



ESTUDOS

FEVEREIRO DE 2026

ESTUDO SOBRE AS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE – 2025



Ficha Técnica

Título: Estudo sobre as Unidades Locais de Saúde – 2025

Editor: Entidade Reguladora da Saúde
Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 Porto
e-mail: geral@ers.pt | telef.: 222 092 350 | fax: 222 092 351 | website:
www.ers.pt

Elaborado por: Departamento de Estudos e Avaliação em Saúde

Data: Fevereiro de 2025

Aprovado pelo Conselho de Administração em 05/03/2026



Índice

Sumário Executivo	6
1. Introdução.....	12
2. Enquadramento histórico e legislativo	14
2.1. Evolução legislativa das ULS	14
2.2. Intervenção regulatória da ERS	17
3. Análise do acesso	22
3.1. Descrição da oferta	23
3.2. Análise aos cuidados de saúde prestados nas ULS	26
3.2.1. Necessidades de cuidados de saúde	28
3.2.2. Acesso aos cuidados de saúde primários.....	33
3.2.3. Acesso aos cuidados de saúde hospitalares	40
3.3. Análise da dimensão temporal do acesso.....	47
4. Eficiência e desempenho económico-financeiro.....	51
4.1. Utilização	51
4.2. Desempenho económico-financeiro.....	61
4.3. Análise da eficiência produtiva.....	65
5. Perspetivas dos utentes e dos prestadores.....	73
5.1. Uteses: reclamações	73
5.2. Prestadores: inquérito	81
6. Conclusões.....	122



Índice de abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AdC – Autoridade da Concorrência

AMIM – Atestado Médico de Incapacidade Multiuso

BI – *Business Intelligence*

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CIM – Comunidade Intermunicipal

CIT – Certificados de Incapacidade Temporária

CLIC – Comissão Local de Informatização Clínica

CRS – Modelo de DEA de Retornos Constantes à Escala

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DE-SNS – Direção Executiva do SNS

DEA – *Data Envelopment Analysis*

DMU – *Decision Making Units*

DRS – Rendimentos Decrescentes à Escala

EKD2SFCA – *Extended Kernel Density Two-Step Floating Catchment Area*

EPE – Entidade Pública Empresarial

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRS – Rendimentos Crescentes à Escala

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

PAI – Planos Assistenciais Integrados

PCA – Análise de Componentes Principais



PDO – Plano de Desempenho Operacional

PIIC – Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no SNS

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNU – Registo Nacional do Utente

SE – Eficiência de Escala

SGREC – Sistema de Gestão de Reclamações

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

SPE – Setor Público Empresarial

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

TME – Tempo Médio de Espera

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

VRS – Modelo DEA de Retornos Variáveis à Escala



Sumário Executivo

O presente estudo apresenta uma análise do funcionamento das 39 Unidades Locais de Saúde (ULS) de Portugal continental, na sequência da reconfiguração organizacional introduzida pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.

As ULS passaram a assumir, de forma integrada, a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares, pela articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pelo cumprimento dos direitos de acesso e pela utilização eficiente dos recursos públicos de saúde.

Neste contexto, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) entendeu oportuno avaliar o desempenho do novo universo das 39 ULS, em 2025, comparando-as entre si. Com este estudo pretende-se uma primeira análise sobre a implementação transversal deste modelo de cuidados em Portugal continental, que servirá de base a análises futuras relativas à evolução temporal do desempenho das ULS.

A análise empírica assentou na articulação de diversas fontes de informação. Para caracterizar a oferta e os recursos foram utilizados dados referentes a 2025, designadamente do Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) e do Portal da Transparência, tendo sido ainda utilizados, nas análises do acesso, dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) e de bases cartográficas oficiais. Foram também realizadas, com base em dados dos anos mais recentes disponíveis (2024 e 2025), análises comparativas dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), do desempenho económico-financeiro e da eficiência produtiva das ULS. No domínio das perspetivas dos utentes e dos prestadores, recorreu-se à análise das reclamações registadas no Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC), relativas a factos ocorridos entre 1 de março de 2022 e 31 de outubro de 2025, e a dois questionários aplicados às ULS, entre agosto e novembro de 2025.

No domínio do acesso, a caracterização da oferta evidenciou uma forte heterogeneidade estrutural entre ULS, quer em termos de número de unidades,



quer de recursos humanos e capacidade hospitalar. Em outubro de 2025, as ULS integravam 1.615 unidades de cuidados de saúde primários (UCSP e USF)¹ e 93 unidades hospitalares, com um total de 7.489 médicos e 6.609 enfermeiros nos cuidados primários, e 23.623 médicos e 38.223 enfermeiros no setor hospitalar. Em média, com base nos dados recolhidos, cada ULS dispunha de cerca de 41 unidades de cuidados primários e dois hospitais, mas coexistiam ULS de pequena escala local com outras de natureza claramente regional, abrangendo populações muito superiores e territórios extensos ou descontínuos.

A avaliação das necessidades de cuidados de saúde e dos rácios de profissionais nos cuidados de saúde primários revelou padrões territoriais assimétricos.

Em várias ULS do litoral, níveis médios ou baixos de necessidades coexistiam com rácios relativamente elevados de médicos e enfermeiros por mil habitantes. Em contraste, em ULS do interior, como Alto Alentejo e Nordeste, combinaram-se níveis elevados de necessidades com rácios de médicos iguais ou inferiores a 0,57 por mil habitantes, abaixo da média nacional (0,73). Apenas a ULS do Algarve apresentou simultaneamente níveis elevados de necessidades e rácios elevados de profissionais, evidenciando desequilíbrios persistentes entre necessidades e oferta.

No acesso aos cuidados hospitalares, a aplicação do método EKD2SFCA (*Extended Kernel Density Two-Step Floating Catchment Area*) confirmou assimetrias geográficas relevantes. Os resultados indicaram que apenas cerca de 3% da população residente vive em concelhos classificados com nível elevado de acesso hospitalar, concentrados em torno de grandes polos urbanos e hospitalares. Em contrapartida, em várias ULS do interior e em territórios periféricos, mais de 40% da população reside em concelhos com nível baixo de acesso potencial, destacando-se as ULS do Nordeste (96,6%), Algarve (90,1%), Tâmega e Sousa (80,0%), Médio Ave (72,0%) e Guarda (50,3%), refletindo

¹ Apesar de existirem outras unidades de cuidados de saúde primários, tais como Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidades de Saúde Pública e Centros de Atendimento Clínicos (CAC), o presente estudo considerou ULS e UCSP na medida em que dispõem de carteiras básicas de serviços similares e comparáveis.



maiores distâncias aos hospitais e menor capacidade instalada ajustada à procura.

No que respeita ao cumprimento dos TMRG em consultas externas hospitalares e cirurgias programadas, os dados do primeiro semestre de 2025 apontaram para níveis de incumprimento relevantes em determinados contextos territoriais, tal como tem sido evidenciado pela ERS no âmbito das informações de monitorização sobre tempos de espera no SNS que publica com cadência semestral². Em concreto, nas cirurgias programadas, a percentagem de doentes com espera superior ao TMRG variou entre valores residuais, próximos de 2%, e valores superiores a 30%, destacando-se as ULS de Almada-Seixal (42,5%), Barcelos/Esposende (36,1%), Alentejo Central (33,2%) e Arrábida (31,7%). Nos tempos de espera para primeiras consultas hospitalares, a dispersão foi ainda mais acentuada, com várias ULS a apresentarem incumprimentos superiores a 60%, nomeadamente Tâmega e Sousa (70,5%), Alto Ave (68,1%), Barcelos/Esposende (66,2%), Matosinhos (66,0%), bem como as ULS da Região de Leiria e de Coimbra (ambas com 65,9%).

Da análise das perspetivas dos utentes, através dos 120.807 processos de reclamação recebidos e apreciados pela ERS, relativos a factos ocorridos entre 1 de março de 2022 e 31 de outubro de 2025 nas 31 ULS de nova geração, bem como através de 8.803 processos de reclamação do mesmo período apreciados pela ERS, que visaram as oito ULS já existentes, concluiu-se, apesar de a mudança organizacional mais relevante ocorrida em 2024 ser ainda recente, que os temas e constrangimentos reportados se mantiveram globalmente equivalentes, sem alterações significativas.

Da análise à utilização de cuidados de saúde destacaram-se, em 2024, por um lado, ULS com níveis elevados de consultas hospitalares e internamentos por mil habitantes, em particular as que integram grandes centros hospitalares universitários, como Coimbra, São João, Santo António, Braga e Gaia/Espinho, onde a atividade hospitalar assume maior peso relativo. Por outro lado, identificaram-se ULS em que a utilização dos cuidados de saúde primários foi

² Disponíveis em [ERS - Estudos e Informação de Monitorização](#).



mais expressiva, nomeadamente Alentejo Central, Alto Alentejo, Alto Minho, Baixo Alentejo e Região de Aveiro, refletindo modelos assistenciais mais centrados na resposta de proximidade.

O rácio médio de enfermeiros por médico, de 2,38, em 2024, foi superior à média da UE-22 (1,97), mas a dispersão entre unidades é significativa, com valores que variam entre 1,54 (Loures-Odivelas) e 4,85 (Baixo Alentejo). Os rácios mais elevados, observados no Baixo Alentejo (4,85), Litoral Alentejano (4,47), Alto Alentejo (4,10), Guarda (3,95) e Castelo Branco (3,87), sugerem uma escassez relativa de médicos, conduzindo a uma maior dependência da atividade assegurada por enfermeiros. Em contraste, rácios mais baixos, como os registados em Loures-Odivelas (1,54), Matosinhos (1,90), Santo António (1,91), Braga (1,93) e Entre Douro e Vouga (1,93), refletem contextos com maior concentração médica, frequentemente associados a maior complexidade clínica. Esta heterogeneidade evidenciou combinações muito diferenciadas de fatores de produção e potenciais margens de ajustamento no *skill mix*, com implicações para a eficiência e o equilíbrio funcional das equipas de saúde.

No plano económico-financeiro, a análise do Prazo Médio de Pagamento (PMP) a fornecedores, em 2024, evidenciou assimetrias significativas entre as ULS, apesar de o valor médio de Portugal continental se ter situado em 96 dias, acima do referencial legal de 60 dias. Verifica-se que um conjunto relevante de ULS apresenta PMP superiores ao limite legal, destacando-se Gaia/Espinho (187 dias), Lisboa Ocidental (164 dias), Cova da Beira (147 dias), Arco Ribeirinho (144 dias) e Alto Ave (141 dias). Em contraste, outras ULS evidenciam níveis de desempenho mais favoráveis, com PMP inferiores ou próximos do referencial legal, nomeadamente Loures-Odivelas (22 dias), Barcelos/Esposende (35 dias), São João (43 dias), Baixo Mondego (44 dias) e Lezíria (39 dias). Estas diferenças traduziram desigualdades na gestão financeira e na sustentabilidade operacional das ULS, com potenciais implicações na relação com fornecedores e na regularidade da prestação de cuidados de saúde, podendo ainda refletir, em alguns casos, pressões adicionais sobre a estrutura de custos.

A avaliação da eficiência, através do modelo *Data Envelopment Analysis* (DEA), revelou, para os dados analisados de 2024, *scores* de eficiência técnica



elevados, sobretudo sob retornos variáveis à escala, sugerindo que a maioria das ULS (82%) utiliza os recursos disponíveis de forma relativamente eficiente. Por sua vez, a análise da eficiência de escala revelou que 15 ULS apresentaram uma dimensão operacional não ótima, das quais 10 (Guarda, Região de Leiria, Almada-Seixal, Castelo Branco, Lisboa Ocidental, São José, Alentejo Central, Arco Ribeirinho, Médio Ave e Nordeste) operaram com rendimentos crescentes à escala, sugerindo subdimensionamento e potencial benefício do aumento da escala de operação, e cinco (Coimbra, São João, Trás-os-Montes e Alto Douro, Viseu Dão-Lafões e Algarve) operaram com rendimentos decrescentes à escala, indicando sobredimensionamento relativo. As situações de subdimensionamento refletem ULS em que os recursos disponíveis geram níveis de produção relativamente reduzidos, indicando potencial para ganhos de eficiência com o aumento da escala. Em sentido inverso, o sobredimensionamento ocorre quando acréscimos de recursos não se traduzem em aumentos proporcionais da produção, resultando em perdas de eficiência de escala.

Do ponto de vista dos utentes, através da análise de reclamações, verificou-se que os temas mais visados continuam a ser equivalentes e que os constrangimentos reportados pelos utentes não sofreram uma alteração significativa.

As respostas aos inquéritos aplicados às ULS confirmaram que a integração de cuidados foi percecionada como uma oportunidade para simplificar circuitos do utente, reforçar a articulação entre níveis de cuidados e aproximar a gestão estratégica da realidade assistencial. Tanto nas oito ULS com maior percurso histórico, como nas 31 ULS mais recentes, a maioria dos respondentes referiu impactos positivos em termos de coordenação clínica, reuniões conjuntas e partilha de informação. Ao mesmo tempo, foram identificados constrangimentos significativos, designadamente na articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na contratação de recursos humanos, na adequação dos modelos de contratualização e na articulação com os municípios, ainda que, neste último aspeto, a maioria das ULS tenha sinalizado uma colaboração globalmente boa ou muito boa.



A comparação entre as oito ULS anteriores a 2024 e as 31 ULS criadas ou reestruturadas mais recentemente revelou que as primeiras evidenciam processos de integração mais consolidados, maior maturidade na articulação com os municípios e experiência acumulada na gestão contratual e na utilização de instrumentos como PAI (Planos Assistenciais Integrados) e PDO (Plano de Desempenho Operacional). As segundas encontravam-se em fase de afirmação do modelo, com ganhos já visíveis em termos de identidade institucional e coordenação interna, mas também com desafios acrescidos decorrentes da transição organizacional e da necessidade de compatibilizar culturas distintas herdadas de hospitais, centros hospitalares e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) pré-existent.

Em síntese, atendendo à generalização do modelo ULS, com reforço do papel destas entidades como unidades de responsabilidade integrada no contexto do SNS, o presente estudo permitiu, com base nos dados analisados, a identificação de segmentos de melhor desempenho, bem como situações de maior vulnerabilidade. Nesse âmbito, destacam-se o reforço da equidade no acesso, a correção de assimetrias territoriais, o acompanhamento rigoroso do cumprimento dos TMRG, a atenção às situações de ineficiência de escala e a consolidação das práticas de integração de cuidados, como questões prioritárias para acompanhamento pela ERS, designadamente no âmbito de novos estudos.



1. Introdução

A criação e generalização das ULS constituem uma das transformações mais significativas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na última década. Concebidas como entidades que integram, numa mesma estrutura de governação, a prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares, bem como a articulação com a RNCCI, as ULS procuram responder a desafios persistentes do sistema: fragmentação entre níveis de cuidados, desigualdades territoriais de acesso, e constrangimentos na utilização eficiente dos recursos.

As primeiras ULS foram criadas entre 1999 e 2012, através de diplomas específicos que integraram hospitais e centros de saúde numa mesma entidade pública empresarial, com contrato-programa único e responsabilidade conjunta pelo acesso, pela eficiência e pela qualidade. Estas oito ULS pioneiras – Matosinhos, Norte Alentejano, Alto Minho, Baixo Alentejo, Guarda, Castelo Branco, Nordeste e Litoral Alentejano – foram objeto de análise aprofundada no estudo da ERS de 2015, “Estudo sobre o Desempenho das Unidades Locais de Saúde”³, onde se destacou o potencial do modelo para reforçar a continuidade assistencial e racionalizar a utilização de recursos.

A aprovação do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, marcou uma nova fase, ao alargar o modelo ULS a todo o território de Portugal continental e ao reconfigurar a organização local do SNS em 39 unidades, resultantes da integração de hospitais, centros hospitalares, ACES e outras estruturas existentes. Este processo ocorreu num contexto de reforço dos direitos de acesso, em particular com a consagração e densificação dos TMRG na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e na Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, bem como da eliminação quase total das taxas moderadoras pelo Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio.

Neste quadro, a ERS entendeu oportuno avaliar o desempenho do novo universo das 39 ULS, em 2025, comparando-as entre si. Com este estudo pretende-se

³ Disponível em <https://www.ers.pt>.



uma primeira análise sobre a implementação transversal deste modelo de cuidados em Portugal continental, que servirá de base a análises futuras relativas à evolução temporal do desempenho das ULS. O estudo assenta em três objetivos principais.

Em primeiro lugar, caracterizar a distribuição da oferta de cuidados de saúde primários e hospitalares e a dotação de recursos humanos nas 39 ULS, identificando diferenças estruturais de escala, densidade populacional e configuração territorial que podem influenciar o acesso e a organização dos serviços.

Em segundo lugar, avaliar o acesso das populações aos cuidados, quer em termos de proximidade geográfica, quer em termos de cumprimento dos TMRG, articulando as dimensões de necessidade, oferta e utilização.

Em terceiro lugar, analisar a eficiência produtiva e o desempenho económico-financeiro das ULS, bem como as perspetivas dos utentes e dos prestadores, de forma a identificar boas práticas, constrangimentos e desafios regulatórios.

Para cumprir estes objetivos, o estudo estrutura-se em seis capítulos. Após esta introdução, o capítulo 2 apresenta o enquadramento histórico e legislativo das ULS, revisitando a evolução do modelo e a sua articulação com a Lei de Bases da Saúde. O capítulo 3 descreve a oferta e o acesso, combinando informação sobre o número de estabelecimentos e de profissionais com indicadores de necessidades e com uma avaliação do acesso potencial aos cuidados, recorrendo ao método EKD2SFCA para os cuidados hospitalares. O capítulo 4 analisa a utilização de recursos, o desempenho económico-financeiro e a eficiência produtiva das ULS, com recurso a rácios assistenciais, ao Prazo Médio de Pagamento e a um modelo DEA (*Data Envelopment Analysis*) orientado aos *outputs*. O capítulo 5 centra-se nas perspetivas dos utentes e dos prestadores, recorrendo às reclamações recebidas pela ERS e aos resultados de dois inquéritos dirigidos às ULS. O capítulo 6 sintetiza as principais conclusões e implicações regulatórias, apontando linhas de aprofundamento futuro.



2. Enquadramento histórico e legislativo

A Lei de Bases da Saúde atualmente em vigor, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, reafirma o direito de todas as pessoas à proteção da saúde, com acesso a cuidados de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados continuados e paliativos, com respeito pelos princípios da universalidade, da generalidade, da tendencial gratuitidade, da integração de cuidados, da equidade, da qualidade, da proximidade, bem como pelos princípios da sustentabilidade financeira e da transparência.

Neste quadro, o acesso em tempo clinicamente adequado, a integração entre níveis de cuidados e a utilização eficiente dos recursos assumem particular relevância, surgindo a ULS como modelo organizacional que visa reforçar a coordenação entre cuidados de saúde primários e hospitalares, aproximar os cuidados das populações e potenciar ganhos de eficiência.

2.1. Evolução legislativa das ULS

Do ponto de vista histórico, o modelo das ULS emerge como resposta às limitações de uma organização do SNS excessivamente segmentada entre cuidados primários, hospitalares e continuados, com fronteiras rígidas entre níveis assistenciais e dificuldades na gestão integrada dos percursos dos utentes. A criação das primeiras ULS – nomeadamente Matosinhos (1999), Norte Alentejano (2007)⁴, Alto Minho (2008), Baixo Alentejo (2008), Guarda (2008), Castelo Branco (2010), Nordeste (2011) e Litoral Alentejano (2012) – resultou de diplomas específicos⁵, publicados entre 1999 e 2012, que procederam à integração, numa mesma entidade pública empresarial, de hospitais e centros de saúde de uma área geográfica delimitada.

⁴ Atual ULS do Alto Alentejo.

⁵ Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho, Decreto-Lei n.º 183/2008, 4 de setembro, Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho, e Decreto-Lei n.º 238/2012, de 31 de outubro.



Como visto no “Estudo sobre o Desempenho das Unidades Locais de Saúde”⁶ da ERS, de 2015, estes diplomas pioneiros instituíram um modelo em que a mesma entidade responde pela prestação de cuidados primários, hospitalares e garante a prestação ou articulação integrada com os cuidados continuados, quando aplicável, com objetivos explícitos de melhorar a continuidade de cuidados, reduzir redundâncias e promover uma utilização mais racional dos recursos. A lógica subjacente assentava numa gestão integrada, com direção única, contrato-programa unitário e responsabilidade conjunta por indicadores de acesso, eficiência e qualidade, em contraponto com a fragmentação institucional que caracterizava a articulação entre as Administrações Regionais de Saúde, os ACES e os hospitais e centros hospitalares.

A aprovação da Lei n.º 15/2014, de 21 de março – lei que consolida os direitos e deveres dos utentes e define o regime da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS (Carta dos Direitos de Acesso) – reforçou este caminho ao estabelecer expressamente o dever do Estado de garantir o acesso a cuidados em tempo clinicamente aceitável e de fixar, por via regulamentar, TMRG para as principais prestações de saúde sem carácter de urgência. A Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, concretiza esse regime ao definir os TMRG para consultas, cirurgia programada, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), bem como para diferentes tipos de prestações de cuidados de saúde primários, e ao aprovar a Carta dos Direitos de Acesso.

Neste enquadramento, as primeiras ULS passam a ser analisadas e avaliadas não apenas como experiências organizacionais, mas como instrumentos de concretização prática do direito de acesso. O estudo de 2015 da ERS sobre o desempenho das ULS evidenciava heterogeneidades relevantes entre ULS em termos de estrutura de oferta, desempenho e contextos territoriais.

A partir de 2019, a aprovação da nova Lei de Bases da Saúde impõe uma atualização do enquadramento normativo das instituições do SNS, conduzindo à aprovação do Estatuto do SNS pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Este diploma procede à reorganização do SNS, clarificando a sua missão, os

⁶ Disponível em <https://www.ers.pt>.



direitos dos beneficiários e a arquitetura institucional, e prevê expressamente que a prestação de cuidados pode ser organizada através de unidades locais de saúde, enquanto entidades integradas no setor empresarial do Estado, com responsabilidade pela prestação integrada de cuidados primários, hospitalares e continuados numa determinada área geográfica.

O passo decisivo na generalização do modelo ocorre, contudo, com o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procede à criação de um conjunto alargado de ULS, com natureza de entidades públicas empresariais, com produção de efeitos a 1 de janeiro de 2024. Este diploma reestrutura um vasto conjunto de entidades públicas empresariais do SNS – hospitais, centros hospitalares e ACES – que passam a adotar o modelo de organização e funcionamento em ULS, abrangendo todo o território de Portugal continental.

Do processo de reestruturação resultam 31 ULS de nova geração⁷ – as ULS do Alentejo Central, Algarve, Almada-Seixal, Alto Ave, Amadora/Sintra, Arco Ribeirinho, Arrábida, Baixo Mondego, Barcelos/Esposende, Braga, Coimbra, Cova da Beira, Entre Douro e Vouga, Estuário do Tejo, Gaia/Espinho, Lezíria, Lisboa Ocidental, Loures-Odivelas, Médio Ave, Médio Tejo, Oeste, Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Região de Aveiro, Região de Leiria, Santa Maria, Santo António, São João, São José, Tâmega e Sousa, Trás-os-Montes e Alto Douro e Viseu Dão-Lafões –, às quais se somam as oito ULS originais, criadas por diplomas anteriores: Matosinhos, Norte Alentejano – cuja designação se alterou para Alto Alentejo –, Alto Minho, Baixo Alentejo, Guarda, Castelo Branco, Nordeste e Litoral Alentejano. Em conjunto, estas 39 ULS asseguram a cobertura de todo o território continental, assumindo-se como unidades de saúde do SNS integradas no setor empresarial do Estado, às quais se aplica o Estatuto do SNS.

O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, explicita, no seu preâmbulo, os objetivos centrais deste novo ciclo: garantir a prestação integrada de cuidados primários e hospitalares, reforçar a resposta de proximidade dos cuidados primários, simplificar processos administrativos, incrementar a articulação entre equipas e níveis de cuidados, aumentar a autonomia gestonária e promover uma

⁷ A ULS do Alto Alentejo também foi criada, embora consista apenas na mudança de designação da então já existente ULS do Norte Alentejano.



maior participação dos cidadãos, profissionais, comunidades e autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando simultaneamente o acesso e a eficiência do SNS.

Em termos jurídico-institucionais, o diploma procede ainda à extinção dos ACES, e de algumas unidades especializadas (como o Centro de Medicina de Reabilitação Rovisco Pais, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, o Hospital Arcebispo João Crisóstomo, o Hospital Dr. Francisco Zagalo de Ovar e o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto), integrando-os nas ULS respetivas.

2.2. Intervenção regulatória da ERS

A ERS, enquanto entidade administrativa independente, encontra o seu enquadramento geral na Lei-quadro das entidades reguladoras independentes (Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto) e, em especial, nos seus Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto. Este diploma atribui à ERS a missão de regular a atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, públicos, privados, cooperativos e sociais, garantindo os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente em matéria de acesso e qualidade dos cuidados de saúde.

As atribuições da ERS incluem a apreciação das queixas e reclamações dos utentes, e a monitorização do seguimento dados às mesmas pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, bem como a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, designadamente no que respeita à garantia do direito de acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, e demais direitos dos utentes.

No domínio específico do acesso, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, atribuem à Carta dos Direitos de Acesso um papel estruturante, estabelecendo TMRG para cuidados primários, consultas externas hospitalares, cirurgia programada e MCDT, e consagrando direitos de informação sobre tempos de espera, posição em lista e mecanismos de



referenciação para outras entidades quando o prestador não consegue garantir o TMRG. A ERS assume aqui um papel de garante da efetividade destes direitos, quer pela via da supervisão do cumprimento dos TMRG, quer pela apreciação de queixas relativas a atrasos injustificados ou recusa de acesso.

Neste sentido, a ERS tem vindo a monitorizar a atuação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS no que ao cumprimento dos TMRG diz respeito, através dos seguintes processos de monitorização (PMT)⁸:

- Processo de monitorização n.º 2/2015 que acompanha o cumprimento de TMRG nos cuidados de saúde hospitalares relativamente à marcação da 1.ª consulta hospitalar;
- Processo de monitorização n.º 3/2015 que acompanha o cumprimento dos TMRG nos cuidados de saúde primários;
- Processo de monitorização n.º 10/2018 que acompanha o cumprimento nos cuidados de saúde hospitalares relativamente à marcação de MCDT.

Assim, na Tabela 1, compara-se o volume de reclamações com o comprovado incumprimento no âmbito do tema “Acesso a Cuidados de Saúde” e assunto “Regras dos TMRG”, que foram apensadas aos referidos processos de monitorização de acordo com o tipo de prestação de cuidados de saúde, primários ou hospitalares, face ao total de reclamações analisadas pela ERS sobre este mesmo assunto, antes e depois de 1 de janeiro de 2024, quando se verificou a integração no modelo ULS da nova geração, sem qualquer ponderação ou rácio quanto à dimensão dos estabelecimentos, produção ou população alvo.

⁸ Processo de Monitorização - Acompanhamento do comportamento dos prestadores de cuidados de saúde dos quais possam resultar constrangimentos para o exercício dos direitos e interesses legítimos dos utentes que à ERS cabe proteger e para a atividade regulada em geral.



Tabela 1 – Rácio de reclamações analisadas pela ERS com constrangimentos no cumprimento de TMRG, antes e depois da integração no modelo ULS, por tipo de cuidado de saúde

Processo de monitorização	Período	Reclamações com incumprimento TMRG
PMT/002/2015 (CSH)	Mar/22 a dez/23	8,36%
	Jan/24 a out/25	13,90%
PMT/003/2015 (CSP)	Mar/22 a dez/23	13,18%
	Jan/24 a out/25	6,05%
PMT/010/2018 (CSH)	Mar/22 a dez/23	2,77%
	Jan/24 a out/25	3,02%

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

As ULS, enquanto entidades integradas no SNS e beneficiárias de contratos-programa globais, são, assim, objeto de regulação pela ERS em toda a sua amplitude assistencial, incluindo cuidados primários, hospitalares, urgência e cuidados continuados, bem como no que respeita à cobrança e isenção de taxas moderadoras, à qualidade da prestação e à segurança dos utentes. O Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio, que completa o processo de eliminação de taxas moderadoras na generalidade das prestações do SNS, mantendo-as apenas em situações residuais como alguns episódios de urgência não referenciada, alterou significativamente o quadro aplicável, mas não diminuiu a relevância da atuação da ERS na prevenção e correção de práticas ilegais ou desadequadas de cobrança.

A reconfiguração organizacional resultante do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, motivou a emissão, pela ERS, do Alerta de Supervisão n.º 1/2024, de 10 de janeiro, relativo ao “Impacto da criação e reestruturação de Unidades Locais de Saúde no que diz respeito ao cumprimento das suas obrigações perante a Entidade Reguladora da Saúde”. O referido diploma prevê que as ULS criadas sucedam às entidades incorporadas na universalidade dos bens, direitos e obrigações, bem como nas respetivas posições contratuais.

Este regime de sucessão tornou-se particularmente relevante para a atuação da ERS, nomeadamente quanto à transmissão de responsabilidades associadas à “gestão e funcionamento dos ACES”, uma vez que as ULS previstas no Decreto-



Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, sucederam nas responsabilidades, incluindo contraordenacionais, das entidades incorporadas, assumindo a posição processual dos prestadores anteriormente visados em processos administrativos e sancionatórios em curso.⁹

As ULS assumiram a posição jurídico-processual das entidades integradas – hospitais, centros hospitalares, ACES e unidades especializadas –, pelo que no cumprimento das suas obrigações perante a ERS, compete-lhes responder a pedidos de informação, participar em audiências de interessados, cumprir ordens, instruções e recomendações previamente emitidas, bem como assegurar o pagamento de coimas e o cumprimento de sanções acessórias aplicadas por factos anteriores à reestruturação. O alerta reforça também a necessidade de garantir a atualização atempada dos registos das unidades no SRER e tramitação das reclamações dos prestadores anteriormente visados e inseridas no SGREC da ERS.

Reforça-se ainda que, porque relevante para o âmbito do presente estudo, as ULS mantêm a obrigatoriedade de manutenção da publicitação de mecanismos de apresentação de reclamações e de informação sobre TMRG e a Carta dos Direitos de Acesso, porquanto o Decreto-Lei n.º 102/2023 previu, como já referido, que as ULS criadas sucedam às entidades incorporadas na universalidade dos bens, direitos e obrigações, bem como nas respetivas posições contratuais. Nos últimos anos, a ERS tem vindo a intensificar a sua atuação supervisora em matérias de acesso, com um volume significativo de instruções, ordens e recomendações dirigidas a ULS, quer na área dos cuidados de saúde primários, quer na dos cuidados hospitalares, designadamente no âmbito das urgências do SNS, Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), taxas moderadoras e qualidade da prestação de cuidados de saúde¹⁰.

No domínio dos cuidados de saúde primários, destacam-se deliberações que incidem sobre, entre outros temas, recusa de inscrição ou de acesso de utentes

⁹ Vide Alerta de Supervisão n.º 1/2024, disponível em <https://www.ers.pt>. Refira-se, também, a emissão do Alerta de Supervisão 5/2023, a título preventivo (disponível em <https://www.ers.pt>).

¹⁰ As deliberações encontram-se disponíveis no *website* da ERS em [ERS - Deliberações](#).



a consultas, procedimentos de atendimento e falhas de informação adequada sobre tempos de resposta.

No âmbito dos cuidados de saúde hospitalares, as instruções dirigidas a ULS têm incidido sobre situações de integração de cuidados de saúde com os CSP, de violação da liberdade de escolha dos utentes no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, de procedimentos de acesso a consultas de especialidade, a cirurgia programada e a MCDT, de procedimentos de acesso a PMA, IVG e esterilização voluntária e transferências inter-hospitalares de utentes.

No contexto das urgências do SNS, a ERS tem emitido instruções dirigidas a ULS, nomeadamente quando se verificam constrangimentos significativos no acesso, encerramentos temporários de serviços ou falhas na articulação entre urgência básica, serviço de urgência médico-cirúrgica e cuidados primários e falhas de articulação com a Linha de Saúde 24.

Em matéria de taxas moderadoras, as instruções e ordens da ERS dirigidas a prestadores do SNS – incluindo ULS – têm incidido sobretudo sobre a cobrança indevida em situações de isenção legal, a falta de informação clara aos utentes sobre o regime em vigor e a inadequada articulação entre sistemas de informação e práticas de faturação e também na cobrança indevida de custos da prestação de cuidados de saúde a utentes beneficiários do SNS.

No âmbito do SIGIC, as instruções dirigidas a entidades integradas em ULS têm incidido sobre o cumprimento das regras de gestão de listas de espera cirúrgica, o respeito pelos TMRG específicos para cirurgia e a obrigação de informação adequada aos utentes quando os limites temporais são ultrapassados, incluindo a referenciação para outras entidades do SNS ou convencionadas.

Por fim, no domínio da qualidade da prestação de cuidados de saúde e da segurança do doente, instruções recentes evidenciam uma atuação da ERS centrada na garantia de padrões e procedimentos de qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde, na prevenção de eventos adversos, na adequação de recursos humanos e materiais, na organização de circuitos clínicos e na proteção de grupos particularmente vulneráveis.



3. Análise do acesso

Neste capítulo apresenta-se uma análise do acesso das populações às ULS existentes. Foram realizadas duas avaliações do acesso potencial, tanto aos cuidados de saúde primários como aos cuidados de saúde hospitalares.

Foram identificadas todas as unidades existentes, registadas no SRER da ERS em 27 de outubro de 2025, utilizando como segunda referência, para validação e atualização de parte dos dados, o Portal BI-CSP¹¹ (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários).

A avaliação do acesso aos cuidados de saúde primários considerou as unidades funcionais e serviços principais, ou seja, as UCSP (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados) e as USF (Unidades de Saúde Familiar), considerando a sua localização, os números de médicos e enfermeiros e as populações residentes nas regiões das ULS. A avaliação foi realizada com base no rácio do número de médicos por mil habitantes e no rácio do número de enfermeiros por mil habitantes.

Para a avaliação do acesso aos cuidados de saúde hospitalares o método adotado foi o método EKD2SFCA¹², de avaliação de acesso com recurso a áreas de influência. Para cada um dos 278 concelhos de Portugal continental, foi calculado o rácio de médicos por mil habitantes, considerando a localização das unidades hospitalares das ULS e os profissionais afetos. Este indicador permite identificar as regiões onde a população residente dispõe de maior ou menor oferta disponível e geograficamente próxima para responder às suas necessidades em cuidados de saúde hospitalares.

Nas duas avaliações, o SRER foi utilizado para a identificação do número dos respetivos profissionais de saúde que trabalham nas UCSP, nas USF e nos

¹¹ <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>, consultado em 17 de novembro de 2025.

¹² Vide Polzin, P., Borges, J. & Coelho, A. (2014). An extended kernel density two-step floating catchment area method to analyze access to health care. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 41(4), 717-735.



hospitais, e o INE para a obtenção dos dados mais recentes da população residente, representativos da procura potencial.

3.1. Descrição da oferta

Tendo em conta as 39 ULS existentes, foram identificados no SRER 2.334 estabelecimentos com morada registada, incluindo as 93 unidades hospitalares¹³, 1.615 UCSP e USF e 626 demais estabelecimentos, nomeadamente outras unidades funcionais e serviços, de cuidados de saúde comunitários e de saúde pública, estruturas de apoio e coordenação clínica, incluindo as UCC (Unidades de Cuidados na Comunidade), as USP (Unidades de Saúde Pública) e as URAP (Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados), entre outros¹⁴.

A Tabela 2 apresenta os números de unidades, médicos e enfermeiros das ULS por tipo de cuidados, primários (nas UCSP e USF) e hospitalares.

Tabela 2 – Números de unidades, médicos e enfermeiros por ULS

ULS	UCSP e USF			Hospitais		
	N.º de unidades	N.º de médicos	N.º de enfermeiros	N.º de unidades	N.º de médicos	N.º de enfermeiros
ULS da Arrábida	23	145	106	2	275	853
ULS da Cova da Beira	55	62	70	2	305	547
ULS da Guarda	17	113	205	2	180	594
ULS da Lezíria	55	122	126	1	352	560
ULS da Região de Aveiro	59	268	207	3	608	753
ULS da Região de Leiria	88	176	232	3	279	965
ULS de Almada-Seixal	24	266	213	1	886	1 231
ULS de Amadora/Sintra	38	456	285	2	981	1 132
ULS de Barcelos/Esposende	22	127	95	1	264	273

¹³ Unidades com internamento, incluindo hospitais gerais e especializados (centros de reabilitação, maternidades, instituto de oftalmologia, hospitais psiquiátricos, de ortopedia e de pediatria).

¹⁴ Os outros tipos de unidades registados incluem: ECL (Equipa Coordenadora Local), SAC (Serviço de Atendimento Complementar), SASU (Serviço de Atendimento a Situações Urgentes), CDP (Centro de Diagnóstico Pneumológico), Centro de Genética Médica, SUB (Serviço de Urgência Básica), ECSCP (Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos), Unidades de Cuidados Continuados, Serviço de Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalho, Serviço de Atendimento ao Utente sem Médico, Saúde Oral, JMAI (Junta Médica de Avaliação de Incapacidade), Centro de Vacinação, SAP (Serviço de Atendimento Permanente), Consulta de Apoio a Contactos Esporádicos e Cidadãos Migrantes e ESMC (Espaço Saúde da Mulher e da Criança).



ULS	UCSP e USF			Hospitais		
	N.º de unidades	N.º de médicos	N.º de enfermeiros	N.º de unidades	N.º de médicos	N.º de enfermeiros
ULS de Braga	39	198	202	1	720	703
ULS de Castelo Branco	11	88	95	1	218	402
ULS de Coimbra	121	437	324	8	1 922	3 296
ULS de Entre Douro e Vouga	49	206	193	4	828	821
ULS de Gaia/Espinho	37	206	182	4	1 101	1 261
ULS de Lisboa Ocidental	36	375	248	3	900	1 408
ULS de Loures-Odivelas	18	94	128	1	589	688
ULS de Matosinhos	15	163	91	1	764	833
ULS de Santa Maria	25	203	140	2	1 568	2 388
ULS de Santo António	31	485	220	4	1 538	1 922
ULS de São João	30	277	205	2	1 712	2 577
ULS de São José	30	288	193	7	2 441	3 375
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	56	264	213	3	729	1 111
ULS de Viseu Dão-Lafões	49	221	169	2	591	1 037
ULS do Alentejo Central	97	155	132	1	425	566
ULS do Algarve	89	376	329	5	1 169	1 694
ULS do Alto Alentejo	18	59	94	2	134	672
ULS do Alto Ave	34	215	169	1	429	471
ULS do Alto Minho	39	216	170	2	627	783
ULS do Arco Ribeirinho	19	148	117	2	503	713
ULS do Baixo Alentejo	78	110	213	2	240	461
ULS do Baixo Mondego	23	86	71	1	111	271
ULS do Estuário do Tejo	28	126	134	1	572	449
ULS do Litoral Alentejano	27	80	145	1	234	262
ULS do Médio Ave	25	124	120	2	366	395
ULS do Médio Tejo	64	86	138	3	554	836
ULS do Nordeste	18	64	103	3	299	498
ULS do Oeste	48	178	127	3	397	710
ULS do Tâmega e Sousa	66	357	319	2	989	942
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde	14	90	89	2	300	333
Portugal continental	1 615	7 489	6 609	93	23 623	38 223

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER de 27 de outubro de 2025.

No total de Portugal continental, existem 1.615 UCSP e USF – doravante “unidades de cuidados primários” –, com 7.489 médicos e 6.609 enfermeiros. Na vertente hospitalar contabilizam-se 93 unidades, que reúnem 23.623 médicos e 38.223 enfermeiros. Em média, por ULS, isto corresponde a cerca de 41 unidades de cuidados primários, com aproximadamente 192 médicos e 169 enfermeiros nesses centros, e a dois hospitais, com cerca de 606 médicos e 980 enfermeiros.

A oferta não é homogénea entre ULS. Nas unidades de cuidados primários, destacam-se, em volume absoluto de profissionais, as ULS de Coimbra, Amadora/Sintra, Santo António, Algarve, Tâmega e Sousa, e Lisboa Ocidental.



Em contraste, várias ULS de menor dimensão demográfica apresentam valores mais reduzidos de médicos e enfermeiros, como, por exemplo, as ULS do Nordeste, do Baixo Mondego, do Alto Alentejo e da Cova da Beira.

Nos hospitais, os maiores efetivos concentram-se nas ULS com centros hospitalares universitários e grandes unidades: São José, Coimbra, São João, Santa Maria, Santo António, Algarve, Gaia/Espinho e Lisboa Ocidental. ULS com estrutura hospitalar mais pequena – como Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Castelo Branco, Barcelos/Esposende, Litoral Alentejano ou Baixo Mondego – registam números absolutos mais baixos.¹⁵

Para além das diferenças em termos de especialização e dimensão – refletidas nos números de unidades, médicos e enfermeiros – importa referir que subsistem outras heterogeneidades relevantes entre as ULS, nomeadamente ao nível da cobertura populacional e da extensão territorial. Embora a designação “Local” pressuponha, do ponto de vista concetual e semântico, um território delimitado, coeso e de dimensão moderada, na prática coexistem realidades muito distintas.

Algumas ULS são efetivamente estruturas de escala local, como Matosinhos, Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Barcelos/Esposende ou Cova da Beira. Outras assumem uma dimensão claramente regional, como Coimbra ou Algarve, abrangendo populações substancialmente superiores.

Outra heterogeneidade relaciona-se com a não contiguidade territorial de algumas ULS, que incluem freguesias isoladas, municípios descontínuos ou blocos territoriais separados por áreas pertencentes a outras ULS.

Estas diferenças estruturais condicionam a análise comparativa das ULS em múltiplas dimensões, influenciando aspetos como a equidade no acesso, a mobilidade dos utentes e a articulação entre níveis de cuidados.

¹⁵ Esta diferenciação também se faz refletir no número máximo de membros dos Conselhos de Administração das ULS. De acordo com o Anexo do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, o número máximo de sete membros é atribuído às ULS com maior efetivo, sendo às ULS de menores efetivos atribuído o número máximo de seis.



Não obstante, estas características não invalidam a análise realizada nem os resultados obtidos, que devem ser interpretados à luz das especificidades territoriais e organizacionais de cada ULS.

3.2. Análise aos cuidados de saúde prestados nas ULS

Nesta secção apresenta-se a análise do acesso das populações aos cuidados prestados pelas ULS em Portugal continental, distinguindo-se dois níveis: cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares.

No caso dos cuidados de saúde primários, calculou-se o rácio de médicos por população e o rácio de enfermeiros por população, para cada uma das 39 regiões das ULS, com base na informação mais recente de recursos humanos por instituição e na população residente nas freguesias das respetivas subdivisões territoriais. Estes rácios permitem identificar as regiões onde a população dispõe de maior ou menor oferta de equipa nuclear de cuidados de saúde primários, ajustada à dimensão populacional. Regiões com rácios mais baixos correspondem a maiores barreiras potenciais de acesso, por insuficiência relativa de profissionais, face às regiões com rácios mais elevados.¹⁶

Relativamente aos cuidados de saúde hospitalares, a avaliação do acesso potencial foi efetuada por aplicação do método EKD2SFCA, que estima valores de acesso potencial (rácio oferta/procura potencial) por concelho, considerando áreas de influência e tempos de viagem entre o concelho de residência e o concelho em que se localiza o hospital.

A organização em rede dos hospitais, a existência de níveis de diferenciação e a maior mobilidade dos utentes tornam menos adequado, para este nível de cuidados, o uso de rácios simples por território de ULS. Os hospitais servem

¹⁶ Nos concelhos com partilha entre ULS, procedeu-se à sua atribuição proporcional aos dados da população residente de 2024 com base na distribuição das populações nas freguesias dos Censos de 2021, de forma a evitar dupla contagem nas ULS que partilham concelhos e a garantir comparabilidade.



populações que, em muitos casos, ultrapassam os limites administrativos das próprias ULS, pelo que a análise do acesso tem de incorporar explicitamente os tempos de deslocação e a sobreposição de áreas de influência entre vários estabelecimentos.

O método EKD2SFCA permite justamente captar esta realidade: considera simultaneamente a capacidade de cada hospital (através do número de médicos), a população potencialmente servida em cada zona e o efeito da distância medido em minutos de viagem. Fornece, assim, uma medida de acesso potencial mais realista para cuidados hospitalares do que aquela que resultaria da mera reprodução dos rácios utilizados para os cuidados primários. Em síntese, a utilização de um método distinto para os cuidados hospitalares decorre da natureza diferente deste nível de cuidados, da maior mobilidade associada ao seu acesso e da necessidade de representar adequadamente a sobreposição de áreas de influência entre estabelecimentos.

Assim, do lado da oferta, utilizaram-se os números de médicos por unidade hospitalar. Do lado da procura potencial, a população residente por concelho. O modelo integra ainda dois ajustamentos: (i) um índice de necessidades que representa diferenças no perfil demográfico e de saúde das populações; e (ii) um índice de mobilidade potencial baseado em dados de movimentos pendulares e duração média das deslocações, refletindo a capacidade efetiva de deslocação das populações residentes nos concelhos, como aproximação da capacidade de deslocação até às unidades hospitalares.

Em ambos os níveis, o objetivo é identificar padrões territoriais de acesso: nos cuidados de saúde primários, através de rácios de médicos e enfermeiros por população, simples e comparáveis por região das ULS. Nos hospitais, através de valores de acesso potencial que combinam capacidade instalada, tempos de viagem e características sociodemográficas das populações.

As fontes primárias são o INE para população residente e indicadores censitários, e os registos no SRER, para recursos humanos por instituição. Os cálculos foram realizados com procedimentos estatísticos, garantindo que valores mais elevados dos rácios correspondem a melhor acesso e que valores



EKD2SFCA mais elevados correspondem a maior acesso potencial hospitalar, após os ajustamentos pelos índices de necessidades e de mobilidade.

As regiões com valores mais baixos correspondem às populações residentes que enfrentam maiores barreiras no acesso, em comparação com as regiões com valores mais elevados.

3.2.1. Necessidades de cuidados de saúde

O índice de necessidades de cuidados de saúde condensa, num valor atribuído a cada concelho, a intensidade relativa das necessidades da população residente, refletindo a propensão para utilização de cuidados de saúde primários e hospitalares associados ao envelhecimento, à carga de doença evitável e à baixa escolaridade e literacia em saúde.

Com base na informação mais recente do INE¹⁷ para os concelhos de Portugal continental, selecionaram-se os seguintes indicadores para a construção do índice, combinados por Análise de Componentes Principais (PCA):

- Proporção da população com 65 e mais anos, como *proxy* de envelhecimento populacional e maior prevalência de doença crónica (2024);
- Índice de longevidade, refletindo o peso dos mais idosos, grupo com elevada dependência funcional e utilização intensiva de cuidados (quociente entre a população com 75 ou mais anos e a população com 65 ou mais anos, 2024);
- Taxa de mortalidade precoce, indicador de carga de doença evitável e gravidade clínica (óbitos até aos 69 anos, média 2022-2024);

¹⁷ Disponível em www.ine.pt, com extrações de dados realizadas em 4 de novembro de 2025.



- Taxa de analfabetismo¹⁸, indicador estrutural de baixa escolaridade e literacia em saúde (Censos 2021).

Todos os indicadores foram padronizados (z-scores) e submetidos a método dos componentes principais, sem rotação (PCA).

A primeira componente principal (PC1), que explicou cerca de 67,8% da variância conjunta, foi utilizada como índice sintético de necessidades. O sinal do índice foi ajustado, garantindo que valores mais elevados correspondem a maiores necessidades (maior envelhecimento e longevidade, maior mortalidade precoce e maior analfabetismo).

Foram definidos três níveis de necessidades – baixo, médio e alto – com base na distância dos valores relativamente à média do índice padronizado. Valores situados dentro de 1 desvio-padrão da média (entre -1 e +1) foram classificados como nível médio. Valores superiores a +1 ou inferiores a -1 desvio-padrão foram considerados como indicativos de um nível alto ou baixo de necessidades respetivamente, representando situações estatisticamente mais afastadas do padrão geral.

Em termos gerais, observam-se maiores necessidades em territórios com elevado peso de população idosa e muito idosa, onde coexistem pior desempenho em mortalidade precoce e maiores fragilidades de literacia.

Estas áreas concentram, por conseguinte, maior pressão potencial sobre os cuidados de saúde primários (gestão de crónicos, vigilância e coordenação de cuidados) e sobre os cuidados de saúde hospitalares (internamento por condições crónicas e agudizações), justificando priorização de recursos e reforço da capacidade assistencial.

¹⁸ A taxa de analfabetismo é utilizada como *proxy* de baixa escolaridade e literacia em saúde, fatores associados a menor capacidade de compreender informação clínica, seguir planos terapêuticos e orientar o seu percurso assistencial para uma utilização adequada dos serviços de saúde, o que tende a aumentar as necessidades e a procura de cuidados.



A Tabela 3 apresenta a distribuição dos três níveis do índice – baixo, médio e alto – atribuídos aos concelhos pelas regiões das ULS de Portugal continental e respetivas populações residentes.

Tabela 3 – Número de concelhos e população nas regiões das ULS por nível de necessidades de cuidados de saúde

ULS	Nível de necessidades	Número de concelhos	População por nível	Perc. pop. total por ULS
ULS da Arrábida	Alto	0	0	0%
	Médio	2	198 801	78%
	Baixo	1	56 576	22%
ULS da Cova da Beira	Alto	0	0	0%
	Médio	3	80 156	100%
	Baixo	0	0	0%
ULS da Guarda	Alto	8	59 459	43%
	Médio	5	77 425	57%
	Baixo	0	0	0%
ULS da Lezíria	Alto	1	8 549	4%
	Médio	8	186 246	96%
	Baixo	0	0	0%
ULS da Região de Aveiro	Alto	0	0	0%
	Médio	7	177 042	53%
	Baixo	3	157 535	47%
ULS da Região de Leiria	Alto	0	0	0%
	Médio	6	239 473	61%
	Baixo	2	152 900	39%
ULS de Almada-Seixal	Alto	0	0	0%
	Médio	1	183 643	51%
	Baixo	1	176 883	49%
ULS de Amadora/Sintra	Alto	0	0	0%
	Médio	1	181 607	31%
	Baixo	1	400 947	69%
ULS de Barcelos/Esposende	Alto	0	0	0%
	Médio	0	0	0%
	Baixo	2	154 681	100%
ULS de Braga	Alto	0	0	0%
	Médio	4	90 055	29%
	Baixo	2	223 301	71%
ULS de Castelo Branco	Alto	5	28 953	30%
	Médio	2	68 325	70%
	Baixo	0	0	0%
ULS de Coimbra	Alto	2	8 004	2%
	Médio	18	353 271	93%
	Baixo	1	17 662	5%
ULS de Entre Douro e Vouga	Alto	0	0	0%
	Médio	2	42 065	13%
	Baixo	4	289 966	87%
ULS de Gaia/Espinho	Alto	0	0	0%
	Médio	1	32 736	9%
	Baixo	1	312 984	91%
ULS de Lisboa Ocidental	Alto	0	0	0%



ULS	Nível de necessidades	Número de concelhos	População por nível	Perc. pop. total por ULS
	Médio	2	248 375	53%
	Baixo	1	222 339	47%
ULS de Loures-Odivelas	Alto	0	0	0%
	Médio	1	81 246	34%
	Baixo	1	156 278	66%
ULS de Matosinhos	Alto	0	0	0%
	Médio	0	0	0%
	Baixo	1	181 046	100%
ULS de Santa Maria	Alto	0	0	0%
	Médio	1	241 354	73%
	Baixo	1	91 248	27%
ULS de Santo António	Alto	0	0	0%
	Médio	1	145 282	46%
	Baixo	1	169 388	54%
ULS de São João	Alto	0	0	0%
	Médio	1	107 405	30%
	Baixo	2	246 128	70%
ULS de São José	Alto	0	0	0%
	Médio	2	392 507	100%
	Baixo	0	0	0%
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	Alto	4	31 272	13%
	Médio	17	214 593	87%
	Baixo	0	0	0%
ULS de Viseu Dão-Lafões	Alto	1	5 326	2%
	Médio	13	254 264	98%
	Baixo	0	0	0%
ULS do Alentejo Central	Alto	2	9 134	6%
	Médio	12	144 296	94%
	Baixo	0	0	0%
ULS do Algarve	Alto	2	7 738	2%
	Médio	12	410 667	83%
	Baixo	2	74 342	15%
ULS do Alto Alentejo	Alto	9	32 333	31%
	Médio	6	71 233	69%
	Baixo	0	0	0%
ULS do Alto Ave	Alto	0	0	0%
	Médio	4	87 989	33%
	Baixo	2	181 201	67%
ULS do Alto Minho	Alto	1	7 557	3%
	Médio	9	227 088	97%
	Baixo	0	0	0%
ULS do Arco Ribeirinho	Alto	0	0	0%
	Médio	2	151 530	65%
	Baixo	2	81 074	35%
ULS do Baixo Alentejo	Alto	3	17 503	15%
	Médio	10	98 177	85%
	Baixo	0	0	0%
ULS do Baixo Mondego	Alto	0	0	0%
	Médio	3	103 830	100%
	Baixo	0	0	0%
ULS do Estuário do Tejo	Alto	0	0	0%
	Médio	1	23 448	9%



ULS	Nível de necessidades	Número de concelhos	População por nível	Perc. pop. total por ULS
ULS do Litoral Alentejano	Baixo	4	239 068	91%
	Alto	0	0	0%
	Médio	5	102 218	100%
ULS do Médio Ave	Baixo	0	0	0%
	Alto	0	0	0%
	Médio	1	67 713	28%
ULS do Médio Tejo	Baixo	2	176 998	72%
	Alto	2	9 854	6%
	Médio	9	165 080	94%
ULS do Nordeste	Baixo	0	0	0%
	Alto	7	40 982	33%
	Médio	5	81 378	67%
ULS do Oeste	Baixo	0	0	0%
	Alto	0	0	0%
	Médio	7	244 205	95%
ULS do Tâmega e Sousa	Baixo	1	12 214	5%
	Alto	0	0	0%
	Médio	4	96 178	20%
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde	Baixo	7	381 823	80%
	Alto	0	0	0%
	Médio	0	0	0%
Portugal continental	Baixo	2	154 330	100%
	Alto	47	266 664	3%
	Médio	188	5 670 901	55%
	Baixo	47	4 310 912	42%

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do INE e recurso ao software SPSS.

A Figura 1 apresenta a distribuição dos níveis alto, médio e baixo pelos concelhos no mapa de Portugal continental.

O maior peso populacional no nível alto de necessidades concentra-se no interior de Portugal continental: ULS da Guarda (43%), ULS do Nordeste (33%), ULS do Alto Alentejo (31%) e ULS de Castelo Branco (30%).

Por sua vez, a população está total ou quase totalmente em nível baixo nas ULS de Barcelos/Esposende (100%), Matosinhos (100%), Póvoa de Varzim/Vila do Conde (100%), Estuário do Tejo (91%) e Gaia/Espinho (91%). Também com predominância de nível baixo destacam-se as ULS de Entre Douro e Vouga (87%) e Tâmega e Sousa (80%).

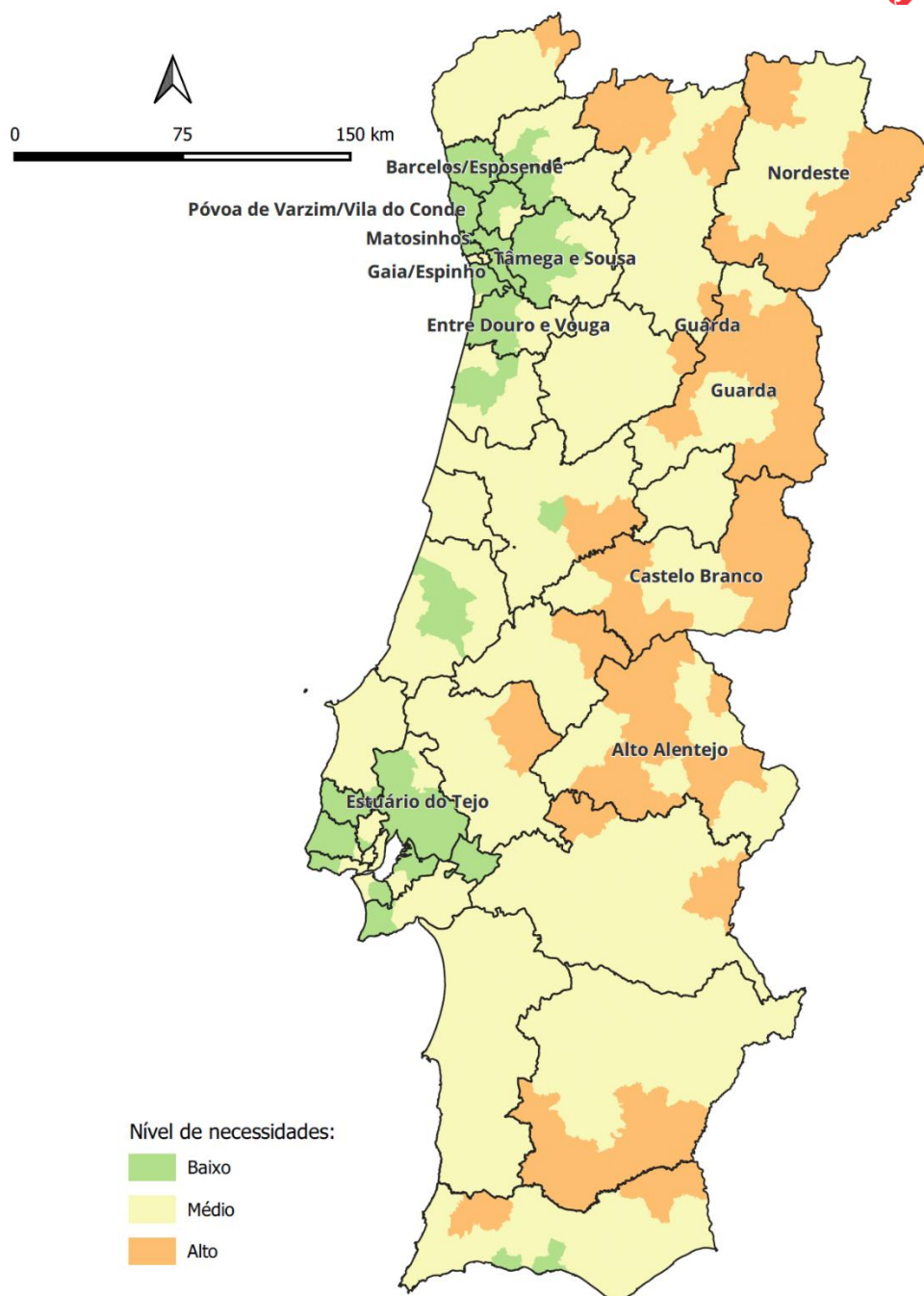


Figura 1 - Nível de necessidades por concelho e ULS

Fontes e ferramentas: Elaboração própria com base em dados do INE, processamento estatístico em SPSS e cartografia em QGIS.

3.2.2. Acesso aos cuidados de saúde primários

Pelos rácios de médicos por mil habitantes nas unidades de cuidados primários, observa-se um grupo pequeno de ULS claramente destacado pela maior



intensidade de oferta. No topo, estão a ULS de Santo António (cerca de 1,54 médicos por mil habitantes), a ULS de Coimbra (cerca de 1,15) e a ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro (cerca de 1,07), seguidas da ULS do Alentejo Central (cerca de 1,01), formando as quatro ULS o conjunto com mais de um médico por mil habitantes. Estas ULS situam-se significativamente acima do total de Portugal continental (cerca de 0,73).

No extremo oposto, identifica-se um conjunto de ULS com níveis particularmente baixos de médicos por mil habitantes. As situações mais críticas são identificadas nas ULS com menos de 0,5 médicos por mil habitantes, ou seja, nas ULS do Médio Tejo (cerca de 0,49), do Estuário do Tejo (cerca de 0,48), da Região de Leiria (cerca de 0,45) e de Loures-Odivelas (cerca de 0,40). Estas ULS, em especial as que abrangem populações acima dos 200 mil habitantes – caso das ULS do Estuário do Tejo, da Região de Leiria (quase 400 mil habitantes) e de Loures-Odivelas –, combinam baixa dotação relativa de médicos com volumes populacionais relevantes, configurando zonas onde, à partida, se podem esperar maiores dificuldades de acesso a consultas de cuidados de saúde primários face ao padrão geral.

Na Figura 2 são apresentados os níveis alto, médio e baixo do acesso potencial às unidades de cuidados primários medidos pelo rácio de médicos por mil habitantes.

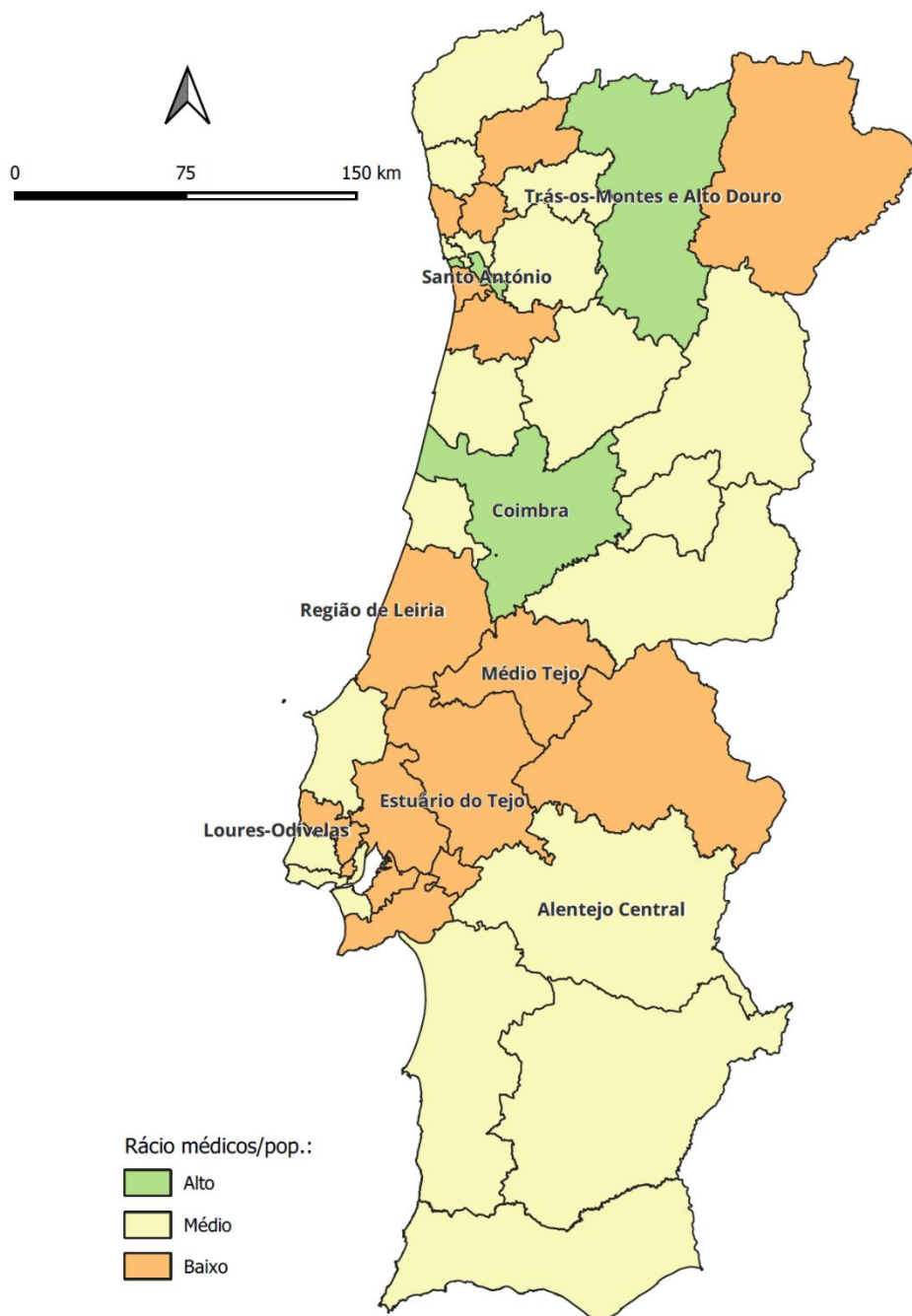


Figura 2 – Acesso às unidades de cuidados primários avaliado pelo rácio de médicos por mil habitantes

Fontes e ferramentas: Elaboração própria, com base nos dados do SRER da ERS, de 27 de outubro de 2025, e do INE, de 4 de novembro de 2025, processamento estatístico em R e cartografia em QGIS.

Teve-se em conta a seguinte categorização definida por meio de análise de *clusters* (kmeans): nível alto, superior a 1,05 médicos por mil habitantes; nível



médio, entre 0,67 e 1,05 médicos por mil habitantes; nível baixo, inferior a 0,67 médicos por mil habitantes.¹⁹

Refira-se que a realidade descrita encontra alguma correspondência no volume de reclamações dos utentes relativas a inscrição em médico de família, rececionadas pela ERS entre março de 2022 e outubro de 2025. Verifica-se que os maiores constrangimentos na garantia de acesso a cuidados de saúde no que se refere à inscrição em médico de família tem mais preponderância na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, seguido da região Norte (conforme Tabela 4).

Tabela 4 – Número de reclamações sobre o assunto “Inscrição em Médico de Família”, por região de saúde e por ano de ocorrência dos factos

Inscrição em médico de família	2022*	2023	2024	2025**	Total
Lisboa e Vale do Tejo	1 747	1 799	1 496	1 149	6 191
Norte	319	395	380	370	1 464
Centro	316	382	237	194	1 129
Algarve	87	111	77	75	350
Alentejo	28	58	47	39	172

*A partir de 1 de março.**até 31 de outubro.

Fonte: SGREC

Para os rácios de enfermeiros por mil habitantes observa-se, novamente, um núcleo restrito de ULS claramente acima do valor de Portugal continental (aproximadamente de 0,64 enfermeiros por mil habitantes). Em particular, destacam-se a ULS do Baixo Alentejo (cerca de 1,84), a ULS da Guarda (cerca de 1,50) e a ULS do Litoral Alentejano (cerca de 1,42). Estas ULS combinam rácios de enfermagem substancialmente superiores à média.

No extremo oposto, identificam-se várias ULS com rácios de enfermeiros por mil habitantes claramente abaixo do padrão. As situações mais desfavoráveis concentram-se nas ULS com rácios iguais ou inferiores a 0,50 enfermeiros por mil habitantes: Oeste (0,50), São José, Médio Ave e Amadora/Sintra (todas com

¹⁹ Para a população residente foram considerados os dados do INE de 2024, com a atribuição dos residentes pelas freguesias dos concelhos de Lisboa, Loures e Porto, que partilham regiões entre ULS, com base nas proporções dos Censos de 2021.



cerca de 0,49), e Santa Maria e Arrábida (ambas com cerca de 0,42). Algumas destas regiões combinam baixos rácios de enfermeiros com populações elevadas – concretamente as regiões das ULS de São José (população superior a 390 mil habitantes), Amadora/Sintra (superior a 580 mil) e Santa Maria (superior a 330 mil) –, o que aponta para potenciais constrangimentos na capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários, em particular na prestação de cuidados de enfermagem de proximidade, quando comparadas com o resto do país.

Na Figura 3 são apresentados os níveis alto, médio e baixo do acesso potencial às unidades de cuidados primários medidos pelo rácio de enfermeiros por mil habitantes, tendo em conta a seguinte categorização definida por meio de análise de *clusters* (kmeans): nível alto, superior a 1,00 enfermeiro por mil habitantes; nível médio, entre 0,70 e 1,00 enfermeiros por mil habitantes; nível baixo, inferior a 0,70 enfermeiros por mil habitantes.

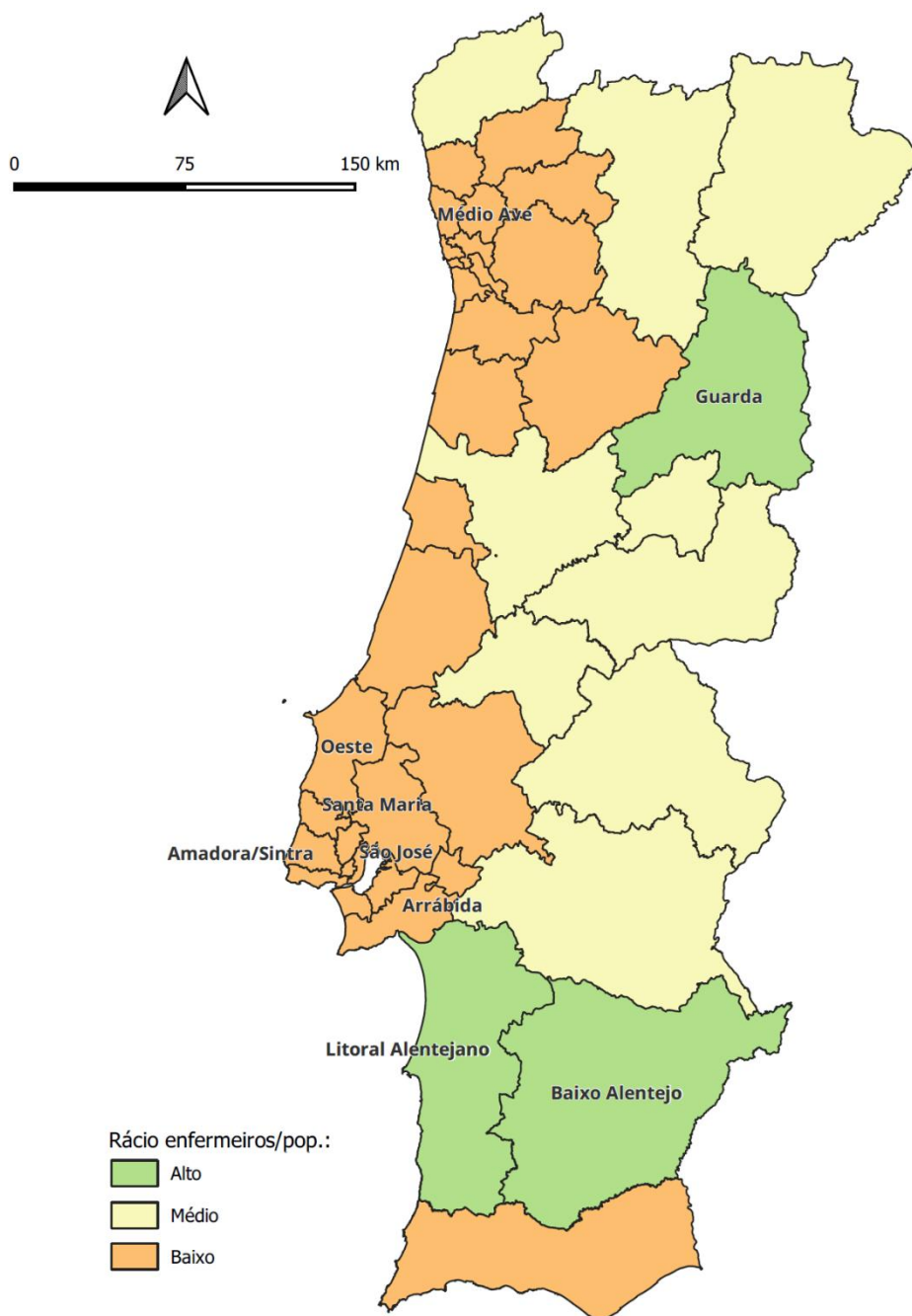


Figura 3 – Acesso às unidades de cuidados primários avaliado pelo rácio de enfermeiros por mil habitantes

Fontes e ferramentas: Elaboração própria, com base nos dados do SRER da ERS, de 27 de outubro de 2025, e do INE, de 4 de novembro de 2025, processamento estatístico em R e cartografia em QGIS.

Em síntese, os mapas dos rácios de médicos e de enfermeiros por mil habitantes revelam padrões territoriais pouco convergentes. Em nenhuma região há coincidência de nível alto de rácios de médicos/população e



enfermeiros/população. Não obstante, há combinações favoráveis de níveis alto e médio nas ULS de Coimbra, Trás-os-Montes e Alto Douro – com rácios de médicos/população de nível alto e de enfermeiros/população de nível médio – e nas ULS do Baixo Alentejo, da Guarda e do Litoral Alentejano – com rácios de enfermeiros/população de nível alto e de médicos/população de nível médio.

Por sua vez, 12 ULS apresentam nível baixo nos dois rácios, com destaque para seis delas, em que são identificados níveis significativamente baixos em pelo menos um dos rácios: Arrábida, Estuário do Tejo, Loures-Odivelas, Médio Ave, Região de Leiria e Santa Maria.

A Tabela 5 apresenta os rácios calculados para as 39 ULS.

Tabela 5 – Análise do acesso aos cuidados de saúde primários das ULS

ULS	Médicos por 1.000 hab.	Enfermeiros por 1.000 hab.
ULS da Arrábida	0,57	0,42
ULS da Cova da Beira	0,77	0,87
ULS da Guarda	0,83	1,50
ULS da Lezíria	0,63	0,65
ULS da Região de Aveiro	0,80	0,62
ULS da Região de Leiria	0,45	0,59
ULS de Almada-Seixal	0,74	0,59
ULS de Amadora/Sintra	0,78	0,49
ULS de Barcelos/Esposende	0,82	0,61
ULS de Braga	0,63	0,64
ULS de Castelo Branco	0,90	0,98
ULS de Coimbra	1,15	0,86
ULS de Entre Douro e Vouga	0,62	0,58
ULS de Gaia/Espinho	0,60	0,53
ULS de Lisboa Ocidental	0,80	0,53
ULS de Loures-Odivelas	0,40	0,54
ULS de Matosinhos	0,90	0,50
ULS de Santa Maria	0,61	0,42
ULS de Santo António	1,54	0,70
ULS de São João	0,78	0,58
ULS de São José	0,73	0,49
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	1,07	0,87
ULS de Viseu Dão-Lafões	0,85	0,65
ULS do Alentejo Central	1,01	0,86
ULS do Algarve	0,76	0,67
ULS do Alto Alentejo	0,57	0,91
ULS do Alto Ave	0,80	0,63
ULS do Alto Minho	0,92	0,72
ULS do Arco Ribeirinho	0,64	0,50
ULS do Baixo Alentejo	0,95	1,84
ULS do Baixo Mondego	0,83	0,68
ULS do Estuário do Tejo	0,48	0,51
ULS do Litoral Alentejano	0,78	1,42



ULS	Médicos por 1.000 hab.	Enfermeiros por 1.000 hab.
ULS do Médio Ave	0,51	0,49
ULS do Médio Tejo	0,49	0,79
ULS do Nordeste	0,52	0,84
ULS do Oeste	0,69	0,50
ULS do Tâmega e Sousa	0,75	0,67
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde	0,58	0,58
Portugal continental	0,73	0,64

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SRER da ERS, de 27 de outubro de 2025, e do INE, de 4 de novembro de 2025, e recurso ao software SPSS.

A leitura conjunta dos níveis de necessidades (secção 3.2.1) e dos rácios de médicos e enfermeiros por mil habitantes nas unidades de cuidados primários evidencia padrões territoriais distintos entre as 39 ULS.

Observam-se regiões onde os rácios de médicos e de enfermeiros se situam em níveis baixos e onde, simultaneamente, as necessidades estimadas da população são relativamente reduzidas – como sucede nas ULS de Entre Douro e Vouga, Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Gaia/Espinho e do Estuário do Tejo. Não existem regiões que combinem necessidades baixas com rácios elevados de médicos ou de enfermeiros por população.

Em contraste, identificam-se regiões com necessidades de cuidados de saúde relativamente elevadas, mas com rácios baixos de médicos, concretamente as ULS do Alto Alentejo e do Nordeste. Entre as regiões com necessidades elevadas, apenas a ULS da Guarda apresenta uma dotação particularmente elevada de enfermeiros, embora o respetivo rácio de médicos se situe no nível médio.

3.2.3. Acesso aos cuidados de saúde hospitalares

Conforme descrito na introdução deste capítulo, a avaliação do acesso potencial aos cuidados de saúde hospitalares aplicou o método EKD2SFCA, considerando a localização das unidades hospitalares, o número de médicos afetos e as populações residentes.



A aplicação do método EKD2SFCA exige a definição de áreas de influência com base nos tempos de viagem entre cada concelho de residência e os concelhos onde se localizam os hospitais das ULS. O modelo incorpora ainda dois ajustamentos, permitindo uma leitura mais completa do acesso potencial aos cuidados de saúde hospitalares prestados pelas ULS: (i) o índice de necessidades populacionais (secção 3.2.1) e (ii) um índice de mobilidade potencial das populações residentes nos concelhos.

O índice representativo da mobilidade das populações foi construído com base em dados dos movimentos pendulares do INE, relativos às populações residentes nos concelhos que se deslocam para trabalho ou estudo. Foram selecionados os seguintes dados dos Censos de 2021 para os diferentes concelhos de Portugal continental:²⁰

- Percentagem da população residente que sai do concelho para trabalhar ou estudar noutro concelho, em movimentos pendulares;
- Duração média dos movimentos pendulares, em minutos (tempos de viagem);
- Percentagem da população cujos movimentos pendulares têm duração superior a 60 minutos, no total da população residente.

Para a definição das fronteiras das áreas de influência dos hospitais, foi fixada uma referência de tempo máximo de deslocação, concretamente 90 minutos de viagem. Este critério já foi adotado pela ERS²¹ e pela Autoridade da Concorrência, por exemplo, na operação de concentração Ccent. 56/2023 – CUF/Grupo CMAS, em que a AdC baseou a conclusão sobre o âmbito geográfico do mercado nas considerações do lado da procura, nomeadamente o tempo máximo de deslocação que o utente está disposto a percorrer: até 90 minutos em automóvel para cirurgias²².

²⁰ Disponível em www.ine.pt, consultado em 26 de novembro de 2025.

²¹ Disponível em <https://www.ers.pt>.

²² Vide www.concorrencia.pt/, página consultada em 26 de novembro de 2025.



Sem prejuízo da escolha do tempo máximo de 90 minutos, a metodologia adotada no presente estudo para a avaliação do acesso potencial incorpora, nas suas fórmulas de cálculo, a preferência dos utentes por estabelecimentos mais próximos. O método EKD2SFCA pondera automaticamente a distância, reduzindo o peso dos hospitais mais distantes, pelo que o limiar de 90 minutos funciona como um teto máximo teórico, sem eliminar a sensibilidade territorial do modelo.

A estimativa dos tempos de viagem foi obtida calculando várias combinações de distâncias entre os centroides (pontos centrais) dos concelhos de origem e de destino, considerando a acessibilidade geográfica dos utentes e as infraestruturas rodoviárias que condicionam os tempos de deslocação.²³

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos valores representativos do acesso potencial aos cuidados de saúde hospitalares pelos concelhos e populações das ULS.

Tabela 6 – Análise do acesso aos cuidados de saúde hospitalares das ULS

ULS	Nível de acesso	Número de concelhos	População por nível	Perc. pop. total por ULS
ULS da Arrábida	Alto	0	0	0,0%
	Médio	3	255 377	100,0%
	Baixo	0	0	0,0%
ULS da Cova da Beira	Alto	0	0	0,0%
	Médio	3	80 156	100,0%
	Baixo	0	0	0,0%
ULS da Guarda	Alto	0	0	0,0%
	Médio	3	68 091	49,7%
	Baixo	10	68 793	50,3%
ULS da Lezíria	Alto	0	0	0,0%
	Médio	5	123 183	63,2%
	Baixo	4	71 612	36,8%
ULS da Região de Aveiro	Alto	2	73 898	22,1%
	Médio	8	260 679	77,9%
	Baixo	0	0	0,0%
ULS da Região de Leiria	Alto	0	0	0,0%
	Médio	5	276 771	70,5%
	Baixo	3	115 602	29,5%
ULS de Almada-Seixal	Alto	0	0	0,0%
	Médio	2	360 526	100,0%

²³ Para tal recorreu-se ao software estatístico R, ao Open Source Routing Machine (OSRM) e ao OpenStreetMap.



ULS	Nível de acesso	Número de concelhos	População por nível	Perc. pop. total por ULS
ULS de Amadora/Sintra	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	2	582 554	100,0%
ULS de Barcelos/Esposende	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	2	154 681	100,0%
ULS de Braga	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	4	294 933	94,1%
ULS de Castelo Branco	Baixo	2	18 423	5,9%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	3	64 021	65,8%
ULS de Coimbra	Baixo	4	33 257	34,2%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	17	339 876	89,7%
ULS de Entre Douro e Vouga	Baixo	4	39 061	10,3%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	4	289 966	87,3%
ULS de Gaia/Espinho	Baixo	2	42 065	12,7%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	2	345 720	100,0%
ULS de Lisboa Ocidental	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	3	470 714	100,0%
ULS de Loures-Odivelas	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	2	237 524	100,0%
ULS de Matosinhos	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	1	181 046	100,0%
ULS de Santa Maria	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	2	332 602	100,0%
ULS de Santo António	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	2	314 670	100,0%
ULS de São João	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	3	353 533	100,0%
ULS de São José	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	2	392 507	100,0%
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	10	166 065	67,5%
ULS de Viseu Dão-Lafões	Baixo	11	79 800	32,5%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	9	215 453	83,0%
ULS do Alentejo Central	Baixo	5	44 137	17,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	7	106 788	69,6%



ULS	Nível de acesso	Número de concelhos	População por nível	Perc. pop. total por ULS
ULS do Algarve	Baixo	7	46 642	30,4%
	Alto	1	48 807	9,9%
	Médio	0	0	0,0%
ULS do Alto Alentejo	Baixo	15	443 940	90,1%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	9	49 105	47,4%
ULS do Alto Ave	Baixo	6	54 461	52,6%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	3	229 621	85,3%
ULS do Alto Minho	Baixo	3	39 569	14,7%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	3	144 645	61,6%
ULS do Arco Ribeirinho	Baixo	7	90 000	38,4%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	4	232 604	100,0%
ULS do Baixo Alentejo	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	8	74 543	64,4%
ULS do Baixo Mondego	Baixo	5	41 137	35,6%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	3	103 830	100,0%
ULS do Estuário do Tejo	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	5	262 516	100,0%
ULS do Litoral Alentejano	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	1	11 036	10,8%
	Médio	3	57 316	56,1%
ULS do Médio Ave	Baixo	1	33 866	33,1%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	3	244 711	100,0%
ULS do Médio Tejo	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	11	174 934	100,0%
ULS do Nordeste	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	1	4 178	3,4%
	Médio	0	0	0,0%
ULS do Oeste	Baixo	11	118 182	96,6%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	7	228 627	89,2%
ULS do Tâmega e Sousa	Baixo	1	27 792	10,8%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	8	428 225	89,6%
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde	Baixo	3	49 776	10,4%
	Alto	0	0	0,0%
	Médio	2	154 330	100,0%
Portugal continental	Baixo	0	0	0,0%
	Alto	5	137 919	1,3%
	Médio	173	8 652 443	84,4%
	Baixo	104	1 458 115	14,2%



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SRER da ERS, de 27 de outubro de 2025, e do INE, de 4 de novembro de 2025, e recurso aos softwares R e SPSS.

A Figura 4 apresenta a distribuição geográfica dos níveis de acesso potencial aos cuidados de saúde hospitalares em Portugal continental, calculados através do método EKD2SFCA. O mapa apresenta uma forte diferenciação territorial, com níveis de acesso mais elevados nas regiões com maior concentração de unidades hospitalares e maior densidade populacional, particularmente no Norte e no Centro (ULS do Nordeste e da Região de Aveiro), mas também mais a sul (Litoral Alentejano e Algarve), enquanto várias áreas do interior apresentam níveis de acesso mais baixos, refletindo distâncias superiores, menor capacidade instalada e/ou menor mobilidade populacional.

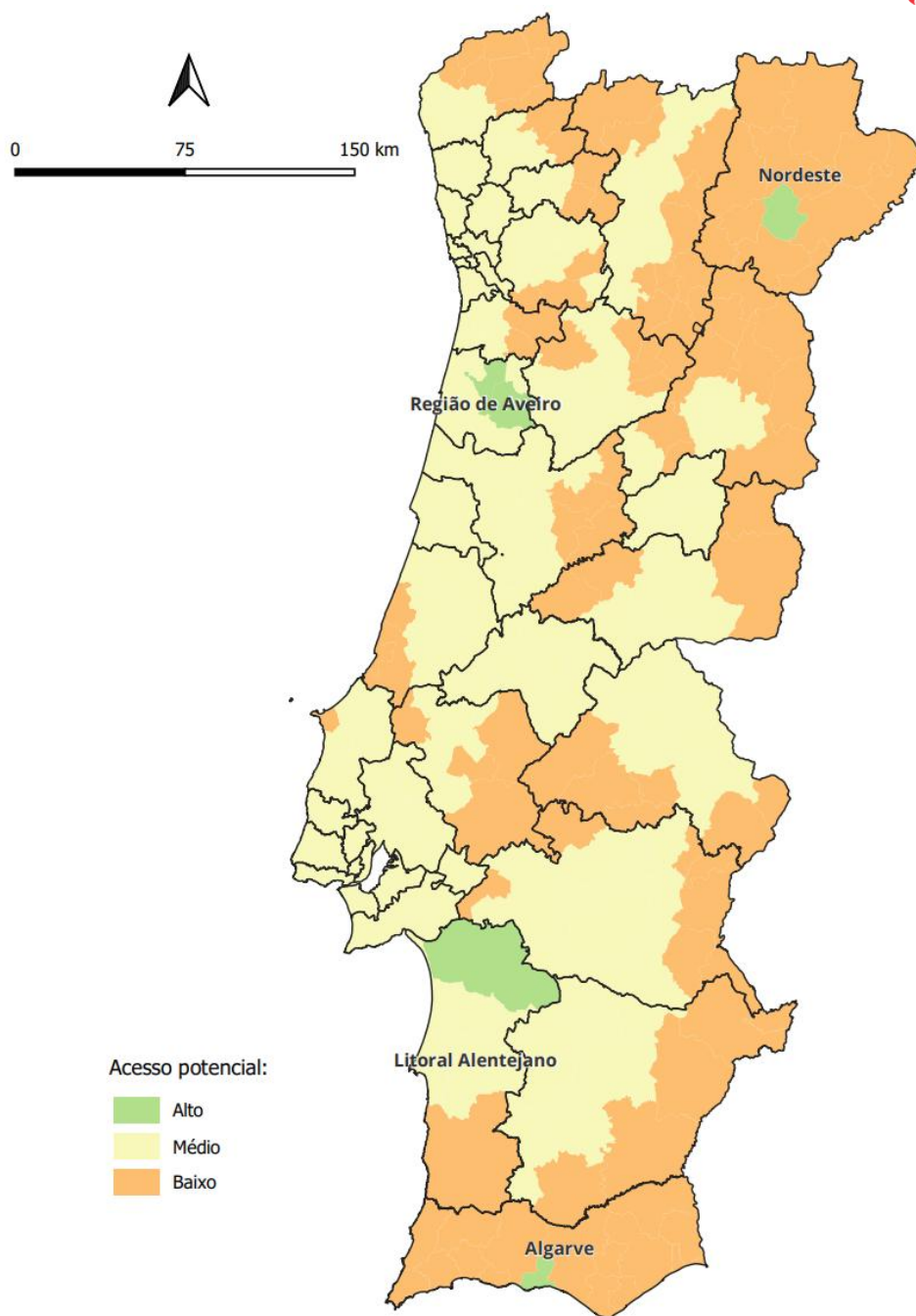


Figura 4 – Acesso aos cuidados de saúde hospitalares

Fontes e ferramentas: Elaboração própria, com base nos dados do SRER da ERS, de 27 de outubro de 2025, e do INE, de 4 de novembro de 2025, processamento estatístico em SPSS, R e cartografia em QGIS.

A Tabela 5 detalha estes resultados ao nível de cada ULS. As ULS da Região de Aveiro, do Algarve, do Litoral Alentejano e do Nordeste são as únicas regiões que apresentam resultados de alto acesso potencial, correspondendo a apenas



1,3% da população residente em Portugal continental. Não obstante, apesar de as ULS do Algarve e do Nordeste apresentarem concelhos com nível de acesso alto, mais de 50% das populações destas regiões têm um nível de acesso baixo (90,1% no Algarve e 96,6% no Nordeste).

Relativamente à ULS da Guarda, mais de 50% da população dispõe de acesso baixo (50,3%). Destacam-se ainda as ULS com mais de um terço da população com acesso baixo, da Lezíria (36,8%), de Castelo Branco (34,2%), do Alto Minho (38,4%) e do Baixo Alentejo (35,6%). A população com nível de acesso baixo representa 14,2% de toda a população residente em Portugal continental.

3.3. Análise da dimensão temporal do acesso

As informações de monitorização periódicas realizadas pela ERS revelam que os tempos de espera para consultas e cirurgias programadas, bem como a percentagem de utentes com espera superior aos TMRG, continuam a constituir um indicador crítico da equidade de acesso.

Nesta secção procede-se à análise a este indicador, representativo da dimensão temporal do acesso, com base nos dados da Informação de Monitorização “Tempos de Espera no Serviço Nacional de Saúde 1.º Semestre de 2025”²⁴, publicada em outubro de 2025.

A Tabela 7 evidencia uma forte heterogeneidade territorial nos tempos de espera, tanto para cirurgias como para primeiras consultas. Nas cirurgias programadas realizadas em unidades públicas, a percentagem de doentes com espera superior ao TMRG varia entre valores residuais, próximos de 2% (ULS do Litoral Alentejano, Baixo Mondego, Póvoa de Varzim/Vila do Conde ou Castelo Branco), e valores superiores a 30%, como nas ULS de Almada-Seixal (42,5%), Barcelos/Esposende (36,1%), Alentejo Central (33,2%) ou Arrábida (31,7%).

Nos tempos de espera para consultas, a dispersão é igualmente marcada: enquanto a ULS do Litoral Alentejano (18,3%) e a ULS Póvoa de Varzim/Vila do

²⁴ Disponível em https://www.ers.pt/media/qunkzshi/im-te-02_10_vf.pdf.



Conde (21,7%) apresentam percentagens relativamente baixas de consultas realizadas para além do TMRG, várias ULS ultrapassam os 60% de incumprimento, nomeadamente Tâmega e Sousa (70,5%), Alto Ave (68,1%), Barcelos/Esposende (66,2%), Matosinhos (66,0%) e as regiões de Leiria e Coimbra (65,9%).

Tabela 7 – Cirurgias e consultas realizadas em tempo superior ao TMRG

ULS	Cirurgias realizadas (% > TMRG Público)	Consultas realizadas (% > TMRG Público)
ULS da Arrábida	31,7%	44,7%
ULS da Cova da Beira	5,4%	36,7%
ULS da Guarda	14,9%	55,2%
ULS da Lezíria	11,5%	56,8%
ULS da Região de Aveiro	18,3%	59,7%
ULS da Região de Leiria	5,0%	65,9%
ULS de Almada-Seixal	42,5%	48,4%
ULS de Amadora/Sintra	7,1%	56,1%
ULS de Barcelos/Esposende	36,1%	66,2%
ULS de Braga	12,5%	58,9%
ULS de Castelo Branco	1,7%	28,1%
ULS de Coimbra	20,6%	65,9%
ULS de Entre Douro e Vouga	9,1%	34,0%
ULS de Gaia/Espinho	11,1%	47,0%
ULS de Lisboa Ocidental	14,0%	49,9%
ULS de Loures-Odivelas	6,2%	56,5%
ULS de Matosinhos	16,6%	66,0%
ULS de Santa Maria	6,2%	41,9%
ULS de Santo António	3,5%	44,9%
ULS de São João	11,9%	46,4%
ULS de São José	21,7%	53,6%
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	7,4%	60,5%
ULS de Viseu Dão-Lafões	5,2%	46,6%
ULS do Alentejo Central	33,2%	43,7%
ULS do Algarve	20,5%	54,4%
ULS do Alto Alentejo	13,2%	36,6%
ULS do Alto Ave	28,4%	68,1%
ULS do Alto Minho	5,8%	55,7%
ULS do Arco Ribeirinho	9,0%	38,5%
ULS do Baixo Alentejo	12,2%	56,5%
ULS do Baixo Mondego	2,1%	44,2%
ULS do Estuário do Tejo	12,6%	53,8%
ULS do Litoral Alentejano	1,9%	18,3%
ULS do Médio Ave	11,6%	44,0%
ULS do Médio Tejo	2,8%	55,7%
ULS do Nordeste	26,2%	43,5%



ULS	Cirurgias realizadas (% > TMRG Público)	Consultas realizadas (% > TMRG Público)
ULS do Oeste	7,1%	53,0%
ULS do Tâmega e Sousa	2,7%	70,5%
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde	2,5%	21,7%

Fonte: Informação de Monitorização “Tempos de Espera no Serviço Nacional de Saúde 1.º Semestre de 2025” (ERS, outubro de 2025).

A comparação com os resultados do método EKD2SFCA para acesso hospitalar mostra que estas diferenças temporais não coincidem necessariamente com as áreas de menor acesso geográfico potencial. Algumas ULS do litoral, com níveis médios de acesso hospitalar para a totalidade da população residente – como as ULS de Almada-Seixal, Arrábida, São José ou Barcelos/Esposende – apresentam, ainda assim, das mais elevadas percentagens de cirurgias realizadas para além do TMRG.

Em sentido inverso, certas regiões do interior, previamente identificadas com maior proporção de população em nível de acesso hospitalar baixo – como a ULS da Guarda ou a ULS do Alto Alentejo – revelam percentagens moderadas de cirurgias fora do TMRG, comparativamente a outras ULS. Nestes casos, os problemas de equidade tendem a expressar-se sobretudo na dimensão geográfica (distância e mobilidade) e menos na dimensão temporal, ainda que os valores de consultas acima do TMRG continuem relevantes em várias destas regiões.

A análise dos tempos de espera para consultas, confrontada com os rácios de médicos nos cuidados de saúde primários, revela que as ULS com rácios particularmente baixos de médicos por mil habitantes – como as ULS da Região de Leiria, Loures-Odivelas, Médio Tejo ou Estuário do Tejo – registam percentagens elevadas de consultas realizadas para além do TMRG, o que é consistente com a pressão assistencial decorrente de recursos relativamente escassos. Com efeito, as ULS com menos de 0,5 médicos nas unidades de cuidados primários por mil habitantes, ou seja, do Médio Tejo (cerca de 0,49), do Estuário do Tejo (cerca de 0,48), da Região de Leiria (cerca de 0,45) e de Loures-Odivelas (cerca de 0,40), apresentam todas um registo de mais de 50% de consultas acima dos TMRG.



Porém, identificam-se também ULS com rácios de profissionais acima da média de Portugal continental, como Coimbra, Trás-os-Montes e Alto Douro ou Santo António, que apresentam ainda assim valores elevados de consultas fora do TMRG, pelo que a disponibilidade de recursos humanos, só por si, não configura uma garantia de acesso em tempo útil.

Em síntese, a dimensão temporal do acesso, medida pelos tempos de espera para consultas e cirurgias, não se explica apenas pela dotação de recursos ou pela proximidade geográfica aos hospitais e às unidades de cuidados primários. Os resultados sugerem uma combinação de determinantes: distribuição territorial da oferta, necessidades demográficas e epidemiológicas das populações e modelos concretos de organização dos cuidados em cada ULS. Esta combinação produz perfis diferenciados, em que algumas regiões acumulam, simultaneamente, menores níveis de acesso potencial e maiores tempos de espera, enquanto outras conseguem mitigar as desvantagens geográficas através de um desempenho mais favorável na gestão dos tempos de resposta.

O conjunto das análises realizadas no presente capítulo evidencia que o acesso aos cuidados de saúde em Portugal continental é marcado por assimetrias territoriais relevantes, que se expressam tanto na disponibilidade de recursos e na proximidade geográfica às unidades como nos tempos efetivos de resposta. A avaliação dos cuidados de saúde primários revela que apenas um número limitado de ULS dispõe de rácios de médicos ou enfermeiros claramente acima da média nacional, enquanto várias regiões apresentam níveis baixos em ambos os indicadores, potenciando dificuldades de acesso, sobretudo em contextos de maior densidade populacional ou de necessidades acrescidas. A aplicação do método EKD2SFCA aos cuidados hospitalares confirma estas desigualdades, identificando áreas, em particular no interior, onde a distância, a menor capacidade instalada e a menor mobilidade se traduzem em níveis baixos de acesso potencial.



4. Eficiência e desempenho económico-financeiro

Neste capítulo procede-se a uma análise integrada da eficiência e do desempenho económico-financeiro das ULS.

Num primeiro momento, caracterizam-se os fatores produtivos e a utilização dos serviços, através de indicadores como os rácios de enfermeiros por médico, o número de camas por mil habitantes, as consultas médicas hospitalares e nos cuidados de saúde primários, bem como os internamentos, urgências e cirurgias por mil habitantes.

Num segundo momento, avalia-se o desempenho económico-financeiro, com destaque para os gastos operacionais e para o prazo médio de pagamento a fornecedores. Por fim, aplica-se a metodologia de *Data Envelopment Analysis* (DEA) para estimar a eficiência produtiva das ULS, permitindo articular a utilização de recursos, a produção de cuidados e os resultados económico-financeiros numa perspetiva comparativa.

4.1. Utilização

Rácios de profissionais de saúde nas ULS

No contexto dos países da União Europeia a 22 (UE-22), verificou-se que, em 2023 (ou no ano mais próximo disponível), o rácio médio de enfermeiros por médico era de 1,97²⁵. Em Portugal continental, este rácio alcançou 2,38²⁶ ao nível das ULS em 2024, situando-se acima da média europeia. A literatura sugere que a redistribuição de funções entre profissionais de saúde, quando

²⁵ OECD Health Statistics 2025, consultada em 14 de novembro de 2025, em <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>.

²⁶ O rácio de enfermeiros por médicos (excluindo médicos internos) foi calculado para cada ULS com base nos dados disponibilizados no Portal da Transparência do SNS, referentes ao ano de 2024. A informação foi consultada a 5 de novembro de 2025 e corresponde ao número de trabalhadores com contrato de trabalho ativo no mês em análise, por entidade e grupo profissional, conforme indicado na página [Trabalhadores por Grupo Profissional — Transparência](#).



devidamente enquadrada do ponto de vista regulatório e organizacional, pode assegurar níveis de desempenho assistencial consistentes com os padrões de qualidade e segurança exigidos^{27,28,29,30}.

Neste contexto, a análise do rácio entre enfermeiros e médicos assume particular relevância para a avaliação da eficiência – ou ineficiência – associada ao *skill mix* adotado por cada unidade. Rácios muito elevados tendem a sinalizar uma escassez relativa de médicos. Por outro lado, rácios muito baixos podem refletir uma concentração médica relativamente excessiva, frequentemente associada a contextos hospitalares de elevada complexidade, aumentando a pressão sobre as equipas de enfermagem existentes. Assim, a interpretação deste indicador oferece uma leitura crítica sobre o modo como os recursos humanos em saúde são combinados, permitindo identificar desequilíbrios estruturais que podem afetar o desempenho global das unidades prestadoras de cuidados.

A análise do rácio de enfermeiros por médico nas ULS revela uma heterogeneidade no *skill mix*³¹ destas unidades. Em Portugal continental, o rácio médio situa-se em 2,38, o que significa que, em média, existem cerca de dois enfermeiros e meio por cada médico. Contudo, a distribuição entre as ULS apresenta uma amplitude considerável, com valores que variam entre 1,54 (na ULS de Loures-Odivelas) e 4,85 (na ULS do Baixo Alentejo). Entre estes extremos, observa-se ainda um conjunto significativo de ULS com rácios intermédios, situando-se a maioria entre 2,0 e 3,5, nomeadamente a ULS da Região de Aveiro e Almada-Seixal (ambas com 2,08), Coimbra (2,72), Alentejo Central (2,66), Viseu Dão-Lafões (2,33), Santa Maria (2,15), São João (2,19),

²⁷ Buchan, J., & Calman, L. (2005). Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. OECD Health Working Papers, No. 17. *OECD Publishing (NJ1)*.

²⁸ Delamaire, M.L. & Lafortune, G. (2010), “Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries”, OECD Health Working Papers, No. 54.

²⁹ Htay, M., & Whitehead, D. (2021). The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100034.

³⁰ Petka-Nosal, N., Bielska, I. A., Badora-Musiał, K., Nowak-Zajac, K., Domagała, A., Gałazka-Sobotka, M., & Kowalska-Bobko, I. (2025). Skill mix changes in healthcare professions during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *BMJ open*, 15(10), e100024.

³¹ *Skill mix* refere-se à combinação e distribuição de diferentes perfis profissionais no contexto da prestação de cuidados de saúde, considerando a diversidade de competências, funções e níveis de qualificação, sem implicar juízos de valor sobre a adequação ou desempenho relativo das profissões envolvidas.



Tâmega e Sousa (2,03), Algarve (3,20) e Oeste (3,33), evidenciando que, embora existam unidades próximas da média nacional, persistem diferenças estruturais relevantes (Tabela 8).

Os rácios mais elevados, como os da ULS do Baixo Alentejo (4,85), Alto Alentejo (4,10), Guarda (3,95), Castelo Branco (3,87), Médio Tejo (3,67), Nordeste (3,70), Cova da Beira (3,52) e Litoral Alentejano (4,47), sugerem a existência de uma escassez relativa de médicos, conduzindo a uma maior dependência da atividade assistencial assegurada pelos enfermeiros. Embora a evidência científica demonstre que os enfermeiros podem executar, com qualidade equivalente, um conjunto de funções assistenciais pré-determinadas, a insuficiência relativa de médicos nestas regiões pode gerar constrangimentos no acesso, sobretudo em áreas que exigem intervenção médica diferenciada. Esta configuração pode traduzir potenciais ineficiências na configuração do *skill mix*, impedindo a utilização plena da capacidade de trabalho de enfermagem em situações que dependam de prévia orientação médica, sobretudo quando o rácio se afasta de forma expressiva dos padrões médios observados no país e na União Europeia.

Em sentido inverso, os rácios mais baixos, como os registados na ULS de Loures-Odivelas (1,54), Braga (1,93), Entre Douro e Vouga (1,93), Santo António (1,91), Matosinhos (1,90) e Póvoa de Varzim/Vila do Conde (1,94), são característicos de contextos mais urbanos, com elevada concentração de médicos. Nestas ULS, a presença reforçada de médicos está frequentemente associada à complexidade clínica e à concentração de serviços diferenciados. Contudo, valores demasiado baixos podem também indicar desafios de equilíbrio funcional nas equipas multidisciplinares, sobretudo quando a capacidade instalada de enfermagem não cresce proporcionalmente à médica, podendo originar risco de sobreutilização da força de trabalho em enfermagem e desafios no equilíbrio funcional do *skill mix* das equipas multidisciplinares.



Tabela 8 - Rácio de enfermeiros por médicos nas ULS, em 2024

ULS	Rácio de enfermeiros por médicos	Enfermeiros	Médicos sem internos
ULS da Arrábida	2,75	1022	372
ULS da Cova da Beira	3,52	577	164
ULS da Guarda	3,95	794	201
ULS da Lezíria	3,11	880	283
ULS da Região de Aveiro	2,08	1134	545
ULS da Região de Leiria	2,72	1288	474
ULS de Almada-Seixal	2,08	1318	633
ULS de Amadora/Sintra	2,12	1529	720
ULS de Barcelos/Esposende	2,28	408	179
ULS de Braga	1,93	1616	836
ULS de Castelo Branco	3,87	538	139
ULS de Coimbra	2,72	3766	1387
ULS de Entre Douro e Vouga	1,93	1173	607
ULS de Gaia/Espinho	2,11	2038	966
ULS de Lisboa Ocidental	2,02	1840	913
ULS de Loures-Odivelas	1,54	657	426
ULS de Matosinhos	1,90	1033	544
ULS de Santa Maria	2,15	2331	1083
ULS de Santo António	1,91	2171	1134
ULS de São João	2,19	2897	1320
ULS de São José	2,14	3134	1466
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	2,78	1585	571
ULS de Viseu Dão-Lafões	2,33	1302	559
ULS do Alentejo Central	2,66	874	329
ULS do Algarve	3,20	2345	732
ULS do Alto Alentejo	4,10	619	151
ULS do Alto Ave	2,32	1250	538
ULS do Alto Minho	2,21	1081	489
ULS do Arco Ribeirinho	3,11	853	274
ULS do Baixo Alentejo	4,85	650	134
ULS do Baixo Mondego	2,13	368	173
ULS do Estuário do Tejo	2,14	609	285
ULS do Litoral Alentejano	4,47	425	95
ULS do Médio Ave	2,12	750	354
ULS do Médio Tejo	3,67	984	268
ULS do Nordeste	3,70	751	203
ULS do Oeste	3,33	850	255
ULS do Tâmega e Sousa	2,03	1402	689
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde	1,94	469	242
Portugal continental	2,38	49311	20733

Fonte: Elaboração própria com base na informação do Portal da Transparência do SNS em 5/11/2025.



Número de camas por mil habitantes

Em 2024, a análise do número de camas³² por mil habitantes evidencia uma distribuição heterogénea entre as ULS, com valores que variam entre 0,8 e 4,2 camas por mil habitantes. Em Portugal continental, o rácio médio situa-se em 1,7 camas por mil habitantes.

No total, 20 ULS apresentaram um número de camas por mil habitantes acima da média nacional. Entre estas, as cinco ULS com valores mais elevados foram Coimbra (4,2), Cova da Beira (3,7), Nordeste (2,8), Médio Tejo (2,5) e Alto Ave (2,4). Numa posição intermédia, mantendo-se ainda acima da média de Portugal continental, encontram-se as unidades da Guarda, São João, Trás-os-Montes e Alto Douro e Viseu Dão-Lafões (todas com 2,3 camas por mil habitantes), bem como Braga, Castelo Branco e Alto Alentejo (2,2), Matosinhos (2,1), Santo António e Lezíria (2,0), Alentejo Central e Gaia/Espinho (1,9), e Baixo Alentejo, Alto Minho e Algarve (1,8) (ver Tabela 9). No sentido oposto, várias ULS apresentam rácios inferiores a 1,5 camas por mil habitantes, destacando-se Lisboa Ocidental (0,8), Barcelos/Esposende (0,8), Tâmega e Sousa (1,0), Médio Ave (1,1), Loures-Odivelas (1,1), Oeste (1,2), Região de Leiria (1,2) e Entre Douro e Vouga (1,3) (Tabela 9). Estes valores, indicam uma capacidade instalada mais reduzida face à média nacional, podendo traduzir constrangimentos estruturais na resposta hospitalar, sobretudo em contextos de maior pressão assistencial.

Tabela 9 – Número de camas por mil habitantes, em 2024

ULS	Camas por 1.000 habitantes
ULS da Arrábida	1,5
ULS da Cova da Beira	3,7
ULS da Guarda	2,3
ULS da Lezíria	2,0
ULS da Região de Aveiro	1,4
ULS da Região de Leiria	1,2
ULS de Almada-Seixal	1,7

³² Este indicador representa as camas disponíveis e equipadas para internamento imediato, abrangendo cinco categorias: lotação praticada, camas neutras, camas outras (cuidados intensivos e intermédios), camas cirúrgicas e camas médicas, de acordo com os dados referentes a dezembro de 2024 disponíveis no Portal da Transparência do SNS. A informação foi consultada a 5 de novembro de 2025, no seguinte [link](#): [Lotação Hospitalar para Doentes Agudos — Transparência](#).



ULS	Camas por 1.000 habitantes
ULS de Amadora/Sintra	1,4
ULS de Barcelos/Esposende	0,8
ULS de Braga	2,2
ULS de Castelo Branco	2,2
ULS de Coimbra	4,2
ULS de Entre Douro e Vouga	1,3
ULS de Gaia/Espinho	1,9
ULS de Lisboa Ocidental	0,8
ULS de Loures-Odivelas	1,1
ULS de Matosinhos	2,1
ULS de Santa Maria	1,4
ULS de Santo António	2,0
ULS de São João	2,3
ULS de São José	1,6
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	2,3
ULS de Viseu Dão-Lafões	2,3
ULS do Alentejo Central	1,9
ULS do Algarve	1,8
ULS do Alto Alentejo	2,2
ULS do Alto Ave	2,4
ULS do Alto Minho	1,8
ULS do Arco Ribeirinho	1,5
ULS do Baixo Alentejo	1,8
ULS do Baixo Mondego	1,5
ULS do Estuário do Tejo	1,4
ULS do Litoral Alentejano	1,3
ULS do Médio Ave	1,1
ULS do Médio Tejo	2,5
ULS do Nordeste	2,8
ULS do Oeste	1,2
ULS do Tâmega e Sousa	1,0
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde	1,1
Portugal continental	1,7

Fonte: Elaboração própria com base na informação do Portal da Transparência do SNS em 5/11/2025.



Consultas médicas hospitalares e nos cuidados de saúde primários por mil habitantes

A análise das consultas médicas hospitalares³³ e das consultas realizadas nos cuidados de saúde primários (CSP)³⁴, ajustadas por mil habitantes, em 2024, evidencia padrões de utilização distintos entre as ULS. Em Portugal continental, registaram-se 1.090,4 consultas hospitalares e 13.376,9 consultas nos CSP por mil habitantes.

As consultas hospitalares oscilaram entre 513,0 por mil habitantes na ULS de Lisboa Ocidental e 2.598,1 por mil habitantes na ULS de Coimbra. No caso dos CSP, os valores variaram entre 2.124,6 por mil habitantes na ULS de Santa Maria e 46.404,5 por mil habitantes na ULS do Alentejo Central (Tabela 10).

As ULS com valores mais elevados de consultas hospitalares, em concreto ULS de Coimbra (2.598,1), Cova da Beira (1.956,1), São João (1.843,3), Santo António (1.829,9) e Braga (1.810,2), integram estruturas hospitalares com elevada diferenciação clínica e intensidade assistencial. Quando estes níveis se combinam com valores relativamente reduzidos de consultas nos CSP, como na ULS de Coimbra (7.044,3), Braga (6.588,0), Santo António (5.735,2), São João (4.653,1) ou Lisboa Ocidental (2.150,0), observa-se um padrão em que o hospital assume maior peso relativo na prestação assistencial.

Em sentido inverso, as ULS do Alentejo Central (46.404,5 consultas nos CSP por mil habitantes), Alto Alentejo (46.402,5), Alto Minho (45.647,6), Baixo Alentejo (40.874,5) ou Região de Aveiro (40.561,4) apresentaram níveis elevados de utilização dos cuidados primários, com valores de consultas hospitalares mais moderados. Nestes casos, verifica-se um padrão em que a resposta assistencial de proximidade assume maior predominância.

³³ Nas consultas médicas hospitalares, consideraram-se as consultas médicas totais, englobando as primeiras consultas como as subsequentes, de acordo com os dados referentes a dezembro 2024 disponíveis no Portal da Transparência do SNS. A informação foi consultada a 5 de novembro de 2025, no seguinte [link](#): [Consultas Médicas Hospitalares — Transparência](#).

³⁴ Nas consultas médicas nos CSP, considerou-se a soma das consultas médicas presenciais, das consultas médicas não presenciais ou inespecíficas e das consultas médicas ao domicílio, disponíveis no Portal da Transparência do SNS. A informação, referente a dezembro de 2024, foi consultada a 5 de novembro de 2025, no seguinte [link](#): [Consultas Médicas nos Cuidados de Saúde Primários — Transparência](#).



Por outro lado, as ULS de Lisboa Ocidental, São José, Santa Maria, Loures-Odivelas ou Amadora/Sintra apresentaram valores de consultas nos CSP muito abaixo, face à média nacional, situando-se entre 2.100 e 4.000 consultas por mil habitantes. Este padrão estará, em certa medida, associado a limitações de acesso a médico de família registados nesta região, tal como já identificado pela ERS recentemente nas Informações de Monitorização sobre “Cuidados de saúde primários (CSP) | Médico de Família | Consultas Médicas e Enfermagem | Rastreios”³⁵.

Tabela 10 - Consultas médicas hospitalares e nos cuidados de saúde primários por mil habitantes, em 2024

ULS	Consultas hospitalares por 1.000 habitantes	Consultas nos CSP por 1.000 habitantes
ULS da Arrábida	1 131,2	25 877,6
ULS da Cova da Beira	1 956,1	34 594,6
ULS da Guarda	737,8	33 060,5
ULS da Lezíria	749,2	34 744,6
ULS da Região de Aveiro	910,8	40 561,4
ULS da Região de Leiria	789,3	5 539,7
ULS de Almada-Seixal	991,4	28 863,8
ULS de Amadora/Sintra	654,7	3 939,2
ULS de Barcelos/Esposende	522,3	40 215,3
ULS de Braga	1 810,2	6 588,0
ULS de Castelo Branco	954,3	6 834,3
ULS de Coimbra	2 598,1	7 044,3
ULS de Entre Douro e Vouga	1 104,4	6 344,0
ULS de Gaia/Espinho	1 800,1	6 633,9
ULS de Lisboa Ocidental	513,0	2 150,0
ULS de Loures-Odivelas	646,2	2 575,3
ULS de Matosinhos	1 746,2	37 259,4
ULS de Santa Maria	1 247,9	2 124,6
ULS de Santo António	1 829,9	5 735,2
ULS de São João	1 843,3	4 653,1
ULS de São José	1 114,4	2 209,4
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	1 525,4	6 921,7
ULS de Viseu Dão-Lafões	1 123,7	37 833,8
ULS do Alentejo Central	1 163,3	46 404,5
ULS do Algarve	746,5	4 909,5
ULS do Alto Alentejo	1 249,9	46 402,5
ULS do Alto Ave	1 300,3	7 359,9

³⁵ Disponível em [ERS - Informação de Monitorização sobre cuidados de saúde primários \(CSP\) | Médico de Família | Consultas Médicas e Enfermagem | Rastreios](#).



ULS	Consultas hospitalares por 1.000 habitantes	Consultas nos CSP por 1.000 habitantes
ULS do Alto Minho	1 265,8	45 647,6
ULS do Arco Ribeirinho	702,9	25 746,6
ULS do Baixo Alentejo	808,0	40 874,5
ULS do Baixo Mondego	1 038,5	7 153,2
ULS do Estuário do Tejo	579,6	23 064,3
ULS do Litoral Alentejano	923,8	27 843,4
ULS do Médio Ave	677,8	6 337,4
ULS do Médio Tejo	1 076,6	5 688,6
ULS do Nordeste	962,5	34 676,0
ULS do Oeste	642,5	4 332,6
ULS do Tâmega e Sousa	776,9	6 932,3
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde	732,5	37 122,2
Portugal continental	1 090,4	13 376,9

Fonte: Elaboração própria com base na informação do Portal da Transparência do SNS em 5/11/2025.

Internamentos, Urgências e Cirurgias por mil habitantes

Em Portugal continental, os valores de referência dos indicadores de internamentos³⁶, urgências³⁷ e cirurgias³⁸ por mil habitantes, em 2024, situavam-se em 62,1 internamentos, 507,4 urgências e 134,6 cirurgias por mil habitantes.

Nos internamentos, observou-se uma variação considerável, com valor mínimo na ULS de Lisboa Ocidental (23,4) e máximo na ULS de Coimbra (140,7) (Tabela 11). As ULS com níveis mais elevados de internamento, para além de Coimbra, nomeadamente Cova da Beira, Braga, Trás-os-Montes e Alto Douro e Médio Tejo, posicionaram-se acima da média nacional, sugerindo perfis assistenciais

³⁶ Neste indicador considerou-se os doentes saídos, que reflete a produção em internamento, contabilizando todos os doentes que tiveram alta de um estabelecimento de saúde durante o período de referência, de acordo com os dados referentes a dezembro 2024 disponíveis no Portal da Transparência do SNS. A informação foi consultada a 5 de novembro de 2025, no seguinte [link: Atividade de Internamento Hospitalar — Transparência](#).

³⁷ Neste indicador considerou-se o total das urgências (Geral, Pediátrica, Obstétrica e Psiquiátrica), de acordo com os dados referentes a dezembro 2024 disponíveis no Portal da Transparência do SNS. A informação foi consultada a 5 de novembro de 2025, no seguinte [link: Atendimentos por Tipo de Urgência Hospitalar — Transparência](#).

³⁸ Neste indicador considerou-se o total de cirurgias (Programadas, Programadas Ambulatórias, Programadas Convencionais e Urgentes), de acordo com os dados referentes a dezembro 2024 disponíveis no Portal da Transparência do SNS. A informação foi consultada a 5 de novembro de 2025, no seguinte [link: Intervenções Cirúrgicas nos Cuidados de Saúde Hospitalares — Transparência](#).



nos quais a resposta hospitalar, em particular o internamento, assume um peso relativo mais expressivo.

Nas urgências, a variabilidade foi ainda mais pronunciada, com rácios compreendidos entre 137,9 urgências por mil habitantes, na ULS Lisboa Ocidental e acima de 1.000 por mil habitantes nas ULS do Baixo Alentejo e do Litoral Alentejano. Valores igualmente elevados foram identificados na ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, Cova da Beira e Alto Alentejo, evidenciando áreas com forte pressão sobre os serviços de urgência.

Relativamente às cirurgias, os rácios variaram entre 48,3 (Lisboa Ocidental) e 275,3 (Braga). Destacaram-se, pela elevada atividade cirúrgica ajustada à população, as ULS de Coimbra (253,1), São João (247,3), Alentejo Central (243,3), e Gaia/Espinho (207,2), sugerindo uma maior intensidade cirúrgica associada ao perfil hospitalar destas regiões.

No conjunto, destacam-se cinco ULS que, de forma consistente, apresentaram níveis mais reduzidos de atividade assistencial, designadamente ULS de Lisboa Ocidental, Loures-Odivelas, Médio Ave, Amadora/Sintra e Barcelos/Esposende, evidenciando valores inferiores nos indicadores de internamentos, urgências e cirurgias quando comparadas com a média nacional.

Tabela 11 - Internamentos, Urgências e Cirurgias por mil habitantes, em 2024

ULS	Internamentos por 1.000 habitantes	Urgências por 1.000 habitantes	Cirurgias por 1.000 habitantes
ULS da Arrábida	54,9	454,0	143,1
ULS da Cova da Beira	125,0	889,1	208,9
ULS da Guarda	57,2	748,4	61,8
ULS da Lezíria	72,5	586,6	85,0
ULS da Região de Aveiro	53,8	530,3	88,1
ULS da Região de Leiria	44,5	395,4	106,5
ULS de Almada-Seixal	56,8	400,2	124,5
ULS de Amadora/Sintra	43,1	434,4	74,1
ULS de Barcelos/Esposende	32,7	425,3	114,3
ULS de Braga	98,0	681,3	275,3
ULS de Castelo Branco	80,1	746,4	188,8
ULS de Coimbra	140,7	770,4	253,1
ULS de Entre Douro e Vouga	56,0	591,2	173,9
ULS de Gaia/Espinho	77,7	527,9	207,2



ULS	Internamentos por 1.000 habitantes	Urgências por 1.000 habitantes	Cirurgias por 1.000 habitantes
ULS de Lisboa Ocidental	23,4	137,9	48,3
ULS de Loures-Odivelas	38,5	301,5	74,8
ULS de Matosinhos	80,0	505,4	205,9
ULS de Santa Maria	50,7	294,1	154,1
ULS de Santo António	72,9	347,8	202,8
ULS de São João	91,8	532,4	247,3
ULS de São José	59,6	319,9	125,8
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	96,3	945,4	148,2
ULS de Viseu Dão-Lafões	82,5	620,7	205,4
ULS do Alentejo Central	69,9	427,4	243,3
ULS do Algarve	61,4	772,7	76,6
ULS do Alto Alentejo	69,7	888,1	112,5
ULS do Alto Ave	92,1	563,9	156,7
ULS do Alto Minho	70,6	730,1	134,4
ULS do Arco Ribeirinho	50,5	620,4	59,4
ULS do Baixo Alentejo	66,7	1 010,4	90,0
ULS do Baixo Mondego	51,4	683,6	175,3
ULS do Estuário do Tejo	47,9	503,5	94,1
ULS do Litoral Alentejano	52,1	1 007,2	156,5
ULS do Médio Ave	40,4	516,9	65,7
ULS do Médio Tejo	94,6	879,9	138,3
ULS do Nordeste	86,7	869,3	140,4
ULS do Oeste	51,3	689,5	85,8
ULS do Tâmega e Sousa	48,8	445,0	127,0
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde	49,9	439,0	101,2
Portugal continental	62,1	507,4	134,6

Fonte: Elaboração própria com base na informação do Portal da Transparência do SNS em 5/11/2025.

4.2. Desempenho económico-financeiro

Gastos operacionais

O valor de referência nacional dos gastos operacionais³⁹ por mil habitantes, em 2024, situava-se em 7,06 milhões de euros por mil habitantes, mas várias ULS apresentaram desvios expressivos face a esta média. Observaram-se gastos

³⁹ Informação dos gastos operacionais disponível no grupo de agregados económico financeiros no Portal da Transparência do SNS em: [Agregados Económico Financeiros — Transparência](#), relativo a 2024, tendo por base informação dos Relatário de Contas das ULS.



operacionais elevados, quando comparado com o valor de referência de Portugal continental, na ULS de Coimbra (16,7 M€), ULS de Santo António (10,7 M€), ULS da Cova da Beira (10,9 M€), ULS de Braga (9,3 M€), ULS de São João (9,8 M€), ULS de Matosinhos (9,3 M€), ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro (9,4 M€), ULS de Gaia/Espinho (9,3 M€) e ULS do Alto Alentejo (9,4 M€) (ver Tabela 12). Por outro lado, identificaram-se ULS com gastos operacionais significativamente abaixo da média de Portugal continental, nomeadamente ULS de Lisboa Ocidental (3,52 M€), Loures-Odivelas (3,64 M€), Barcelos/Esposende (4,04 M€), Oeste (4,82 M€), Estuário do Tejo (4,87 M€), Região de Leiria (4,87 M€) e Médio Ave (4,91 M€) (ver Tabela 12). Estas unidades situam-se maioritariamente em territórios com maior densidade populacional, o que permite diluir gastos fixos

Tabela 12 – Gastos operacionais por mil habitantes, em 2024

ULS	Gastos operacionais por 1.000 habitantes
ULS da Arrábida	7 031 357,1
ULS da Cova da Beira	10 915 311,1
ULS da Guarda	8 748 491,9
ULS da Lezíria	6 916 449,1
ULS da Região de Aveiro	6 080 456,9
ULS da Região de Leiria	4 872 126,3
ULS de Almada-Seixal	6 432 395,6
ULS de Amadora/Sintra	4 935 675,8
ULS de Barcelos/Esposende	4 035 554,7
ULS de Braga	9 329 716,4
ULS de Castelo Branco	8 424 917,5
ULS de Coimbra	16 700 790,7
ULS de Entre Douro e Vouga	5 592 018,2
ULS de Gaia/Espinho	9 335 405,9
ULS de Lisboa Ocidental	3 524 477,6
ULS de Loures-Odivelas	3 639 185,9
ULS de Matosinhos	9 303 229,9
ULS de Santa Maria	7 465 425,0
ULS de Santo António	10 735 870,4
ULS de São João	9 820 214,5
ULS de São José	6 772 107,7
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	9 393 557,8
ULS de Viseu Dão-Lafões	8 273 256,4
ULS do Alentejo Central	9 046 443,3
ULS do Algarve	6 950 613,2



ULS	Gastos operacionais por 1.000 habitantes
ULS do Alto Alentejo	9 441 083,5
ULS do Alto Ave	8 236 387,6
ULS do Alto Minho	7 761 473,4
ULS do Arco Ribeirinho	5 625 485,2
ULS do Baixo Alentejo	7 824 137,5
ULS do Baixo Mondego	5 979 218,2
ULS do Estuário do Tejo	4 866 679,9
ULS do Litoral Alentejano	6 821 355,5
ULS do Médio Ave	4 912 590,8
ULS do Médio Tejo	7 730 949,5
ULS do Nordeste	8 395 371,8
ULS do Oeste	4 815 905,9
ULS do Tâmega e Sousa	5 612 447,8
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde	5 160 379,4
Portugal continental	7 056 943,3

Fonte: Elaboração própria com base na informação do Portal da Transparência do SNS em 5/11/2025.

Prazo Médio de Pagamento (PMP) a fornecedores

A média de Portugal continental do Prazo Médio de Pagamento (PMP)⁴⁰ a fornecedores situava-se acima dos três meses (96 dias) e a maioria das ULS (34) superou o valor de referência de 60 dias⁴¹, considerado um limiar prudencial

⁴⁰ Neste indicador considerou-se o PMP das instituições do SNS a fornecedores os doentes saídos, em 2024, disponível no Portal da Transparência do SNS. A informação foi consultada a 19 de novembro de 2025, no seguinte link: [Prazo Médio de Pagamento a Fornecedores — Transparência](#).

⁴¹ O regime publicado pelo Decreto-Lei n.º 62/2013, de 10 de maio, aplica-se a todos os pagamentos devidos nas transações comerciais efetuadas (também) entre empresas e as entidades públicas. Nestas circunstâncias, o artigo 5.º sob a epígrafe “Transações entre empresas e entidades públicas”, determina que os prazos de pagamento definidos no n.º 3 do artigo 4.º do mesmo diploma, – ou seja, os 30 dias a contar da data em que, alternativamente, o devedor receba a fatura, o devedor receba efetivamente os bens ou serviços e a data da receção de fatura seja incerta ou seja recebida antes do efetivo fornecimento, ou ainda, os 30 dias a contar da data da verificação e o devedor receba a fatura em data anterior ou na data da aceitação ou verificação –, são alargados para os 60 dias no caso das entidades públicas que prestem cuidados de saúde e estejam devidamente reconhecidas como tal. Certo é que este diploma não se aplica atualmente a todas as dívidas detidas pelas unidades de saúde do SNS. Com efeito, e conforme decorre do artigo 12.º do mesmo decreto-lei, sob a epígrafe “Disposição transitória”, foi definida uma moratória até 31 de dezembro de 2015 para as entidades públicas pertencentes ao SNS, com exceção dos valores devidos a fornecedores que sejam micro ou pequenas empresas. Por isso, em todas as demais situações, deve considerar-se o estipulado, por um lado, na Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2008 – em concreto, o quadro referente ao grau de cumprimento do objetivo – e a Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, com as suas sucessivas alterações. Finalmente, importa referir que a Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro (Lei do Orçamento do Estado), pelo seu artigo 183.º “Regularização extraordinária dos pagamentos aos fornecedores do sector público administrativo e empresarial”, definiu que “[...]”

para assegurar regularidade nos pagamentos e estabilidade nas cadeias de fornecimento. Das ULS com PMP acima deste valor médio nacional, destacam-se as ULS de Gaia/Espinho (187 dias), Lisboa Ocidental (164 dias), Arco Ribeirinho (144 dias), Cova da Beira (147 dias), Alto Ave (141 dias), Médio Ave (135 dias), Coimbra (133 dias), Alto Minho (131 dias), Almada-Seixal (128 dias) e São José (127 dias) (ver Tabela 13). Por outro lado, cinco ULS exibiram um PMP abaixo do limiar de 60 dias, nomeadamente Loures-Odivelas (22 dias), Barcelos/Esposende (35 dias), Lezíria (39 dias), São João (43 dias) e Baixo Mondego (44 dias). Estes resultados poderão sugerir maior eficiência na gestão de tesouraria, maior previsibilidade dos fluxos financeiros e mecanismos administrativos mais consolidados.

Tabela 13 – Prazo Médio de Pagamento (PMP) a fornecedores, em 2024

ULS	Prazo Médio de Pagamento (PMP) a fornecedores
ULS da Arrábida	110
ULS da Cova da Beira	147
ULS da Guarda	83
ULS da Lezíria	39
ULS da Região de Aveiro	61
ULS da Região de Leiria	65
ULS de Almada-Seixal	128
ULS de Amadora/Sintra	122
ULS de Barcelos/Esposende	35
ULS de Braga	63
ULS de Castelo Branco	61
ULS de Coimbra	133
ULS de Entre Douro e Vouga	104
ULS de Gaia/Espinho	187
ULS de Lisboa Ocidental	164
ULS de Loures-Odivelas	22
ULS de Matosinhos	111
ULS de Santa Maria	97
ULS de Santo António	68

nos casos em que os prazos acordados, ou os prazos efetivos de pagamento, excedam os 60 dias, os órgãos de gestão devem contactar os fornecedores, propondo a renegociação das condições contratuais, em ordem a ser obtida uma adequada compensação em função do período de antecipação e do custo do financiamento implícito”. Naquela data, foi determinada a obrigação de cada uma das entidades do sector público e empresarial assegurar a divulgação através das páginas eletrónicas, da situação no final de cada semestre, nos termos a fixar pelos serviços de inspeção com competência sobre cada entidade e em coordenação com a Inspeção-Geral de Finanças, devendo identificar, designadamente, os montantes em dívida para cada prazo, agrupados segundo a natureza de bem ou serviço fornecido.



ULS	Prazo Médio de Pagamento (PMP) a fornecedores
ULS de São João	43
ULS de São José	127
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	84
ULS de Viseu Dão-Lafões	93
ULS do Alentejo Central	94
ULS do Algarve	102
ULS do Alto Alentejo	80
ULS do Alto Ave	141
ULS do Alto Minho	131
ULS do Arco Ribeirinho	144
ULS do Baixo Alentejo	113
ULS do Baixo Mondego	44
ULS do Estuário do Tejo	65
ULS do Litoral Alentejano	109
ULS do Médio Ave	135
ULS do Médio Tejo	86
ULS do Nordeste	90
ULS do Oeste	65
ULS do Tâmega e Sousa	110
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde	74
Portugal continental	96

Fonte: Elaboração própria com base na informação do Portal da Transparência do SNS em 19/11/2025.

4.3. Análise da eficiência produtiva

Análise da eficiência produtiva

Nesta secção avalia-se a eficiência relativa nas ULS através da metodologia DEA, com base em indicadores de fatores produtivos (*inputs*) e produtos (*outputs*), que permite a estimação de *scores* de eficiência técnica. Um dos pressupostos da metodologia de DEA é que possibilita medir a eficiência de unidades que realizam atividades homogéneas, assumindo-se, nesse sentido, que as 39 ULS aqui em análise têm objetivos similares na prestação de cuidados de saúde à população.



O modelo aplicado corresponde ao modelo de Banker, Charnes e Cooper (1984)⁴² assente em retornos variáveis à escala (VRS). A escolha por este modelo justifica-se pelo facto de os VRS serem recomendados quando existem diferenças substanciais dentro da amostra – como é o caso da dimensão das ULS – dado que, no modelo de retornos constantes à escala (CRS)⁴³, a eficiência não incorpora o efeito da escala⁴⁴. Considerando que entre as ULS analisadas existem diferenças de dimensão relativamente aos indicadores avaliados, o modelo VRS revela-se, portanto, a abordagem mais adequada para a avaliação da eficiência.^{45,46,47,48}

Eficiência técnica e eficiência de escala

No contexto das ULS, são avaliadas duas dimensões de eficiência. A eficiência técnica, medida sob retornos variáveis à escala (VRS), que mostra se cada unidade consegue transformar os *inputs* no máximo de *outputs*, independentemente da dimensão da ULS. Na eficiência de escala avalia-se se cada ULS opera na dimensão apropriada para maximizar a eficiência. É calculada como a razão entre a eficiência sob retornos constantes à escala (CRS) e a eficiência sob retornos variáveis à escala (VRS):

$$SE = \frac{CRS}{VRS}$$

⁴² Banker, R. D., Charnes, A., & Cooper, W. W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*, 30(9), 1078–1092.

⁴³ Não obstante a adoção do modelo de retornos variáveis à escala (VRS) como referência principal para a análise da eficiência técnica, a estimação complementar da eficiência sob retornos constantes à escala (CRS) é realizada exclusivamente para efeitos de decomposição da eficiência global e cálculo da eficiência de escala, não colocando em causa a adequação do modelo VRS como base analítica principal.

⁴⁴ Choi, J. H., Park, I., Jung, I., & Dey, A. (2017). Complementary effect of patient volume and quality of care on hospital cost efficiency. *Health Care Management Science*, 20(2), 221–231.

⁴⁵ Garcia-Lacalle, J. e Martin, E. (2010), “Rural vs urban hospital performance in a ‘competitive’ public health service”, *Social Science & Medicine*, 71, 1131-1140.

⁴⁶ Kohl, S., Schoenfelder, J., Fügner, A., Brunner, J. (2019). “The use of Data Envelopment Analysis (DEA) in healthcare with a focus on hospitals”, *Health Care Manag Sci*, 22, 245–286.

⁴⁷ Adabavazeh, N., Nikbakht, M., Tirkolaee, E. B. (2023), “Identifying and prioritizing resilient health system units to tackle the COVID-19 pandemic”, *Socio-Economic Planning Sciences*, 85, 101452.

⁴⁸ Pai, D. R., Pakdil, F., & Azadeh-Fard, N. (2024). Applications of data envelopment analysis in acute care hospitals: a systematic literature review, 1984–2022. *Health Care Management Science*, 27(2), 284-312.



Os resultados são interpretados da seguinte forma:

- $SE \approx 1$ – a ULS opera numa escala adequada, não evidenciando perdas decorrentes da sua dimensão.
- $SE < 1$ – verifica-se ineficiência de escala, sugerindo que a dimensão da ULS não é ótima, podendo a unidade estar a operar acima ou abaixo da escala eficiente.

Adicionalmente, quando $VRS > CRS$, é possível identificar a natureza dos retornos à escala:

- Retornos crescentes à escala: indicam que a ULS beneficiaria de operar numa dimensão maior;
- Retornos decrescentes à escala: sugerem que a ULS se encontra sobredimensionada, sendo potencialmente vantajoso reduzir a sua escala operacional.

Orientação do modelo

Além da escolha dos modelos, também a orientação dos mesmos afeta os resultados obtidos pela aplicação de DEA. Desta forma, os modelos podem ser orientados aos *outputs*, quando são maximizados os resultados mantendo-se um determinado nível de recursos, ou orientados aos *inputs*, quando, para um nível de produção fixo, são minimizados os fatores produtivos. No caso das ULS, optou-se pela orientação aos *outputs*, dado que se pretende avaliar a capacidade das unidades em gerar maior produção de serviços de saúde a partir dos recursos já disponíveis.

Para aplicação do modelo é necessária a identificação de grupos homogéneos de unidades de decisão (*Decision Making Units* – DMU), mas também a escolha dos diferentes indicadores de *inputs* e *outputs* das unidades, sendo certo que há uma relação a ter-se em conta entre o número de DMU e o número de *inputs* e *outputs*. Com efeito, a aplicação do DEA exige que se defina um número mínimo



de DMU para um dado número de *inputs* e *outputs*, para que seja possível a identificação de diferenças de eficiência relativa entre as DMU.⁴⁹

Seleção de indicadores

A seleção dos *inputs* e *outputs* a incluir no modelo de DEA foi precedida da realização de vários testes com diferentes combinações de variáveis. Inicialmente, foram analisados conjuntos alternativos de *inputs* (por exemplo, número de médicos ou número de enfermeiros) e de *outputs* (como utentes inscritos, consultas médicas, consultas ao domicílio ou consultas de planeamento familiar). Após esta fase exploratória, foi definido o modelo final⁵⁰, que integra como *inputs*: (i) médicos, (ii) enfermeiros, (iii) número de camas e (iv) gastos operacionais. Como *outputs*, foram considerados: (i) consultas médicas hospitalares, (ii) internamentos/doentes saídos, (iii) urgências, (iv) cirurgias e (v) consultas nos CSP. Entre os modelos testados, esta configuração apresentou maior estabilidade dos scores de eficiência, adequada capacidade discriminatória entre unidades eficientes e ineficientes e respeito pelo rácio recomendado entre o número de unidades decisórias (DMU) e o total de inputs e outputs. Esta configuração permite captar de forma abrangente a capacidade produtiva das ULS e assegurar comparabilidade entre unidades com estruturas e níveis de produção distintos.

Resultados

A análise descritiva dos *scores* DEA evidencia um desempenho globalmente elevado das ULS, sobretudo sob retornos variáveis à escala (VRS). Cerca de 82% das ULS (32 ULS) apresentam eficiência acima do valor médio em VRS, enquanto em CRS essa proporção reduz-se para 69% (27 ULS), refletindo o impacto das ineficiências de escala na fronteira de retornos constantes (Gráfico

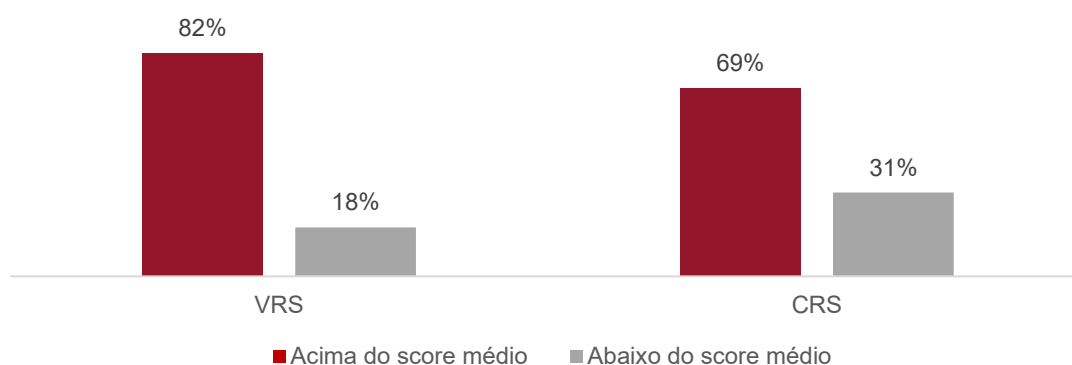
⁴⁹ Quanto a esta questão, é possível encontrar na literatura diferentes regras. Por exemplo, de acordo com Cooper, W.W., Seiford, L.M. e Tone, K. (2007), *Data Envelopment Analysis – A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software*, New York: Springer, o número de DMU deve ser maior do que o máximo entre o produto do número de *inputs* com o número de *outputs* e três vezes a soma do número de *inputs* com o número de *outputs*. No caso do exercício aqui apresentado, o número de DMU é elevado pelo que não há seguramente problemas quanto a esta restrição, independentemente da regra concreta que se queira respeitar.

⁵⁰ As variáveis incluídas nos *inputs* e *outputs* encontram-se descritas na secção anterior.



1). Estes resultados mostram que, embora os níveis de eficiência sob retornos variáveis à escala (VRS) sejam elevados, um número superior de ULS revela perdas de desempenho quando avaliado sob a hipótese mais restritiva de retornos constantes à escala (CRS). Isto indica que parte das diferenças observadas não está apenas associada ao uso dos recursos, mas também ao ajustamento da escala operacional.

Gráfico 1 – Percentagem de scores acima e abaixo do valor médio, por ULS, 2024



Fonte: Elaboração própria.

A análise de eficiência das ULS, estimada através de um modelo DEA orientado aos *outputs* e assumindo retornos variáveis à escala (VRS), revela um desempenho globalmente elevado, embora com diferenças relevantes entre unidades no que respeita à eficiência técnica, eficiência global e adequação da escala operacional. A eficiência VRS apresenta um valor médio de 0,9787, indicando que, de forma geral, as ULS convertem de modo eficaz os recursos disponíveis na produção de serviços de saúde, sem grandes desperdícios operacionais.

A eficiência CRS revela, porém, um desempenho ligeiramente inferior, com uma média de 0,9597. Esta discrepância entre VRS e CRS evidencia que parte da ineficiência global deriva de problemas associados à escala de operacional. Embora 24 ULS apresentem eficiência CRS igual a 1 – como é o caso, por exemplo, da Arrábida, Cova da Beira, Lezíria, Região de Aveiro, Amadora/Sintra, Barcelos/Esposende, Braga, Matosinhos, Santa Maria, Alto Alentejo, Estuário do Tejo ou Tâmega e Sousa – outras apresentam reduções mais pronunciadas, como, por exemplo, a ULS da Guarda (0,7388), a ULS de Lisboa Ocidental



(0,7887), a ULS do Algarve (0,8133), a ULS de Coimbra (0,8879) e a ULS de São José (0,8646) (ver Tabela 14). Estes resultados indicam que, apesar de tecnicamente competentes, várias unidades operam com uma dimensão que não é a mais eficiente, penalizando a sua eficiência global.

A eficiência de escala (SE) reforça esta leitura, apresentando um valor médio de 0,9807, o que demonstra que, embora a maioria das ULS se encontre próxima da dimensão ótima, várias apresentam um desvio significativo face à escala mais adequada (ver Tabela 14). Entre as unidades com maior ineficiência de escala destacam-se a ULS do Algarve, a ULS de Coimbra, a ULS de São José, e algumas ULS do interior do país, evidenciando que a dimensão das operações exerce um impacto evidente no desempenho global.

A análise do tipo de retorno à escala permite identificar três grupos distintos.

O primeiro corresponde às ULS que operam com retornos constantes à escala (CRS), indicando que se encontram na dimensão considerada ótima; este grupo inclui uma parte substancial das unidades (24 ULS, descritas na tabela 14) e evidencia a estabilidade operacional em parte significativa do sistema.

O segundo grupo corresponde às ULS que operam com rendimentos crescentes à escala (IRS), sugerindo que beneficiariam de aumentar a sua dimensão ou volume de atividade. Neste conjunto incluem-se unidades como a ULS da Guarda, a ULS da Região de Leiria, a ULS de Almada-Seixal, a ULS de São José, a ULS do Médio Ave, o Arco Ribeirinho e o Alentejo Central, indicando que estas estruturas se encontram subdimensionadas relativamente ao nível ótimo de produção. Estas ULS beneficiariam de aumentar a sua escala, uma vez que operam com uma dimensão demasiado reduzida. Tendo em conta os recursos utilizados no modelo – médicos, enfermeiros, número de camas e gastos operacionais – e os serviços prestados – consultas hospitalares, internamentos, urgências, cirurgias e consultas nos CSP – isto significa que, se estas unidades reforçarem os seus recursos, poderão aumentar proporcionalmente a sua atividade, obtendo assim ganhos de eficiência. Em unidades subdimensionadas, o crescimento dos recursos tende a gerar um aumento ainda maior da produção, aproximando a ULS da escala considerada eficiente.



Por fim, o grupo das unidades com rendimentos decrescentes à escala (DRS) inclui a ULS de Coimbra, a ULS de São João, a ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, a ULS de Viseu Dão-Lafões e a ULS do Algarve, apontando para casos onde a dimensão atual é excessiva e onde uma redução da escala poderia contribuir para ganhos de eficiência. Em concreto, a dimensão atual destas unidades – em termos de combinação de recursos (*inputs*) e volume de atividade (*outputs*) – é superior ao nível considerado ótimo para trabalhar de forma eficiente. Nestes casos, aumentar ainda mais os recursos não gera mais produção proporcional, podendo até criar perdas de eficiência.

Em termos globais, os resultados obtidos demonstram que o sistema apresenta uma boa capacidade produtiva e níveis elevados de eficiência técnica; contudo, revelam também que uma parte das ULS opera com uma escala inadequada, contribuindo para perdas de eficiência global.

Tabela 14 – Resultados DEA: Eficiência VRS, Eficiência CRS e Tipo de Retornos à Escala nas ULS, 2024^{51,52}

ULS	VRS (retornos variáveis à escala)	CRS (retornos constantes à escala)	SE – eficiência de escala	RTS – tipo de retorno à escala	Interpretação
ULS da Arrábida	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS da Cova da Beira	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS da Guarda	0,7971	0,7388	0,9269	IRS	Beneficia de aumentar escala
ULS da Lezíria	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS da Região de Aveiro	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS da Região de Leiria	0,9233	0,8900	0,9639	IRS	Beneficia de aumentar escala
ULS de Almada-Seixal	0,9501	0,9332	0,9823	IRS	Beneficia de aumentar escala
ULS de Amadora/Sintra	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS de Barcelos/Esposende	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS de Braga	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS de Castelo Branco	0,9859	0,9531	0,9666	IRS	Beneficia de aumentar escala

⁵¹ Regras aplicadas: RTS = CRS → Escala ótima (retornos constantes) (VRS = CRS ou CRS = 1); RTS = IRS → Retornos crescentes à escala (VRS > CRS → a unidade beneficiaria de operar maior dimensão); e RTS = DRS → Retornos decrescentes à escala (VRS = 1 e CRS < 1 → unidade demasiado grande).

⁵² No DEA, o conceito de “escala” refere-se ao nível de operação considerado eficiente. Uma ULS com “escala demasiado grande” (retornos decrescentes à escala – DRS) encontra-se sobredimensionada: aumentar os recursos não aumenta os *outputs* na mesma proporção, gerando perdas de eficiência. Adicionalmente, as ULS que “beneficiariam de aumentar a escala” (retornos crescentes à escala – IRS) estão a operar abaixo da dimensão ótima: ao aumentar a sua escala, conseguiriam produzir mais do que proporcionalmente, tornando-se mais eficientes.



ULS	VRS (retornos variáveis à escala)	CRS (retornos constantes à escala)	SE – eficiência de escala	RTS – tipo de retorno à escala	Interpretação
ULS de Coimbra	1,0000	0,8879	0,8879	DRS	Escala demasiado grande
ULS de Entre Douro e Vouga	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS de Gaia/Espinho	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS de Lisboa Ocidental	0,7930	0,7887	0,9946	IRS	Beneficia de aumentar escala
ULS de Loures-Odivelas	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS de Matosinhos	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS de Santa Maria	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS de Santo António	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS de São João	1,0000	0,9917	0,9917	DRS	Escala demasiado grande
ULS de São José	0,9931	0,8646	0,8705	IRS	Beneficia de aumentar escala
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	1,0000	0,9690	0,9690	DRS	Escala demasiado grande
ULS de Viseu Dão-Lafões	1,0000	0,9462	0,9462	DRS	Escala demasiado grande
ULS do Alentejo Central	0,9030	0,8713	0,9649	IRS	Beneficia de aumentar escala
ULS do Algarve	1,0000	0,8133	0,8133	DRS	Escala demasiado grande
ULS do Alto Alentejo	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS do Alto Ave	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS do Alto Minho	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS do Arco Ribeirinho	0,9757	0,9393	0,9627	IRS	Beneficia de aumentar escala
ULS do Baixo Alentejo	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS do Baixo Mondego	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS do Estuário do Tejo	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS do Litoral Alentejano	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS do Médio Ave	0,8537	0,8515	0,9974	IRS	Beneficia de aumentar escala
ULS do Médio Tejo	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS do Nordeste	0,9930	0,9917	0,9987	IRS	Beneficia de aumentar escala
ULS do Oeste	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS do Tâmega e Sousa	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde	1,0000	1,0000	1,0000	CRS	Escala ótima
Score médio	0,9787	0,9597	0,9807	-	-

Fonte: Elaboração própria. Nota: IRS – *increasing returns to scale* (rendimentos crescentes); DRS – *decreasing returns to scale* (rendimentos decrescentes); e CRS – *constant returns to scale* (escala ótima).



5. Perspetivas dos utentes e dos prestadores

5.1. Uteses: reclamações

Para verificação do impacto junto dos utentes da alteração organizacional dos cuidados de saúde primários e hospitalares, procedeu-se à análise das reclamações rececionadas pela ERS relativas aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde das 31 ULS de nova geração em termos comparativos com um período anterior à alteração do modelo organizacional. A informação utilizada resulta da extração de dados do SGREC e refere-se a factos ocorridos entre 1 de março de 2022 e 31 de outubro de 2025⁵³.

Durante o referido período, a ERS rececionou um total de 220.791 processos de reclamação⁵⁴, com data de ocorrência nesse mesmo período, relativamente às ULS em questão: 118.000 processos nos 22 meses de 1 de março de 2022 a 31 de dezembro de 2023 e 102.791 processos nos 22 meses de 1 de janeiro de 2024 e 31 de outubro de 2025.

Os resultados apresentados de seguida referem-se ao volume de processos submetidos à ERS, sem qualquer ponderação ou rácio quanto à dimensão dos estabelecimentos, produção ou população alvo.

⁵³ Os dados referentes ao SGREC foram extraídos a 23 de novembro de 2025.

⁵⁴ Não se encontram considerados os processos relativos, exclusivamente, a elogios e/ou sugestões.



Tabela 15 – Número de reclamações remetidas à ERS relativamente às 31 ULS de nova geração, antes e depois da adesão ao modelo, por ano de ocorrência dos factos e tipo de cuidado de saúde

Modelo adotado/ Tipo de cuidado de saúde	2022*	2023	2024	2025**	Total
Antes da integração no modelo ULS					
CSH	30 279	34 757			65 036
CSP	25 536	27 428			52 964
ULS de nova geração					
CSH			34 853	28 870	63 723
CSP			22 771	16 297	39 068
Total	55 815	62 185	57 624	45 167	220 791

*A partir de 1 de março. **Até 31 de outubro.

Fonte: SGREC.

Da análise do número de processos de reclamação rececionados pela ERS com factos ocorridos no período referido, verificou-se um decréscimo acentuado na comparação entre os períodos de 1 de março de 2022 a 31 de dezembro de 2023 e de 1 de janeiro de 2024 a 31 de outubro de 2025 (-26,2%). A ERS encontra-se a acompanhar esta matéria, nomeadamente no âmbito de eventuais constrangimentos que possam existir na submissão de reclamações à ERS⁵⁵ por parte dos prestadores de cuidados de saúde decorrentes da reestruturação organizacional havida.

De acordo com a metodologia de classificação em vigor na ERS, as reclamações são categorizadas em temas e assuntos, a partir de uma análise qualitativa do seu conteúdo.⁵⁶ Uma mesma reclamação pode ter diferentes temas e assuntos, permitindo assim identificar as principais questões assinaladas pelos utentes que recorreram aos serviços de saúde.

⁵⁵ Atenta a importância de garantir o direito à reclamação e o seu respeito por parte dos regulados, a ERS tem vindo a emitir alertas de supervisão, a saber: Alerta de Supervisão n.º 5/2022, relativo à submissão de reclamações, elogios e sugestões à ERS e obrigação de envio de alegações e de resposta ao reclamante no âmbito da respetiva tramitação e Alertas de Supervisão n.º 5/2023 e n.º 1/2024, relativos ao cumprimento das obrigações relativas à tramitação de reclamações e de atualização de dados de registo junto da Entidade Reguladora da Saúde no âmbito da reestruturação prevista no Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.

⁵⁶ Para informação sobre a estratégia de apreciação de reclamações pela ERS, consultar o [Relatório do Sistema de Gestão de Reclamações - Ano 2024](#).



Do universo de 220.791 reclamações referidas na tabela *supra*, a ERS apreciou⁵⁷ 120.807 processos, destacando-se na Tabela 16 os temas mais frequentemente mencionados.

O tema mais referido nos cuidados de saúde primários correspondeu ao “Acesso a cuidados de saúde”, que, em 2022 e 2023, representou 41,76% dos casos (tema visado 21.998 vezes) e 40,30% em 2024 e 2025 (tema mencionado 13.173 vezes). Verifica-se, assim, que os maiores constrangimentos referidos pelos utentes relativamente aos cuidados de saúde primários mantiveram-se, nomeadamente ao nível do acesso.

Tabela 16 – Frequência dos temas mais mencionados nas reclamações apreciadas pela ERS relativas às 31 ULS de nova geração, por ano de ocorrência dos factos e do tipo de cuidado de saúde

Modelo adotado/ Tipo de cuidado de saúde/ Tema	2022*	2023	2024	2025**
Antes da integração no modelo ULS				
CSH				
Cuidados de saúde e segurança do doente	5 785	11 783		
Focalização no utente	6 459	9 742		
Tempos de espera	4 204	7 326		
Acesso a cuidados de saúde	2 959	4 495		
Procedimentos administrativos	2 893	4 301		
Instalações e serviços complementares	679	1 032		
Questões financeiras	683	975		
CSP				
Acesso a cuidados de saúde	10 243	11 755		
Procedimentos administrativos	5 263	6 600		
Cuidados de saúde e segurança do doente	2 880	4 827		
Focalização no utente	3 105	4 558		
Tempos de espera	1 123	1 316		
Instalações e serviços complementares	401	379		
Questões financeiras	87	139		
ULS de nova geração				
CSH				
Focalização no utente			8 542	5 599
Cuidados de saúde e segurança do doente			7 514	5 942

⁵⁷ A apreciação de um processo de reclamação corresponde à análise do seu conteúdo material, da pertinência do seguimento dispensado pelo estabelecimento prestador de cuidados de saúde e das respetivas medidas adotadas, quando aplicável; à análise da resposta endereçada ao reclamante, bem como à averiguação da necessidade de intervenção regulatória adicional.



Modelo adotado/ Tipo de cuidado de saúde/ Tema	2022*	2023	2024	2025**
Acesso a cuidados de saúde			5 452	5 443
Tempos de espera			4 788	3 506
Procedimentos administrativos			3 295	3 375
Instalações e serviços complementares			1 084	1 160
Questões financeiras			857	370
CSP				
Acesso a cuidados de saúde			7 180	5 993
Procedimentos administrativos			4 062	3 030
Focalização no utente			3 092	2 412
Cuidados de saúde e segurança do doente			2 330	1 976
Tempos de espera			799	587
Instalações e serviços complementares			443	622
Questões financeiras			89	69

*A partir de 1 de março. **Até 31 de outubro.

Fonte: SGREC.

Ademais, e conforme previamente referido, os temas podem ser desagregados em diversos assuntos. A Tabela 17 apresenta os três assuntos mais visados (86,16% dos casos) relativamente ao tema “Acesso a cuidados de saúde”, nos prestadores de cuidados de saúde primários e no período considerado.

Tabela 17 – Assuntos mais visados nas reclamações com o tema “Acesso a cuidados de saúde”, relativas às 31 ULS de nova geração, nos cuidados de saúde primários e por ano de ocorrência dos factos

Acesso a cuidados de saúde ⁵⁸	2022*	2023	2024	2025**	Total
Resposta em tempo útil/razoável ⁵⁹	4 620	6 163	3 023	2 445	16 251
Regras dos TMRG	3 129	3 039	2 303	1 829	10 300
Inscrição em médico de família	1 332	1 429	579	414	3 754

*A partir de 1 de março. **Até 31 de outubro.

Fonte: SGREC.

⁵⁸ Assuntos pertencentes ao tema: COVID-19, Cuidados transfronteiriços, Discriminação em razão da entidade financiadora, Discriminação em razão de características pessoais, Discriminação em razão de deficiência, Discriminação em razão do estado de saúde, Emissão de credencial para transporte, Entraves imputáveis à entidade financiadora, Regras dos TMRG, Inscrição em médico de família, Liberdade de escolha do prestador, Redes de referênciação, Regras do SIGIC, Rejeição em razão da entidade financiadora/subsistema, Rejeição em razão de características pessoais, Rejeição em razão de deficiência, Rejeição em razão do estado de saúde e Resposta em tempo útil/razoável.

⁵⁹ Prestação de cuidados de saúde atempada, num período razoável e adequado ao que o utente necessita, garantindo assim a qualidade, utilidade, eficiência e eficácia dos cuidados de saúde prestados. “Resposta” refere-se a resposta a pedidos de agendamento de cuidados de saúde com excessivo intervalo de tempo entre o pedido e a data agendada/efetivação de consultas, MCDT ou outros procedimentos não incluídos nos assuntos TMRG ou SIGIC.



Na análise de reclamações, para além do tema e assunto, são também utilizadas categorias para identificar constrangimentos específicos. Considerando esta análise mais detalhada, no que se refere ao acesso aos cuidados de saúde primários, é possível destacar maiores constrangimentos no acesso à consulta do dia e a consultas planeadas, seguindo-se, no âmbito das Unidades de Saúde Pública (USP), restrições na obtenção do atestado médico de incapacidade multiuso (AMIM). Para além destes, a ERS tem vindo a monitorizar alegadas restrições de acesso a cuidados de saúde no âmbito de saúde infantil no 1.º e 2.º ano de vida, saúde materna, doentes oncológicos, utentes não residentes, cidadãos estrangeiros e imigrantes.

Já relativamente aos cuidados de saúde hospitalares, o tema mais referido no período considerado de 2022 e 2023 foi “Cuidados de saúde e segurança do doente”, representando 27,75% dos casos (tema visado 17.568 vezes), seguindo-se o tema “Focalização no utente”⁶⁰ com 25,59% (tema mencionado 16.201 vezes). Já, em 2024 e 2025, o tema “Focalização no utente” foi o mais referido, tendo representado 24,84% dos casos (tema visado 14.141 vezes), enquanto constrangimentos com “Cuidados de saúde e segurança do doente” representaram 23,64% dos temas mencionados nas reclamações (com 13.456 menções).

A Tabela 18 apresenta os três assuntos mais visados relativamente aos temas “Cuidados de saúde e segurança do doente” (73,04% dos casos) e “Focalização no utente” (68,75% dos casos), nos prestadores de cuidados de saúde hospitalares e no período considerado.

⁶⁰ Tema relacionado com a humanização dos serviços prestados e com os procedimentos adotados pelos prestadores para responder às necessidades e expectativas dos utentes na garantia dos seus direitos.



Tabela 18 – Assuntos mais visados nas reclamações com os temas “Cuidados de saúde e segurança do doente” e “Focalização no utente”, relativas às 31 ULS de nova geração, nos cuidados de saúde hospitalares e por ano de ocorrência dos factos

Temas	2022*	2023	2024	2025*	Total
Cuidados de saúde e segurança do doente⁶¹					
Adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos	2 867	5 501	2 704	2 462	13 534
Qualidade da informação de saúde disponibilizada	754	1 760	1 235	977	4 726
Qualidade técnica dos cuidados de saúde/procedimentos	798	1 838	1 037	726	4 399
Focalização no utente⁶²					
Direito a tratamento pelos meios adequados, humanamente, com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito	1 144	2 814	3 313	1 903	9 174
Delicadeza/urbanidade do pessoal clínico	1 352	2 504	1 838	1 453	7 147
Direito de acesso ao processo clínico/informação de saúde	1 175	1 288	1 404	672	4 539

*A partir de 1 de março. ** Até 31 de outubro.

Fonte: SGREC.

Verifica-se, assim, que a alteração do modelo organizacional não teve impacto nos temas mais visados nas reclamações dos utentes dos serviços de saúde.

Face ao exposto, importa fazer uma comparação entre as 31 ULS da nova geração com as oito ULS anteriores a 2024, sem qualquer ponderação ou rácio quanto à dimensão dos estabelecimentos, produção ou população alvo.

⁶¹ Assuntos pertencentes ao tema: Adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos, Qualidade técnica dos cuidados de saúde/procedimentos, Qualidade da informação de saúde disponibilizada, Sistemas de triagem, Integração e continuidade dos cuidados, Dispensa de medicação/dispositivos de apoio, Quedas/acidentes, COVID-19, Violência/agressão/assédio, Avaliação de comorbilidades, Sistema de identificação do doente, Infecção associada aos cuidados de saúde, Sistema de identificação/realização de procedimento, Sistema de identificação de relatórios/resultados de MCDT, Sistema de identificação/administração de fármaco, Esterilização, desinfeção e circuitos de sujos e limpos, Adequação da dieta e Habilitações dos profissionais.

⁶² Assuntos pertencentes ao tema: Direito a tratamento pelos meios adequados, humanamente, com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito, Delicadeza/urbanidade do pessoal clínico, Direito de acesso ao processo clínico/informação de saúde, Delicadeza/urbanidade do pessoal administrativo, auxiliar ou de apoio, Acompanhamento durante a prestação de cuidados, Direito à privacidade/confidencialidade dos dados, Consentimento informado e esclarecido, COVID-19, Direito à reclamação, Dispersão dos serviços, Acompanhamento em fim de vida, Respeito por convicções ideológicas, religiosas, étnicas ou socioculturais, Direito a segunda opinião, Testamento vital/diretivas antecipadas de vontade e Disponibilidade da Direção.



Tabela 19 – Número de reclamações remetidas à ERS relativamente às oito ULS, por ano de ocorrência dos factos e tipo de cuidado de saúde

Tipo de cuidado de saúde	2022*	2023	2024	2025**	Total
CSH	2 366	2 335	2 736	2 149	9 586
CSP	1 732	1 735	1 597	1 212	6 276
Total	4 098	4 070	4 333	3 361	15 862

*A partir de 1 de março. **Até 31 de outubro.

Fonte: SGREC.

Do universo de 15.862 reclamações remetidas, a ERS apreciou 8.815 processos de reclamação, verificando-se na tabela 20 os temas mais visados pelos utentes.

Tabela 20 – Frequência dos temas mais mencionados nas reclamações apreciadas pela ERS relativas às oito ULS, por ano de ocorrência dos factos e do tipo de cuidado de saúde

Tipo de cuidado de saúde / Tema	2022*	2023	2024	2025**
CSH				
Cuidados de saúde e segurança do doente	572	929	640	552
Focalização no utente	590	762	732	476
Tempos de espera	304	486	337	297
Acesso a cuidados de saúde	205	302	339	271
Procedimentos administrativos	201	285	220	213
Instalações e serviços complementares	44	39	91	101
Questões financeiras	21	24	22	8
CSP				
Acesso a cuidados de saúde	659	735	470	367
Procedimentos administrativos	355	377	279	214
Focalização no utente	309	369	261	196
Cuidados de saúde e segurança do doente	280	456	185	124
Tempos de espera	61	82	77	37
Instalações e serviços complementares	30	38	44	60
Questões financeiras	16	7	5	2

*A partir de 1 de março. **Até 31 de outubro.

Fonte: SGREC.

Desagregando os temas em diversos assuntos, verifica-se que os assuntos mais referidos nos cuidados de saúde hospitalares, tanto no tema “Cuidados de saúde



e segurança do doente” como no tema “Focalização no utente”, mantêm-se os mesmos.

Tabela 21 – Assuntos mais visados nas reclamações com os temas “Cuidados de saúde e segurança do doente” e “Focalização no utente”, relativas às oito ULS, nos cuidados de saúde hospitalares e por ano de ocorrência dos factos

Temas	2022*	2023	2024	2025*	Total
Cuidados de saúde e segurança do doente					
Adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos	286	424	245	218	1 173
Qualidade técnica dos cuidados de saúde/procedimentos	100	188	116	92	496
Qualidade da informação de saúde disponibilizada	63	162	100	103	428
Focalização no utente					
Direito a tratamento pelos meios adequados, humanamente, com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito	128	253	314	139	834
Delicadeza/urbanidade do pessoal clínico	138	231	185	176	730
Direito de acesso ao processo clínico/informação de saúde	105	77	101	39	322

*A partir de 1 de março. **Até 31 de outubro.

Fonte: SGREC.

De igual forma, nos cuidados de saúde primários, os assuntos mais visados no tema “Acesso a cuidados de saúde” são os mesmos dos apresentados nas reclamações das 31 ULS de nova geração.

Tabela 22 – Assuntos mais visados nas reclamações com o tema “Acesso a cuidados de saúde”, relativas às oito ULS, nos cuidados de saúde primários e por ano de ocorrência dos factos

Acesso a cuidados de saúde	2022*	2023	2024	2025**	Total
Resposta em tempo útil/razoável	324	472	240	189	1 225
Regras dos TMRG	171	112	132	100	515
Inscrição em médico de família	64	74	38	23	199

*A partir de 1 de março. **Até 31 de outubro.

Fonte: SGREC.

Assim, da análise do exposto verifica-se que os constrangimentos identificados até então pelos utentes dos serviços de saúde, quer nos cuidados de saúde



primários, quer nos cuidados de saúde hospitalares, são em tudo similares antes e após a alteração do modelo organizacional.

Sem prejuízo, salvaguarda-se, quanto aos resultados obtidos, que criação das ULS de nova geração, ainda recente, impede que se possa fazer uma análise mais compreensiva e completa, que permitiria a obtenção de resultados mais conclusivos.

Importa notar, por um lado, que os dois períodos de 22 meses comparados não são homólogos e apresentam diferenças marcantes. O primeiro período, de 1 de março de 2022 a 31 de dezembro de 2023, inclui duas vezes os meses de novembro a dezembro, em 2022 e 2023, que costumam estar associados a uma maior afluência de utentes nos serviços, devido a doenças sazonais, e coincidiu com 14 meses do período da pandemia COVID-19.

Acresce que a análise dos assuntos e temas baseou-se nas reclamações apreciadas pela ERS.

5.2. Prestadores: inquérito

Para avaliar o grau de integração de cuidados de saúde, a monitorização e o desempenho, a articulação com os municípios e com os cuidados de proximidade, e as perspetivas estratégicas das ULS, foram disseminados *online*, através da plataforma LimeSurvey, entre agosto e novembro de 2025, dois inquéritos por questionário⁶³ dirigidos às 39 ULS: um ao grupo das ULS criadas em 2024 e um ao grupo de ULS existentes antes de 2024. Embora a maioria das questões seja comum aos dois grupos, os questionários incluem ainda um conjunto de questões adicionais, ajustadas às especificidades associadas aos diferentes níveis de integração das ULS. Assim, enquanto as ULS anteriores a 2024 já operam com processos mais consolidados, as ULS criadas em 2024 encontram-se em fases iniciais de implementação de novos procedimentos, pelo

⁶³ O preenchimento do questionário foi solicitado ao abrigo do n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.



que algumas questões foram adaptadas para captar estas realidades distintas.

Ambos os questionários foram estruturados em quatro secções principais:

Parte I – Integração de cuidados de saúde;

Parte II – Monitorização e avaliação do desempenho;

Parte III – Articulação com municípios e cuidados de proximidade; e

Parte IV – Estratégia para os próximos anos.

O tratamento das respostas foi desagregado tendo em consideração os dois grupos mencionados:

- (i) as oito ULS criadas antes de 2024; e
- (ii) as 31 ULS constituídas em 2024.

A análise que se segue apresenta os principais resultados obtidos, permitindo comparar padrões, identificar diferenças estruturais entre os dois grupos de ULS e compreender as dinâmicas de integração.

Parte I – Integração de cuidados de saúde

No que respeita às vantagens da integração dos cuidados de saúde prestados pelos hospitais com as restantes unidades, observa-se que as oito ULS criadas antes de 2024 assinalaram a *“melhor articulação dos percursos de cuidados (marcação bilateral de consultas, consultadoria nos ACeS/USF, por exemplo)”*, enquanto esta vantagem foi assinalada por 83,9% das 31 ULS constituídas em 2024 (Gráfico 2). A *“gestão mais integrada de recursos humanos e financeiros”* foi também uma das mais referidas por ambos os grupos, tendo sido indicada por 87,5% das oito ULS e por 90,3% das 31 ULS.

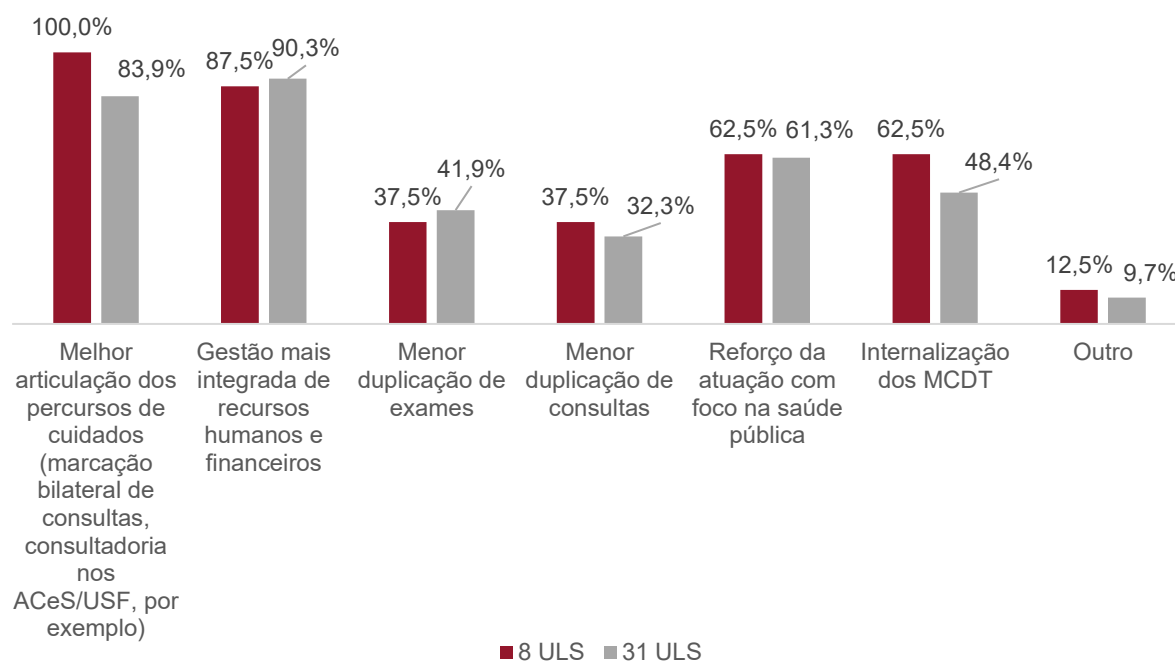
As vantagens relacionadas com a redução de duplicações de cuidados de saúde apresentaram valores menos expressivos. Em relação à *“menor duplicação de exames”*, 37,5% das oito ULS e 41,9% das 31 ULS assinalaram esta opção. De forma semelhante, a *“menor duplicação de consultas”* foi indicada por 37,5% das oito ULS e por 32,3% das 31 ULS. Quanto ao *“reforço da atuação com foco na*



saúde pública” surge com percentagens próximas entre os dois grupos, tendo sido mencionado por 62,5% das oito ULS e por 61,3% das 31 ULS.

A questão da “*internalização dos MCDT*” apresentou uma diferença mais visível entre grupos – 62,5% das oito ULS e 48,4% das 31 ULS referiram a internalização como uma vantagem da integração de cuidados. Por fim, a categoria “Outro” foi mencionada por 12,5% das oito ULS, onde foi destacado a maior complementaridade e agilização de processos resultantes da integração. Quanto às 31 ULS, 9,7% indicaram esta opção “outro”, e descreveram referências à gestão integrada da doença, descrita como promotora de melhoria na prestação de cuidados e com impacto positivo nos resultados em saúde dos utentes. Foi também referido, por este grupo, a maior continuidade e proximidade dos cuidados, associada a ganhos de eficiência e a um aumento da satisfação dos utentes, bem como a melhor interoperabilidade dos sistemas de informação clínicos, salientando o efeito que tal articulação pode ter na tomada de decisão.

Gráfico 2 – Identifique as principais vantagens da integração dos cuidados de saúde prestados no(s) vosso(s) hospital(is) com as restantes unidades de cuidados de saúde



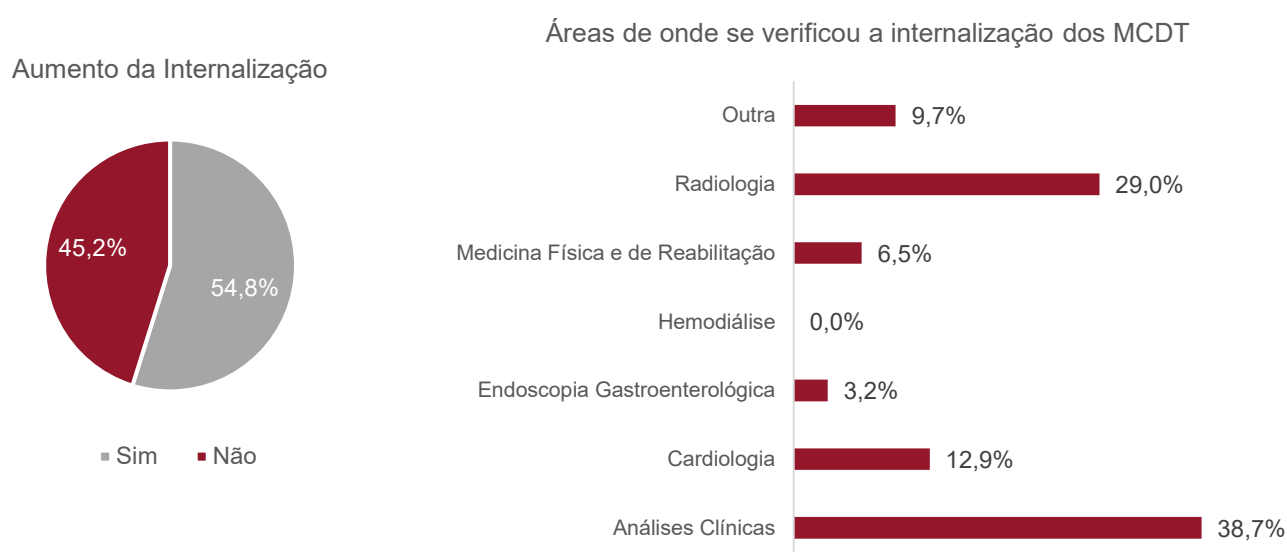
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

Nota: Multirresposta.



No âmbito das 31 ULS, foi colocada a questão “*Com a criação da ULS, verificou-se um aumento da internalização dos MCDT?*”, tendo 54,8% das ULS respondido afirmativamente (Gráfico 3). Para as ULS que assinalaram “sim”, foi solicitado que identificassem as áreas onde esse aumento se verificou, destacando-se as Análises Clínicas (38,7%), a Radiologia (29,0%) e a Cardiologia (12,9%). Adicionalmente, na opção “Outro”, foram ainda referidas as seguintes áreas: Medicina Nuclear, Estudos do Sono, Provas Respiratórias, Anatomia Patológica e Pneumologia.

Gráfico 3 – Internalização dos MCDT nas 31 ULS



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

Nota: Multirresposta para as áreas de onde se verificou a internalização dos MCDT.

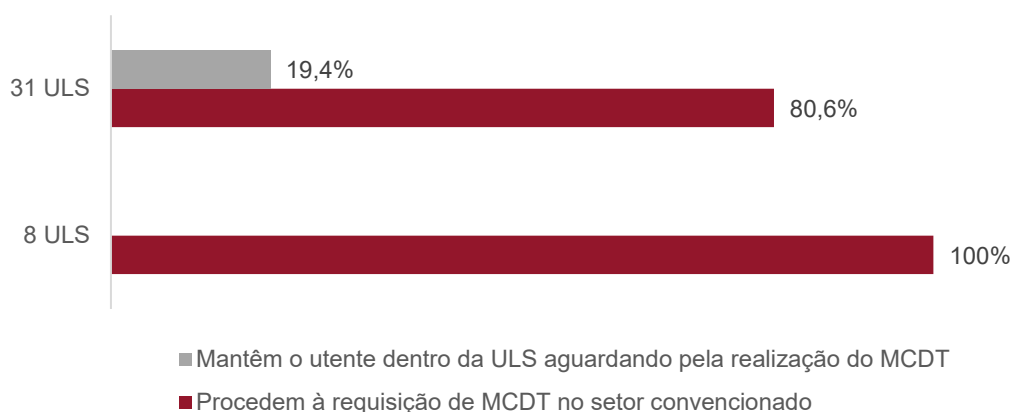
A análise do Gráfico 4 permite observar os procedimentos adotados pelas ULS quando não existe capacidade interna atempada para a realização de MCDT, conforme previsto no Despacho n.º 12876-C/2024, de 29 de outubro, da Secretária de Estado da Gestão da Saúde. No grupo das oito ULS, todas indicaram proceder à requisição de MCDT ao setor convencionado. Nas 31 ULS, 80,6% referiram requisitar MCDT no setor convencionado, e as restantes, 19,4%, indicaram manter o utente na ULS para realização do MCDT. A este respeito a ERS emitiu o Alerta de Supervisão n.º 7/2025 da ERS⁶⁴, alertando para a necessidade de respeito pelos TMRG e/ou tempos clinicamente aceitáveis para

⁶⁴ Alerta de Supervisão n.º 7/2025 da ERS disponível no website em: [Alerta de Supervisão 7/2025](#).



a realização de MCDT, bem como para necessidade de garantir a prestação de informação completa, verdadeira e inteligível aos utentes, sobre os aspetos relativos ao seu acompanhamento clínico, bem como sobre as alternativas existentes, para salvaguarda de um acesso adequado. A este respeito, a maioria das ULS reportou recorrer ao setor convencionado.

Gráfico 4 – Nas situações em que inexista capacidade de resposta interna atempada na instituição para a realização de MCDT (conforme disposto no Despacho n.º 12876-C/2024), de que forma procedem



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

Em relação às formas através das quais os utentes podem requisitar MCDT no setor convencionado, constata-se que 62,5% das oito ULS afirmaram que a requisição pode ser feita através por todas as vias identificadas no questionário, em concreto: através dos canais disponibilizados pelo SNS; através do atendimento administrativo presencial na ULS; e através de contacto direto com a entidade convencionada do SNS onde pretendem realizar o MCDT. Por outro lado, 25,0% apontaram para a requisição apenas através dos canais disponibilizados pelo SNS e, com menor expressão, 12,5% indicaram que a requisição é feita apenas através do contacto direto com a entidade convencionada onde o MCDT será realizado. Considerando as 31 ULS de nova geração a requisição “*apenas através do contacto direto com a entidade convencionada*” foi indicada por 32,3% das unidades, e as opções “*apenas através dos canais disponibilizados pelo SNS*”, “*através de qualquer uma das hipóteses anteriores*” e “*através de nenhuma das hipóteses anteriores*” foram



cada uma assinaladas por 22,6% das ULS. Adicionalmente, nenhuma das 31 ULS referiu a possibilidade de requisição “*apenas através do atendimento administrativo presencial na ULS*” (Tabela 23).

Tabela 23 – De que forma os utentes podem requisitar os MCDT ao setor convencionado

De que forma os utentes podem requisitar os MCDT ao setor convencionado:	8 ULS	31 ULS
Apenas através dos canais disponibilizados pelo SNS	25,0%	22,6%
Apenas através do atendimento administrativo presencial na ULS	0,0%	0,0%
Apenas através de contato direto com a entidade convencionada do SNS onde pretendem realizar o MCDT	12,5%	32,3%
Através de qualquer uma das hipóteses anteriores	62,5%	22,6%
Através de nenhuma das hipóteses anterior	0,0%	22,6%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

Entre os constrangimentos indicados pelas ULS na articulação entre os hospitais e as unidades de cuidados de saúde primários, destacaram-se as dificuldades relacionadas com a interoperabilidade dos sistemas, mencionadas por 75,0% das oito ULS e por 80,6% das 31 ULS. A cultura organizacional ainda segmentada entre hospital e cuidados de saúde primários foi referida por 87,5% das oito ULS e por 67,7% das 31 ULS (ver Tabela 24).

Os prestadores descreveram as dificuldades operacionais e o impacto do volume de trabalho no processo de integração. Nesse âmbito, foi igualmente indicada a necessidade de alinhamento dos sistemas de informação, destacando-se a importância da adoção de uma solução comum entre cuidados primários e hospitalares, com referência à integração dos sistemas SONHO e SClinico.

Foram também destacados constrangimentos relacionados com a ausência de sistemas de informação integrados, que dificultam o processo de integração, bem como limitações de tempo e de recursos para implementar as medidas previstas, referindo que, apesar da intenção, alguns processos se encontram ainda em fase de transição ou dependentes da integração de profissionais provenientes de estruturas anteriores.

As dificuldades relacionadas com o funcionamento ou disponibilidade dos sistemas de informação, incluindo lentidão, limitações de *hardware* ou



constrangimentos no apoio técnico, foram assinaladas por 25,0% das oito ULS e por 29,0% das 31 ULS. Os constrangimentos relacionados com a definição orgânica e clarificação de competências decisórias, incluindo aspetos como fluxos de decisão e procedimentos, foi indicada por 12,5% e 16,1%, respetivamente.

As restrições de recursos humanos constituem igualmente um constrangimento na ótica das ULS, identificado por 50,0% das oito ULS e por 41,9% das 31 ULS. A categoria “Outro” foi selecionada apenas pelas 31 ULS (6,5%), tendo sido descritas dificuldades associadas à articulação dos regimes legais, nomeadamente em matérias laborais, de contratação pública e de autorização de despesa, resultantes do facto de as ULS integrarem simultaneamente entidades provenientes do Setor Público Administrativo (SPA) e do Setor Público Empresarial (SPE).

Foi também assinalado como constrangimento, por uma ULS, a elevada dimensão territorial e populacional, associada a um financiamento *per capita* considerado reduzido.

Adicionalmente, foi referido o carácter contínuo do processo de criação das ULS, destacando que os constrangimentos têm vindo a ser ultrapassados com recurso ao esforço das equipas existentes, embora se considere necessário o reforço das mesmas.

Em complemento à questão anterior e para as ULS que identificaram como constrangimento as “*restrições de recursos humanos*”, solicitou-se que especificassem as categorias profissionais e áreas onde estes constrangimentos se verificam. Na análise das respostas, constatou-se que tanto as oito ULS como as 31 ULS referiram carências em múltiplas categorias profissionais. De forma geral, foram identificadas necessidades significativas de médicos, incluindo Medicina Geral e Familiar e diversas especialidades (como Cardiologia, Neurologia, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Obstetrícia/Ginecologia, Gastroenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Medicina Interna e outras). As ULS referiram igualmente insuficiências de enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (incluindo fisioterapia, cardiopneumologia, nutrição, ortóptica, psicologia e terapias diversas), bem



como necessidades nas áreas de apoio administrativo, ao nível dos assistentes técnicos e assistentes operacionais.

Algumas ULS descreveram carências transversais a praticamente todas as categorias profissionais, incluindo limitações estruturais relacionadas com aumento de atividade sem reforço correspondente de equipas, dificuldades na contratação, rotatividade e constrangimentos burocráticos. Foram também referidas necessidades específicas decorrentes da integração organizacional, nomeadamente a adaptação de profissionais oriundos dos antigos ACES, bem como dificuldades associadas à gestão de recursos humanos em contextos geográficos e populacionais mais exigentes.

Tabela 24 – Identifique os principais constrangimentos na articulação entre o(s) hospital(is) e as unidades de cuidados de saúde primários

Identifique os principais constrangimentos na articulação entre o(s) hospital(is) e as unidades de cuidados de saúde primários:	8 ULS	31 ULS
Dificuldades relacionadas com a interoperabilidade dos sistemas	75,0%	80,6%
Dificuldades relacionadas com o funcionamento/disponibilidade de sistemas de informação (lentidão, insuficiência de hardware, falta de resposta por parte dos gabinetes de sistemas de informação)	25,0%	29,0%
Cultura organizacional ainda segmentada (hospital vs. cuidados de saúde primários)	87,5%	67,7%
Dificuldades relacionadas com a definição orgânica e a clarificação de competências decisórias, nomeadamente ao nível do organograma, dos fluxos de decisão, dos procedimentos instituídos, entre outros	12,5%	16,1%
Restrições de recursos humanos	50,0%	41,9%
Outro	0,0%	6,5%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

Nota: Multirresposta.

A Tabela 25 apresenta as medidas ou instrumentos de gestão adotados, ou previstos, para assegurar a integração, articulação e comunicação entre as unidades de cuidados de saúde. As oito ULS anteriores a 2024 referiram utilizar protocolos conjuntos de atuação entre unidades. A atualização de procedimentos e regulamentos internos surge igualmente com expressão relevante (87,5%), a par da implementação de equipas multidisciplinares e da nomeação de pontos focais entre o hospital e os cuidados de saúde primários, ambas referidas por 62,5% das unidades. A existência de sistemas de informação partilhados foi igualmente mencionada por 62,5% das ULS.



No grupo das 31 ULS criadas em 2024, as medidas mais frequentemente indicadas foram: a existência de equipas multidisciplinares (87,1%), a atualização de procedimentos e regulamentos internos (80,6%), a definição de protocolos conjuntos de atuação e a nomeação de pontos focais hospital/cuidados de saúde primários (ambos assinalados por 74,2% das ULS). A utilização de sistemas de informação partilhados foi identificada por 54,8% das unidades. Por último, 3,2% das ULS referiram não adotar nenhuma das medidas listadas, e 9,7% assinalaram a opção “Outro” – em que destacaram a realização de reuniões de trabalho conjuntas e de formação conjunta, enquanto instrumentos adicionais de articulação.

Em complemento à questão anterior, foi solicitado, às ULS que identificaram a importância das “*equipas multidisciplinares*” como medida potenciadora da integração, que especificassem as equipas em funcionamento. No contexto das oito ULS, foram referidas as equipas multidisciplinares sobretudo nas áreas de cuidados continuados e cuidados paliativos, insuficiência cardíaca e diabetes, bem como as equipas dos cuidados de saúde primários. Foram ainda mencionadas equipas e comissões técnicas e clínicas, como:

- Jornadas Clínicas e projetos de acompanhamento de utilizadores frequentes do serviço de urgência;
- Comissão Local de Informatização Clínica (CLIC);
- Comissões e núcleos técnico-clínicos nas áreas de aleitamento materno, coordenação clínica, doação de órgãos, oncologia, ética, farmácia e terapêutica, qualidade e segurança do doente, saúde materna e infantil, trauma e transfusão;
- Núcleos de enfermagem especializados;
- Gestão de caso e percursos assistenciais integrados;
- Equipas nas áreas de doença crónica, saúde mental, pediatria, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), administração de fármacos em ambulatório e programas de saúde pública.

As 31 ULS apresentaram um conjunto vasto de equipas multidisciplinares, abrangendo cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e serviços de



suporte (como planeamento, gestão, informática). Entre as equipas referidas destacam-se:

- Equipas nas áreas de cuidados paliativos, nutrição, psicologia, saúde materna, doenças respiratórias e centro de diagnóstico pneumológico;
- Equipas afetas a projetos específicos de integração de cuidados, enquadrados nos eixos estratégicos das ULS;
- Equipas de monitorização climática, Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), ambiente e sustentabilidade, humanização, integração de cuidados e gestão de altas;
- Equipas comunitárias e especializadas: saúde mental, prevenção da violência, apoio a crianças e jovens em risco, vacinação, gestão de risco e auditorias clínicas;
- Equipas afetas aos Planos Assistenciais Integrados (PAI), estratificação de risco, hospitalização domiciliária e teleSaúde;
- Comissões técnico-científicas (ética, qualidade e segurança, farmácia e terapêutica, feridas, emergência, saúde pública, contingências sazonais);
- Grupos de trabalho sobre percursos clínicos integrados (insuficiência cardíaca, diabetes, DPOC, saúde oral, depressão, doença aguda, cancro do cólon e reto, lombalgia, audiologia, rastreios e monitorização remota);
- Equipas de gestão do doente crónico complexo, unidades coordenadoras funcionais e equipas interdisciplinares de estilos de vida saudáveis;
- Estruturas de cuidados continuados e paliativos, com equipas conjuntas de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares;
- Integração sistemática de profissionais dos cuidados de saúde primários e dos cuidados de saúde hospitalares nas comissões e grupos de trabalho existentes, incluindo projetos de cuidados de saúde baseados em valor.

De forma transversal, várias ULS referiram que as comissões e equipas passaram a integrar elementos dos dois níveis de cuidados (cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares), no âmbito da reorganização implementada após a criação das ULS.



Adicionalmente foi solicitado às ULS que especificassem os “*sistemas de informação partilhados*”⁶⁵. Neste contexto, constatou-se que o grupo das oito ULS que identificaram sistemas de informação partilhados, referiram um conjunto diversificado de ferramentas. Entre as respostas, destacam-se os sistemas disponibilizados pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), complementados por plataformas de uso institucional como Microsoft 365. Foi igualmente referida a possibilidade de consulta cruzada do SClínico entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares. Outras ULS listaram soluções específicas, incluindo AIDA, o sistema de visualização de imagiologia Syngo Carbon, o domínio único de autenticação que permite acesso transversal aos serviços da ULS, bem como aplicações como Remedy, LIS, PACS e outras ferramentas clínicas e laboratoriais, incluindo módulos de ligação entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares o programa HEPIC de vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos.

No grupo das 31 ULS que identificaram os “*sistemas de informação partilhados*”, foi referida uma variedade de sistemas e plataformas utilizados ou em fase de implementação. Entre os exemplos indicados surgem o SClínico, sistemas de requisição de compras e análises, e plataformas institucionais como JOne. Algumas ULS sinalizaram novas aquisições ou processos de migração para sistemas integrados, incluindo SClínico Hospitalar/SONHO, plataformas de agendamento de MCDT, o Registo de Saúde Eletrónico, Uphill, IQVIA, e sistemas associados à gestão de horários, recursos humanos e documentação (como SmartBusiness, Sisqual, Filedoc, WebRHV, EasyVista, SGTD e Gesmanth). Foram também mencionados sistemas de gestão de *stocks* (GHAF, GLLINT), portais internos, ferramentas de *business intelligence* (BI), plataformas de arquivo digital e sistemas próprios desenvolvidos internamente para integração de fluxos informacionais (HIS).

Algumas ULS indicaram ainda iniciativas de integração tecnológica em curso, incluindo migração para SClínico/SONHO, criação de domínio único de autenticação e desenvolvimento de intranet comum a cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares. Entre as plataformas aplicadas em

⁶⁵ Questão aplicável apenas às ULS que selecionaram esta opção na questão anterior.



áreas assistenciais específicas foram mencionadas soluções para gestão do doente crónico (incluindo telemonitorização), a Plataforma Integra, e sistemas de integração para RIS, imagiologia, teleconsulta, vacinação e requisição de bens e serviços. Outras respostas descreveram que a evolução dos sistemas depende de processos de revisão contratual ou de agendas nacionais definidas pelos SPMS.

Tabela 25 – Identifique as medidas ou instrumentos de gestão que foram adotados, ou estão previstos, para garantir a integração, articulação e comunicação entre as unidades de cuidados de saúde

Identifique as medidas ou instrumentos de gestão que foram adotados, ou estão previstos, para garantir a integração, articulação e comunicação entre as unidades de cuidados de saúde:	8 ULS	31 ULS
Equipas multidisciplinares	62,5%	87,1%
Protocolos conjuntos de atuação	100,0%	74,2%
Nomeação de pontos focais hospital/cuidados de saúde primários	62,5%	74,2%
Sistemas de informação partilhados	62,5%	54,8%
Atualização dos procedimentos e regulamentos internos dos departamentos/serviços/unidades operacionais	87,5%	80,6%
Nenhuma	0,0%	3,2%
Outro	0,0%	9,7%

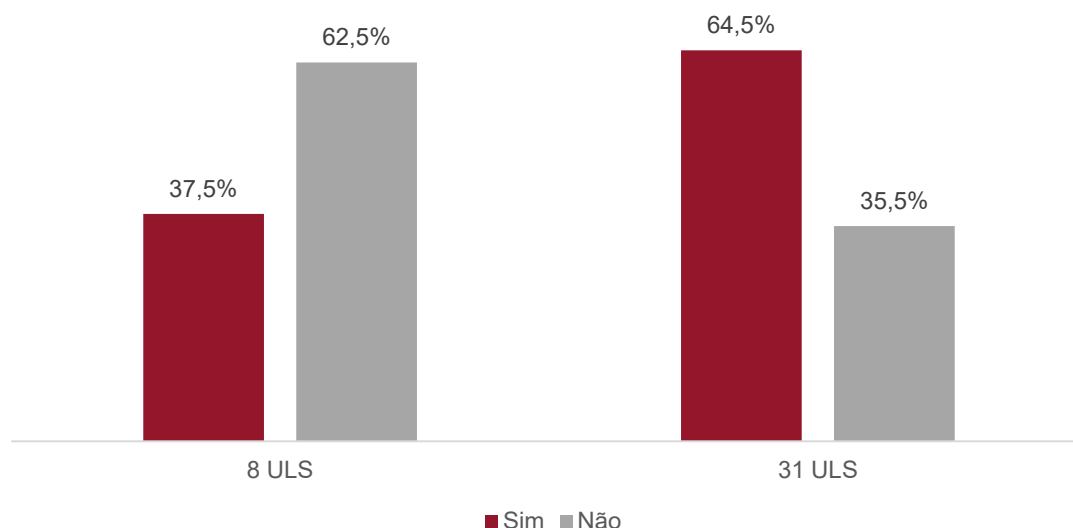
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

Nota: Multirresposta.

No que respeita à articulação de serviços entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários, em determinados casos, persiste a necessidade de o utente recorrer aos cuidados de saúde primários para obtenção ou emissão de documentos (Gráfico 5). Entre o grupo das oito ULS, 37,5% indicaram que essa necessidade ainda se verifica. No grupo das 31 ULS, a existência dessa necessidade é mais elevada (64,5%).



Gráfico 5 – A articulação de serviços implica, ainda assim, a necessidade de recurso aos cuidados de saúde primários pelo utente para obtenção ou emissão de determinados documentos?



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

A Tabela 26 apresenta os tipos de documentos para os quais as ULS referiram continuar a ser necessário o utente recorrer aos cuidados de saúde primários, considerando apenas as ULS que responderam afirmativamente à questão anterior (três das oito ULS anteriores e 20 das 31 ULS criadas em 2024). No grupo das oito ULS, a necessidade mais frequentemente assinalada correspondeu à emissão de Certificados de Incapacidade Temporária (CIT) em contexto de episódios de urgência pouco urgentes ou não urgentes (aplicável a 66,7% das ULS), seguida pela prescrição de MCDT para correção de insuficiências no procedimento de referenciação para primeira consulta hospitalar (33,3%). No grupo das 31 ULS, a necessidade mais referida foi a prescrição de MCDT para correção de insuficiências no procedimento de referenciação para primeira consulta hospitalar (75,0%), seguindo-se os CIT em episódios de urgência pouco urgentes ou não urgentes (45,0%).

Das 30,0% ULS criadas em 2024 que referiram outros documentos destaca-se ser necessária a emissão, nos cuidados primários, de toda a documentação legalmente dependente dos cuidados de saúde primários, incluindo a inscrição



no Registo Nacional do Utente (RNU), documentos para Juntas Médicas não abrangidas pela Portaria n.º 171/2025/1, de 10 de abril, e documentos associados a Fisioterapia e Certificados Multiuso.

Como justificação para a necessidade de recurso aos cuidados primários, nestas situações, foram destacadas limitações tecnológicas, bem como algumas dificuldades decorrentes do processo de transição organizacional em curso.

Tabela 26 – Quais os documentos que dependem dos cuidados primários?

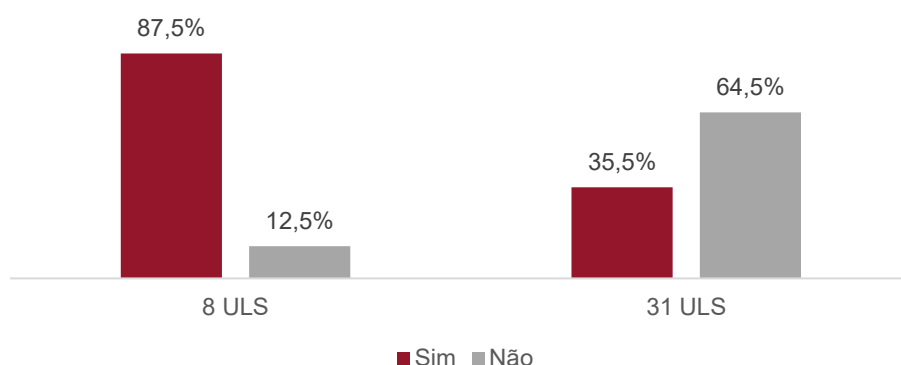
Quais os documentos que dependem dos cuidados primários?	8 ULS	31 ULS
Certificados de Incapacidade Temporária: em contexto de consulta hospitalar programada	0,0%	15,0%
Certificados de Incapacidade Temporária: em contexto de atendimento em serviço de urgência hospitalar nos episódios triados com prioridade urgente, muito urgente ou emergente	0,0%	25,0%
Certificados de Incapacidade Temporária: em contexto de atendimento em serviço de urgência hospitalar nos episódios triados com prioridade pouco urgente ou não urgente	66,7%	45,0%
Prescrição de MCDT para correção de insuficiências no procedimento de referenciação para primeira consulta hospitalar	33,3%	75,0%
Outro	0,0%	30,0%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.
Nota: Do grupo das oito ULS responderam três ULS e do grupo das 31 ULS responderam 20 ULS.

No que respeita à possibilidade de o utente realizar, num único balcão, vários pedidos relativos a distintas unidades da entidade, verificou-se que esta funcionalidade se encontra disponível na maioria das oito ULS (87,5%), contrastando com 35,5% das 31 ULS criadas em 2024, que possuem este tipo de atendimento (Gráfico 6).

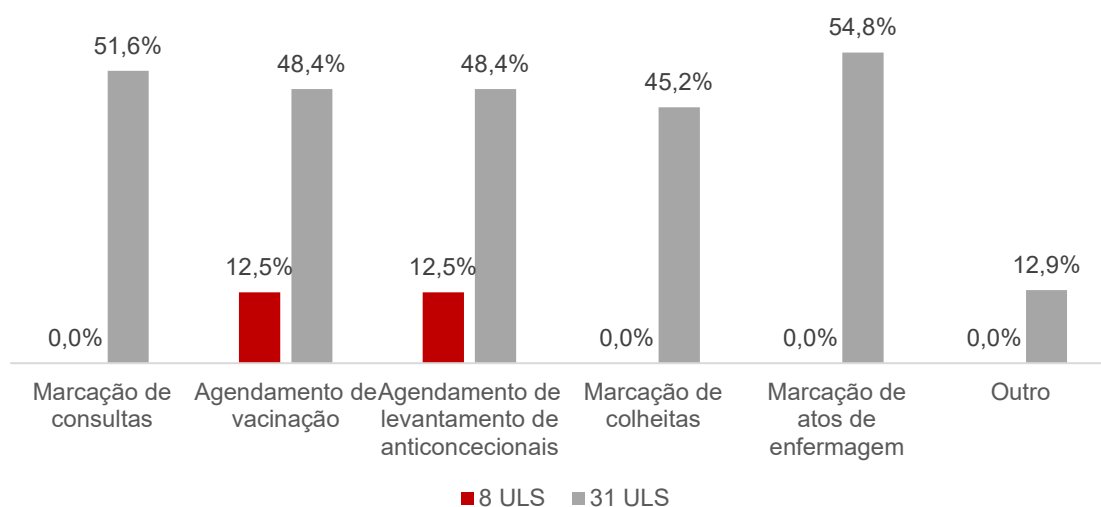


Gráfico 6 – A organização dos estabelecimentos da entidade permite ao utente fazer vários pedidos referentes a distintas unidades num mesmo balcão?



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

No âmbito dos pedidos que não são passíveis de centralização, em 12,5% das oito ULS anteriores a 2024 não admitem o agendamento de vacinação e o agendamento de levantamento de anticoncepcional, estando todos os restantes pedidos disponíveis ao utente num mesmo balcão de atendimento (Gráfico 7). Nas 31 ULS observou-se um padrão distinto, caracterizado por uma maior limitação dos pedidos que podem ser realizados de forma centralizada. Em mais de metade das 31 ULS criadas em 2024 (54,8%) não é possível a marcação de atos de enfermagem, ou a marcação de consultas (51,6%) de forma centralizada. De forma semelhante, 48,4% referiram não ser possível o agendamento de vacinação e o levantamento de anticoncepcional, e 45,2% referiram não estar disponível de forma centralizada a realização de pedidos de marcação de colheitas de análises clínicas.

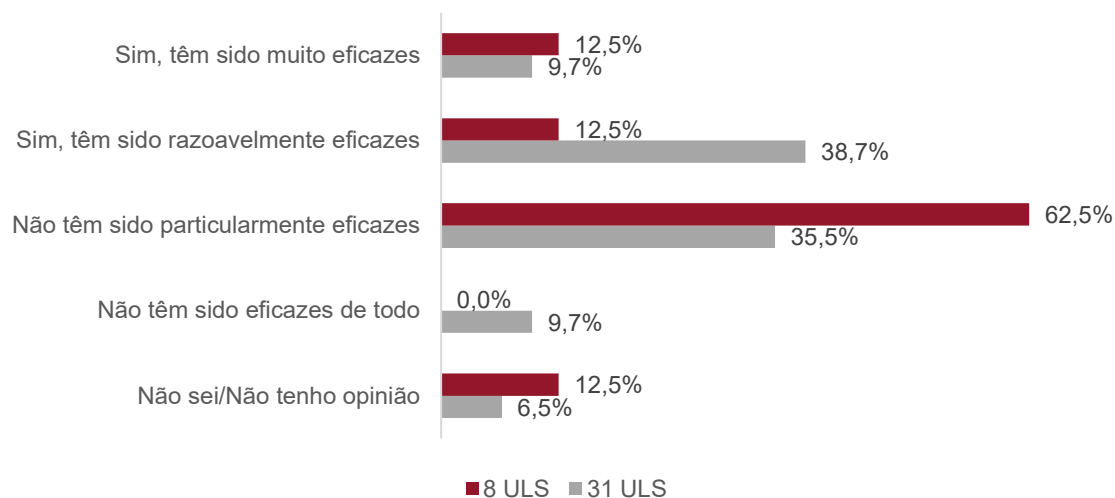
**Gráfico 7 – Indique por favor quais os pedidos que não são admitidos**

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

No que respeita à eficácia dos instrumentos de gestão disponíveis na promoção da integração, 62,5% das oito ULS consideraram que estes instrumentos não têm sido particularmente eficazes, e 12,5% que têm sido muito eficazes, não tendo nenhuma ULS considerado que os instrumentos tenham sido totalmente ineficazes (Gráfico 8). Do grupo das 31 ULS criadas em 2024, 35,5% considerou que não têm sido particularmente eficazes e 38,7% que têm sido razoavelmente eficazes, enquanto 9,7% avaliaram-nos como muito eficazes.



Gráfico 8 – Consideram que os instrumentos de gestão disponíveis (sistemas de informação, estratificação por risco, contratualização, etc.) têm sido eficazes na promoção da integração?



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

Quando questionadas sobre em que medida os instrumentos de gestão têm contribuído para a promoção da integração, as oito ULS referiram sobretudo que estes instrumentos permitem uma visão mais articulada e global da instituição, facilitando uma utilização mais eficiente dos recursos humanos e materiais. Foi ainda indicado que existe, por parte da tutela, uma estratégia consistente de disponibilização de ferramentas de gestão, nomeadamente plataformas de BI (BI-CSP, BI Hospitalar, BI de Morbilidade e BI de Estratificação do Risco). Contudo, foi reconhecido que estas ferramentas permanecem incompletas, por ainda não assegurarem a integração efetiva dos dados entre os diferentes níveis de cuidados, sendo consideradas úteis, mas insuficientes.

Nas 31 ULS, os contributos foram mais diversificados. Algumas destacaram que a integração depende relativamente pouco destes instrumentos, realçando a articulação entre equipas e as reuniões multidisciplinares regulares. Outras salientaram avanços, como a interoperabilidade crescente entre sistemas de informação (SCLínico cuidados hospitalares e CSP), a utilidade da estratificação pelo risco para uma visão integrada da população e o papel da contratualização conjunta, incluindo um único Plano de Desempenho Operacional (PDO), na



definição integrada das necessidades regionais. Foi também referido que o modelo ULS tem permitido consolidar a articulação entre cuidados primários, hospitalares e continuados promovendo uma resposta mais eficiente, segura e centrada no cidadão. Estes instrumentos contribuirão ainda para o alinhamento entre níveis de cuidados, a normalização de procedimentos, a definição de prioridades e o controlo da atividade, reforçando a capacidade de planear, monitorizar e ajustar intervenções, com benefícios adicionais como maior foco na codificação (com impacto no financiamento), formação e desenvolvimento de novas ferramentas de BI. Apesar dos progressos, algumas ULS sublinharam que a eficácia depende de rever os objetivos de integração no contrato-programa e de reforçar as ferramentas de análise (estratificação, conhecimento dos utentes frequentes e informação agregada sobre patologias prevalentes), para melhorar o planeamento e a alocação de recursos, permitindo também uma análise mais rigorosa e medidas corretivas.

Quanto às razões para a menor eficácia, as oito ULS apontaram sobretudo limitações estruturais nos sistemas de informação e na contratualização. Referiram que a contratualização interna poderia ter maior impacto, mas que, em vários casos, os Conselhos de Administração não têm autorizações para concretizar investimentos previstos. A não uniformização dos sistemas é central, sublinhando-se que o SClínico não funciona ainda como processo único do utente, permanecendo separado entre CSP e cuidados hospitalares, o que dificulta instrumentos como o PIIC (Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no SNS). Acresce que a contratualização ocorre em momentos distintos por nível de cuidados, reduzindo o potencial de integração. Ainda assim, foi referido que a estratificação pelo risco, quando plenamente desenvolvida, poderá ajustar o financiamento e adequar a capacidade assistencial às necessidades, sendo também necessária monitorização automatizada da articulação entre unidades e evolução para sistemas mais robustos e alinhados com contratualização baseada em valor.

Nas 31 ULS, os constrangimentos foram mais diversos, mantendo-se o destaque para sistemas de informação e contratualização, ainda não plenamente integrados, e para instrumentos como a estratificação, pouco desenvolvidos ou



não implementados. Várias ULS referiram contratualização tardia e pouca margem de intervenção local, agravada pela não aprovação do PDO 2025, reduzindo autonomia para investimentos e contratação. Persistem diferenças entre sistemas clínicos em CSP e hospitalar, com adaptações/implementações do SClínico e do SONHO previstas apenas para o final de 2025. Indicou-se ainda que a contratualização permanece segmentada entre CSP e CSH, sem interdependência real entre indicadores, e que a cultura organizacional ainda não potencia plenamente o trabalho multidisciplinar. Foram mencionados, adicionalmente, falta de interoperabilidade (incluindo hiatos temporais de contratualização e ausência de integração entre SONHO e SINUS), subfinanciamento, dificuldades em aplicar a estratificação ao financiamento e à contratualização interna, adaptação insuficiente dos instrumentos à realidade ULS, dúvidas sobre o modelo de financiamento e dificuldade de acesso a dados nos sistemas de CSP. Algumas ULS apontaram ainda riscos do “dinheiro segue o doente” penalizar regiões com necessidades diferenciadas e referiram que a estratificação depende da qualidade dos registos clínicos, ainda em fase de melhoria, mantendo-se a contratualização separada entre níveis de cuidados, apesar do modelo integrado preconizado.

No que respeita à adequação da área geográfica de atuação para permitir uma efetiva integração de cuidados, 62,5% das oito ULS consideraram que o território atribuído é adequado, percentagem que corresponde a 83,9% para as ULS criadas em 2024 (Gráfico 9).

Entre as oito ULS que consideraram adequada a sua área geográfica, destacaram a existência de territórios relativamente compactos ou geograficamente bem definidos, incluindo casos em que a ULS coincide com um único concelho de pequena dimensão, o que favorece a proximidade entre equipas e a comunicação interpares. Foram igualmente referidas redes de cuidados bem estruturadas — com múltiplos centros de saúde, hospitais, unidades de urgência e meios de emergência médica — apoiadas por boas acessibilidades viárias e facilidade de contacto entre profissionais.

As ULS evidenciaram ainda que a experiência acumulada desde 2011 tem sido determinante para consolidar práticas integradas.



As 31 ULS que consideraram adequada a sua área de atuação destacaram a proximidade entre unidades, a dimensão territorial equilibrada e a existência de vias de acesso adequadas, como fatores que facilitam a articulação entre cuidados primários, hospitalares e continuados. Em territórios mais vastos, algumas ULS salientaram que, apesar da dispersão geográfica, a integração é assegurada nos principais polos populacionais, beneficiando de redes assistenciais consolidadas. Argumentaram também que a delimitação administrativa clara, a continuidade com áreas de atuação anteriores (como as dos antigos ACES e hospitais) e o facto de muitos territórios corresponderem a comunidades intermunicipais, facilita a definição conjunta de políticas públicas. Em várias respostas foi evidenciado ainda que a escala populacional das ULS permite equilibrar proximidade com massa crítica, potenciando serviços diferenciados, programas de gestão da doença e partilha de recursos. Outras ULS sublinharam que a agregação de unidades num único território, incluindo hospitais diferenciados e múltiplos centros de saúde, proporciona condições robustas para garantir continuidade assistencial ao longo de todo o ciclo de vida. Apesar disso, algumas instituições alertaram para dificuldades persistentes, sobretudo em regiões com dispersão populacional significativa, baixa densidade populacional ou perfis sociodemográficos assimétricos, reconhecendo que estes fatores podem limitar (ainda que não impeçam) a integração plena de cuidados.

Entre as oito ULS que consideraram a área geográfica inadequada para assegurar uma efetiva integração de cuidados, os argumentos apresentados centram-se sobretudo na elevada dispersão territorial, com distâncias que podem ultrapassar os 150 quilómetros entre unidades, dificultando a articulação operacional entre equipas e a coordenação de cuidados.

Foi igualmente referido que, nas zonas limítrofes do distrito, a referenciação dos cuidados primários aos cuidados hospitalares não privilegia a proximidade física, conduzindo a fluxos assistenciais pouco coerentes com a lógica territorial da ULS, situação agravada pela extensa área de influência e pela heterogeneidade dos territórios. Acresce ainda a ausência de transportes públicos adequados, que limita a mobilidade dos profissionais e dificulta a implementação de modelos assistenciais integrados. Embora algumas destas limitações estejam

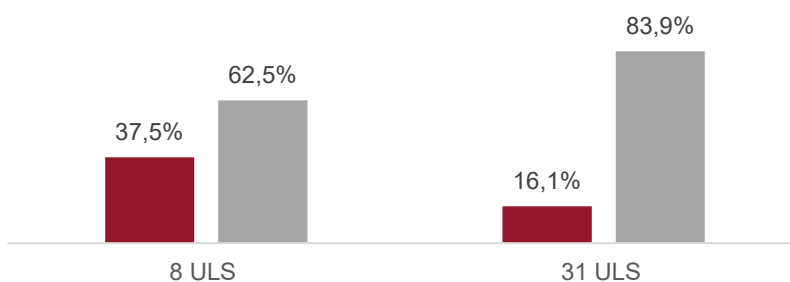


parcialmente mitigadas por ferramentas tecnológicas, as ULS assinalaram que estas soluções ainda não se encontram plenamente disseminadas ou otimizadas.

Nas 31 ULS, os argumentos apresentados seguiram a mesma linha, embora com maior diversidade e complexidade. Foi referido a dimensão muito extensa dos territórios, alguns abrangendo mais de 550.000 habitantes e apresentando especificidades demográficas e sociais marcadas, que exigem maior atenção e dificultam uma integração homogénea dos cuidados.

Várias ULS destacaram ainda que a dispersão geográfica é agravada pelo facto de o território integrar concelhos pertencentes a diferentes comunidades intermunicipais, o que pode gerar desarticulação administrativa e entropias na coordenação interna. Deram exemplos que, em alguns casos, a extensão territorial pode superar os 200 quilómetros, tornando inadequado o modelo de uma única ULS para populações tão vastas e heterogéneas, sobretudo quando associadas a mobilidade reduzida, envelhecimento populacional e pressão assistencial acrescida. Surgiram também menções a situações em que o modelo organizacional vigente tende a ocultar dificuldades estruturais, como a distância substancial entre serviços de urgência (em alguns casos superiores a 100km), revelando limitações significativas para uma integração efetiva. Globalmente, estas ULS sublinharam que a dispersão populacional, a baixa densidade e a existência de fronteiras administrativas não alinhadas com a reorganização dos cuidados constituem obstáculos relevantes à plena integração assistencial.

Gráfico 9 – A área geográfica de atuação da vossa ULS é adequada para permitir uma efetiva integração de cuidados de saúde?

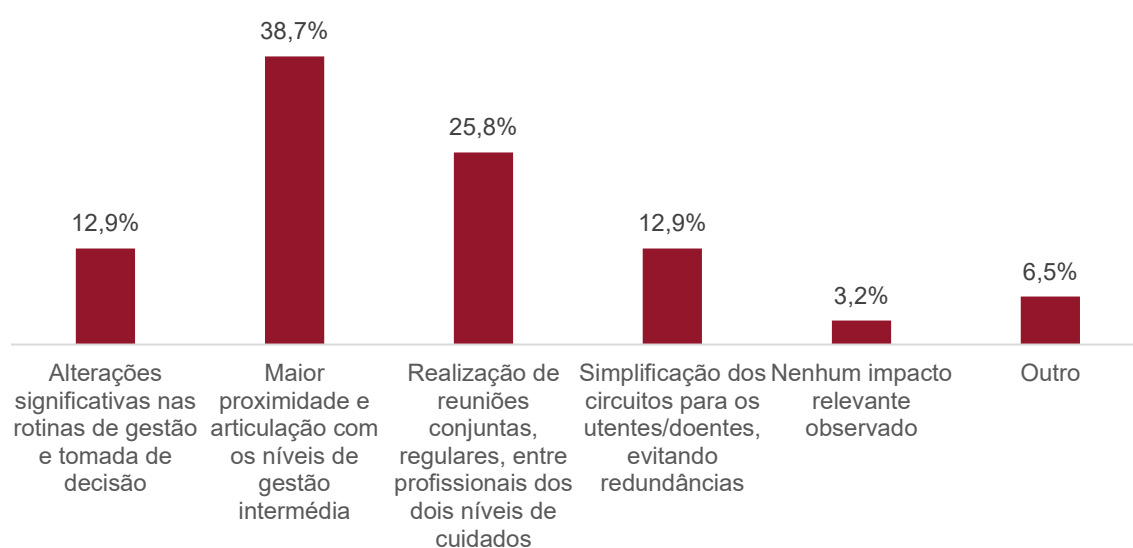


Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.



Relativamente ao impacto da integração em ULS ao nível da gestão das diferentes unidades, 38,7% das 31 ULS referiram ter ocorrido uma maior proximidade e articulação com os níveis de gestão intermédia, enquanto 25,8% destacaram a realização de reuniões conjuntas e regulares entre profissionais dos dois níveis de cuidados. Para 12,9%, a integração traduziu-se em alterações significativas nas rotinas de gestão e nos processos de tomada de decisão, e 12,9% assinalaram uma simplificação dos circuitos do utente, eliminando redundâncias e melhorando a fluidez assistencial. Apenas 3,2% indicaram não ter sido observado qualquer impacto relevante e 6,5% referiram outro tipo de impactos, designadamente uma maior proximidade e articulação entre profissionais, acompanhada pela simplificação de rotinas de gestão e de procedimentos, bem como pela partilha de protocolos clínicos, com benefícios diretos para os utentes (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Que impacto teve a integração em ULS na gestão das diferentes unidades?



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

No espaço destinado a comentários finais, as oito ULS apresentaram contributos muito diversos, incidindo sobretudo na operacionalização diária da integração. Entre os aspetos mais referidos encontram-se desafios relacionados com a dispersão geográfica, a referenciação entre unidades, os constrangimentos de mobilidade e a articulação com estruturas de enquadramento regional, refletindo



as dificuldades já identificadas nas respostas anteriores e a necessidade de aprofundar mecanismos que facilitem a coordenação interna.

As 31 ULS no contexto do processo de integração, referiram que, apesar dos progressos já alcançados – nomeadamente uma simplificação dos circuitos do utente, a realização de reuniões mais frequentes entre profissionais dos dois níveis de cuidados e a consolidação de práticas integradas – existe ainda margem para melhoria à medida que o modelo evolui.

Diversas ULS sublinharam que a integração tem permitido fortalecer uma abordagem centrada na população e nos resultados em saúde, reforçando a continuidade assistencial, a coordenação clínica e a eficiência na utilização de recursos. Outras referiram avanços ao nível da criação de identidade institucional, da partilha de estratégias comuns e da consolidação de uma cultura organizacional centrada no utente.

É também assinalado que a maior proximidade entre o Conselho de Administração e os cuidados primários tem permitido acelerar processos decisórios, embora persistam constrangimentos estruturais herdados das administrações regionais, nomeadamente ao nível dos recursos humanos e financeiros.

Algumas ULS realçaram ainda que o tempo de implementação é ainda curto para uma avaliação conclusiva, enquanto outras apontam especificidades operacionais que não se enquadram totalmente nas opções de resposta disponibilizadas, evidenciando a complexidade da transição em curso.

Parte II – Monitorização e Avaliação do Desempenho

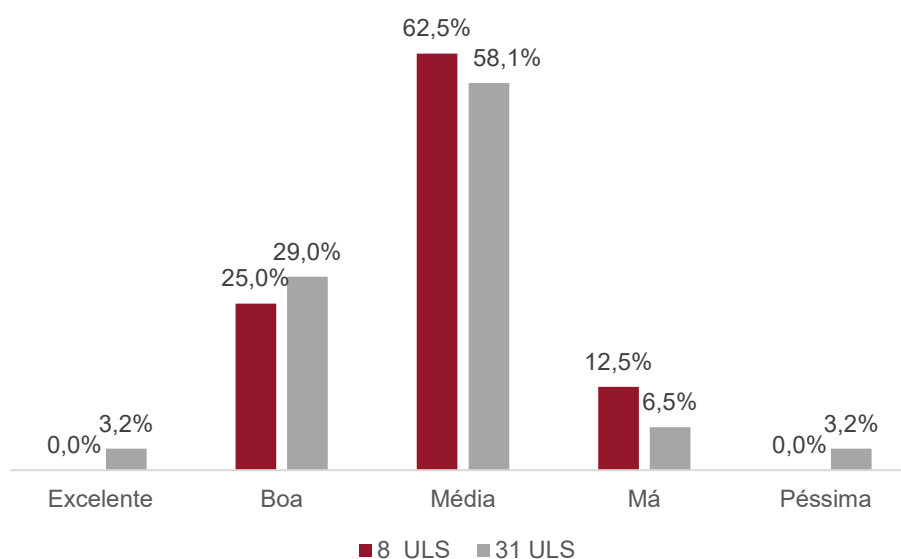
Em relação à avaliação do desempenho do modelo de contratualização, importa destacar que as questões colocadas aos dois grupos de ULS não foram equivalentes. Foi colocada a questão “*Como avaliam o modelo de contratualização*” às oito ULS anteriores a 2024 e a questão “*Com a criação da ULS, como avaliam a mudança do modelo de contratualização?*”, às ULS criadas em 2024.



No grupo das oito ULS, a classificação mais frequente foi “Média”, assinalada por 62,5% das respostas. As avaliações positivas concentraram-se sobretudo na opção “Bom”, com 25,0%, enquanto 12,5% classificaram o modelo como “Mau”. As categorias “Excelente” e “Péssima” não foram selecionadas por nenhuma das oito ULS (Gráfico 11).

Relativamente às 31 ULS, a maioria das respostas também se situou na classificação “Média”, com 58,1%. As avaliações positivas incluíram 29,0% de classificações “Bom” e 3,2% de “Excelente”. No polo negativo, 6,5% das ULS consideraram o modelo “Mau” e 3,2% classificaram-no como “Péssima” (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Avaliação do modelo de contratualização



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

As oito ULS anteriores a 2024 referiram que o modelo vigente assenta maioritariamente na contratualização interna por metas e atividade assistencial, conjugada com a contratualização externa estabelecida no contrato-programa. Foi igualmente referido que o modelo promove um diálogo operacional intenso



entre ULS e DE-SNS, contribuindo para a responsabilização do Conselho de Administração, e que o acompanhamento é assegurado através dos serviços de planeamento e dos órgãos clínicos, com monitorização regular dos desvios e medidas corretivas.

As unidades descreveram um processo que, embora considerado eficaz na definição e acompanhamento de objetivos, apresenta limitações ao nível dos investimentos executáveis e manifesta insuficiências na calendarização e na capacidade de aferir resultados em saúde. No que em concreto se refere à contratualização, apesar de terem sido assegurados os processos formais de homologação dos termos de referência, negociação interna e contratualização externa (CP2025), persistem constrangimentos, nomeadamente atrasos sistemáticos no ciclo contratual e desfasamentos significativos entre a avaliação dos contratos-programa e o desempenho efetivo das instituições, frequentemente com hiatos superiores a cinco anos. Estes lapsos temporais foram identificados como fator que compromete a utilidade regulatória do modelo, sobretudo no que respeita à responsabilização e ao alinhamento atempado com as orientações da tutela. As ULS referiram ainda que a contratualização em dois momentos distintos (contratos-programa e Plataforma de Apoio à Unidade Funcional), e através de mecanismos diferenciados, limita a participação plena das equipas e dificulta a construção de um processo integrado. As ULS destacaram também que o modelo permanece excessivamente centrado em produtividade, penalização por incumprimento e indicadores processuais, recomendando evolução para métricas orientadas a resultados em saúde.

Nesse sentido, foi identificada pelas ULS a necessidade de se antecipar os ciclos de contratualização, clarificar responsabilidades entre DE-SNS e ACSS e reforçar a vertente de medição de resultados e necessidades em saúde da população. Algumas ULS sublinharam ainda que o modelo atual permanece omissivo relativamente a cuidados continuados integrados, cuidados paliativos e saúde pública, e que a ausência de monitorização regular limita a efetividade da contratualização.



Da análise das respostas das 31 ULS criadas em 2024, resultou que a criação das ULS introduziu uma alteração significativa na lógica contratual, centrando o processo numa visão integrada dos vários níveis de cuidados e reforçando a articulação entre planeamento, recursos e gestão clínica.

O modelo foi descrito como seguindo as orientações formais dos termos de referência, com definição de metas assistenciais e económicas, monitorização mensal e mecanismos de incentivo/penalização. A contratualização interna foi descrita como instrumento facilitador da aproximação entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalar, ainda que persistam limitações na autonomia e na tempestividade do processo, especialmente nos cuidados de saúde primários, cuja calendarização continua a ocorrer tardiamente. As ULS descreveram que, no plano externo, as reuniões com a DE-SNS e a ACSS foram globalmente positivas, mas consideram insuficiente a análise detalhada das peças do Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) e dos indicadores, persistindo dúvidas quanto ao modelo de financiamento e à adequação dos orçamentos atribuídos.

Foram, ainda, destacadas preocupações relacionadas com a inexistência de valorização de atividade marginal, a pressão induzida pelo financiamento *per capita* ajustado e pela liberdade de escolha do utente, bem como a insuficiente integração temporal e metodológica entre contratualização dos cuidados de saúde primários e dos cuidados de saúde hospitalares. Este grupo de ULS referiu dificuldades adicionais resultantes do impacto de populações sazonais não contempladas na capitação, da ausência de aprovação do PDO e da falta de transparência em determinadas componentes de financiamento.

As questões que de seguida se apresentam foram direcionadas à aferição do entendimento das 31 ULS criadas em 2024 quanto ao impacto do modelo na autonomia do Conselho de Administração e no tempo médio de espera para efetivação da 1.^a consulta hospitalar.

Por outro lado, e para as novas ULS, foi questionado se com a criação das ULS, o Conselho de Administração passou a dispor de maior autonomia de gestão em diferentes domínios. Os resultados quantitativos mostraram que 80,6% das ULS



referiram maior autonomia na contratação de profissionais, 64,5% na realização de obras de remodelação, 61,3% na compra de medicamentos e 41,9% em outros domínios, como dispositivos médicos (Gráfico 12).

A título de comentários adicionais, na dimensão da contratação de profissionais, as ULS referiram que a autonomia reportada se mantém condicionada pela obrigatoriedade de aprovação do PDO e por autorizações centrais, verificando-se essencialmente autonomia operacional interna, incluindo mobilidade de profissionais entre cuidados hospitalares e primários ou substituições temporárias. Em várias respostas, a autonomia surge descrita como parcial, burocrática ou dependente do calendário de aprovação ministerial.

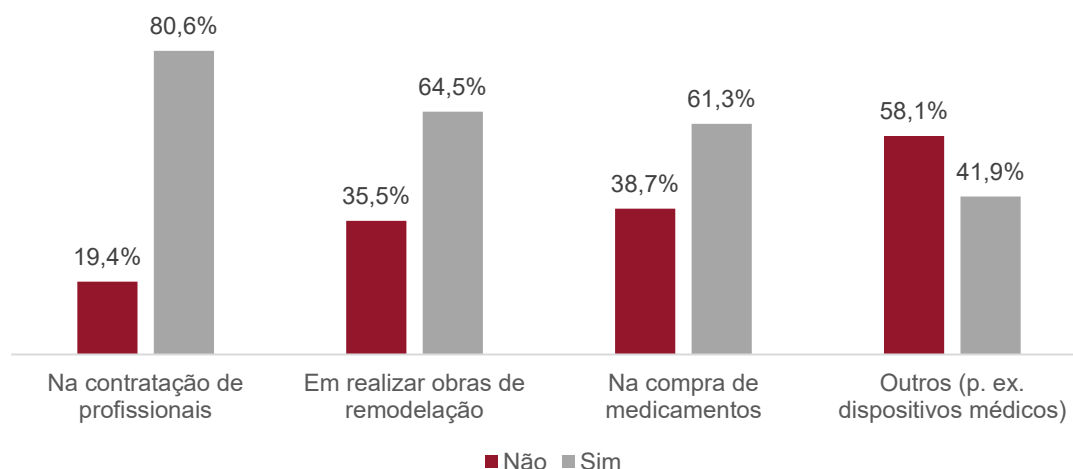
Relativamente à realização de obras de remodelação, os comentários mencionaram que a autonomia existente corresponde sobretudo à capacidade de propor intervenções e estabelecer prioridades, encontrando-se condicionada pela disponibilidade financeira e pela necessidade de autorizações superiores, sendo mais evidente nos cuidados de saúde primários, nas situações em que os municípios assumiram as competências pelas instalações.

No que respeita à compra de medicamentos, as ULS mencionaram que a autonomia decorre da possibilidade de agregação de procedimentos à escala da ULS, permitindo ganhos de eficiência, ainda que enquadrada pelos competentes procedimentos legais de contratação pública e pelas orientações técnicas da tutela. No entanto, a maior parte das ULS entende que, neste domínio, as dinâmicas permanecem semelhantes às do modelo anterior.

A título de complemento, foi destacado que a autonomia não se traduziu em vantagem prática, em particular devido à falta de recursos técnicos e administrativos especializados.



Gráfico 12 – Com a criação da ULS, o Conselho de Administração tem mais ou menos autonomia de gestão?

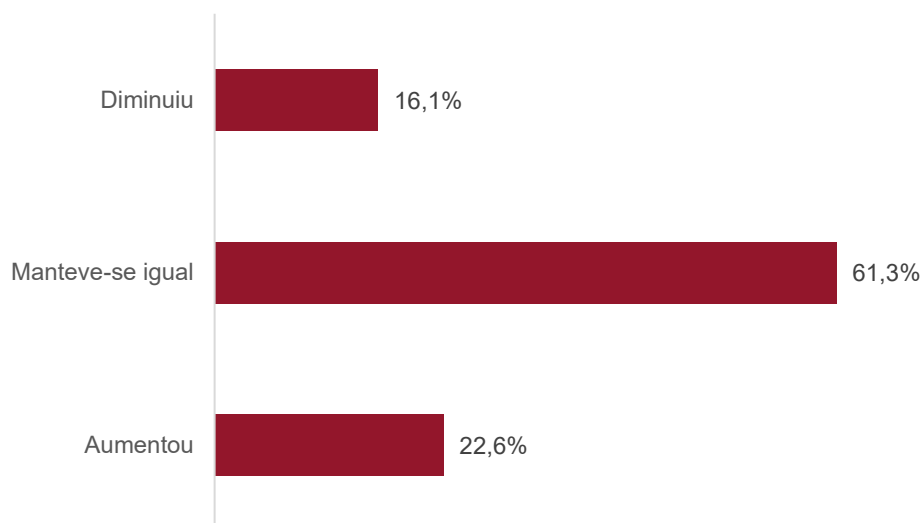


Fonte: Elaboração própria com base nas respostas ao questionário por parte das 31 ULS.

No que se refere à evolução do tempo médio de espera para efetivação da 1.^a consulta hospitalar, após integração dos cuidados de saúde primários nas ULS, 22,6% das ULS referiram que o tempo médio de espera aumentou, 61,3% assinalaram que se manteve inalterado e 16,1% reportaram uma diminuição (Gráfico 13). A título de comentário adicional, algumas ULS referiram que os aumentos estão associados a fatores estruturais, como carência de médicos, aposentações, maior volume de referenciações ou alterações em unidades vizinhas. A manutenção do tempo de espera, em alguns casos, foi justificada por limitações de capacidade, com a transição de sistemas informáticos, bem como pela estabilidade do indicador. Por sua vez, algumas das ULS que reportaram diminuição do tempo de espera, associaram-na à implementação de medidas de gestão e à melhoria dos circuitos de referenciação entre níveis de cuidados.



Gráfico 13 – Após a integração dos cuidados de saúde primários nas ULS, como evoluiu o tempo médio de espera para efetivação da 1.ª consulta hospitalar?



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas ao questionário por parte das 31 ULS.

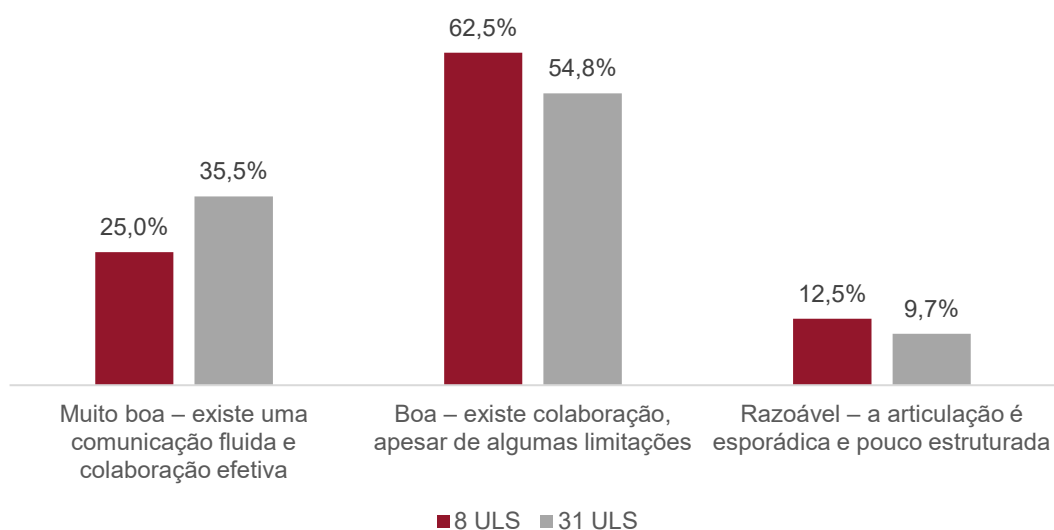
Parte III – Articulação com Municípios e Cuidados de Proximidade

No que respeita à articulação com os municípios no planeamento e acompanhamento das políticas de saúde locais, as respostas revelaram uma apreciação maioritariamente positiva em ambos os grupos. Entre as oito ULS, 25,0% classificaram a articulação como “Muito boa”, 62,5% como “Boa” e 12,5% como “Razoável”. Seguindo a mesma tendência, 35,5% das ULS criadas em 2024 avaliaram a articulação como “Muito boa”, 54,8% como “Boa” e 9,7% como “Razoável” (Gráfico 14).

Importa ainda referir que nenhuma ULS, em qualquer dos grupos, selecionou as opções “*Fraca – existe pouca colaboração e comunicação*”, “*Inexistente – não existe articulação com os municípios*” ou “*Não sabe/Não responde*”, o que justifica ausência de registo dessas classificações no conjunto das respostas obtidas.



Gráfico 14 – Como classificam a articulação com os municípios no planeamento e acompanhamento das políticas de saúde locais?



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

Relativamente à existência de articulação e discussão conjunta dos planos locais de saúde com os municípios, 87,5% das oito ULS e 83,9% das ULS criadas em 2024 afirmaram que esta articulação existe (Gráfico 15).

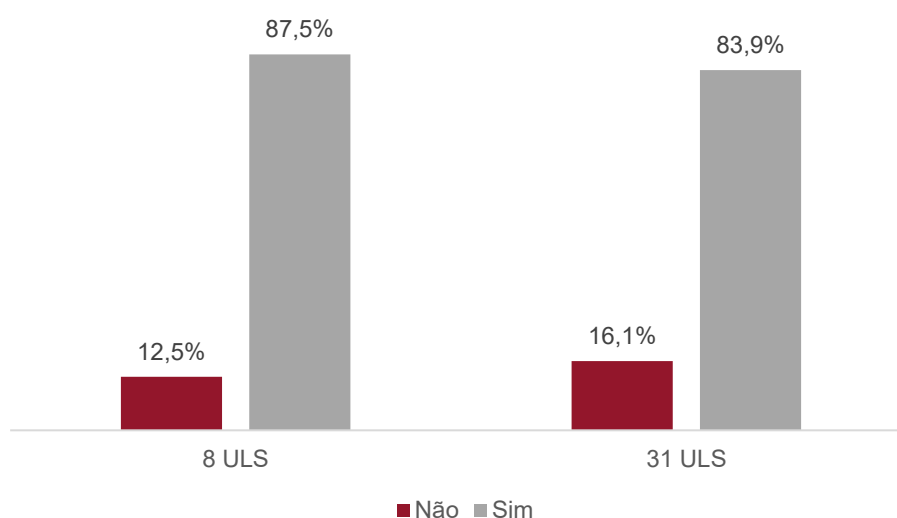
Das respostas dos dois grupos de ULS foi possível concluir que a articulação com os municípios decorre de um modelo de trabalho integrado, baseado na intervenção conjunta na comunidade, na prevenção da doença e na promoção da saúde, sendo destacado o papel dos municípios na elaboração conjunta dos planos locais de saúde, que sucede já na maioria dos casos. Atendendo a que os determinantes de saúde dependem em grande medida de fatores comunitários e sociais, foi reforçada a importância de envolver as autarquias para identificar melhor as necessidades da população, alinhar estratégias de prevenção e coordenar ações entre saúde e setor social.

Não obstante, não deixaram de ser identificadas limitações neste processo de articulação com os municípios (neste caso identificadas pelo grupo das ULS anteriores a 2024), nomeadamente:



- distanciamento entre municípios e ULS no que se refere à definição da estratégia municipal de saúde, apesar de participação noutros fóruns, como as comissões municipais de proteção civil;
- existência de planos locais de saúde ainda em elaboração;
- reduzida interação com as ULS, nos casos em que as Câmaras Municipais recorreram a prestação de serviços externos para elaborar os seus planos;
- necessidade de desburocratizar a relação entre ULS e municípios, tornando-se mais objetiva e orientada para a resolução de problemas da população.

Gráfico 15 – *Existe articulação e discussão conjunta dos planos locais de saúde com os municípios?*



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

No grupo das oito ULS, o papel dos municípios na promoção da saúde e medicina preventiva foi maioritariamente classificado entre “Adequado” e “Bom”. Em concreto, quanto:

- À participação em campanhas de vacinação, 37,5% avaliaram como “Adequado” e “Bom”, e 12,5% como “Insuficiente”.



- (ii) À promoção e apoio a rastreios, 50,0% consideraram o desempenho “Adequado”, 37,5% “Bom” e 12,5% “Muito bom”.
- (iii) À implementação de programas de literacia em saúde, 50,0% classificaram como “Adequado”, 25,0% “Bom”, e 12,5% “Insuficiente”.
- (iv) À colaboração em iniciativas de promoção de estilos de vida saudáveis, foi considerada por 50,0% como “Bom”, 25,0% “Adequado”, e 12,5% “Insuficiente”.
- (v) Ao apoio à saúde pública em contexto escolar ou comunitário, 50,0% classificaram como “Bom”, 25,0% como “Adequado” e 25,0% como “Muito bom”.
- (vi) Ao desenvolvimento de iniciativas dirigidas à população idosa, metade das ULS entendem ser “Muito bom”, 37,5% indicaram “Adequado” e 12,5% “Bom”.
- (vii) Ao desenvolvimento de iniciativas para grávidas, 62,5% das oito ULS consideraram o papel municipal “Adequado”, 25,0% “Insuficiente” e 12,5% “Muito bom” (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Como avalia o papel atual dos municípios nas seguintes áreas da promoção da saúde e medicina preventiva no âmbito das ULS? – 8 ULS



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas ao questionário por parte das oito ULS.



No grupo das 31 ULS, o papel dos municípios na promoção da saúde e na medicina preventiva é, de forma geral, avaliado maioritariamente como “Adequado” ou “Bom”, embora com alguma dispersão entre dimensões, em concreto, quanto:

- (i) À participação em campanhas de vacinação, 35,5% das 31 ULS classificaram o papel municipal como “Adequado” e “Bom”, 9,7% como “Muito bom”, 16,1% “Insuficiente” e 3,2% “Muito insuficiente”.
- (ii) À promoção e apoio a rastreios de saúde, 41,9% assinalaram “Adequado”, 25,8% “Bom” e 9,7% “Muito bom”, enquanto 22,6% consideraram o desempenho “Insuficiente”.
- (iii) À implementação de programas de literacia em saúde, 41,9% classificaram a intervenção municipal como “Adequada”, 41,9% como “Boa” e 6,5% como “Muito boa”, surgindo ainda 6,5% de avaliações “Insuficiente” e 3,2% “Muito insuficiente”.
- (iv) À colaboração em iniciativas de promoção de estilos de vida saudáveis, 48,4% das 31 ULS avaliaram o papel dos municípios como “Bom”, 25,8% como “Adequado” e 19,4% como “Muito bom”, havendo 6,5% que o consideram “Insuficiente”.
- (v) Ao apoio à saúde pública em contexto escolar ou comunitário, 32,3% classificaram o desempenho como “Adequado”, 45,2% como “Bom” e 9,7% como “Muito bom”, e 12,9% “Insuficiente”.
- (vi) Ao desenvolvimento de iniciativas dirigidas à população idosa, 35,5% assinalaram “Adequado”, 41,9% “Bom” e 12,9% “Muito bom”, e 9,7% “Insuficiente”.
- (vii) Ao desenvolvimento de iniciativas dirigidas a grávidas, 38,7% consideraram o papel municipal “Adequado”, 25,8% “Bom”, 29,0% “Insuficiente” e 6,5% “Muito insuficiente” (Gráfico 17).



Gráfico 17 – Como avalia o papel atual dos municípios nas seguintes áreas da promoção da saúde e medicina preventiva no âmbito das ULS? – 31 UL



S

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas ao questionário por parte das 31 ULS.

Relativamente à transferência de competências para os municípios ao nível das instalações, dos assistentes operacionais ou outros profissionais, verificou-se que as oito ULS indicaram, maioritariamente, “*Não*” (62,5%). A opção “*Outro*” foi selecionada por 12,5%, que especificaram que a transferência ocorre apenas no caso de extensões de saúde nos cuidados de saúde primários. Nas 31 ULS, a resposta predominante foi “*Sim para ambos*” (77,4%), e nenhuma destas ULS assinalou a opção “*Não*” (Gráfico 18). Adicionalmente, as ULS descreveram situações de transferência parcial ou diferenciada consoante o município, resultando em modelos mistos dentro da mesma ULS (categorizadas na opção “*Outro*”).



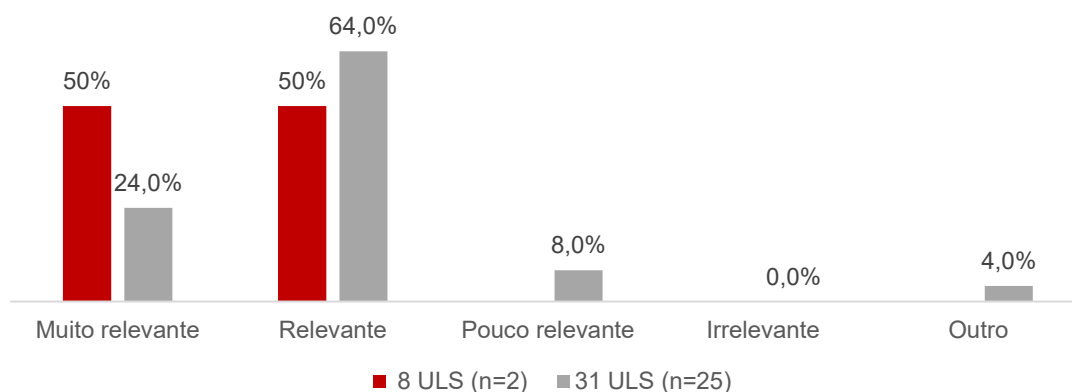
Gráfico 18 – Há transferência de competências para os municípios ao nível das instalações e dos assistentes operacionais ou outros profissionais?



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

Para as ULS que indicaram existir transferência de competências para os municípios, foi solicitado que avaliassem o impacto dessa transferência. No grupo das oito ULS, duas ULS responderam afirmativamente, tendo uma ULS classificado o impacto como “Muito relevante” (50%) e “Relevante” (50%). No grupo das 31 ULS, 25 ULS assinalaram existir transferência, das quais 64,0% avaliaram o impacto como “Relevante” e 24,0% como “Muito relevante”. Apenas 8,0% consideram o impacto “Pouco relevante”, não se registando respostas na categoria “Irrelevante”. Na opção “Outro”, assinalada por 4,0% das ULS, foi descrito que o impacto é considerado relevante, mas não necessariamente positivo (Gráfico 19).

Gráfico 19 – Como avalia o impacto da transferência de competências?



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.



Quanto ao contributo da nomeação de um(a) vogal pelos municípios⁶⁶ ou pela Comunidade Intermunicipal (CIM) para potenciar ou facilitar a articulação entre a ULS e os municípios, 75,0% das oito ULS consideraram que esta participação tem um impacto positivo, enquanto 61,3% das ULS criadas em 2024 têm entendimento contrário (Gráfico 20).

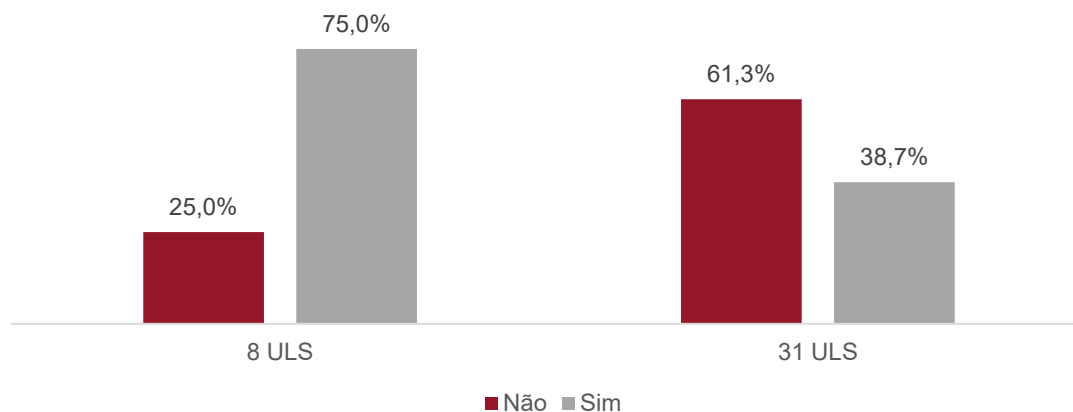
Foram destacadas, por ambos os grupos de ULS, as seguintes vantagens da presença do vogal:

- promove um diálogo mais próximo com a CIM e facilita a articulação operacional com os municípios;
- introduz uma melhor perceção das necessidades das populações;
- permite maior interação, alinhamento estratégico e partilha de informação, contribuindo para agilizar processos e melhorar a definição conjunta de objetivos (designadamente em áreas como envelhecimento, ação social, literacia, ambiente e estilos de vida saudáveis);
- contribui para uma gestão mais integrada e participativa, permitindo soluções mais contextualizadas e eficazes, facilitando a resolução conjunta de problemas comuns aos vários municípios;
- funciona como ponto focal, reduzindo esforços de coordenação e aumentando a eficiência da comunicação com a administração local;
- facilita a identificação de oportunidades de colaboração e respetiva concretização.
- potencia cooperação e investimento conjunto, nomeadamente com comunidades intermunicipais;

⁶⁶ Algumas ULS referiram não ter o vogal nomeado, reconhecem que a sua presença seria uma mais-valia. Não obstante, foi referido que a articulação com os municípios se mantém ativa por outras vias, tendo sido identificadas situações em que a colaboração com municípios e CIM foi descrita como muito positiva, permitindo acompanhamento próximo da delegação de competências, reforço da integração e captação de investimentos, apesar de não existir vogal nomeado.



Gráfico 20 – Considera que a proposta de nomeação de um(a) vogal pelos municípios ou pela Comunidade Intermunicipal (CIM) para o Conselho de Administração da ULS tem contribuído para potenciar ou facilitar a articulação entre a ULS e os municípios da respetiva área geográfica?



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

Parte IV – Estratégia para os próximos anos

De seguida, analisam-se os desafios estratégicos e as barreiras que as ULS antecipam para os próximos anos, de acordo com as respostas aos questionários.

Os principais desafios mencionados pelos dois grupos foram: a maior integração de cuidados entre níveis (hospital, cuidados de saúde primários, reabilitação); o reforço de recursos humanos e fixação de profissionais; e a sustentabilidade financeira e adequação do modelo de financiamento (Tabela 27).

Em relação aos desafios no âmbito da maior integração de cuidados entre níveis (hospital, cuidados de saúde primários, reabilitação), observou-se que 50% das oito ULS e 64,5% das 31 ULS identificaram essa necessidade, ambos os grupos destacaram a necessidade de reforçar circuitos assistenciais, harmonizar procedimentos entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalar, e consolidar percursos integrados centrados no utente. Algumas ULS salientaram diferenças culturais e operacionais entre níveis de cuidados (Tabela 27).



Quanto ao reforço de recursos humanos e fixação de profissionais, foi um desafio assinalado por 75% das oito ULS e 61,3% das 31 ULS. Neste contexto, o grupo das oito ULS referiram dificuldades significativas de contratação e retenção em áreas como Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Ginecologia/Obstetrícia, Anestesiologia, Imagiologia, Neurologia e outras especialidades. Por outro lado, foi descrito com frequência pelo grupo das ULS criadas em 2024 a escassez de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, enfermeiros e profissionais técnicos, bem como o impacto do envelhecimento das equipas.

O desafio relativo à sustentabilidade financeira e adequação do modelo de financiamento foi apontado por 50,0% das oito ULS e 58,1% das 31 ULS. Neste contexto, nas oito ULS foi identificada a necessidade de adequar a capitação ao risco, diferenciação, a distância geográficas e características demográficas (por exemplo a idade dos utentes). Nas 31 ULS foram descritos desafios relacionados com novos hospitais, despesas centralizadas e subfinanciamento estrutural.

Por outro lado, ambos os grupos manifestaram o entendimento de que a responsabilização dos órgãos de gestão pelos resultados em saúde e a desburocratização não configuram desafios no contexto das ULS.

Tabela 27 – Quais considera serem os maiores desafios da administração da vossa ULS nos próximos anos? (% Sim)

Desafio	8 ULS	31 ULS
Maior integração de cuidados entre níveis (hospital, cuidados de saúde primários, reabilitação)	50,00%	64,50%
Reforço de recursos humanos e fixação de profissionais.	75,00%	61,30%
Sustentabilidade financeira e adequação do modelo de financiamento	50,00%	58,10%
Modernização e interoperabilidade dos sistemas de informação	25,00%	29,00%
Desenvolvimento de novas respostas de proximidade (domicílio, hospitalização domiciliária, comunidade)	37,50%	25,80%
Maior autonomia de gestão	0,00%	19,40%
Envolvimento e participação dos utentes e comunidade	12,50%	16,10%
Alinhamento entre políticas locais e nacionais de saúde	25,00%	3,20%
Articulação com a Segurança Social	12,50%	3,20%



Desafio	8 ULS	31 ULS
Responsabilização dos órgãos de gestão pelos resultados em saúde	0,00%	0,00%
Articulação com a RNCCI	12,50%	0,00%
Desburocratização	0,00%	0,00%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

Relativamente às barreiras, destaca-se, em primeiro lugar, a insuficiência de recursos humanos, identificada por 75% das oito ULS e por 71% das 31 ULS, tendo sido descrita como transversal e com impacto significativo tanto nos cuidados de saúde primários como nos cuidados hospitalares (Tabela 28).

Foram referidas carências em múltiplas categorias profissionais, com especial incidência na carreira médica e em diversas especialidades, bem como em enfermagem, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores, assistentes técnicos e técnicos auxiliares de saúde. No caso das 31 ULS, a insuficiência de recursos humanos foi destacada como algo que afeta de forma significativa tanto os cuidados de saúde primários como os cuidados hospitalares. Foi destacada a falta de profissionais em múltiplas especialidades médicas sobretudo medicina geral e familiar, medicina interna, obstetrícia/ginecologia, anestesiologia, oftalmologia, radiologia, ortopedia, gastroenterologia, bem como nas áreas de urgência geral, pediatria e especialidades de apoio.

Em paralelo, surgiram de forma muito expressiva as limitações orçamentais, assinaladas por 25% das oito ULS e por 67,7% das 31 ULS, associadas a dificuldades de adequação, sustentabilidade e evolução do financiamento disponível.

As 31 ULS enfatizaram a inadequação estrutural dos modelos de financiamento, situações de suborçamentação e a perceção de que os recursos financeiros não acompanham o aumento da procura nem a crescente complexidade dos cuidados, limitando o investimento em infraestruturas, equipamentos, inovação tecnológica e contratação ou valorização de profissionais.



Nas oito ULS, foi igualmente salientado que o orçamento disponível não é compatível com a realidade da despesa e das necessidades existentes, tendo o subfinanciamento crónico sido apontado como um entrave significativo ao investimento e ao desenvolvimento institucional.

A resistência à mudança por parte dos profissionais constitui outra barreira relevante, indicada por 12,5% das oito ULS e por 29% das 31 ULS. Nas oito ULS foi sublinhada a necessidade de implementar estratégias motivacionais que potenciassem as vantagens da mudança, enquanto nas 31 ULS se destacou a existência, sobretudo nos cuidados primários, de uma cultura fortemente condicionada pela legislação aplicável, nomeadamente a legislação aplicável às USF, considerada frequentemente incompatível com perspetivas dinâmicas de desenvolvimento organizacional ao nível das ULS, acrescendo a burocracia associada à gestão dos processos.

Foram igualmente referidas dificuldades de coordenação entre níveis de cuidados, identificadas por 25% das oito ULS e por 9,7% das 31 ULS, associadas, no primeiro grupo, a unidades ainda excessivamente fechadas sobre si próprias e à necessidade de definição de processos assistenciais integrados. No segundo grupo, foram indicadas como dificuldades assimetrias nos modelos de remuneração e nos objetivos, tendo-se acrescentado ainda a resistência à mudança por parte dos profissionais.

As limitações dos sistemas de informação foram apontadas por 37,5% das oito ULS e por 32,3% das 31 ULS, destacando-se a insuficiente interoperabilidade, a inexistência de um processo clínico eletrónico único e as dificuldades de integração entre sistemas, com impacto direto na coordenação assistencial.

As ULS apontaram ainda barreiras de natureza burocrática e administrativa, referidas por 25% das oito ULS e por 12,9% das 31 ULS, bem como a falta de autonomia, identificada por 37,5% das oito ULS e por 22,6% das 31 ULS, sobretudo ao nível da gestão de recursos humanos, aquisição de bens e serviços e realização de investimentos.

Por fim, a falta de articulação com outras entidades, como municípios e IPSS, foi identificada por 25% das oito ULS, não tendo sido assinalada pelas 31 ULS,



tendo sido referida a necessidade de criar plataformas eficazes e de reforçar a articulação com estruturas como as Comunidade Intermunicipal (CIM) e a União das IPSS, de forma a promover um diálogo contínuo.

Foi igualmente referido que a integração com outros setores permanece muito incipiente, limitando a coordenação interinstitucional necessária para uma resposta mais integrada.

Tabela 28 – “Quais considera serem as principais barreiras à implementação da estratégia da vossa ULS?” (% Sim)

Barreira	8 ULS	31 ULS
Insuficiência de recursos humanos	75,00%	71,00%
Limitações orçamentais	25,00%	67,70%
Limitações dos sistemas de informação	37,50%	32,30%
Resistência à mudança por parte de profissionais	12,50%	29,00%
Falta de autonomia	37,50%	22,60%
Barreiras burocráticas / administrativas	25,00%	12,90%
Dificuldades de coordenação entre níveis de cuidados	25,00%	9,70%
Falta de articulação com outras entidades (municípios, IPSS, etc.)	25,00%	0,00%
Outro	0,00%	0,00%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas aos questionários por parte das ULS.

6. Conclusões

O alargamento do modelo ULS a todo o território continental constitui uma mudança estrutural no SNS, com impacto direto na forma como se organiza o acesso, se coordenam níveis de cuidados e se utilizam os recursos.

O presente estudo procurou caracterizar esta nova realidade, articulando a perspetiva histórica e jurídica com uma análise empírica do acesso, da utilização, do desempenho económico-financeiro e das perspetivas dos utentes e dos prestadores de cuidados de saúde.

Em primeiro lugar, a caracterização da oferta mostrou que as 39 ULS não formam um conjunto homogéneo, coexistindo unidades de dimensão local e unidades de natureza regional, com diferentes configurações territoriais, incluindo descontinuidades.

Em segundo lugar, a avaliação das necessidades de cuidados de saúde e dos rácios de profissionais nos cuidados de saúde primários confirmou desequilíbrios territoriais significativos. Em ULS do interior como as do Alto Alentejo e Nordeste observaram-se níveis elevados de necessidade, afetando mais de 30% da população, combinados com rácios relativamente baixos de médicos (inferiores a 0,57 médicos por mil habitantes). Por sua vez, 12 ULS apresentaram nível baixo nos rácios de médicos e de enfermeiros por população, com destaque para seis delas, em que foram identificados níveis significativamente baixos em pelo menos um dos rácios: Arrábida, Estuário do Tejo, Loures-Odivelas, Médio Ave, Região de Leiria e Santa Maria.

Nos cuidados hospitalares, a aplicação do método EKD2SFCA evidenciou igualmente heterogeneidade no acesso potencial, com uma minoria da população (1,3%) a residir em concelhos classificados com nível alto de acesso e uma fração não negligenciável (14,2%) a situar-se em concelhos de acesso baixo, sobretudo em territórios mais distantes dos grandes polos hospitalares. Na ULS da Guarda mais de 50% da população tinha nível de acesso baixo (50,3%). Destacaram-se ainda as ULS com mais de um terço da população com



acesso baixo, da Lezíria (36,8%), de Castelo Branco (34,2%), do Alto Minho (38,4%) e do Baixo Alentejo (35,6%).

Em terceiro lugar, a análise do cumprimento dos TMRG mostrou avanços relevantes, mas também persistência de situações de incumprimento relevantes em determinados contextos territoriais

Em concreto, nas cirurgias programadas, a percentagem de doentes com espera superior ao TMRG variou entre valores residuais, próximos de 2%, e valores superiores a 30%, destacando-se as ULS de Almada-Seixal (42,5%), Barcelos/Esposende (36,1%), Alentejo Central (33,2%) e Arrábida (31,7%). Nos tempos de espera para primeiras consultas hospitalares, a dispersão foi ainda mais acentuada, com várias ULS a apresentarem incumprimentos superiores a 60%, nomeadamente Tâmega e Sousa (70,5%), Alto Ave (68,1%), Barcelos/Esposende (66,2%), Matosinhos (66,0%), bem como as ULS da Região de Leiria e de Coimbra (ambas com 65,9%).

A consolidação do modelo ULS exige, por isso, que a integração de cuidados seja acompanhada de uma gestão ativa dos tempos de resposta, de uma melhor articulação entre níveis de cuidados e de mecanismos internos de monitorização que traduzam tempestivamente as situações de risco em ações corretivas.

Em quarto lugar, os resultados relativos à utilização de recursos e à eficiência produtiva, com base em dados de 2024, indicam que as ULS, em média, utilizaram os fatores disponíveis de forma relativamente eficiente (82% das ULS com eficiência técnica sob retornos variáveis), mas com margens de melhoria e diferenças relevantes entre unidades. O rácio médio de enfermeiros por médico nas ULS (2,38, em 2024) foi superior ao valor observado na média da UE-22 (1,97, em 2023 ou ano mais próximo disponível), o que, interpretado à luz da literatura, sugere potencial para uma maior substituição de tarefas e para o reforço de equipas multiprofissionais, desde que assegurada a complementaridade entre profissionais. As análises DEA revelaram scores de eficiência elevados sob retornos variáveis, mas uma proporção significativa de unidades apresentou ineficiências de escala quando avaliada sob retornos constantes, o que aponta para a necessidade de ajustar a dimensão e



configuração de algumas ULS, bem como de aprofundar a coordenação entre estabelecimentos integrados na mesma unidade.

No domínio económico-financeiro, a avaliação com base em dados de 2024 permitiu concluir que o PMP a fornecedores permanece uma variável crítica (média de 96 dias). Apesar de alguma convergência em torno do valor médio nacional, continuaram a observar-se diferenças acentuadas entre ULS com prazos claramente superiores aos 60 dias previstos na legislação e outras com níveis mais contidos. Estas assimetrias são relevantes quer do ponto de vista da sustentabilidade dos prestadores e da confiança dos fornecedores, quer da equidade na afetação de recursos públicos entre regiões. A experiência recente de regularização extraordinária de pagamentos e os enquadramentos legais relevantes reforçam a necessidade de uma monitorização sistemática destes prazos, associando-os a mecanismos de responsabilização da gestão.

Em quinto lugar, a análise das perspetivas dos utentes, através dos 120.807 processos de reclamação recebidos e apreciados pela ERS, relativos a factos ocorridos nas 31 ULS de nova geração entre 1 de março de 2022 e 31 de outubro de 2025, bem como através de 8.803 processos de reclamação apreciados pela ERS que visaram as oito ULS já existentes no mesmo período, mostrou que os temas e constrangimentos reportados se mantiveram globalmente equivalentes, sem alterações significativas, sendo esta leitura condicionada sobretudo pelo facto de a mudança das 31 novas ULS ser ainda muito recente. Neste âmbito, a ERS continua a monitorizar constrangimentos específicos através da categorização das reclamações recebidas, atuando junto do setor regulado sempre que necessário.

Em sexto lugar, as respostas aos questionários dirigidos às ULS entre agosto e novembro de 2025 permitiram observar uma convergência global em três eixos: i) a integração foi percebida como facilitadora de percursos e de coordenação interna; ii) a monitorização do desempenho tende a evidenciar estabilidade (com ganhos ainda heterogéneos); e iii) a articulação territorial com municípios foi apontada, em geral, como positiva, embora persistam limitações operacionais. Em particular, a integração foi associada a ganhos em coordenação clínica, reuniões conjuntas, equipas multiprofissionais e maior consistência de



protocolos, destacando-se que a “melhor articulação dos percursos” foi assinalada por todas as oito ULS anteriores a 2024 e por 83,9% das 31 ULS constituídas em 2024, e que a “gestão mais integrada de recursos humanos e financeiros” foi referida por 87,5% e 90,3%, respetivamente.

Adicionalmente, a maioria das ULS (80,6% das 31 ULS e 100% das oito ULS) referiu privilegiar o recurso ao setor convencionado para realização de MCDT, em situação de insuficiência de capacidade interna, tema que surge enquadrado pelo Alerta de Supervisão n.º 7/2025 da ERS, relativo à necessidade de salvaguarda de acesso oportuno e dos direitos dos utentes na realização de MCDT.

Do ponto de vista da monitorização e avaliação do desempenho após a integração, as ULS apontaram sobretudo a estabilidade do tempo médio de espera para a 1.ª consulta hospitalar (61,3% das 31 ULS indicaram que se manteve inalterado), embora se registassem também perceções de agravamento (22,6%) e de melhoria (16,1%), frequentemente explicadas por fatores estruturais (capacidade, carências de médicos, transição de sistemas) e/ou medidas de gestão e otimização de referenciação.

No plano territorial, a articulação com os municípios no planeamento e acompanhamento das políticas de saúde locais foi avaliada de forma marcadamente favorável em ambos os grupos (nas oito ULS: 25,0% “Muito boa” e 62,5% “Boa”; nas ULS constituídas em 2024: 35,5% “Muito boa” e 54,8% “Boa”), e a discussão conjunta de planos locais de saúde foi assumida como existente pela larga maioria (87,5% e 83,9%, respetivamente), embora subsistam limitações como planos ainda em elaboração e necessidade de desburocratização e maior objetividade na interação. Em termos de capacitação comunitária, o papel municipal na promoção da saúde e prevenção da doença (medicina preventiva) foi descrito maioritariamente como “Adequado”/“Bom”, com maior dispersão em algumas dimensões nas ULS mais recentes (por exemplo, na colaboração em iniciativas de promoção de estilos de vida saudáveis nas 31 ULS: 48,4% “Bom” e 19,4% “Muito bom”, mas com 6,5% “Insuficiente”), sugerindo espaço de melhoria sobretudo onde existe maior dependência da maturidade das parcerias.



Quanto à estratégia para os próximos anos, as prioridades emergiram de forma relativamente alinhada, destacando-se nas respostas o reforço da integração entre níveis (50,0% das oito ULS e 64,5% das 31 ULS), o reforço e fixação de recursos humanos (75,0% e 61,3%) e a sustentabilidade financeira e adequação do modelo de financiamento (50,0% e 58,1%).

Do ponto de vista regulatório, os resultados obtidos apontam para vários desafios. A ERS deverá continuar a acompanhar de perto o cumprimento dos TMRG, com particular atenção aos contextos em que a combinação de necessidades elevadas, menor oferta instalada e dificuldades de mobilidade acentua o risco de desigualdades no acesso.

Por fim, importa reconhecer as limitações deste estudo, nomeadamente a dependência de dados administrativos com níveis de atualização e desagregação nem sempre homogéneos e, principalmente, o facto de o período de observação das novas ULS ser ainda relativamente curto. Estas limitações não diminuem a utilidade dos resultados, mas sublinham a necessidade de continuar a acompanhar, de forma sistemática, a evolução do desempenho das ULS.

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto,
Portugal, 2025

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).



Rua S. João de Brito, 621 L32
4100-455 PORTO - Portugal
T +351 222 092 350
geral@ers.pt
www.ers.pt