas, assim como, do número de consultas realizadas, entre 2012 e 2019, tendo havido uma quebra em 2020, em cerca de 35% (relativamente ao ano anterior), devido à pandemia Covid-19.

**Tabela 2 – Evolução dos Pedidos Inscritos em Consulta no CTH.**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Pedidos Inscritos</b>	1 352 143	1 507 982	1 595 838	1 694 646	1 766 264	1 773 449	1 775 618	1 832 621	<b>1 192 831</b>	1 745 004
<b>Pedidos Não Concluídos</b>	794 303	724 174	842 406	954 366	736 201	698 425	708 709	645 443	414 244	564 755
<b>Pedidos Concluídos</b>	1 274 271	1 557 570	1 477 671	1 579 037	1 774 237	1 781 830	1 763 679	1 869 631	1 438 526	1 584 968
<b>Consultas Realizadas</b>	938 376	1 061 646	1 146 849	1 194 080	1 285 912	1 305 465	1 310 165	1 343 513	<b>1 035 812</b>	1 179 513

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

Contudo, já no final de 2021, o acesso às primeiras consultas hospitalares apresentou um aumento, com um total de 1 745 004 novos pedidos de primeira consulta, representando um crescimento de 46,3% face ao ano antecedente. Para além disso, salienta-se que, no mesmo ano, foram ainda realizadas 1 179 513 consultas referenciadas pelo médico de família através do CTH, correspondendo a um incremento de 13,9% relativamente a 2020. O que poderá ser explicado pela diminuição do tempo de espera até à realização da primeira consulta, para 59,0 dias (Gráfico 3) e pelo decréscimo do tempo médio de triagem, para 8,8 dias (Gráfico 4).

**Gráfico 3 – Evolução da mediana do tempo até à realização da primeira consulta (em dias).**



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

**Gráfico 4 – Evolução do Tempo médio de Triagem (em dias).**

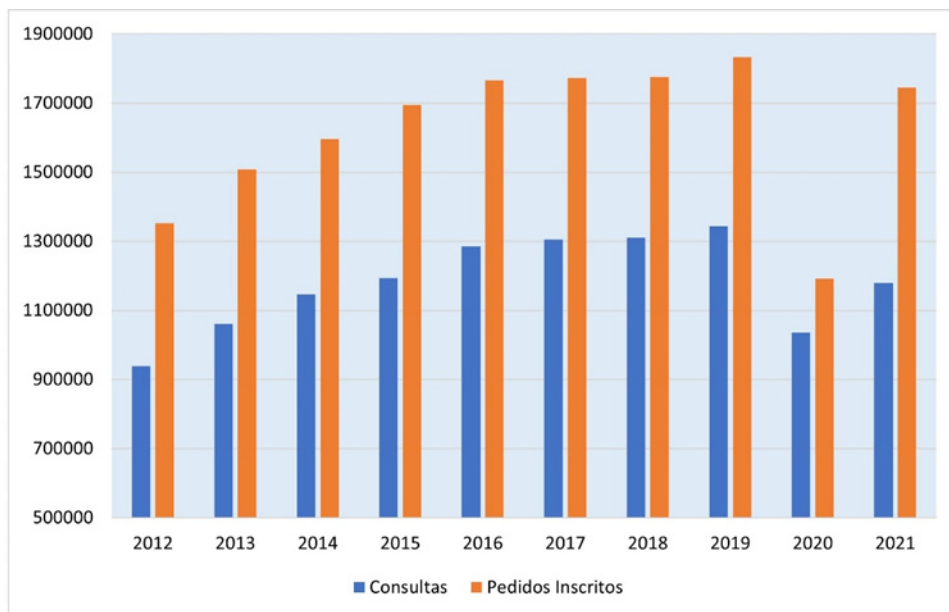


Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

Por sua vez, os pedidos não concluídos, ficam automaticamente em lista de espera para primeira consulta hospitalar. Importa referir também, que os pedidos considerados concluídos, não abrangem somente os casos em que houve efetivamente realização da consulta, como também os casos de não comparecimento à mesma por parte do doente, por exemplo.

Desta forma, torna-se relevante perceber a proporção de consultas realizadas relativamente aos pedidos inscritos em consulta no CTH, Gráfico 5.

**Gráfico 5 – Consultas Realizadas vs. Pedidos Inscritos em consulta no CTH.**



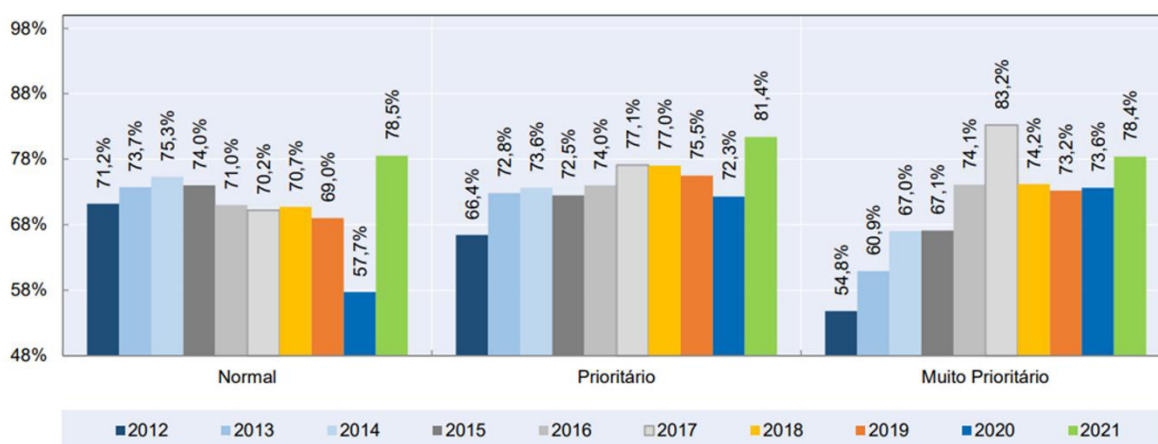
Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

Pelo que se pode observar, foi no ano de 2020, em que se iniciou a pandemia COVID 19, que sucedeu um decréscimo acentuado no número de pedidos inscritos em consulta no CTH. No entanto, terá sido o ano com maior percentagem de sucesso (aproximadamente 87%), uma vez que as consultas realizadas quase atingiram o número de pedidos inscritos.

Neste sentido, a avaliação do acesso às primeiras consultas hospitalares no programa CTH, é mensurada pelo grau de cumprimento dos TMRG para as consultas efetivamente realizadas, requerendo uma análise mais ampla e integrada, o que permite relacionar os tempos de resposta aos pedidos que estão em espera com a gestão efetuada pelas instituições relativamente à sua lista de inscritos (Ministério da Saúde, 2021).

Segundo o Gráfico 6, pode-se observar que foi em 2021 que se deu o maior grau de cumprimento dos TMRG das consultas triadas como “Prioritárias” (81,4%), seguidas das com prioridade “Normal” (78,5%) e, por último, as consultas triadas como “Muito Prioritárias” (78,4%).

**Gráfico 6 – Evolução do cumprimento dos TMRG, por nível de prioridade de acordo com a triagem hospitalar.**



Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

A monitorização do cumprimento dos TMRG é executada com base nos tempos médios de espera das consultas realizadas. Desta forma, sempre que se intervém sobre as listas de espera e se procuram recuperar consultas em atraso, como ocorreu em 2021 (apesar o contexto pandémico), pode-se constatar que o indicador do cumprimento dos TMRG melhorou substancialmente face ao ano anterior (Ministério da Saúde, 2021).

### 3.3 Total de Intervenções Cirúrgicas

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) apresenta-se como “um sistema de regulação da atividade relativa a utentes propostos para cirurgia e a utentes operados.”. O SIGIC foi fundado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 3 de junho tendo como intuito “minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente carece de uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de forma progressiva, que o tratamento cirúrgico ocorre dentro de um tempo máximo estabelecido.” (Diário da República n.º 10/2008, 15 de janeiro).

Contrariamente aos programas precedentes, o SIGIC pretende uma "gestão integrada do universo dos doentes inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do SNS de forma continuada, tendo sido implementado em todas as regiões de saúde (...) (Diário da República n.º 10/2008, 15 de janeiro).

Após três anos da sua fundação, verificou-se a necessidade de estender o SIGIC às entidades parceiras do SNS na prestação de cuidados, com a finalidade de “garantir a igualdade no acesso e o tratamento cirúrgico nos tempos máximos garantidos a todos os seus beneficiários.” (Diário da República n.º 10/2008, 15 de janeiro).

A totalidade da atividade cirúrgica programada e efetuada aos utentes, tanto em estabelecimentos do SNS como em parceiros, é da responsabilidade do SIGIC. Posto isto, importa analisar os números apresentados no Relatório Anual do Acesso aos Cuidados de Saúde 2021 sobre a atividade cirúrgica na década em análise e como a sua evolução ao longo do tempo se tem revelado como um verdadeiro aliado do acesso aos cuidados de saúde.

Tendo em conta a globalidade das intervenções cirúrgicas realizadas, verifica-se um incremento no intervalo de tempo em estudo, sobretudo no que concerne às cirurgias de ambulatório, que, desde 2012, representam mais de 50% da totalidade das cirurgias programadas realizadas (Gráfico 7).

**Gráfico 7 – Percentagem de Cirurgias em regime de Ambulatório.**

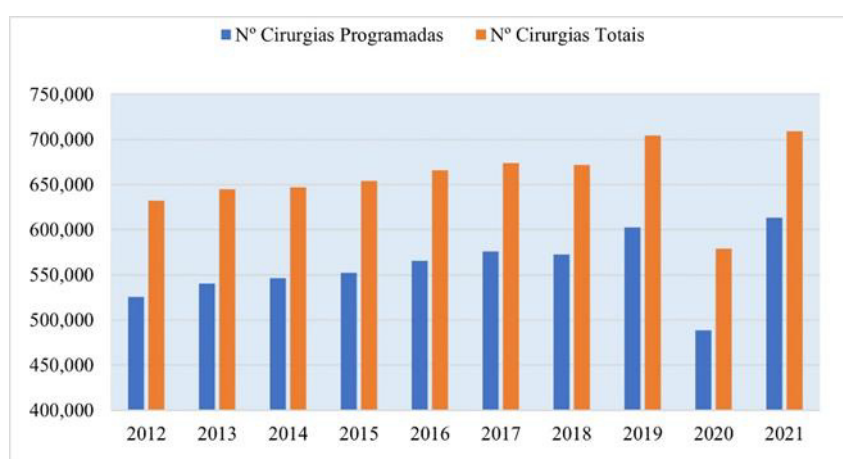


Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

No gráfico 8 verifica-se que o ano de 2020, foi marcado por uma queda na tendência de ascensão da atividade cirúrgica, facto este que se deveu ao contexto pandémico que se viveu no presente ano, reduzindo a atividade cirúrgica programada relativamente a 2019 em aproximadamente 18,98%, menos 114 387 intervenções cirúrgicas.

Contudo, no ano de 2021, o retorno à atividade cirúrgica recupera “em força” e este ano fica marcado como o melhor dos últimos 10 anos, com 708 961 intervenções cirúrgicas (+ 4 726 intervenções cirúrgicas que em 2019).

**Gráfico 8 – Cirurgias Totais e Programadas.**



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

Consideramos o número de cirurgias constitui-se como um indicador indireto do acesso aos cuidados de saúde, isto quer dizer que, quando as pessoas têm acesso às consultas médicas, exames de diagnóstico e tratamentos atempados então certamente, receberão a intervenção cirúrgica dentro do TMRG. Por sua vez, um aumento de cirurgias pode estar ligado ao aumento das consultas de especialidade, o que indica que as pessoas têm acesso a uma gama de especialidades para tratar condições específicas e beneficiarem de intervenções cirúrgicas céleres.

### 3.4 Evolução do número de lugares de internamento RNCCI

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estabelecida em 2006 pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho (REF), é uma colaboração entre os Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde. Abrangendo todo o território nacional, a RNCCI inclui cuidados domiciliários, ambulatoriais e de internamento, como Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e

Manutenção, e, na área pediátrica, Unidades de Cuidados Pediátricos Integrados Nível 1. A RNCCI visa proporcionar cuidados continuados integrados a pessoas dependentes, melhorando as condições de vida, promovendo cuidados no domicílio, garantindo qualidade na prestação de cuidados, apoio aos familiares e assegurando o funcionamento eficaz e coordenado da rede. (ePortugal, 2024; Administração Central do Sistema de Saúde, 2024).

O gráfico seguinte mostra a evolução referente ao número de lugares de internamento contratados e em funcionamento de 2012 a 2021.

**Gráfico 9 – Evolução dos lugares de internamento na RNCCI.**



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

A análise dos dados fornecidos revela uma tendência de aumento contínuo no número de lugares de internamento ao longo dos anos. O aumento percentual total de aproximadamente 70% entre 2012 e 2021 sugere um crescimento considerável na capacidade de atuação da RNCCI, indicando uma resposta efetiva às necessidades crescentes no âmbito dos cuidados continuados integrados. No entanto, é importante contextualizar estes números com informações adicionais, como políticas de saúde, mudanças demográficas e outros fatores que podem influenciar a procura por cuidados continuados.

Os dados atuais referem que a maioria da população reside a menos de uma hora de um ponto da rede sendo que a principal dificuldade de acesso está relacionada com o tempo para obtenção de vaga, daí a importância do crescimento no número de lugares de internamento na rede para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2022).

## 4. Discussões e Conclusões

A década analisada fica marcada por diversos fatores, sendo o mais relevante, a pandemia COVID 19, que marcou principalmente o ano de 2020. Como consequência, provocou uma redução significativa da atividade programada em diversos setores, tanto devido à suspensão direta de atividades como também por consequência das restrições impostas na circulação dos cidadãos, de forma a proteger a saúde pública e minimizar as consequências negativas da doença (Tribunal de Contas, 2020).

Neste sentido, foram adotadas medidas como, o incentivo à utilização da telemedicina para uma triagem inicial ou até mesmo para a realização de consultas. Sendo uma ferramenta já existente em Portugal, mas que pouco se conhecia e usava, tornou-se essencial na mitigação da redução da atividade presencial nos cuidados de saúde, mantendo dentro do possível o acesso ao cuidado à população (Tribunal de Contas, 2020).

No entanto, quando comparado o ano de 2021 com o período pré-pandemia, ou seja, tendo como referência o ano de 2019, o aumento foi de 1090%. A tendência deste aumento de consultas de telemedicina embora tenha sido transversal nas primeiras consultas e nas consultas subsequentes, foi mais acentuado nesta última (Tribunal de Contas, 2020).

Segundo os dados do Portal da Transparência do SNS e do Relatório do Tribunal de Contas, podemos verificar que o número de consultas de telemedicina realizadas em Portugal entre 2019 e 2020, aumentou cerca de 49% em 2021, o aumento foi substancialmente maior (cerca de 697% face a 2020).

Desta forma, o acesso aos cuidados de saúde hospitalar teve ao longo do período estudado (2012-2021) uma tendência crescente, com a exceção do período pandémico que se verificou um decréscimo que por sua vez, foi atenuado com a utilização da teleconsulta que registou o maior volume neste período desde a década de 90, década esta onde se realizou as primeiras atividades oficialmente registadas, em matéria de saúde à distância em Portugal (Tribunal de Contas, 2020).

Não obstante o período pandémico, na análise dos indicadores selecionados podemos constatar uma melhoria global no intervalo de tempo em estudo. No âmbito dos tempos de espera para consulta verificamos que a percentagem de consultas realizadas dentro do tempo preconizado tem tido uma evolução constante positiva, assim como a percentagem de consultas realizadas mediante os pedidos de inscrição existentes. O mesmo se constata na evolução do total de consultas médicas hospitalares, primeiras e subsequentes em que os aumentos seguem uma tendência de crescimento assinalável.

Embora ao longo da década analisada, o número de consultas médicas presenciais tenha aumentado em Portugal, a sua posição em relação à média de cerca de 6 consultas por pessoa/ano da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) ainda se mantém abaixo com apenas 3,5 consultas por pessoa/ano. Contudo, este valor, notoriamente não indica que a assistência média, e subsequentemente o acesso a esta classe profissionais tenham diminuído, pois, segundo dados da OCDE, Portugal foi um dos países em que as teleconsultas foram particularmente importantes, representando mais de 30% de todas as consultas médicas. Posto isto, verifica-se que, no que respeita ao número de teleconsultas, Portugal ocupa a 6ª posição do país com mais teleconsultas por pessoa, a destacar-se um número de 2 consultas, em comparação à OCDE que é de 1.4 consultas (OECD, 2023).

No campo cirúrgico destaca-se o crescimento da percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório que, desde 2012, representam mais de 50% da totalidade das cirurgias programadas realizadas. Este é um indicador importante nos cuidados de saúde uma vez que os benefícios deste tipo de cirurgia vão desde à eficiência dos serviços, na medida em que são libertados recursos para as situações mais complexas e para o utente é vantajoso dado que a recuperação no domicílio é menos propensa a complicações, como infeções hospitalares e outras situações associadas à permanência hospitalar. Também dado o carácter menos invasivo deste tipo de cirurgias, a recuperação tende a ser mais rápida, permitindo uma melhor qualidade de vida e uma retoma mais célere às atividades normais.

Ao longo da última década, o volume de intervenções cirúrgicas realizadas, em regime de ambulatório, aumentou significativamente nos países da OCDE. As intervenções cirúrgicas às cataratas e as amigdalectomias, são um bom exemplo disso, pois, nos tempos atuais, são concretizadas no mesmo dia e em diversos países da OCDE. Neste campo, em ambas as intervenções, Portugal ocupa a 11ª posição em relação à OCDE, com um valor de 98,9 pontos percentuais, ficando acima da OCDE que apresenta 93,8 pontos percentuais no que respeita as cirurgias às cataratas em regime de ambulatório (OECD, 2023).

A análise dos lugares de internamento na RNCCI veio também demonstrar uma resposta efetiva às necessidades da população e permitir um acesso mais equitativo a este tipo de cuidados. Diversos fatores podem contribuir para estes resultados, como o crescimento populacional, mudanças nas condições de saúde da população, avanços tecnológicos na área da medicina, entre outros. É importante para os gestores dos sistemas de saúde e profissionais da área considerar estes aumentos ao planear e alocar recursos para garantir a continuidade da qualidade em saúde. Segundo dados da OCDE, mais de 20% das pessoas com 65 ou mais anos receberam cuidados continuados em quatro países (Lituânia, Israel, Suíça e Alemanha),

enquanto menos de 4% receberam serviços de cuidados continuados em oito países (Canadá, República Eslovaca, Irlanda, Japão, Portugal, Estados Unidos, Polónia e Letónia).

Consideramos como limitações deste estudo essencialmente este não abordar todos os indicadores de acesso à saúde existentes em Portugal, pelo que não podemos extrapolar os resultados obtidos aos restantes. Como consequência, não nos é possível quantificar a qualidade do acesso aos cuidados de saúde da população portuguesa.

Neste sentido, para estudos futuros, propomos uma análise mais abrangente de indicadores de acesso com o objetivo de demonstrar o nível de desempenho alcançado pelo Serviço Nacional de Saúde.

## Notas de Rodapé

<sup>1</sup> Existência de oferta adequada de serviços de saúde que possibilite a sua utilização.

<sup>2</sup> Tem em conta a proximidade entre o cliente e os cuidados de saúde, o tempo gasto e os custos com as deslocações.

<sup>3</sup> Relação entre a forma como os recursos e a oferta estão organizados para aceitar os clientes e a capacidade que estes têm para se acomodar e perceber estes fatores.

<sup>4</sup> Relação entre os preços dos serviços e a capacidade de pagamento dos clientes.

<sup>5</sup> Avalia se a prestação de cuidados de saúde corresponde às necessidades e expectativas dos clientes.

## Referências

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Cuidados Continuados*. Acedido em [https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/#tab\\_rncci](https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/#tab_rncci)
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Antunes, M., Ramos, L. M., Lourenço, O., & Quintal, C. (2020). Acesso aos cuidados de saúde em Portugal no rescaldo da crise. Nem tudo é dinheiro? *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2), 1-14. doi: 10.1590/0102-311X00248418
- Aragon, M., Chalkley, M., & Goddard, M. (2017). Defining and measuring unmet need to guide healthcare funding: identifying and filling the gaps. *CHE Research Paper*, 141, 1-46.
- Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M. J., Asbroek, A. H. A., & Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), 377-398.
- Barros, P. P., & Costa, E. (2022). *Acesso a Cuidados de Saúde, 2022 - As escolhas dos cidadãos no pós-pandemia*. Acedido em <https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/Acesso%20a%20Cuidados%20de%20Saude%2C%202022.pdf>

- Business Council for Sustainable Development Portugal. (2022). *Saúde de Qualidade ODS*. Acedido em <https://ods.pt/objectivos/3-vida-saudavel/>
- Comissão Europeia. (2021). *Plano de Ação sobre o Pilar Europeu dos Direitos Sociais*. Acedido em <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/downloads/KE0921008PTN.pdf>
- Corvalán, C., Briggs, D., & Zielhuis, G. (2000). *Decision-Making in Environmental Health – From Evidence to Action*. Acedido em [https://www.google.pt/books/edition/Decision\\_Making\\_in\\_Environmental\\_Health/Tf6QAaAAQBAJ?hl=pt-PT&gbpv=1](https://www.google.pt/books/edition/Decision_Making_in_Environmental_Health/Tf6QAaAAQBAJ?hl=pt-PT&gbpv=1)
- Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março. Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48-1995-185720>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril. Diário da República n.º 78/2017, Série I de 2017-04-20. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/decreto-lei/44-2017-106901297>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Saúde 2021-2023*. Acedido em [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)
- Donabedian, A. (1988). The quality of care – How can it be assessed?. *American Medical Association*, 260 (12), 1743-1748.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Direito de Acesso a Cuidados de Saúde: Regras de acesso a cuidados de saúde no SNS - Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS*. Acedido em <https://ers.pt/media/mobbrutl/direito-de-acesso-a-cuidados-de-sa%C3%BAde-regras-de-acesso-a-cuidados-de-sa%C3%BAde-no-sns-carta-de-acesso.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2022). *Informação de Monitorização – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido em [https://www.ers.pt/media/hsqbqzd0/os\\_250877\\_2022\\_deas-monitorizacao-rncci.pdf](https://www.ers.pt/media/hsqbqzd0/os_250877_2022_deas-monitorizacao-rncci.pdf)
- ePortugal. (2024). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Acedido em <https://eportugal.gov.pt/guias/cuidador-informal/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
- Frenk, J. (1992). The Concept and Measurement of Accessibility. In K. White (Ed.), *Health Services Research: An Anthology* (pp. 842-855).
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Acedido em <https://pns.dgs.pt/files/2010/08/EA1.pdf>
- Hibbert, P., Hannaford, N., Long, J., Plumb, J., & Braithwaite, J. (2013). Final report: performance indicators used internationally to report publicly on healthcare organizations and local health systems. Australian Institute of Health Innovation, University of New South Wales.
- Júnior, A. E., & Goldbaum, M. (2003). Informações para o monitoramento das desigualdades sociais e sanitárias. *RAP Rio de Janeiro*, 37(2), 355-78.
- Kelley, E., & Hurst, J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*. Acedido em <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>

- Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15. Disponível em <https://dre.tretas.org/dre/57856/lei-56-79-de-15-de-setembro>
- Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Levesque, J., Harris, M., & Russel, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9. doi:10.1186/1475-9276-12-18
- Ministério da Saúde. (2018). *Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. Acedido em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio\\_Acesso\\_2018-v.final\\_.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio_Acesso_2018-v.final_.pdf)
- Ministério da Saúde. (2021). *Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. Acedido em <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Relat%C3%B3rio-de-Acesso-2021.pdf>
- Neves, A., Sampaio, P. (2011), “O uso de indicadores de desempenho nos sistemas de gestão integrados: estado-da-arte”, Livro de Actas do Colóquio Internacional de Segurança e Higiene Ocupacionais, Universidade do Minho, Portugal, pp. 432-436.
- Obrist, B., Iteba, N., Lengeler, C., Makemba, A., Mshana, C., et al. (2007) Access to health care in contexts of livelihood insecurity: A framework for analysis and action. *PLoS Med*, 4(10), 1584-1588. doi:10.1371/journal.pmed.0040308
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2018). *Indicadores de Saúde - Elementos conceituais e práticos*. Acedido em [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14405:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations&Itemid=0&lang=pt#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14405:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations&Itemid=0&lang=pt#gsc.tab=0)
- Penas, A. (2010). Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50147/2/Equidade%20no%20Acesso%20aos%20Cuidados%20de%20Sade%20Primrios.pdf>
- Penchansky, R., & Thomas, W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro. Diário da República n.º 10/2008, Série I de 2008-01-15. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/45-2008-248272>
- Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho. Diário da República n.º 133/2008, Série I de 2008-07-11. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/615-2008-456557>
- Portaria n.º 95/2013, de 4 de março. Diário da República n.º 44/2013, Série I de 2013-03-04. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/95-2013-259263>
- Portaria n.º 87/2015 de 23 de março. Diário da República n.º 57/2015, Série I de 2015-03-23. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/87-2015-66807918>
- Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril. Diário da República n.º 82/2017, Série I de 2017-04-27. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/147-2017-106938486>

Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio. Diário da República n.º 86/2017, Série I de 2017-05-04. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/153-2017-106970981>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). *História do SNS*. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>

SNS 24. (2023). Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde. Acedido em <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg-no-acesso-a-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/#>

Tribunal de Contas. (2020). *COVID-19 – Impacto na atividade e no acesso ao SNS*. Disponível em <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2020/relatorio-oac-2020-05.pdf>

WHO. (1996). Catalogue of Health Indicators: A Selection of Health Indicators Recommended by WHO Programmes.

## Authors Profiles

**Ana Canhestro** holds a degree in Pharmacy from the Lisbon School of Health Technology, Portugal. She currently is Assistant Coordinator Pharmacy Technician and member of the local vaccination coordination team at the Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. Her main areas of study interest include quality and safety in healthcare.

**Carolina Guerreiro** holds a degree in Medical Imaging and Radiotherapy from the Higher School of Health at the University of the Algarve, where she is currently part of the teaching staff of the respective course. Furthermore, she is a Radiotherapy Technician, more specifically, in Clinical Dosimetry at the Algarve Radioncology Clinic. Her main areas of study interest include healthcare quality and safety.

**Catarina Quaresma** holds a degree in Nursing from the Polytechnic Institute of Beja – Portugal. She currently works as a general nurse at the Alentejo Central Local Health Unit, in the surgery department. Her research interests are in the areas of safety in the provision of care.

**Daniela Rodrigues** holds a degree in Nursing from the School named Higher School of Nursing Dr. José Timóteo Montalvão Machado based in Chaves, Portugal. She is currently working as a coordinating nurse at the Loulé Hospital Group, performing his duties in the group's clinics in Vilamoura, Olhão, and in the Accident and Emergency Department as well as in the Outpatient service at Loulé Hospital. Her areas of interest are in hospital management, more specifically in the context of quality and safety of healthcare.