
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 cerca de 1,3% 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-existentes.

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.