



MONITORIZAÇÃO

MARÇO DE 2026

**ACESSO A SERVIÇOS DE URGÊNCIA DE
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO SERVIÇO
NACIONAL DE SAÚDE**



1. Introdução

De acordo com o Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de março, os serviços de urgência (SU) são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas, estabelecendo o mesmo Despacho que se consideram situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata¹.

Nos termos do disposto no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, que determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), todos os utentes em situações de urgência e/ou emergência devem procurar a entrada no SIEM e nos diferentes serviços que o sistema nacional de saúde disponibiliza para abordagem e tratamento de situações agudas, urgentes ou emergentes, através dos sistemas telefónicos centrais de triagem, orientação e aconselhamento de doentes disponibilizados, nomeadamente os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, e a Linha Saúde 24 (atualmente Linha SNS 24). Acresce que o referido Despacho estabelece, ainda, que compete aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), por meio de mecanismos de atendimento rápido não programado, garantir a acessibilidade necessária ao atendimento de situações agudas não urgentes.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprovou a orgânica da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS), compete à DE-SNS assegurar o funcionamento em rede do SNS, nomeadamente através da articulação nacional dos diferentes

¹ Os conceitos de “urgência” e “emergência” encontram-se mais claramente definidos no documento que apresenta a Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Urgência e Emergência, aprovada por Despacho da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde de 14 de novembro de 2001, disponível para consulta em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf



estabelecimentos e serviços, da integração dos diversos níveis de cuidados e da procura de respostas de proximidade.

Na sequência de diversas contingências à plenitude de funcionamento da rede de maternidades do SNS, no período de Natal e Ano Novo de 2022, e de acordo com as recomendações da Comissão de Acompanhamento da Resposta em Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e Bloco de Partos, constituída pelo Despacho n.º 7788/2022, de 17 de junho, a DE-SNS lançou, em 22 de dezembro de 2022, a operação *“Nascer em Segurança no SNS”*, com o *“objetivo de promover a segurança e confiança de grávidas, crianças e profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde”*, através de um modelo de funcionamento rotativo dos vários serviços de urgência.

Dessa forma, desde o final de 2022 e durante os anos de 2023 e 2024, foram sendo implementadas diversas deliberações da DE-SNS, que identificavam, a cada momento, as instituições/especialidades com constrangimentos previstos, bem como a instituição preferencial de referenciação, de acordo com as respetivas regiões e eixos, tendo como base a rede publicada pela Declaração de Retificação n.º 1032-A/2015, de 24 de novembro.

Por outro lado, no âmbito do *“Plano de Emergência e Transformação do SNS”*, de 29 de maio de 2024, o XXIV Governo Constitucional previu como *“medida urgente”*, a criação de *“um canal de comunicação direto entre a grávida e o SNS, a linha “SNS Grávida” (disponível através do SNS 24), de forma a garantir que as grávidas são reencaminhadas devidamente para os hospitais de maior proximidade com capacidade para a prestação de cuidados.”*.

Assim, a partir de 1 de junho de 2024, passou a estar disponível a Linha SNS Grávida, sendo que a população passou a poder ligar para a Linha SNS 24 (808 24 24 24) e ser encaminhada para a urgência de ginecologia/obstetrícia mais próxima.

Subsequentemente, a Portaria n.º 325/2024/1, de 13 de dezembro, veio igualmente estabelecer a necessidade de um contacto telefónico prévio com a Linha SNS 24 antes do acesso às Urgências de Obstetrícia e Ginecologia do



Serviço Nacional de Saúde, implementando um projeto-piloto na Região de Lisboa e Vale do Tejo, incluindo o Hospital Distrital de Leiria (ULS da Região de Leiria), com previsão de alargamento a todo o território nacional após três meses de implementação.

Deste modo, a Portaria n.º 325/2024/1, de 13 de dezembro, veio exigir às utentes com queixas agudas em Obstetrícia e Ginecologia que pretendessem deslocar-se a um SU daquela região, que efetuassem um contacto telefónico prévio, salvo em situações de risco iminente de vida ou quando devidamente referenciadas por um dos meios previstos no seu artigo 3.º.

Para além das alterações legislativas e operacionais em curso, os prestadores têm reportado publicamente o encerramento frequente de SU, com impacto relevante na valência de Obstetrícia e Ginecologia, o que afeta o acesso das utentes a estes serviços.

Face ao exposto, considerou-se oportuno realizar uma informação de monitorização sobre o acesso a SU do SNS na área de Obstetrícia e Ginecologia. Para o efeito, por ofícios datados de 20 de agosto de 2025 e 6 de janeiro de 2026, foram dirigidos pedidos de elementos a todas as ULS, solicitando dados que permitissem a caracterização dos SU com cuidados de saúde em Obstetrícia e Ginecologia, à data de 30 de novembro de 2025, bem como informação sobre os recursos humanos em atividade nos SU e sobre a atividade realizada, entre 1 de outubro de 2024 e 30 de novembro de 2025. Nas mesmas datas foram também remetidos pedidos de elementos à Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), solicitando informação sobre a classificação do estado das urgências², discriminada diariamente para o período em análise.

As análises que se seguem têm por base os elementos recolhidos junto dos prestadores de cuidados de saúde e da SPMS.

² Conforme publicitado em: <https://www.sns.gov.pt/servicos-de-urgencia-sns/>



2. Serviços de Urgência com valência de Obstetrícia e Ginecologia

Nos termos do disposto no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, que determinou os níveis de responsabilidade e localização dos SU, a Rede de SU integra três níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e capacidade de resposta: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

De acordo com os dados analisados, foi possível concluir que, à data de 30 de novembro de 2025, das 39 Unidades Locais de Saúde (ULS) existentes, três não dispunham de qualquer estabelecimento com SU com a valência de Obstetrícia e Ginecologia na respetiva área de influência – ULS Barcelos/Esposende, E.P.E., ULS Baixo Mondego, E.P.E. e ULS Litoral Alentejano, E.P.E.³

No total, foram identificadas 37 entidades com SU de Obstetrícia e Ginecologia – as restantes 36 ULS e o Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, gerido em regime de parceria público-privada (PPP), totalizando 40 estabelecimentos com SU com esta valência em Portugal continental⁴.⁵

Relativamente aos níveis de responsabilidade, foi possível aferir que, dos 40 estabelecimentos com SU de Obstetrícia e Ginecologia, 27 (67,5%) eram classificados como SUMC e 13 (32,5%) como SUP, não existindo nenhum SUB a realizar atendimento dessa valência. Em termos de localização, a maior concentração de SU encontrava-se na NUTS II Norte (32,5%), dos quais oito

³ A área de referência para esta valência é assegurada pela ULS de Braga, E.P.E., pela ULS de Coimbra, E.P.E. e pela ULS Arrábida, E.P.E. respetivamente.

⁴ A diferença entre o número de entidades e estabelecimentos com SU tipologia valência de Obstetrícia e Ginecologia resulta do facto de a ULS de Coimbra, E.P.E. e a ULS do Algarve, E.P.E. deterem, respetivamente, três e dois estabelecimentos com SU de Obstetrícia e Ginecologia. No entanto, os Hospitais da Universidade de Coimbra apenas dispõem de SU de Ginecologia.

⁵ Posteriormente ao período em análise na presente monitorização, mais concretamente em 16 de março de 2026, foi publicado o Despacho n.º 3383/2026, que procedeu à criação da Urgência Centralizada de âmbito regional de Ginecologia e Obstetrícia de Loures-Odivelas/Estuário do Tejo, com o objetivo de “assegurar, de forma articulada e cooperante, o regular funcionamento das urgências, garantindo a adequada afetação de recursos humanos e organizacionais, a prestação contínua, segura e atempada de cuidados de saúde”.



eram SUMC e cinco SUP, seguindo-se as NUTS II Centro (22,5%) e Grande Lisboa (17,5%) (tabela 1).

Tabela 1 – Número de estabelecimentos com SU de Obstetrícia e Ginecologia, por NUTS II e por nível de responsabilidade (%)

NUTS II	Nível de responsabilidade		Total
	SUMC	SUP	
Norte	8 (20,0%)	5 (12,5%)	13 (32,5%)
Centro	7 (17,5%)	2 (5,0%)	9 (22,5%)
Oeste e Vale do Tejo	3 (7,5%)	0 (0,0%)	3 (7,5%)
Grande Lisboa	4 (10%)	3 (7,5%)	7 (17,5%)
Península de Setúbal	2 (5,0%)	1 (2,5%)	3 (7,5%)
Alentejo	2 (5,0%)	1 (2,5%)	3 (7,5%)
Algarve	1 (2,5%)	1 (2,5%)	2 (5,0%)
Portugal Continental	27 (67,5%)	13 (32,5%)	40 (100,0%)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados remetidos pelas ULS à ERS.

Na figura 1 apresenta-se a localização geográfica dos 40 estabelecimentos com SU de Obstetrícia e Ginecologia, por nível de responsabilidade.

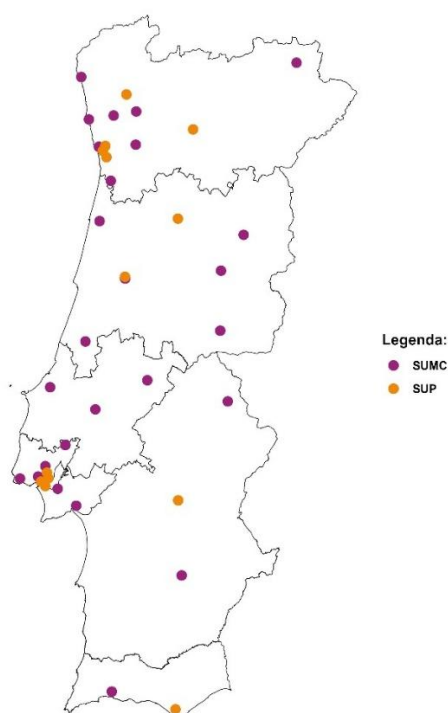




Figura 1 – Localização dos estabelecimentos com SU, com valência de Obstetrícia e Ginecologia, por nível de responsabilidade, em 2025

Fonte: Elaboração própria com base nos dados remetidos pelas ULS à ERS.

Foi ainda possível concluir que 36 dos 40 SU (90,0%) asseguravam a prestação de cuidados de saúde em instalações autónomas. Dos quatro SU (10,0%) que não dispunham de instalações autónomas, um localizava-se na NUTS II Norte – e correspondia a um SUMC –, dois na NUTS II Centro – um SUMC e um SUP – e um na NUTS II Grande Lisboa – um SUMC (tabela 2).

Tabela 2 – Número de SU com a valência de obstetrícia e ginecologia com instalações autónomas, por NUTS II e por nível de responsabilidade (%)

NUTS II	Instalações autónomas		Total
	SUMC	SUP	
Norte	7 (87,5%)	5 (100%)	12 (92,3%)
Centro	6 (85,7%)	1 (50,0%)	7 (77,8%)
Oeste e Vale do Tejo	3 (100%)	0 (n.a.)	3 (100%)
Grande Lisboa	3 (75,0%)	3 (100%)	6 (85,7%)
Península de Setúbal	2 (100%)	1 (100%)	3 (100%)
Alentejo	2 (100%)	1 (100%)	3 (100%)
Algarve	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)
Portugal Continental	24 (88,9%)	12 (92,3%)	36 (90,0%)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados remetidos pelas ULS à ERS.

Adicionalmente, foi possível aferir que dos 40 estabelecimentos que dispunham de SU de Obstetrícia e Ginecologia, apenas um não se encontra localizado num estabelecimento com bloco de partos – Hospitais da Universidade de Coimbra, integrado na ULS de Coimbra, E.P.E. – por assegurar, em exclusivo, a valência de Ginecologia. A nível regional, a maior proporção de salas de parto situava-se na NUTS II Norte (38,5%), em consonância com a maior concentração de SU nesta região, seguindo-se as NUTS II Grande Lisboa (22,0%) e Centro (16,5%).



Contudo, da padronização do número de salas de parto por 100.000 mulheres em idade fértil⁶, verifica-se que a Península de Setúbal apresentava o rácio mais elevado (11,0), enquanto as regiões Norte e Centro registavam, ambas, um rácio de 10,9, valores superiores à média nacional (10,3). Em contraste, o Alentejo apresentava a menor proporção de salas de parto (2,8%) e o rácio mais baixo (6,7), significativamente inferior à média nacional (tabela 3).

Tabela 3 – Percentagem de salas de parto e número de salas padronizado por 100.000 mulheres em idade fértil, por NUTS II

NUTS II	% de salas de parto	Taxa padronizada
Norte	38,5%	10,9
Centro	16,5%	10,9
Oeste e Vale do Tejo	6,9%	8,7
Grande Lisboa	22,0%	10,1
Península de Setúbal	9,2%	11,0
Alentejo	2,8%	6,7
Algarve	4,1%	9,0
Portugal Continental	100,0%	10,3

Fonte: Elaboração própria com base nos dados remetidos pelas ULS à ERS e na informação disponível no *website* do INE.

Por fim, foi possível constatar a existência de SU a funcionarem em regime de rotatividade, assegurando que determinadas regiões dispõem, de forma permanente, de pelo menos um ponto de acesso a esta valência de cuidados. A tabela 4 identifica as ULS cujos SU se encontravam a funcionar nesse regime, importando sublinhar que a identificação apresentada se refere exclusivamente aos modelos em vigor à data do levantamento de informação.

Em concreto, foram identificados dois grupos:

- grupo que integrava três ULS localizadas na NUTS II Península de Setúbal – ULS Almada-Seixal, E.P.E., ULS Arrábida, E.P.E. e ULS Arco

⁶ Os dados sobre o número de mulheres em idade fértil foram extraídos do *website* do Instituto Nacional de Estatística (INE), no dia 11 de novembro de 2025, e corresponde ao número de mulheres residentes por NUTS II, com idades entre 15 e 49 anos. A informação encontra-se disponível para consulta em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008273&xlang=pt



Ribeirinho, E.P.E. – cujo regime de rotatividade se iniciou em maio de 2025 e que permanece em funcionamento à data da elaboração da presente monitorização;

- grupo composto por duas unidades localizadas na NUTS II Grande Lisboa – ULS Amadora/Sintra, E.P.E. e ULS Lisboa Ocidental, E.P.E. –, cuja rotatividade teve início em junho de 2025 e permanece em vigor à data da elaboração da presente monitorização.

Adicionalmente, foi identificado um modelo de articulação orientado para uma resposta complementar numa lógica de funcionamento em rede, envolvendo as ULS localizadas na NUTS II Oeste e Vale do Tejo – ULS Médio Tejo, E.P.E., ULS Lezíria, E.P.E. e ULS Oeste, E.P.E. –, com início em junho de 2024. No essencial, este modelo assenta na articulação entre as entidades envolvidas para que, sempre que exista ou se antecipe uma limitação de recursos médicos, seja assegurada a permanência, pelo menos, de um SU aberto na região. Distingue-se, assim, dos regimes de rotatividade, nos quais a atividade assistencial é assegurada alternadamente, na região, por diferentes estabelecimentos (tabela 4)⁷.

Tabela 4 – ULS integradas em modelos de rotatividade e/ou articulação, em Portugal Continental, em 2025

Grupo	Modelo	ULS
I	Rotatividade	Almada-Seixal Arrábida Arco Ribeirinho
II	Rotatividade	Amadora/Sintra Lisboa Ocidental
III	Articulação	Médio Tejo Lezíria Oeste

Fonte: Elaboração própria com base nas informações remetidas pelas ULS à ERS.

⁷ Acresce que, em 16 de março de 2026, posteriormente à data do pedido de elementos, foi publicado o Despacho n.º 3383/2026, que procedeu à criação da Urgência Centralizada de âmbito regional de Ginecologia e Obstetrícia de Loures-Odivelas/Estuário do Tejo.



Considerando as respostas das ULS ao pedido de elementos da ERS, foi possível constatar que, no período a que se refere a presente monitorização, o projeto piloto previsto na Portaria n.º 325/2024/1, de 13 de dezembro, que veio prever a necessidade de um contacto telefónico prévio com a Linha SNS 24, estava implementado ou em fase de implementação em 18 entidades, o que corresponde a 48,6% do total de 37 entidades consideradas.

2.1.1. Disponibilidade de SU

Atendendo a que a disponibilidade de médicos é um determinante do acesso aos SU na valência de Obstetrícia e Ginecologia, considerou-se o volume mensal de horas médicas efetivas de trabalho como *proxy* da capacidade instalada⁸. Assim, para avaliar a adequação da capacidade à procura potencial, calculou-se um rácio padronizado por 100 mulheres em idade fértil, por NUTS II, cujo numerador corresponde à mediana, no período em análise, do total mensal de horas, apurado pelo somatório das horas dos vários SU integrados na respetiva NUTS II.

A opção de não recorrer a um rácio baseado no número total de horas médicas trabalhadas e na procura efetiva, como o número de episódios de urgência, para efeitos de avaliação da adequação da capacidade, prende-se com as limitações de recursos médicos em algumas unidades que condicionaram o acesso e poderiam enviesar a interpretação do indicador.

Da análise dos resultados obtidos conclui-se que as regiões Península de Setúbal, Oeste e Vale do Tejo e Norte apresentaram um rácio inferior ao observado ao nível nacional. Em termos comparativos, os valores mais elevados foram estimados no Alentejo e no Algarve (ver tabela 5).

Tabela 5 – Rácio de horas mensais de atividade assistencial por 100 mulheres em idade fértil, por NUTS II, em Portugal Continental

⁸ Importa notar que o número de horas considerado corresponde às horas afetas à atividade do serviço de urgência e do bloco de parto, uma vez que, em regra, a mesma equipa médica assegura ambas as áreas, não sendo possível a sua separação por área de atividade.



NUTS II	Rácio
Norte	3,9
Centro	4,9
Oeste e Vale do Tejo	2,9
Grande Lisboa	4,1
Península de Setúbal	2,1
Alentejo	7,5
Algarve	5,5
Portugal Continental	4,1

Fonte: Elaboração própria com base nos dados remetidos pelas ULS à ERS e a informação disponível no *website* do INE.

Com o objetivo de aferir a existência de eventuais constrangimentos no acesso associados a limitações do lado da oferta, foi solicitado à SPMS o envio de informações sobre o estado de funcionamento dos SU de Obstetrícia e Ginecologia.

Em termos operacionais, o estado de uma urgência pode ser atualmente classificado como “Aberta”, “Aberta/Referenciada”, “Aberta no novo projeto-piloto”, “Urgência referenciada INEM/CODU” ou “Fechada”⁹. Esta informação é publicitada semanalmente, permitindo que os cidadãos apoiem a sua decisão quanto ao recurso aos SU, atendendo a eventuais constrangimentos de acesso.¹⁰

Os constrangimentos decorrentes de limitações dos prestadores, designadamente por insuficiência de recursos humanos e/ou por condicionantes de capacidade instalada, refletem-se em restrições efetivas ao acesso e são captados quando, num determinado dia, o SU apresenta o estado “Urgência referenciada INEM/CODU” e/ou “Fechada”, bem como nos dias em que, encontrando-se num dos restantes estados, tenha sido registada uma ou mais

⁹ De acordo com a informação remetida pela SPMS a cada um dos estados corresponde o seguinte em termos de acesso:

“Aberta”: urgência aberta sem necessidade de pré-triagem pela linha SNS 24; “Aberta/Referenciada”: urgência aberta com necessidade de pré-triagem pela linha SNS 24. Fase 1 deste modelo que tem vindo a ser substituído progressivamente pelo estado seguinte (Aberta/Novo Projeto Piloto); “Aberta/Novo Projeto Piloto”: urgência aberta com necessidade de pré-triagem pela linha SNS 24. Fase 2 do modelo de referência via linha SNS 24; “Referenciada CODU”: urgência aberta apenas para envio de utentes que sejam encaminhados pelo CODU / INEM; “Fechada”: urgência totalmente fechada.

¹⁰ Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/servicos-de-urgencia-sns/>



horas de encerramento. Deste modo, para avaliar os constrangimentos associados a limitações da oferta, independentemente da sua natureza, foram estimadas duas métricas aplicadas à obstetrícia, valência onde têm sido mais frequentemente noticiados encerramentos de SU

Em primeiro lugar, considerou-se existir constrangimento num SU sempre que se verificasse, em determinado dia (SU/dia)¹¹, pelo menos uma das seguintes condições, podendo estas ocorrer cumulativamente:

- i) o estado da urgência incluiu “Urgência referenciada INEM/CODU” e/ou “Fechada”; e
- ii) ocorreu o encerramento durante uma ou mais horas em dias em que a urgência se encontrava num estado que pressupunha abertura – “Aberta”, “Aberta/Referenciada” ou “Aberta no novo projeto-piloto”.

Com base nesta definição, estimou-se, por NUTS II, a proporção de SU/dia com constrangimento em relação ao total de SU/dia observado no período de 1 de outubro de 2024 a 30 de novembro de 2025.

Em segundo lugar, para o mesmo período, estimou-se uma métrica mais restritiva, considerando exclusivamente os SU/dia em que o estado observado foi “Fechada”.

Os resultados evidenciam que as NUTS II Península de Setúbal, Oeste e Vale do Tejo e Grande Lisboa apresentaram percentagens de SU/dia com constrangimento superior ao valor nacional, estimado em 15,3%. Destaca-se a NUTS II Península de Setúbal, com 76,2%, seguindo-se NUTS II Oeste e Vale do Tejo, com 33,2%. Em sentido inverso, as NUTS II Norte e Alentejo registaram as menores percentagens, com 0,7% e 0,4%, respetivamente.

¹¹ A título exemplificativo, considerando que a NUTS II Norte integra 12 SU, o número de dias com constrangimento corresponde à soma dos dias com constrangimento observados em cada SU no período em análise. Por sua vez, o denominador corresponde ao produto entre o número de dias do período considerado (426) e o número de SU (12).



Considerando a métrica mais restritiva, correspondente aos SU/dia em que o serviço se encontrava exclusivamente no estado “Fechada”, a percentagem na NUTS II Península de Setúbal reduz-se para 34,9%, mantendo-se, ainda assim, substancialmente superior às restantes regiões. Nas NUTS II Norte e Alentejo, a percentagem de dias “Fechada” foi nula ou residual (0,2%) (ver Tabela 6).

Entre as NUTS II com valores acima do nacional, os estabelecimentos com maior percentagem de SU/dia no estado “Fechada” foram o Hospital Nossa Senhora do Rosário (Barreiro), na NUTS II Península de Setúbal, com 55,2%; o Hospital Distrital de Santarém, na NUTS II Oeste e Vale do Tejo, com 23,0%; e o Hospital de Vila Franca de Xira, na NUTS II Grande Lisboa, com 23,9%.

Tabela 6 – Percentagem de SU/dias com constrangimento e/ou fechada no acesso à valência de Obstetrícia por NUTS II, em Portugal Continental

NUTS II	% constrangimento	% Fechada
Norte	0,7%	0,2%
Centro	7,4%	4,6%
Oeste e Vale do Tejo	33,2%	15,9%
Grande Lisboa	16,2%	5,3%
Península de Setúbal	76,2%	36,0%
Alentejo	0,4%	0,2%
Algarve	14,0%	5,2%
Portugal Continental	15,3%	6,2%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados remetidos pela SPMS à ERS.

3. Atividade realizada

De modo a avaliar a procura por SU de Obstetrícia e Ginecologia, estimaram-se os rácios do número de episódios de urgência por 100 mulheres em idade fértil, enquanto população potencialmente beneficiária, e a percentagem de episódios de urgência que resultaram em internamento hospitalar.

De acordo com os resultados apresentados na tabela 7, as NUTS II Centro, Grande Lisboa e Algarve registam rácios de utilização de SU superiores ao valor



nacional. Em sentido inverso, as regiões Oeste e Vale do Tejo e Península de Setúbal apresentam os rácios mais baixos de episódios de urgência, face à procura potencial, regiões onde houve maiores constrangimentos na disponibilidade de SU.

Quanto à percentagem de episódios de urgência que resultaram em internamento, verifica-se que as NUTS II Península de Setúbal, Algarve e Alentejo apresentam os valores mais elevados, sendo o valor da NUTS II Alentejo significativamente superior ao de Portugal continental.

Tabela 7 – Rácio de episódios de urgência total, por 100 mulheres em idade fértil, e percentagem de internamentos por episódios de urgência, por NUTS II, em Portugal Continental

NUTS II	Rácio de episódios por procura potencial	Internamentos por episódios de urgência
Norte	17,9	16,1%
Centro	24,2	17,0%
Oeste e Vale do Tejo	11,5	16,8%
Grande Lisboa	24,8	16,7%
Península de Setúbal	15,2	18,6%
Alentejo	15,6	23,2%
Algarve	23,7	19,4%
Portugal Continental	19,9	17,0%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados remetidos pelas ULS à ERS e a informação disponível no *website* do INE.



4. Conclusões

De acordo com os dados analisados, foi possível concluir o seguinte:

- A 30 de novembro de 2025, existiam 40 estabelecimentos com SU na valência de Obstetrícia e Ginecologia – 27 (67,5%) classificados como SUMC e 13 (32,5%) como SUP, não tendo sido identificado qualquer SUB a assegurar atendimento nesta valência.
- Dos 40 SU, 36 (90,0%) asseguravam a prestação de cuidados de saúde em instalações autónomas.
- A distribuição das salas de parto acompanha, em larga medida, a concentração de serviços, com a NUTS II Norte a reunir a maior proporção de salas de parto (38,5%), seguida pela Grande Lisboa (22,0%) e pelo Centro (16,5%).
- Quando padronizado por 100.000 mulheres em idade fértil, o rácio de salas de parto evidenciou diferenças relevantes entre as regiões. A NUTS II Península de Setúbal apresentava o rácio mais elevado (11,0), enquanto as NUTS II Norte e Centro registavam, ambas, rácios de 10,9, valores acima da média nacional (10,3). Em contraste, o Alentejo apresentava a menor proporção de salas de parto (2,8%) e o rácio mais baixo (6,7), significativamente inferior ao valor nacional.
- A análise da capacidade instalada, medida pela mediana das horas médicas mensais efetivas destinadas ao funcionamento do SU e dos blocos de partos, por 100 mulheres em idade fértil, revelou assimetrias regionais em relação ao referencial nacional. As NUTS II Península de Setúbal, Oeste e Vale do Tejo apresentaram a capacidade mais reduzida e, à semelhança da NUTS II Norte apresentaram níveis inferiores aos observados a nível nacional. As NUTS II Alentejo e Algarve registaram os valores mais elevados.
- Relativamente aos constrangimentos no acesso a SU de Obstetrícia, as NUTS II Península de Setúbal, Oeste e Vale do Tejo e Grande Lisboa apresentaram percentagens de dias com constrangimento superiores ao



valor de Portugal continental (15,3%), destacando-se a NUTS II Península de Setúbal, com 76,2%, e Oeste e Vale do Tejo com 33,2%. Em sentido inverso, as NUTS II Norte e Alentejo registam as menores percentagens, 0,7% e 0,4%, respetivamente.

- Considerando os dias de encerramento total, em que o estado da urgência foi exclusivamente “Fechada”, a percentagem na Península de Setúbal reduziu-se para 34,9%, mantendo-se, ainda assim, substancialmente superior à das restantes regiões. Nas NUTS II Norte e Alentejo, a percentagem de dias “Fechada” foi nula ou residual (0,2%).
- No que se refere à procura, as NUTS II Centro, Grande Lisboa e Algarve apresentaram rácios de utilização do SU por mulheres em idade fértil superiores ao valor observado para Portugal continental. Em contraste, as NUTS II Oeste e Vale do Tejo e Península de Setúbal registam os rácios mais baixos, face à procura potencial, regiões onde houve maiores constrangimentos na disponibilidade do SU.

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2026

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência "Porto, Portugal".

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).



ERS

ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32

4100-455 PORTO - Portugal

T +351 222 092 350

geral@ers.pt

www.ers.pt