



# SNS em Foco 2025

Para onde vamos



## ÍNDICE

Índice.....	1
Introdução.....	3
Para onde vamos.....	5
Caminho recente.....	8
Plano de Emergência e Transformação da Saúde (PETS) .....	8
Cuidados de Proximidade .....	11
CAC .....	13
USF C .....	15
Convenções MGF .....	18
Integração de cuidados.....	19
Morbilidade múltipla e Integração de cuidados.....	19
Portaria ECCI .....	22
Doença aguda .....	23
Urgências .....	23
SNS 24 .....	24
INEM.....	26
Recursos.....	27
Profissionais de saúde e o SNS .....	27
Financiamento da saúde.....	28
Plano Plurianual de Desenvolvimento do SNS (PPD-SNS) .....	30
Quadro Global de Referência (QGR) .....	31
Planos de Desenvolvimento Organizacional.....	33
Sistema de informação .....	34
Outros acontecimentos a não ignorar .....	37



O que ficou pelo caminho .....	39
Plano Nacional de Saúde.....	39
Cuidados Continuados .....	39
Saúde Pública .....	40
Saúde Mental .....	42
O papel das autarquias .....	42
Tecnologias da saúde .....	45
Como chegamos até aqui.....	47
Desvalorização do SNS .....	48
Para onde vamos.....	49
Memorando pelo SNS .....	49
Centro de Saúde: Pessoas, Comunidade, Proximidade .....	50
Recriar os centros de saúde .....	52
Principais Mensagens .....	61
Documentos temáticos que contribuíram para a análise .....	66
Orçamento Geral do Estado .....	67
Plano Plurianual para o Desenvolvimento do SNS -Expetativas e Realidades .....	75
Recursos Humanos do SNS .....	84
Da multimorbilidade à integração de cuidados.....	91
Resposta à doença Aguda .....	99
A avaliação das tecnologias no Sistema de Saúde Português .....	108
Ficha Técnica.....	114





## INTRODUÇÃO

Cumprindo o compromisso de apresentar, anualmente, um Relatório, resultante do trabalho de análise desenvolvido no âmbito do seu Observatório, a Fundação para a Saúde mantém a missão de contribuir para a salvaguarda e transformação do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

É cada vez mais importante estar atento, analisar, discutir e comunicar a qualidade da governação e da governança da saúde, sobretudo quando as políticas e as práticas governativas podem representar uma ameaça à continuidade do SNS.

É por isso necessário debater, intervir e contribuir para a sua viabilidade e transformação.

Em 2024, iniciou-se o desenvolvimento de uma abordagem analítica e comunicacional, que caracterizou, em traços gerais, o sistema de saúde português e explicitou, no essencial, os fundamentos do contrato social da saúde.

Posteriormente, apresentou-se um quadro de expectativas em relação ao desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde, aferindo a convergência ou a divergência dessas expectativas com a realidade dos últimos ciclos políticos.

Com esta metodologia, a Fundação para a Saúde não só analisa a realidade, mas também a compara com o que considera ser necessário realizar (expectativas) para que o SNS cumpra a sua missão constitucional de garantir respostas certas no tempo certo às necessidades e aspirações das pessoas.

Continuamos a dar preferência a uma abordagem mais comunicacional, em alternativa ao modelo académico de referências, utilizando-se links diretos para notícias e estudos que ajudam a compreender a realidade.

A análise tem por base o quadro de expectativas anteriormente explicitado, focando-se num conjunto de acontecimentos significativos. Trata-se de uma análise com um carácter subjetivo, que não pretende apresentar juízos como certezas indiscutíveis, mas antes um **convite para um debate informado sobre o SNS e o sistema de saúde**.

Tal como em 2024, a pressão do contexto internacional e os efeitos políticos e económicos dos cenários de guerra, mantêm-se. Mantém-se igualmente, a necessidade de a governação ser transparente na sua agenda e competente na sua execução, com práticas que não se oponham ao discurso, sobretudo no que à defesa do SNS diz respeito.





Figura 1: Quadro de Expectativas para o Desenvolvimento do SNS

Fonte: [https://www.fundacaosns.pt/images/Documentos/SNS\\_em\\_Foco/SNS.em.Foco.2024-Expectativas.e.Realidade.pdf](https://www.fundacaosns.pt/images/Documentos/SNS_em_Foco/SNS.em.Foco.2024-Expectativas.e.Realidade.pdf)

A essência do Quadro de Expectativas é o **Compromisso Social**, estabelecido entre o Estado e as Pessoas, fundamentado, no estrito cumprimento da Constituição (Artigo 64.º “todos têm direito à proteção da saúde (...), direito realizado através de um Serviço Nacional de Saúde”.

A grandeza histórica do SNS exige não complacência, mas responsabilidade quanto à sua preservação e renovação. O SNS deve ser defendido não por nostalgia, mas porque continua a expressar de forma exemplar a ideia democrática de igualdade substantiva. Poucas políticas produziram resultados tão tangíveis e universais: mais anos de vida, menos mortes evitáveis, maior segurança no nascimento, na doença e na velhice, e menor dependência entre rendimento e acesso aos cuidados. Afirmar que o SNS é uma das obras mais notáveis da democracia portuguesa não é retórica: é uma conclusão sustentada pela própria evolução dos indicadores sociais, económicos e de saúde do país.

Em comparação internacional, Portugal apresenta resultados globalmente favoráveis com um esforço financeiro relativamente contido: a despesa *per capita* em saúde permanece cerca de um quinto abaixo da média europeia, mas a esperança de vida excede-a, e a mortalidade evitável e tratável mantém-se significativamente inferior à média da UE e da OCDE. Contudo, esta eficiência aparente coexiste com desafios persistentes, como necessidades de cuidados não satisfeitas, elevados pagamentos diretos das famílias e tempos de espera prolongados — fatores que pressionam a equidade e a sustentabilidade futura (OECD, 2025; Organisation for Economic Co-operation and Development & European Commission, 2025).

O SNS é património de todos, independentemente da condição social e económica de cada um, e merece os cuidados necessários para o proteger, transformar e reforçar, para que possamos garantir a sua continuidade.





## PARA ONDE VAMOS

Em 2024 apresentaram-se dois cenários alternativos para o desenvolvimento do sistema de saúde.

**Cenário 1: SNS de qualidade reforçado por uma rede de cuidados de saúde, que juntam à sua vocação de integrar cuidados de saúde, ações de prevenção da doença e de promoção da saúde**

A ideia de “centro de saúde” constitui a principal dimensão soberana do SNS. A transformação e consolidação do Centro de Saúde deve ser o centro do processo de transformação do SNS.

Quando discutimos coletivamente o modelo de saúde da nossa sociedade, caímos na tentação de priorizar a doença sobre a saúde. O imediatismo do impacto da doença aguda, da emergência, da cirurgia adiada, da consulta atrasada, ultrapassa a perspetiva sobre o nosso ciclo de vida coletivo.

Em boa verdade, a maioria das pessoas atravessa grande parte das suas vidas saudável, ou pelo menos estável, do ponto de vista clínico. Este facto, deveria transportar o foco de atenção para a rede de cuidados primários que acompanha as pessoas e famílias.

Simultaneamente, mesmo quando analisamos os cuidados necessários para a maioria das situações de doença, estes ocorrem ao nível dos cuidados de saúde primários. Basta rever as 15 principais causas de Anos Vividos com Incapacidade em Portugal. Dor lombar, Depressão, Diabetes, Ansiedade, Osteoartrose, Cefaleia, Dor Cervical, Asma, DPOC, Quedas, são alguns exemplos cuja primeira linha de cuidados são os cuidados de saúde primários.

Indicadores internacionais demonstram sustentadamente a qualidade dos cuidados de proximidade em Portugal. Por exemplo, o número de adultos com hipertensão e LDL bem controlada aumentou mais de 40% na última década, ajudando a reduzir a mortalidade cardio- e cerebrovascular. De igual modo, em 2023, Portugal apresenta a segunda taxa mais baixa da UE de internamentos evitáveis no conjunto de asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), diabetes e insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e menos de metade da média do conjunto dos países. Ou noutra perspetiva, Portugal apresenta, há várias décadas, uma das mais elevadas taxas de cobertura vacinal contra um vasto grupo de doenças infecciosas.

Quer do ponto de vista da promoção da saúde, da prevenção e gestão da doença, o enfraquecimento da ideia de “centro de saúde”, que se tem observado nos últimos anos, é, a um prazo não muito distante, fatal para o futuro do SNS.



A sustentabilidade, a capacidade transformadora da rede de proximidade do SNS depende da revisitação e reforço da ideia de “centro de saúde” cada vez mais diferenciado, multiprofissional e eficaz. Rever as USF, as UCC, as ECCI, as equipas de Hospitalização Domiciliária, equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos de forma integrada é um processo imperativo do SNS.

Numa visita recente a Portugal, Hans Kluge diretor para a Europa da OMS, reforçou publicamente, que o SNS português, principalmente através da organização dos seus cuidados de saúde primários, que juntam à sua vocação de integrar cuidados de saúde, ações de prevenção da doença e de proteção e promoção da saúde, são um exemplo a seguir.

Este cenário tem como núcleo o Serviço Nacional de Saúde como património comum, articulado com o setor social e privado, com políticas públicas, atuando através do financiamento e também do desenho e inovação da prestação de cuidados. Este cenário requer um Plano de Desenvolvimento Plurianual do SNS, articulado com uma Estratégia Cooperativa com o Setor Social e Privado.

### **Cenário 2: Processo de desinvestimento progressivo no SNS, com redução da sua capacidade transformativa e substituição por resposta concorrencial**

A contínua degradação do SNS levará, a seu tempo, no domínio da prestação dos cuidados de saúde à sua substituição por um setor concorrencial de prestação de cuidados.

Perante um aumento de 45% na despesa ajustado pela inflação nos últimos 10 anos, tocaram alarmes mediáticos sobre os modelos de gestão do SNS. Pese embora os dados da OCDE de 2025 demonstrem que a nossa despesa em saúde está 20% abaixo da média europeia, com maior esperança de vida e menor mortalidade tratável e evitável do que países como Países Baixos, Alemanha, Finlândia ou Reino Unido, muitas vezes tidos como modelos de gestão mais rigorosos.

Contudo, também é verdade que os aumentos de atividade assistencial frequentes dos últimos anos, não acompanharam proporcionalmente o aumento de despesa. Perante este dilema de gestão e sobre a sustentabilidade financeira do SNS, deveria estar a decorrer a discussão de um modelo de investimento com capacidade de aliar um reforço da capacidade instalada, enquanto se altera o modelo de planear cuidados. Importa relembrar que Portugal ocupa a 25ª posição entre 29 países em termos de gastos em prevenção.

O aumento anual de produtividade de cirurgias e consultas, constituiria motivo para um maior investimento em qualquer setor económico baseado no lucro. Contudo, a última revisão do Quadro Global de Referência impôs um travão significativo ao recrutamento de recursos humanos, fixando um limite de contratações muito inferior ao do ano anterior, e tornou o quadro pouco ambicioso com metas sem evolução na produção de consultas, cirurgias e tempos de espera para os próximos dois anos.

Estamos perante um desinvestimento direto no SNS.

Admitindo a necessidade de controlar a despesa, qualquer mecanismo para aumentar a eficiência passa por rever modelos de governação em saúde e governação clínica. Exames e consultas em excesso, modelo de consulta hospitalar desatualizado, prescrições discutíveis... há enormes oportunidades de melhoria sobre a governação atual, antes de estrangular o acesso a recursos humanos e técnicos fundamentais para garantir cuidados.



Desconhece-se a base de decisão deste corte no Quadro Global de Referência. Fazer menos com menos será uma tarefa fácil de cumprir, mas irá agravar a situação do SNS. A discussão sobre o futuro deve potenciar modelos de maior autonomia, mais financiamento, mais recursos humanos, mais informação, mais integração com o setor social, maior responsabilidade na gestão e maior foco na promoção.

Ao longo de 2024 e 2025, destacamos vários acontecimentos ou medidas implementadas, cujo significado tende a demonstrar a existência de um padrão, que aponta para o caminho da substituição da prestação de cuidados pelo setor concorrencial, com a progressiva regressão do SNS.





## CAMINHO RECENTE

Apesar da análise incidir sobretudo no ano de 2025, com alguma evolução de medidas que foram planeadas e/ou implementadas em 2024, alguns dos aspetos que aqui referimos não foram decisões exclusivas do atual governo. Há muito que o SNS não tem a atenção e o reforço necessário. No entanto, não podemos deixar de sublinhar um conjunto de acontecimentos marcantes, mais recentes, em áreas chave, com impacto direto no SNS e com graves consequências para as Pessoas.

### **Plano de Emergência e Transformação da Saúde (PETS)**

O Programa do Governo (2024) apontou para a necessidade de se estabelecer um “Plano de Emergência do SNS” (PE-SNS), a ser elaborado num prazo de 60 dias, após a sua tomada de posse, em abril de 2024. Foi desde logo evidente que nesse prazo diminuto, seria praticamente impossível elaborar um planeamento rigoroso, de natureza estratégica.

No ato da sua apresentação, o PE-SNS foi substituído pelo [“Plano de Emergência e Transformação da Saúde”](#) (PETS). A sua ênfase deixou de estar na transformação do SNS para passar a estar na transformação do sistema de saúde. Mas nunca foi explicado porquê, nem discutidos os argumentos que fundamentaram essa decisão.

Sabendo que num período tão curto não é possível delinear com a adequada fundamentação e a adesão dos principais atores da saúde, um plano estratégico para o desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde, seria expectável que, após criado o PETS, se iniciasse a preparação de uma Estratégia de Transformação, tirando partido dos diversos recursos técnicos disponíveis no Ministério da Saúde (DGS, ACSS, INSA) e no Estado (PLANAPP).

Esperava-se que depois de abordados os desafios mais imediatos, respeitantes às necessidades mais evidentes e urgentes, haveria a oportunidade de apostar depois nos dispositivos necessários para desenhar e implementar um plano estratégico para um conjunto de reformas estruturais.

Também seria de esperar que a referida Estratégia estabelecesse uma articulação sólida entre o Plano de Emergência e os outros dois pilares do programa de Governo – o Plano Plurianual de Desenvolvimento do SNS (agora Quadro Global de Referência do SNS) e o Plano Nacional de Saúde.

Um ano depois, e já com um novo Programa de Governo, confirmam-se e reforçam-se algumas das conclusões do último relatório SNS em Foco, nomeadamente vários dos aspetos que ficaram por concretizar, bem como as consequências dessa inação:



- Agrava-se a situação no INEM, nas urgências obstétricas, na resposta à doença aguda e na Saúde 24;
- Não há avanços significativos no cumprimento da Lei das Garantias ao Acesso;
- Publicaram-se dois [relatórios de monitorização do PET](#), em dezembro de 2024 e abril de 2025, em que apenas se reportam as percentagens de concretização das medidas previstas e não os seus resultados ou impacto (como custos, ganhos em saúde, etc).

O Grupo de Trabalho responsável pela monitorização do PETS, refere no primeiro relatório, de dezembro de 2024:

Importa deixar claro, particularmente no que toca à eventual e futura divulgação pública do relatório, que o âmbito de atuação do GT é o acompanhamento e seguimento da implementação e desenvolvimento das medidas do PETS e não a avaliação do Plano em si mesmo, não obstante ter sido afirmado, pela Ministra da Saúde, numa das reuniões do GT em que participou, quer o carácter dinâmico do Plano, quer a liberdade do GT para propor o aperfeiçoamento das medidas que o enformam.

Figura 2: Citação do Grupo de Trabalho responsável pela monitorização do PETS

Fonte: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2024/12/RELATORIO-GT-PETS-20.12.24.pdf>

Além dos dois relatórios referidos, existe um espaço online onde se pode acompanhar a “concretização” das medidas. No entanto, pouco ou nada nos diz dos resultados obtidos ou acerca da fundamentação das medidas propostas.

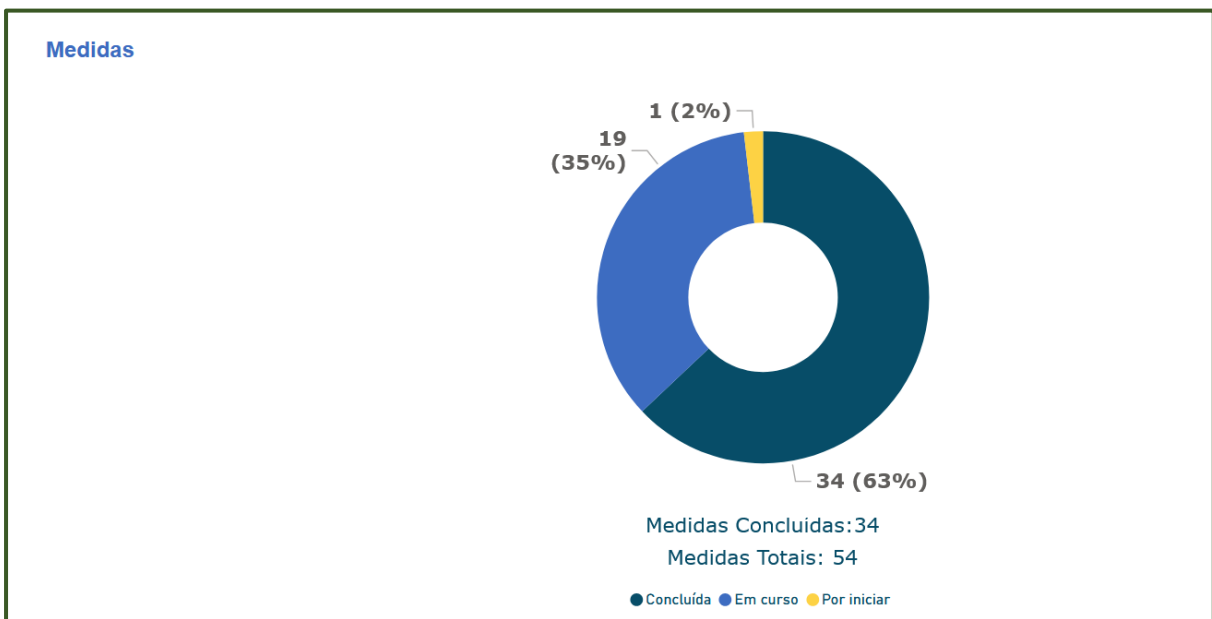


Figura 3: Monitorização do grau de cumprimento das medidas do PETS

Fonte: <https://www.sns.gov.pt/plano-de-emergencia-e-transformacao-na-saude/>

A título de exemplo, analisando a medida A2 do Eixo 1, “Aproximação do SNS ao cidadão através da Linha SNS24”, é possível questionar de que forma pode ser avaliada essa aproximação, se os utentes,



em caso de doença aguda, passaram a receber orientação para não se dirigirem ao seu centro de saúde e à sua equipa de saúde familiar.

No que aos centros de saúde diz respeito, a medida A2 do PETS “Reforço da resposta pública dos CSP em parceria com o setor social”: no relatório de monitorização é afirmado que o Projeto Bata Branca, “até dezembro de 2024 registou um acumulado de 323.674 consultas em cuidados de saúde primários, representando um incremento significativo de 49,83% face ao período anterior”. O que seria positivo compreender era o verdadeiro impacto positivo desta colaboração na ampliação da cobertura de cuidados e na redução de desigualdades no acesso à saúde”, como vem afirmado no referido [relatório](#) de progresso do PETS. Mas não se conhecem os dados.

O mesmo poderia ser questionado relativamente ao início da PPP do Hospital de Cascais, em relação ao serviço prestado em cuidados primários. Também não se conhecem dados de produção. Quem o afirma é o grupo de trabalho que monitoriza o PETS.

O Hospital de Cascais iniciou este serviço nos Concelhos de Cascais e Sintra no primeiro dia permitido pelos acordos (4/11/2024), com capacidade instalada de um Centro de Saúde (UCSP Cascais), com 2 gabinetes médicos, cinco Centros de Saúde (Algueirão-Mem Martins, Terrugem, S. João das Lampas, Pêro Pinheiro e Almargem do Bispo), com 18 gabinetes médicos, da ULSASI.

Não estão disponíveis dados sobre a produção neste componente.

*Estado: Concluída*

Figura 4: Monitorização do grau de cumprimento das medidas do PETS

Fonte: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2025/11/II-RELATORIO-DE-PROGRESSO\\_ABRIL-2025.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2025/11/II-RELATORIO-DE-PROGRESSO_ABRIL-2025.pdf)

O mesmo [relatório](#) indica que “As parcerias com o setor social e privado demonstraram eficácia, mas carecem de alargamento sustentado e avaliação sistemática” e recomenda que a atribuição de médicos de família se faça através de “Incentivar a deslocação e fixação de médicos em zonas carenciadas com medidas como suplementos salariais e progressão na carreira”. Não podíamos estar mais de acordo. Chama ainda a atenção para as seguintes recomendações:

#### 4. Expansão das parcerias com os setores social e privado

- Formalizar modelos de contrato padrão e criar um quadro legal estável para parcerias.
- Estabelecer indicadores de desempenho obrigatórios para instituições parceiras.
- Avaliar a relação de custo-efetividade e replicar modelos bem-sucedidos.

Figura 5: Monitorização do grau de cumprimento das medidas do PETS

Fonte: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2025/11/II-RELATORIO-DE-PROGRESSO\\_ABRIL-2025.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2025/11/II-RELATORIO-DE-PROGRESSO_ABRIL-2025.pdf)

Independentemente do nível de “concretização” das medidas, o PETS continua a não fazer referência a aspetos essenciais para a transformação e sustentabilidade do SNS:

- Instrumentos de integração de cuidados - prometidos para o verão de 2025, continuam por apresentar, nomeadamente o RSE;
- O plano de desenvolvimento do SNS – em finais de novembro ainda não estavam aprovados os PDO para 2025;



- Processo de contratualização externa com as ULS e respetiva contratualização interna de 2026 sem avanços até abril;
- Plano Nacional de Saúde – não se conhecia, à data desta análise, a sua evolução.

## Cuidados de Proximidade

É urgente reforçar a entidade centro de saúde e refletir sobre o seu posicionamento e a sua missão no contexto das ULS. Tal inclui a participação pelas comunidades locais e seus órgãos de soberania (freguesias e municípios), bem como o papel das direções clínicas e respetivos modelos de governança em saúde.

O centro de saúde é a organização do SNS responsável pela saúde da comunidade local, entendendo-se esta como uma população com características socioculturais comuns, a viver num território com características geodemográficas específicas e com uma dimensão facilitadora de intervenções de saúde de âmbito comunitário.

Esperou-se que as ULS desenvolvessem os seus centros de saúde e respetivas unidades funcionais segundo os critérios insubstituíveis de **proximidade, acesso e qualidade**, de forma que os hospitais pudessem desempenhar melhor o papel que lhes compete ([Sakellarides, 2023](#)). Para tal, seria necessário que as ULS evoluíssem enquanto organizações inovadoras, articulando e integrando cuidados e compreendendo a importância e cultura próprias de cada tipo de cuidados – umas terão conseguido mais do que outras, mas são vários os exemplos de que a mensagem não passou e que os centros de saúde continuam a perder a sua identidade (médicos e enfermeiros dos centros de saúde chamados a prestar cuidados nos hospitais; abertura de CACS; SNS24 como porta de entrada sem integração com as equipas de saúde familiar; coordenação das maiorias dos serviços social, de nutrição e de psicologia do hospital a coordenar a atividade dos CSP).

O Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), previa investimento para a “Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (RE-r01) nomeadamente: *“Reforço da capacidade e da qualidade de resposta dos cuidados de saúde primários do SNS; reforço dos meios de diagnóstico e estabelecimento de programas nacionais de diagnóstico precoce; melhoria das instalações e condições dos cuidados primários e redução das desigualdades no acesso à saúde incluindo a descentralização de competências para os municípios”*, prevendo-se a construção de 124 novas unidades de saúde, renovação de 347 instalações, reforço da saúde oral e de reabilitação nos centros de saúde. Na sua análise o [Conselho Finanças Públicas](#) afirma que a taxa de execução em áreas prioritárias, como os cuidados de saúde primários (C01-i10) ou a modernização tecnológica do SNS (C01-i01) apresentavam apenas uma execução de 16% e 6,6% respetivamente em março de 2025. ([Conselho de Finanças Públicas, 2025](#)).

Apesar dos discursos das tutelas incluírem sempre a defesa do SNS e dos cuidados de saúde primários, não há indícios nem dados conhecidos que permitam aferir se a organização em ULS trouxe algumas vantagens para este nível de cuidados e benefícios para as pessoas. Pelo contrário, os problemas parecem agravar-se, quer na organização quer na gestão dos centros de saúde e não se identificam melhorias naquilo que mais importa: acesso, equidade e continuidade e integração de cuidados.

Excetua-se aqui diferentes iniciativas desenvolvidas pelas equipas de profissionais resilientes. A escassez de recursos humanos e as dificuldades de acesso, têm resultado em novas arquiteturas



organizacionais e inovações na prestação de cuidados. Em alguns locais, pela consciência e por iniciativa voluntariosa de alguns profissionais, foram organizadas respostas isoladas e com fraco ou nenhum apoio dos decisores políticos e dos órgãos de administração, que muitas vezes não só não apoiam, como bloqueiam ou promovem alternativas disponibilizadas pelo setor social e privado. Vítimas do seu voluntarismo, sem enquadramento adequado e sem recursos suficientes, estão a passar do entusiasmo à exaustão e à desistência. Deixamos alguns [exemplos](#) que merecem destaque: Via Verde Saúde Almada-Seixal, Via Verde Montijo, Programa Pro Cuidar (vigilância de grávidas, crianças e colocação de métodos contraceptivos de longa duração) e Atendimento a Grávidas sem equipa de saúde de família atribuída - UAU de Sintra Ocidental.

De acordo com um [inquérito do Grupo de Estudos de Gestão em Saúde da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar](#), “a promessa inicial de integração de cuidados, apontada como a principal razão para a criação das ULS, frustrou-se”. Os motivos de maior descontentamento parecem ser “a secundarização dos cuidados de saúde primários, processos mais burocráticos e falhas na contratação.”

Importa ter em atenção que os médicos que asseguraram o funcionamento do SNS durante mais de 40 anos nasceram na sua maioria entre 1946 e 1958, com aposentações entre 2011 e 2025. Entre 1980 e 1997 (17 anos seguidos) a formação de novos médicos teve uma redução brutal, patente na figura abaixo. A sua escassez compromete a constituição e o funcionamento de equipas robustas e de serviços dinâmicos, bem como a qualidade da formação das novas gerações.

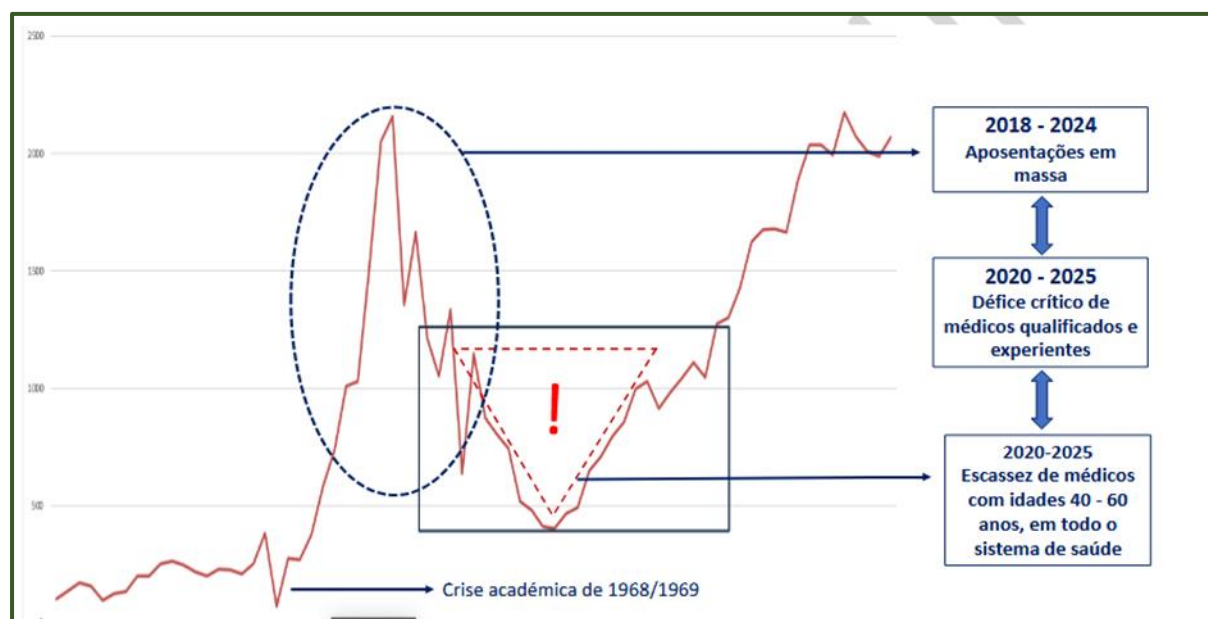


Figura 6: Evolução das inscrições anuais na Ordem dos Médicos entre 1950 e 2022  
 Fonte: Ordem dos Médicos, gráfico de Gonçalo Envia

A esta curva demográfica com consequências previsíveis, somaram-se fatores agravantes, tais como: a) aposentações antecipadas (2008-2011); b) emigração médica; c) captação de médicos pelo setor privado. Estes dois últimos foram especialmente motivados por bloqueio e desvirtuação das carreiras médicas, deterioração das condições de trabalho no SNS, bem como das suas retribuições.

Apesar das mudanças prometidas para 2025, em virtude de a ministra da saúde ter admitido em 2024, que os concursos para a colocação de médicos de família nos centros de saúde [não correram como](#)



[esperado](#), continuamos sem saber [quais as novas medidas para atrair médicos](#) para os centros de saúde.

Há ainda outros aspetos a considerar:

- Graves problemas de acesso, pois os objetivos de melhorar o acesso, de maior cobertura por equipas de saúde e assistência em geral, são repetidamente inalcançados. A [resposta tem sido recorrer ao setor privado](#), sem esgotar a capacidade do SNS e sem encontrar medidas de atração e retenção de profissionais.
- [Entupimentos nos hospitais](#), em parte devidos ao esvaimento dos centros de saúde - ao contrário do desejado, as ULS focam-se nos “centros” hospitalares, descuidando os centros de saúde, cujas unidades atuam desligadas entre si, fragilizando o acesso e a ação a montante, na linha da frente do SNS.
- Insuficiente investimento nos CSP e na Saúde Local, comprometendo a proximidade, o acesso e a qualidade de cuidados.
- Substituição, como regra, da equipa de saúde da família, no atendimento personalizado da doença aguda, por um *call center* que nada sabe da pessoa e suas circunstâncias (ver mais adiante texto sobre SNS24).
- Abandono da governação clínica e de saúde, perdendo algumas das aprendizagens conseguidas em alguns dos anteriores agrupamentos de centros de saúde.
- Falta de enquadramento remuneratório para cargos de gestão intermédios como Conselho de Gestão ou direção clínica, em que os profissionais que são recrutados em USF, na maioria das vezes abdicam do salário prévio para estas novas funções. [“Centros de saúde” privados](#), com proliferação de consultórios médicos que não asseguram cuidados integrados, continuados e coordenados. O desvio de médicos de família para o setor privado e a usurpação da designação “centro de saúde”, são erros graves.

A entidade “centro de saúde” pertence ao património do SNS. Tem uma missão, princípios, organização e requisitos de funcionamento consagrados há décadas. Não devem ser adulterados.

## CAC

Uma das medidas mais reforçadas do Plano de Emergência e Transformação da Saúde (PETS) no que diz respeito à gestão da doença aguda foi “a criação de Centros de Atendimento Clínico (CAC) para situações agudas de menor complexidade”.

Qual foi a fundamentação para a sua criação?

De acordo com a [Resolução do Conselho de Ministros n.º 106/2024](#), a finalidade foi a de dar resposta a uma das medidas previstas no PETS, a de “criar centros de atendimento clínico (CAC) para situações agudas de menor complexidade e urgência clínica, tendo em vista o objetivo de disponibilizar alternativas de atendimento a doentes não urgentes ou pouco urgentes, com início num piloto em Lisboa e Porto.” Em todo o restante documento, não se encontram mais justificações que fundamentem a sua abertura.

Parece na verdade o regresso a soluções do passado, sem considerar as aprendizagens decorrentes da abertura e encerramento de mais de uma centena de SAP e soluções semelhantes no final do século XX até início do século XXI - atendimentos e projetos assistenciais municipais avulsos, sem articulação com unidades funcionais das ULS e sem relação com a transferência de competências prevista na lei.

Para que se garanta um processo transformativo estruturado é elementar garantir uma discussão pública dos resultados desta iniciativa, nomeadamente em formato de relatório de acompanhamento



que permita uma discussão tecnicamente isenta e apoiada em dados reais: a) os dados de acesso, b) tempos alvo de atendimento, c) taxa de resolução clínica, d) taxas de referenciação posterior para serviços de urgência, e) custos operacionais por CAC, e) análise de custo-efetividade por CAC.

Até ao momento, não se conhecem dados disponíveis que permitam avaliar o impacto quer dos dois primeiros CAC (Lisboa e Porto), quer dos restantes 13 abertos até agosto de 2025, quer dos que foram abrindo, por todo o país, até ao momento e sobre os quais pouca ou nenhuma informação existe.

Há vários anos que se discute a necessidade da doença aguda não urgente e pouco urgente (pulseiras azuis e verdes) ser tratada em cuidados primários. Os CAC são extensões do hospital sem integração com as unidades funcionais. Este fenómeno contribui para uma literacia invertida sobre o funcionamento da rede de cuidados, o papel de cada nível de cuidados e o reforço do local inadequado para a resolução da doença aguda não urgente.

Por outro lado, perante uma realidade em que a bolsa de profissionais (enfermeiros, médicos), é finita, obriga a desfalcar ainda mais os CSP. Além disso, sendo uma extensão da urgência hospitalar, o [valor/hora](#) é superior ao valor pago pelo serviço permanente à doença aguda dos cuidados de saúde primários (SAP, SAC ou SASU), ocorrendo migração de recursos, até nas mesmas instituições e até entre os tarefeiros.

Até agosto de 2025, existiam 15 CAC. No entanto, "[Centros de atendimento clínico criados pelo Governo só atenderam 143 utentes por dia](#)", afirmando a mesma notícia que *"estava previsto que este serviço [CAC Sete Rios] pudesse atender entre 80 a 100 doentes por dia. Isto significa que a procura esteve aquém da capacidade de resposta, já que em média o centro de Sete Rios atendeu sete pessoas por dia. (...). A direção do SNS garante que estes centros já não se tratam de um projeto-piloto, mas sim de uma alternativa estável de acesso em determinadas Unidades Locais de Saúde. António Luz Pereira, vice-presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar diz que se deve ir além do número de atendimentos para perceber quais as mais-valias deste novo tipo de atendimento em doenças graves, para que não haja a duplicação dos cuidados e dos gastos. O médico salienta que, num momento de crise na saúde, não se podem dispersar recursos humanos por soluções que podem não ser as mais eficazes."*

Aquando da abertura do CAC da Sophia [ULS Coimbra], com capacidade para atender até 32 utentes por dia, [afirmou-se](#) que *"A rede de Centros de Atendimento Clínico da ULS de Coimbra constitui um pilar essencial do nosso modelo assistencial integrado, assegurando que cada cidadão tenha uma porta de entrada adequada ao seu estado clínico e à sua localização geográfica", mas está por evidenciar o nível de integração e a articulação com "(...) a Linha SNS 24, as unidades de saúde familiar, os cuidados domiciliários e os hospitais"*.

[Existem diferentes modelos de organização](#) - públicos ou parceria com setor social. No entanto, em nenhum dos exemplos atuais se vislumbra o investimento nos CSP, nem tão pouco referência a qualquer documento ou análise de benefício que fundamente esta decisão.

Além do mais, o ponto de partida nas diferentes regiões é muito diferente em termos de cobertura de equipas de saúde familiar. A título de exemplo, a [região norte](#) apresenta 2,3% dos utentes sem médico de família, e a região de Lisboa cerca de 25%, o que deveria refletir soluções distintas.

A criação destes CAC apresenta alguns desafios e riscos que não se devem ignorar.

Em saúde a oferta induz a procura. Uma via aberta para respostas imediatas e desintegradas, no local errado, duplicando desnecessariamente serviços, terá impacto apenas na procura sem responder às necessidades não satisfeitas das pessoas.



Além dos recursos humanos, também o orçamento da saúde é limitado, o que obrigatoriamente leva à necessidade de fazer escolhas. Se o CAC tiver financiamento como noticiado, de 45€/utente, tendo em consideração uma produção semelhante da consulta aberta em USF (igualmente para situações agudas) de 12-15 minutos, os cerca de 200€/hora não fariam mais sentido serem investidos nos cuidados primários e não numa extensão do hospital, mesmo que seja convencionado? O financiamento da doença aguda não urgente deve, de forma clara, reforçar e demonstrar estrategicamente o itinerário de cuidados, estimulando positivamente as USF/UCSP, depois os SAP/SAC/SASU nos CSP, depois os Serviços de Urgência Básica (SUB) nos locais mais distantes dos SU centrais, e só no final os SU centrais. Estes sim, devem ter acesso a um financiamento diferenciado positivamente para a doença aguda urgente, muito urgente e emergente, cujo risco implica atendimento neste nível de cuidados. Para o CAC do Porto foram dedicados 65 milhões de euros. Como referência comparativa importa referir que o valor médio por centro de saúde ronda em média 2 milhões de euros, o que levanta legítimas dúvidas sobre o planeamento estratégico e integrado deste investimento (<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/45-a-2024-871917717><https://observador.pt/2024/06/07/governo-anuncia-1967-milhoes-de-euros-do-prr-para-centros-de-saude-do-norte-e-centro/><https://observador.pt/2024/06/07/governo-anuncia-1967-milhoes-de-euros-do-prr-para-centros-de-saude-do-norte-e-centro/>).

## USF C

Previstas há décadas para as circunstâncias próprias do arranque da reforma, e, por alguma razão, nunca depois implementadas, o ano de 2025 foi marcado pela **concretização legal do modelo C**, após alterações iniciadas em 2023–2024: a [Portaria n.º 364/2025](#) definiu o regime de criação destas unidades através de concursos públicos abertos ao mercado, introduzindo um modelo de contratualização com entidades dos setores social ou privado para a prestação de cuidados de saúde primários ([Diário da República n.º 204/2025, Série I de 2025-10-22](#)). Definiu critérios de avaliação que combinam preço (65%) com os restantes 35% contemplando fatores como os anos de experiência e as habilitações dos profissionais afetos à execução do contrato, a inovação, o impacto social apresentado e a existência de municípios como parceiros.

“Os médicos de família são muito caros e então arranjaram uma profissão que é ‘physicians assistant’ [assistente médico], com dois anos de formação e pensados para ajudar os médicos de família”, explicou, acrescentando: “Primeiro faziam a triagem, aplicavam questionários, tudo isso. Depois, começaram a dar consulta e, de repente, estavam a dar alta às pessoas. E aumentou a mortalidade tratável”.

Figura 7: Notícia Health News relativa às USF-C

Fonte: <https://healthnews.pt/2025/10/17/usf-an-alerta-para-risco-de-perda-de-qualidade-nas-futuras-usf-c-geridas-por-privados/>

Em outubro de 2025 a USF-AN alertava para risco de perda de qualidade nas futuras USF-C, geridas por privados ([Health News](#)). André Biscaia deu o exemplo de um estudo publicado na Lancet que envolveu a análise de unidades de saúde no Reino Unido, à semelhança das USF de modelo C que o governo pretende criar.

Já [Pedro Pita Barros](#) destaca que as USF modelo C pouco diferem do modelo B já maioritárias no SNS, questionando se irão conseguir trazer mais médicos de família para o SNS, destacando o risco de desviarem médicos de família para o setor privado. O mesmo autor aponta como fragilidades da iniciativa o facto de não existir qualquer evidência sobre a “bondade” da iniciativa e de se desconhecer se esta teve apoio, e que apoio, por parte do PlanAPP, um organismo do Estado que apoia a definição e implementação de políticas públicas e respetiva análise prospetiva. Indica ainda que este modelo



tem fortes exigências no sentido de assegurar contratos programa, cujo desenho terá de ser bem delineado para que não venham a dar problemas e para que o SNS não fique refém dos contratos e possa monitorizar o desempenho destas unidades, ou terminar o contrato em caso de desrespeito pelo seu cumprimento.

No discurso político, não há qualquer menção à necessidade de desenvolver instrumentos fundamentais para evitar que as USF-B fiquem para trás e deixem de ser atraentes para profissionais e utentes. Aproveitar este facto para “privatizar” em detrimento de aperfeiçoar o modelo em vigor é uma opção estratégica com uma mensagem muito significativa. As USF, qualquer que seja o modelo, que não beneficiem das condições acima referidas não serão bem-sucedidas a prazo, mesmo que imediatamente sirvam para impressionar através de um eventual aumento do número de consultas médicas. Mais “consultas” não é necessariamente sinónimo de melhores cuidados de saúde.

A discussão deve focar-se em como assegurar um equilíbrio aceitável entre interesses gerais e particulares, no domínio da saúde, e respeitar o “contrato social” em que se baseia o SNS, não o adulterando sistematicamente a favor de interesses privados evidentes. Se se trata efetivamente de um “instrumento útil” haveria de demonstrar, logo à partida, quais seriam as vantagens de uma unidade C, bem gerida, em relação a uma unidade B, bem gerida. Como à partida não há conhecimento de qualquer análise deste tipo, e, teoricamente não se vislumbra nenhuma vantagem, então não se trata simplesmente de mais um “instrumento de gestão”, mas antes mais uma manifestação de determinada política para o sistema de saúde do país.

Não obstante a escassa fundamentação e justificação para a sua abertura, os concursos foram lançados para a abertura de USF-C.

### Concursos Públicos USF – Modelo C

**Prestação de Cuidados de Saúde da USF – Modelo C, em São Pedro Cadeira, de 2026 a 2030**

Conforme previsto no artigo 5.º da Portaria n.º 302/2024/1, de 25 de novembro, alterada pela Portaria n.º 364/2025/1, de 22 de outubro, publica-se os documentos do procedimento tendente à Prestação de Cuidados de Saúde da USF – Modelo C, em São Pedro Cadeira, de 2026 a 2030:

- Caderno de Encargos. [Ver...](#)
- Programa do Procedimento. [Ver...](#)
- Anúncio do Diário da República. [Ver...](#)
- Anúncio do JOUE. [Ver...](#)

**Prestação de Cuidados de Saúde da USF – Modelo C, em Bombarral, Caldas da Rainha e Óbidos, de 2026 a 2030**

Conforme previsto no artigo 5.º da Portaria n.º 302/2024/1, de 25 de novembro, alterada pela Portaria n.º 364/2025/1, de 22 de outubro, publica-se os documentos do procedimento tendente à Prestação de Cuidados de Saúde da USF – Modelo C, em Bombarral, Caldas da Rainha e Óbidos, de 2026 a 2030:

- Caderno de Encargos. [Ver...](#)
- Programa do Procedimento. [Ver...](#)
- Anúncio do Diário da República. [Ver...](#)
- Anúncio do JOUE. [Ver...](#)

[< Voltar](#)

Figura 8: Informação sobre a abertura de concurso para USF-C

Fonte: <https://www.ulso.min-saude.pt/concursos-publicos/>

No entanto, foram lançados colocando em causa os concursos para o setor público:



“Os primeiros concursos promovidos pelas unidades locais de saúde (ULS) para a criação de unidades de saúde familiar (USF) com gestão privada (modelo C), que foram aprovadas há mais de um ano, decorreram ao mesmo tempo que o concurso nacional para recrutamento dos médicos de família que se formaram na segunda época de 2025. Este procedimento abriu em dezembro, mas só fechou na semana passada, tendo sido ocupadas 50 vagas de um total de 142 disponíveis. A coincidência temporal dos dois concursos foi criticada por colocar o SNS e o sector privado a competirem pelos mesmos médicos.”

Figura 9: Notícia do jornal Público, relativa à abertura de concursos para USF C

Fonte: <https://www.publico.pt/2026/01/23/sociedade/noticia/centros-saude-concursos-simultaneo-poem-publico-privado-competir-medicos-2161842>

Além da competição entre público e privado pelo recrutamento de médicos, existe referência pública para os [elevados salários que estão a ser colocados nas candidaturas](#) para estas unidades.

De acordo com a USF-AN, [em artigo publicado](#), a atribuição de USF aos setores privado e social constitui uma tentativa de privatização de cuidados de saúde primários que “*encerra imensos perigos*”. “*Estamos a passar para USF modelo C sem saber o que elas são e sem saber a qualidade dos serviços que vão ser prestados. Isso encerra imensos perigos*”. Defende ainda que, “*As insuficiências ao nível dos cuidados de saúde primários acontecem “porque não têm sido criadas condições para que possam continuar a atrair profissionais”, alegou o presidente da USF-AN, ao realçar que o modelo C, como está previsto na lei, apenas se aplica “quando forem esgotadas todas as hipóteses de poder dar uma resposta no setor público”. (...) Não estão criadas as condições para haver USF modelo C, primeiro porque não sabemos exatamente o que é que são, porque não foram esgotadas as condições e depois porque estamos a atribuir USF a entidades das quais não sabemos nada em relação à qualidade dos cuidados*”.

### Modelo controverso: Nova USF-C terá equipas privadas, pagas abaixo do custo de USF pública

27 de Janeiro 2026

A nova USF-C da ULS de Leiria, para os polos de Monte Redondo e Caranguejeira, gera controvérsia. As empresas concorrentes contestam o valor do concurso, alegando que cobre apenas 81% dos encargos salariais de uma USF modelo B. O serviço, prestado por entidade privada em dois polos autónomos, depende de protocolos com a câmara municipal para as instalações. A entidade vencedora terá de suportar todos os custos com pessoal, equipamentos e consumíveis

Figura 10: Notícia da Health News relativa às USF-C

Fonte: <https://healthnews.pt/2026/01/27/modelo-controverso-nova-usf-c-tera-equipas-privadas-pagas-abaixo-do-custo-de-usf-publica/>

Os profissionais com interesse nas USF C pressionam o governo, de forma a obterem as condições mais vantajosas, ficando o governo, que prometeu as USF C para 2025, sem argumentos para voltar atrás, colocando-se numa posição difícil, que limita o poder negocial. Isso parece evidente no [artigo publicado em outubro de 2025](#).

Já para o [Diretor Executivo do SNS](#), o fundamento para avançar com as USF C é o facto de serem “*uma opção política que está na lei há quase 20 anos e que sempre existiu*”. Acrescenta ainda que como as USF B não conseguiram atingir o objetivo de garantir acesso a toda a população, avança-se para outra



solução. No entanto, não se encontra nenhum estudo que avalie porque não cumpriram as USF B esse objetivo e que aponte caminhos de melhoria.

### Convenções MGF

Não havendo, até ao momento, notícia da abertura das USF C previstas, o governo decidiu avançar para as [convenções de MGF](#).

O [Aviso nº 27945/2025/2, publicado no DRE nº 217, 2ª Série, de 10-11-2025](#), aprova o clausulado da convenção para a prestação de cuidados de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na área de Medicina Geral e Familiar (MGF).

As convenções de MGF são acordos formais entre as Unidades Locais de Saúde (ULS) e médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, que visam a prestação de cuidados de saúde primários aos utentes do SNS, inscritos na área de influência da ULS, que não disponham de médico de família atribuído, observando regras de remuneração, obrigações profissionais e procedimentos administrativos.

São apresentadas como uma medida que visa complementar a capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários e aumentar o acesso dos cidadãos a médico de família.

Os utentes abrangidos pela convenção passam a ter médico de família atribuído. Nesta medida, deixam de ser contabilizados como “utentes sem médico de família”, nos sistemas de informação dos CSP do SNS.

A Convenção MGF não inclui nem substitui os cuidados de enfermagem em saúde familiar. Estes cuidados continuam a ser assegurados pelos profissionais de saúde nas unidades da ULS, extinguindo-se a lógica de uma equipa de saúde familiar.

A carteira de serviços das convenções está definida no Anexo IV do Aviso n.º 27945/2025/2, correspondendo a uma carteira médica específica de MGF, distinta da carteira das USF e sem incluir serviços de enfermagem ou de secretários clínicos.

Sempre que seja necessário assegurar cuidados no âmbito dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados ou paliativos, o médico convencionado deve garantir a continuidade de cuidados e a referência, tal como sucede nas restantes unidades funcionais dos CSP. Este procedimento deve ficar formalmente estabelecido e deve identificar a unidade da ULS de suporte (UCSP, UCC ou outras), para onde o utente se dirige para cuidados por outros profissionais.

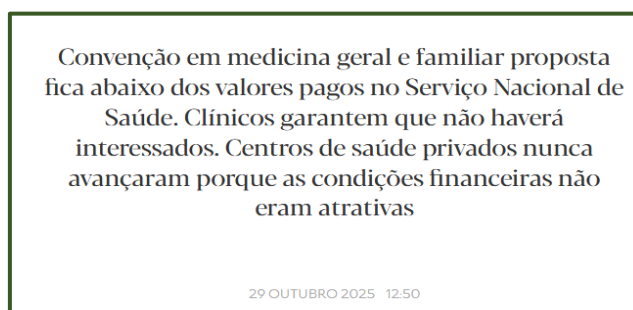


Figura 11: Notícia Expresso relativa ao pagamento dos médicos nas convenções de MGF

Fonte: <https://expresso.pt/sociedade/saude/2025-10-29-governo-vai-pagar-menos-15-aos-medicos-de-familia-do-privado-que-acompanhem-utentes-do-sns-d7cdf1fb>

Algumas [associações](#) consideram que estas convenções enfrentam desafios relacionados com remuneração, adesão e sustentabilidade do modelo. O que não se estranha, pois, se existe [inúmera informação detalhada](#) sobre o que são e como funcionam estas convenções, pouco é o fundamento sobre os motivos desta opção.

“A Associação Portuguesa de Médicos de Família Independentes considera que as convenções para Medicina Geral e Familiar, cujas condições foram divulgadas pela ACSS, estão condenadas ao insucesso. Num comunicado, a APMF aponta remunerações insuficientes, obrigações excessivas e a replicação do mesmo modelo financeiro que levou ao falhanço das USF Tipo C. A associação alerta que a medida, parte da promessa eleitoral de garantir médico de família a todos os cidadãos até final de 2025, se revelará irrealizável, deixando um milhão e meio de utentes sem a resposta necessária”.

Figura 12: Notícia Health News relativa às convenções de MGF

Fonte: <https://healthnews.pt/tag/convencoes-mgf/>

## Integração de cuidados

### Morbilidade múltipla e Integração de cuidados

A multimorbilidade é a nova paisagem epidemiológica das sociedades desenvolvidas. [Em Portugal](#), 42,3% da população adulta apresenta pelo menos uma doença crónica prolongada, e 73,7% dos utilizadores dos cuidados de saúde primários apresentam múltiplas doenças simultâneas. Uma fração destes utentes apresenta necessidades particularmente complexas, associadas a fragilidade clínica, dependência funcional ou vulnerabilidade social.

Este fenómeno confronta o SNS com limitações de um modelo de cuidados historicamente orientado para episódios agudos e organizado em silos assistenciais. A ausência de integração efetiva traduz-se frequentemente em múltiplas consultas desconexas, duplicação de exames, polimedicação e fraca coordenação entre níveis de cuidados, com impacto negativo na experiência do utente, na eficiência do sistema e nos resultados em saúde.

Tem associados vários aspetos:

- Fragmentação de serviços e cuidados – sem percursos assistenciais que garantam respostas integradas às necessidades globais do doente.
- Ausência de processos e instrumentos de integração – tais como o Plano Individual de Cuidados e Processo Clínico Unificado suportado por um Registo de Saúde Eletrónico adequado.
- Integração de cuidados centrada na pessoa – com processos integrados de cuidados, interligando CSP, hospitais, cuidados continuados e cuidados paliativos.
- Dinamização de trabalho em equipa nos centros de saúde e respetivas unidades funcionais – superar as fragilidades do trabalho em equipas interdisciplinares e multidisciplinares, integrando médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais bem como outras competências profissionais essenciais para a promoção, proteção e recuperação da saúde e funcional, designadamente, psicologia, nutrição, fisioterapia, saúde e medicina oral.



A multimorbidade, pela sua natureza crónica e pela perda progressiva de independência, exige novos modelos de cuidados (Lopes, 2021) os quais podem e devem ter por base o Plano Individual de Cuidados (PIC) que, por sua vez, pode beneficiar do facto de dispormos de um Registo de Saúde Eletrónico (RSE) que, apesar de carecer de melhorias substanciais, se constitui como um bom ponto de partida.

Em 2025, observa-se um desfazamento consistente entre os modelos conceptualizados e a sua operacionalização no terreno. As iniciativas existentes tendem a assumir a forma de projetos-piloto ou reorganizações formais, sem escala nacional, sem monitorização sistemática e sem impacto suficientemente demonstrado nos resultados em saúde. Este padrão sugere que o principal constrangimento não reside na ausência de diagnóstico ou de orientação estratégica, mas sim nas dificuldades de execução, governação e alinhamento de incentivos.

De acordo com a APAH, que apresentou o [Barómetro da Integração de Cuidados](#), “Portugal encontra-se numa encruzilhada: ou consolida e acelera a integração, convertendo o modelo ULS em verdadeiro motor de transformação, ou corre o risco de ficar pela reorganização formal, sem impacto substantivo nos percursos de cuidados.”



Figura 13: Resultados das seis dimensões avaliadas pelo Barómetro  
 Fonte: [https://apah.pt/wp-content/uploads/2026/01/GH\\_43\\_DIVULGACAO.pdf](https://apah.pt/wp-content/uploads/2026/01/GH_43_DIVULGACAO.pdf)

Os resultados do Barómetro em aspetos essenciais, revelam:

- A “urgência de desenvolver percursos clínicos integrados com envolvimento de todos os profissionais; assegurar referência com retorno obrigatório e acompanhamento proactivo; criar equipas multidisciplinares articuladas, com regras claras de corresponsabilidade e introduzir ferramentas de monitorização contínua dos ganhos em saúde. Sem estes mecanismos — e sem incentivos alinhados — a integração permanece um ideal mais do que uma realidade.”
- “A dimensão financeira é um enorme entrave à integração. O atual modelo assenta em incentivos de produção isolados por unidades ou serviços, sendo essencial evoluir para capitação ajustada ao risco, criar modelos de pagamento por percurso clínico e não por episódio; implementar contabilidade analítica transversal ao SNS; disponibilizar dashboards financeiros e operacionais em tempo real e assegurar transparência nos custos e nos resultados.”

Fonte: [https://apah.pt/wp-content/uploads/2026/01/GH\\_43\\_DIVULGACAO.pdf](https://apah.pt/wp-content/uploads/2026/01/GH_43_DIVULGACAO.pdf)



A análise conjunta dos programas de governo, do Plano de Emergência, das declarações políticas, dos estudos académicos, dos relatórios institucionais e dos documentos técnicos, permite identificar um quadro bastante consistente em termos de diagnóstico, mas muito menos consistente em termos de evidência de resultados.

Existe um consenso claro, transversal a todas as fontes, sobre três pontos fundamentais. Primeiro, a integração e a continuidade de cuidados são reconhecidas como indispensáveis num sistema confrontado com o envelhecimento da população, a multimorbilidade e a crescente complexidade clínica. Segundo, os sistemas de informação e o Registo de Saúde Eletrónico são considerados instrumentos estruturantes dessa integração, sendo repetidamente apresentados como condição para a coordenação clínica e a continuidade assistencial. Terceiro, as Unidades Locais de Saúde são assumidas como o principal instrumento organizacional para promover a integração entre cuidados primários e hospitalares.

Contudo, quando se passa do plano programático e conceptual para o plano da avaliação empírica, a convergência torna-se menos evidente. Os programas de governo e o Plano de Emergência definem objetivos e medidas, mas apresentam pouca evidência de resultados. As declarações políticas reforçam a centralidade da integração e da digitalização, mas raramente são acompanhadas por indicadores concretos de continuidade clínica, experiência do doente ou impacto em saúde. Os relatórios institucionais, como o da Direção Executiva do SNS, descrevem reformas e iniciativas, mas fornecem ainda poucos dados que permitam avaliar o seu efeito real.

Por sua vez, os estudos independentes e relatórios técnicos introduzem um elemento crítico importante. O [relatório da ENSP](#) mostra que a integração é um processo complexo e multidimensional e alerta implicitamente para o facto de a integração estrutural — como a fusão organizacional — não garantir, por si só, a integração funcional, que depende de mudanças profundas na coordenação clínica, nos sistemas de informação, nos incentivos e nas práticas profissionais. Estudos académicos e relatórios da ERS reforçam esta ideia ao mostrar que os resultados das ULS são heterogéneos e que a evidência empírica ainda é limitada. Os inquéritos a profissionais revelam, adicionalmente, perceções críticas sobre financiamento, governação e condições de trabalho, sugerindo que a integração organizacional nem sempre se traduz em integração percebida na prática clínica.

No conjunto, a leitura integrada destes documentos sugere que Portugal dispõe hoje de um diagnóstico sólido, de um enquadramento conceptual consistente e de uma agenda política clara para a integração de cuidados. O principal desafio não reside na definição dos objetivos, mas na sua concretização efetiva. Persistem obstáculos estruturais significativos: modelos de financiamento orientados para episódios, governança fragmentada, interoperabilidade incompleta dos sistemas de informação, culturas organizacionais ainda marcadas por silos profissionais e insuficiência de indicadores robustos de avaliação centrados nos resultados e na experiência do doente.

Assim, a integração de cuidados em Portugal permanece, em grande medida, um processo em construção. As reformas organizacionais e digitais em curso constituem passos importantes, mas a evidência disponível sugere que a transformação necessária é mais profunda e exigirá mudanças sustentadas nos incentivos, na governação clínica, nos sistemas de informação e nas práticas profissionais para que a integração deixe de ser predominantemente um objetivo estratégico e passe a constituir uma realidade efetiva no quotidiano assistencial.



## Portaria ECCI

Há muito que se identifica a necessidade de modelos de trabalho baseados em competências diversificadas e equipas multiprofissionais. No entanto, o que se tem verificado são decisões que colocam em causa este modelo, como é exemplo da portaria das ECCI ([Portaria n.º 156/2025/1 de abril](#)). Beneficia uma profissão em detrimento das restantes, criando clivagens desnecessárias nas equipas. Os cuidados domiciliários exigem uma gestão integrada da intervenção dos vários profissionais, com as suas competências próprias e em complementaridade. O conceito de trabalho em equipa multiprofissional implica fundamentar a prática nas experiências, saberes e competências de todas as profissões envolvidas. Quando são decididos incentivos, devem ser transversais, não podendo ser discriminatórios sob pena de desmantelar percursos de sucesso experimentados, afastando e desmotivando profissionais, quando o que é essencial é a sua atração e retenção.

Os incentivos devem ainda ser atribuídos em função da avaliação de indicadores de desempenho que integrem ganhos em saúde, como a melhoria da capacitação no autocuidado no binómio doente/cuidador, melhoria funcional e participação social das pessoas, que constitui o verdadeiro objetivo das ECCI.

As ULS, apesar de todos os desafios, parecem ter potencial organizacional para repensar a rede integrada de cuidados de saúde, nomeadamente a nível domiciliário. Pela primeira vez, as equipas de domiciliação hospitalar, de cuidados de saúde primários, de cuidados continuados estão debaixo do mesmo modelo de gestão. Perante esta oportunidade, considera-se premente uma estratégia alargada que reflita a melhor integração possível entre Hospitalização Domiciliária, Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, Equipas de Cuidados Continuados Integrados, Unidades de Saúde Familiar e Equipas de Gestão de Caso de Doentes Crónicos e com Multimorbilidade que compõe atualmente este nível de cuidados.

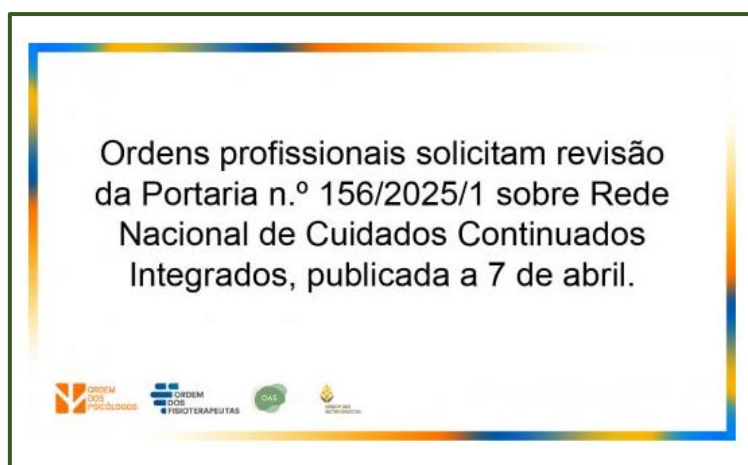


Figura 14: Posição de várias Ordens Profissionais, relativamente à Portaria nº 156/2025

Fonte: <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/5594>

Decisões avulsas como as que constam na portaria das ECCI (Portaria n.º 156/2025/1 de abril), são entorses num processo coerente de transformação do SNS, contribuindo para a sua fragmentação, não potenciando as respostas às necessidades de saúde das pessoas e descredibilizando o SNS como garantia de acesso geral e universal para todos e de equidade entre os grupos profissionais. [Os cuidados domiciliários exigem uma gestão integrada da intervenção dos vários profissionais](#), com as suas competências próprias e em complementaridade. O conceito de trabalho em equipa multiprofissional implica fundamentar a prática nas experiências, saberes e competências de todas as profissões envolvidas.



## Doença aguda

### Urgências

Elaborado em 2024, o Plano de Emergência e Transformação da Saúde (PETS), incluiu a resposta à doença aguda no eixo 3 - cuidados urgentes e emergentes. Foram definidas 3 medidas urgentes, 8 medidas prioritárias e 2 medidas estruturantes.

O [monitor de acompanhamento do PETS](#) indica que estão cumpridas 66% das medidas urgentes, 100% das medidas prioritárias e 50% das medidas estruturantes.

Perante esta taxa de cumprimento, considera-se relevante refletir a efetividade dos resultados obtidos.

O acesso a cuidados de doença aguda tem-se mantido o principal elemento de discussão pública do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com especial enfoque no ciclo político atual. As falhas do sistema de emergência médica, o encerramento e concentração de serviços de urgência, a reorganização do acesso a serviços de urgência através da referenciação pela Linha SNS24 (programa “Ligue antes, Salve Vidas”) e a abertura de Centros de Atendimento Clínico são exemplos que ocuparam o espaço mediático em 2025.

Com base em dados (provisórios) da ACSS, o ano de 2025 terminou com um total de 5,7 milhões de episódios de urgência no SNS, ficando abaixo da barreira dos 6 milhões de episódios que se mantinha constante desde 2013.

Estes dados apontam uma mudança muito recente. Até porque, o relatório mais atualizado produzido pela ERS e publicado em novembro de 2025, relativo à evolução entre 2022 e o primeiro semestre de 2024, apontava que não tinha sido possível reduzir o número total de episódios de urgência durante esse período.

Espera-se que o estudo de acompanhamento do [Acesso aos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde](#), elaborado pela ERS, tenha seguimento longitudinal no próximo ano já com dados de 2025, de modo a permitir a avaliação técnica dos resultados obtidos.

Parte desta redução decorre provavelmente do programa “Ligue Antes Salve Vidas”.

Na verdade, relativamente à origem da referenciação, o estudo recente da ERS refere ainda que, em 2022, 71,8% das admissões foram por iniciativa do próprio utente (autorreferenciação), baixando para os 69,9% em 2023 e para os 64,4% no primeiro semestre de 2024. Ao mesmo tempo, registou-se um aumento da proporção de episódios referenciados pela Linha SNS 24, que atingiu 11,4% em 2024, quando nos semestres anteriores não ultrapassou os 6,5%.

Existem 3 vias de acesso ao serviço de urgência: autorreferenciação, Linha SNS24, e via Cuidados de Saúde Primários. Apesar do estudo ainda não incluir o ano de 2025, em que se generalizou a referenciação pela Linha SNS 24, verifica-se que quase metade dos episódios por autorreferenciação (49,9%) correspondeu à prioridade clínica “pouco urgente” ou “não urgente”, valor próximo do registado nas referenciações pela Linha SNS 24 (46,2%). Em nítido contraste, num circuito diferente, as admissões provenientes de referenciações dos CSP apresentam uma proporção significativamente inferior, com 30,6% classificados como Pouco Urgente e apenas 1,8% como Não Urgente.

Paralelamente, o estudo [“Acesso a Cuidados de Saúde, 2025”](#), produzido pela Nova SBE, corrobora estes dados e aponta que entre 2023 e 2025, o recurso à linha SNS 24 aumentou de forma expressiva, passando de 4,84% para 15,56%.



A implementação do requisito obrigatório de triagem telefónica prévia ou referenciação médica antes da ida ao serviço de urgência, acompanhado da redução dos episódios de urgência, levanta a hipótese de menor acesso a cuidados de saúde necessários. O próprio perfil de saúde do país publicado em conjunto pela [OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde](#), refere que o impacto desta medida no acesso e nos resultados em saúde deverá ser acompanhado de perto, sobretudo tendo em conta a persistência da falta de médicos de família, níveis de necessidades de cuidados médicos não satisfeitas que continuam acima da média da UE e o facto de quase 1,5 milhões de chamadas – cerca de um quarto do total – para a linha de triagem terem ficado sem resposta nos primeiros nove meses do ano.

Já o estudo da Nova, destaca que a redução da utilização de urgências do SNS não se repercutiu numa maior procura por serviços de urgência no privado, já que a percentagem de inquiridos que recorreu a urgências no setor privado se manteve praticamente inalterada neste horizonte temporal (5,86% em 2023; 5,28% em 2025).

O que os dados sugerem é que a utilização de urgências no SNS foi substituída por utilização dos cuidados de saúde primários no SNS e por consultas no setor privado (<https://www.ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/estudos/lista-de-estudos/estudo-acesso-aos-servicos-de-urgencia-do-servico-nacional-de-saude/>). No que diz respeito, aos [tempos de espera](#), a Ministra da Saúde afirmou que os tempos de espera para a primeira observação (triagem) reduziram em 2025, apesar de ainda não serem conhecidos dados oficiais. No entanto, o circuito de cuidados dentro do serviço de urgência não se esgota na fase de triagem.

Nesse âmbito, o [estudo da ERS](#) indica que as taxas de cumprimento dos tempos-alvo de atendimentos, tem vindo a aumentar nos casos urgentes, pouco urgentes e não urgentes, e a diminuir nos casos muitos urgentes.

Reconhece-se a vantagem do estudo de acompanhamento do Acesso aos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde por parte da ERS, considerando-se, perante os dados disponíveis, que do ponto de vista do acesso, o número de episódios de urgência indevidos, a efetividade dos diferentes tipos de referenciação, e as taxas de cumprimento dos tempos-alvo de atendimento não têm apresentado a melhoria esperada.

## **SNS 24**

A ideia e o conceito da Linha SNS24 foram bem-intencionados, uma porta de entrada para a gestão da utilização das urgências: a criação de uma linha telefónica que referenciaria os utentes de acordo com prioridade clínica atribuída, suportada numa intensa campanha de comunicação: "Ligue antes, salve vidas". No entanto, pessoas sem resposta da linha, tempos de espera elevados, referenciações diferentes para situações semelhantes, inclusive dentro do mesmo agregado familiar, têm sido queixas frequentes.

Ao contrário do INEM, a linha SNS24 é um serviço público de saúde prestado por uma empresa privada. É fundamental conhecer o tipo de contrato, o seu funcionamento e a sua finalidade. Há informação mínima que deverá estar disponível: a) Termos do contrato celebrado; b) Algoritmos utilizados e sua validação clínica; c) Avaliação do desempenho (n.º de chamadas atendidas e não atendidas, tempos de espera); d) Análise do encaminhamento dado, aos contactos estabelecidos; e) Caracterização dos percursos e perfis dos utilizadores; f) Análise de custo/efetividade.



A Linha SNS24 foi criada com o objetivo de triar as situações de doença aguda dos cidadãos, contribuindo para uma gestão mais eficiente dos serviços de urgência hospitalar. A implementação de um recurso comunitário, de fácil acesso a todos, que através de escalas objetivas poderia realizar uma triagem do encaminhamento a dar aos doentes, permitiria reduzir as 'falsas' urgências, que tiram o foco dos recursos hospitalares das reais necessidades de intervenção, contribuindo para longos tempos de espera e uma sensação de incapacidade do SNS.

Em 2025 foi atribuída à Linha SNS 24 novas funções: a triagem de situações de doença aguda e respetivo encaminhamento para cuidados de saúde primários, com respetivo agendamento direto junto de unidades de saúde família ou unidades de cuidados de saúde personalizados. E assumindo este novo circuito um carácter obrigatório no acesso dos cidadãos aos centros de saúde nos atos não programadas, a Linha SNS 24 acabou por se revelar como um obstáculo à proximidade esperada entre utentes e cuidados de saúde primários.

Este distanciamento, que compromete todo o conceito de centro de saúde, acabou por tornar menos eficientes circuitos instituídos, diminuindo a qualidade do serviço para utentes e para profissionais de saúde, que deixam de ter um papel ativo na gestão dos seus doentes. Por outro lado, as competências assumidas pela Linha SNS24 em 2025 trouxeram à tona fragilidades do sistema: longos tempos de espera para o atendimento da chamada, escalas de avaliação orientadas para a emergência hospitalar e não para a doença crónica, gestão de vagas sistemicamente incapazes de considerar fatores externos ao doente ou mesmo ao seu historial clínico, ou a falta de flexibilidade para responder às reais necessidades de indivíduos ou famílias.

Assumindo que a Linha SNS24 constitui um recurso valioso na gestão dos recursos disponíveis e no acesso dos doentes aos cuidados de saúde, o ano 2025 veio tornar esta ferramenta num obstáculo efetivo entre os cidadãos e o seu centro de saúde, assumindo este facto uma perda imensa para o que o SNS tem de melhor.

A [Linha SNS24](#) será seguramente útil se atender a tempo nas semanas de alta incidência de doença aguda. Pode ajudar a dar resposta aos que, infelizmente, ainda não têm equipa de saúde familiar. E pode prestar informação útil, em várias circunstâncias.

Contudo, a realidade de 2025 demonstra que há cada vez mais utentes que ligam para a Linha SNS24 e ficam sem resposta.

De janeiro a setembro deste ano, a linha para a qual é obrigatório ligar antes de recorrer a uma urgência, recebeu 5,8 milhões de chamadas, mas 1,46 milhões (25,1%) não foram atendidas. E a [opção de contactar diretamente o centro de saúde ou o hospital também não funciona](#): metade das pessoas com doença crónica relatou dificuldades em ligar para os serviços de saúde do SNS.

Por outro lado, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) [acusou hospitais e centros de saúde](#) de dificultarem e recusarem o acesso dos utentes a cuidados médicos, o que viola o definido na Constituição Portuguesa, na Carta de Direitos e Deveres dos Utentes e a própria Portaria n.º 438, de 15 de dezembro de 2023.

Na verdade, nos últimos meses há centros de saúde no país que dizem ter recebido uma "ordem superior", que não se compreende nem foi explicada, que obriga a ligar para um profissional distante, sem acesso à informação de saúde e que segue um algoritmo para decidir o destino do doente: "oferece" teleconsultas por médicos que desconhecem a informação clínica, ou referencia para Centros de Atendimento Clínico convencionados, pessoas com equipa de saúde familiar e vagas de consulta nas suas Unidades.



Esta preocupação foi expressa através de um [Manifesto da Fundação para a Saúde](#), amplamente divulgado pela comunicação social, subscrito por várias personalidades e por centenas de cidadãos.

A Linha SNS24 não foi criada para substituir as equipas de saúde familiar. Transformar esta campanha numa obrigatoriedade é uma aposta inadequada num modelo de gestão do acesso ao SNS, centralista e distante, em detrimento de um reforço da capacitação de serviços públicos mais próximos das pessoas, designadamente nos centros de saúde. A obrigatoriedade do seu uso para todos está a desestruturar a resposta existente aos cerca de 90% da população que tem uma equipa de saúde familiar.

É imperativo que o Decreto-Lei n.º 52/2022 seja cumprido. A lei estabelece que os centros de saúde devem organizar os seus serviços para proporcionar acesso adequado e proximidade de cuidados, incluindo atendimento no próprio dia e resposta à doença aguda, no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Simultaneamente exige-se transparência sobre o tipo de contrato com o operador privado, o seu funcionamento e a sua finalidade. Devem ser tornados públicos aspetos como: a) Termos do contrato celebrado; b) Algoritmos utilizados e sua validação clínica; c) Avaliação do desempenho (n.º de chamadas atendidas e não atendidas, tempos de espera); d) Análise do encaminhamento dado aos contactos estabelecidos; e) Caracterização dos percursos e perfis dos utilizadores; f) Análise de custo/efetividade.

## INEM

Pertencente ao SIEM, o INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) tem como principal papel prestar cuidados de emergência médica em Portugal, garantindo assistência rápida e adequada em situações de doença súbita ou acidente grave.

Contudo, tem acumulado diversos casos de enorme gravidade, com o registo de diversos episódios clínicos com desfecho negativo de cidadãos que receberam suporte atrasado ou não chegaram sequer a receber resposta de emergência. Num país em que a resposta de emergência é totalmente desempenhada pelo INEM, é fundamental garantir uma reorganização estrutural que permita a defesa dos fundamentos humanistas e éticos de um sistema de saúde.

No último ano e meio, verificaram-se [três mudanças na liderança](#) neste Instituto Público, uma [Comissão Técnica Independente](#) para a refundação do INEM e a Criação do Departamento de Urgência e Emergência Médica na Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde.

Estas mudanças na liderança e no modelo estratégico têm sido acompanhadas de [turbulência](#) clínica em 2025. A gravidade foi confirmada por diversos inquéritos da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), que demonstraram que, mais do que um doente poderia ter sobrevivido se a resposta do INEM tivesse sido efetiva, num dia de graves perturbações no atendimento, devido a greve dos técnicos de emergência pré-hospitalar.

Mais recentemente, ocorreram [novos casos de mortes](#) em contexto de demora no socorro do INEM, associadas a escassez de ambulâncias em dias com nível de resposta aparentemente típica. Estão sob investigação da IGAS

Falhas tão graves em tão pouco espaço de tempo, colocam demasiada pressão mediática sobre o processo de transformação do INEM. Será fundamental que em 2026 se consiga um clima de



estabilidade e apaziguamento interno da sua estrutura diretiva, um plano de transformação transparente e monitorizado, e uma comunicação externa de segurança, robustez e tranquilidade junto da população.

## Recursos

### Profissionais de saúde e o SNS

O ponto mais extraordinário relativo aos recursos humanos, é a ausência de qualquer referência no Plano de Emergência e Transformação. Apesar de conhecidas que são todas as carências e dificuldades, não há eixos nem medidas concretas relativas a uma política para as profissões ou a um planeamento para a questão dos recursos humanos.

Para efeitos de transparência e visibilidade sem comprometer a concisão do presente relatório partilham-se abaixo (de forma não exaustiva) as 10 das fragilidades mais frequentemente mencionadas pelas entidades consultadas:

1. Escassez de recursos humanos: Deficiência significativa no número de profissionais de saúde, que afeta todos os níveis de cuidados, desde os cuidados de saúde primários até as especialidades médicas urgentes.

Figura 15: Escassez de recursos humanos como a fragilidade mais mencionada, de acordo com o Plano de Emergência da Saúde

Fonte: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2024/06/Plano-de-Emergencia-da-Saude.pdf>

Encontra-se apenas referência a um [plano de valorização dos profissionais](#), sem mencionar quais as necessidades de contratação ou como atrair e reter profissionais.

O QGR 2024 (para o triénio 2024-2026) foi publicado em junho de 2024. No entanto, em novembro de 2025 foi publicada nova versão, para o triénio 2025-2027, com efeitos a 1 de janeiro de 2025, onde o aspeto mais surpreendente, pela negativa, é a redução de 5% para 2,4% no aumento nas contratações de recursos humanos, para 2025 e 1,9% para 2026.

Parece cada vez mais evidente a necessidade de harmonização das políticas para as várias profissões de saúde - visando integração e coordenação de cuidados centrados nas pessoas e nos percursos no SNS.

A ACSS apresentou um [Plano para 2030](#): espera-se a definição e operacionalização de uma política transversal que integre (i) condições de trabalho dignas e seguras; (ii) modalidades de contratação flexíveis e criteriosamente reguladas (concursos com calendário e critérios publicados, contratos sem termo alinhados com mapas de pessoal, dedicação plena com requisitos e avaliação, mobilidade com preservação de direitos e mecanismos excecionais apenas como último recurso, com limites e reporte); (iii) carreiras atraentes e progressão por mérito; (iv) remuneração justa e equilibrada entre setores e territórios; (v) formação inicial e contínua financeiramente protegida; (vi) planos de atração e retenção em zonas carenciadas (interior e áreas metropolitanas com défices persistentes); (vii) proteção da saúde mental e programas de bem-estar; e (viii) regulação do âmbito de atuação profissional e desenvolvimento da complementaridade de competências (skill-mix). A política deverá ser vinculada a metas quantificadas e a instrumentos de avaliação anual, conferindo previsibilidade e um enquadramento claro de compromissos e responsabilidades entre o SNS e as suas profissões.

É um primeiro passo, mas ainda não suficiente.



Importa também valorizar e apoiar os profissionais. No entanto, assistimos a escassez ou ausência de medidas concretas para atrair, valorizar, motivar e reter profissionais. Devem ser tidas em conta as desigualdades territoriais – ausência de medidas concretas para mitigar as assimetrias regionais e as necessidades. No que diz respeito à capacidade do SNS de atrair e de reter os profissionais de saúde de que necessita, a situação não pára de se agravar – abertura equivocada de concursos necessários, [atrasos nas contratações](#), negociações sindicais insuficientes e continuação do abandono do SNS.

Perante a ausência de um planeamento rigoroso, é evidente a fraca credibilidade nos compromissos escritos – o limite de 5% para conter contratações deslizou para 2,4% e para 1,9%, ignorando as necessidades evidenciadas.

Há ainda obstáculos e bloqueios nas carreiras profissionais – verificáveis objetiva e repetidamente nas últimas décadas.

Verificaram-se em 2025 pressões persistentes: [greve ao trabalho suplementar nos CSP](#) ao longo do primeiro semestre; manutenção de um [número elevado de utentes sem médico de família](#) (mais de 1,6 milhões em março); e carências reportadas por unidades e ordens profissionais. Somaram-se [barreiras](#) de recrutamento em áreas [específicas — por exemplo, medicina dentária nos CSP pela ausência de carreira](#) — e fenómenos [de mobilidade e saída de equipas comunitárias \(paliativos\) para contextos mais atrativos, com impacto na continuidade assistencial](#).

A contratação excecional, que deveria ser utilizada apenas como último recurso e de forma altamente regulada, tornou-se elemento central do funcionamento do SNS ao longo de 2025. A autorização governamental para pagar até 50% acima do valor de referência a prestadores externos confirma a normalização destes mecanismos. Assim, a expectativa de que a contratação excecional seria residual e estritamente monitorizada não se verificou. Pelo contrário, tornou-se um instrumento frequente e, em muitos contextos, indispensável para assegurar a continuidade dos serviços e o [funcionamento diário das unidades](#).

O PRHS-2030 projeta já cerca de 60 mil novos profissionais no SNS [até 2030](#), enquanto as estratégias setoriais (PNS, planos de reforma das carreiras) defendem, por exemplo, reformulação de grelhas salariais e incentivos para jovens. A Plataforma de Jovens Profissionais entregou propostas concretas, prevendo aumento de 40% no ordenado inicial em áreas carenciadas, programas de prevenção do *burnout*, promoção do [bem-estar laboral](#) e [horários sustentáveis](#). Na prática, porém, 2025 revela “atrasos e contradições”: persistem baixos índices de satisfação e vinculações precárias.

Um [inquérito nacional \(IHMT/PLANAPP\)](#) revela satisfação global moderada (3,2/5) com os vencimentos como fator mais crítico (médicos 2,11; enfermeiros 1,90) e 37% dos profissionais com sintomas de *burnout*. Apenas 10% dos jovens SNS se declaram satisfeitos com as condições de trabalho, e mais de 60% referem que os horários inviabilizam conciliar [vida profissional e pessoal](#). Os concursos para MGF confirmam dificuldades de atração: em dezembro de 2024 apenas 28% das [vagas foram preenchidas](#) – em algumas zonas carenciadas essa taxa ficou em [torno de 20%](#). Em síntese, sem progressos visíveis em remuneração e contratação, as medidas de captação/retensão permanecem [aquém do esperado](#).

## Financiamento da saúde

Nos últimos 15 anos, o Ministério das Finanças, não só desenha como também gere o orçamento da saúde - de forma discricionária, contribuindo para a existência de uma forte opacidade na gestão financeira dos serviços de saúde.



Na Alemanha, 11% da despesa da saúde provém diretamente do orçamento das famílias, na Dinamarca e Reino Unido, essa percentagem ronda os 13% e em Portugal, 30%. É difícil compreender como é que, num país com uma população mais pobre, as famílias podem contribuir com 30% do seu orçamento para a saúde.

Do OGE 2025 destaca-se a tentativa de justificar uma queda no financiamento da saúde, considerada relativamente pequena se comparada com “a grande expansão do financiamento nos últimos anos”, suscitando a dúvida se poderá no futuro continuar a aumentar desta forma. Esta dúvida vem reforçar os argumentos dos que defendem que se gasta demasiado com a saúde. Mas esses argumentos contrariam os [factos](#).

«"Portugal é o terceiro país da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE) em que o peso da despesa direta em saúde na despesa total das famílias é mais elevado", avança o relatório sobre o envelhecimento elaborado pelos investigadores Pedro Pita Barros e Carolina Santos.

Independentemente do tipo de sistema de saúde em vigor em cada país, existe uma parte dos pagamentos que é assegurada diretamente pelos cidadãos, ou seja, que não é coberta pelo Estado, nem por seguros voluntários ou obrigatórios.

Segundo este estudo (...) a despesa direta em saúde em Portugal é de 5,2% dos gastos totais das famílias, acima da média de 3% do conjunto dos países da OCDE e apenas superada pela Suíça (5,5%) e pela Coreia (6,1%).»

Figura 16: Notícia SICN sobre a despesa em saúde

Fonte: <https://sicnoticias.pt/pais/2024-07-12-portugal-e-o-terceiro-pais-da-ocde-em-que-as-familias-mais-gastam-em-saude--2827104f>

Acresce que, olhando para os países europeus entre 2010-2015, verificamos que Portugal é o único país onde não existiu crescimento em termos de despesa em saúde.

Será o atual OGE um obstáculo ou oportunidade? É óbvia a necessidade de alinhar as prioridades do plano plurianual de desenvolvimento do SNS e a política de recursos humanos.

Por outro lado, urge corrigir a incoerência entre a exigência de melhoria de desempenho e o parco investimento e cortes na contratação de profissionais.

Para a ministra, o caminho para tornar o SNS "**mais justo e eficiente**" é "**longo**" e "**difícil**", mas garante que o executivo não abdica do rumo que já começou a traçar. E esse **rumo é marcado por cortes no SNS** - sendo que o primeiro-ministro, Luís Montenegro, [rejeita denominá-los assim](#), optando por "otimização" dos recursos - em prol de uma **melhor gestão e menos despesa que possa ser considerada desnecessária**.

Figura 17: Notícia SICN relativa aos cortes no SNS

Fonte: <https://sicnoticias.pt/pais/2025-10-31-nao-queremos-gastar-mais-e-pior-ministra-quer-sns-mais-eficiente-e-rejeita-dinheiro-como-solucao-8ef1db2d>

Sobre o orçamento em concreto, adianta que em "conjunto com o Ministério das Finanças, será feito um esforço significativo em 2026 para **revisão e qualificação da despesa em diversas áreas** com vista a obter **ganhos de eficiência**". O objetivo, defende, é "atrair e reter profissionais do SNS reduzindo a necessidade e dependência de médicos-tarefeiros".

Figura 31: Notícia SICN relativa aos cortes no SNS e esforço de eficiência

Fonte: <https://sicnoticias.pt/pais/2025-10-31-nao-queremos-gastar-mais-e-pior-ministra-quer-sns-mais-eficiente-e-rejeita-dinheiro-como-solucao-8ef1db2d>

Com os cortes a que se assiste, é difícil obter as melhorias necessárias. O Governo espera maior eficiência, mas não explica de que forma e à custa de quê. Porém, é evidente uma total ausência de visão e de prioridades a montante – falta de ambição na afetação de verba para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e complicações evitáveis – em dissonância com as prioridades e metas do PNS 2030.

Talvez esteja a contar com o desenvolvimento do programa de gestão de ganhos de eficiência e combate ao desperdício, referido no PETS. No entanto, lendo o que vem escrito, ficamos sem perceber do que se trata:

### **I. Programa de gestão de ganhos de eficiência e combate ao desperdício**

O plano de emergência para a saúde, em todas as suas vertentes, está estruturado com medidas que visam promover o acesso aos cuidados de saúde, reconhecer e valorizar os profissionais de saúde, e promover os ganhos de eficiência e a redução de desperdício.

Para que tal aconteça, será criado um grupo de coordenação e monitorização dos diferentes indicadores de desempenho já listados neste documento. Este grupo de trabalho, que estará sob a alçada de um organismo institucional do Ministério da Saúde, terá a autonomia, os poderes, mas também as responsabilidades necessárias para promover e potenciar o cumprimento dos diferentes objetivos propostos.

Adicionalmente, pretende-se que este grupo disponibilize de forma periódica os resultados obtidos, para que através da transparência e de promoção de uma competição positiva, haja um estímulo e um incentivo à melhoria contínua dos ganhos em saúde e financeiros no SNS.

Figura 18: Referência aos ganhos de eficiência no Plano de Emergência da Saúde

Fonte: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2024/06/Plano-de-Emergencia-da-Saude.pdf>

Um aspeto positivo, a verificar-se, é a exceção da "(...) [aplicação da reserva as entidades pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde \(SNS\)](#) (...)", que ficam assim livres de cativações.

## **Plano Plurianual de Desenvolvimento do SNS (PPD-SNS)**

O Plano Plurianual para o Desenvolvimento do SNS, é um instrumento de orientação estratégica, com objetivos, linhas orientadoras, prioridades e metas. É suposto servir de guião para a alocação de recursos dentro do SNS, de forma transparente e numa perspetiva de longo prazo. Serve ainda para



alinhar as prioridades, as ações e expectativas de todos os intervenientes do SNS e de todos os que com ele colaboram, numa perspetiva de integração e de colaboração para objetivos comuns.

**Deve assegurar** (i) a previsibilidade e a sustentabilidade financeira, (ii) a autonomia de gestão, (iii) uma política para as profissões de saúde, (iv) o investimento nas infraestruturas necessárias, (v) a inovação técnica e tecnológica indispensável, e (vi) um enquadramento para a cooperação com os setores social e privado.

Tem também de incluir metas analiticamente fundamentadas e validadas. Dada a extrema importância de um plano deste tipo para o presente e para o futuro, requer ainda mais uma extensa discussão pública e o envolvimento efetivo dos atores sociais envolvidos

O bom funcionamento do sistema de saúde, em benefício das pessoas, requer uma estratégia de cooperação, transparente e explícita com o setor social e privado. A ausência de um plano plurianual de desenvolvimento do SNS dificulta esta estratégia cooperativa.

Deve abranger diferentes conteúdos, fundamentais ao desenvolvimento do SNS, tais como a saúde local e a integração de cuidados, política para as profissões da saúde, financiamento, autonomia de gestão, sistemas de informação, inovação e tecnologia e estratégia de cooperação com os diferentes setores.

As suas metas devem ser apresentadas enquanto compromisso público, devidamente monitorizadas e avaliadas.

No entanto, apesar da sua importância, foi substituído por um Quadro Global de Referência do SNS (QGR). As razões para não se desenhar e implementar um PPD-SNS podem ser várias, desde a baixa literacia da população e a incompreensão destes aspetos, que não promove a participação ativa e por isso, a ausência de pressão social; o modelo de governação desajustado da realidade; as imposições do Ministério das Finanças e muito provavelmente, uma agenda de privatização, ainda que não assumida, que surge como alternativa ao desenvolvimento do SNS.

### **Quadro Global de Referência (QGR)**

A previsibilidade orçamental é condição indispensável para cumprir metas de atividade, de investimento e de desenvolvimento estratégico. O Quadro Global de Referência (QGR) procurou introduzir uma perspetiva trianual integrada — orçamento, recursos humanos, investimento e desempenho — enquanto os planos de desenvolvimento organizacional (PDO) das ULS devem densificar a operacionalização a nível local.

Em 2023 o Ministério das Finanças declarou estar preparado para colocar fim às cativações no OGE de 2024, tornando possível, pela primeira vez, a inclusão no OGE (de 2024), de um plano plurianual para o desenvolvimento do SNS. Foi transformado em Quadro Global de Referência do SNS (QGR).

O QGR deve assumir um carácter vinculativo, ligando-se de forma direta aos contratos-programa das instituições e prever consequências claras pelo incumprimento das metas. Além disso, deve incluir a publicação periódica de relatórios de execução, acompanhada de auditorias independentes, discutidos em sede parlamentar, o que permite reforçar a transparência e a confiança pública.

O [Despacho n.º 6770/2024](#) estabeleceu as orientações para a elaboração de um Quadro Global de Referência do SNS (QGR) para o ano de 2024.



Encontrava-se estruturado em quatro componentes fundamentais, que refletiam as seguintes áreas prioritárias de intervenção e avaliação do desempenho do sistema de saúde:

- **desempenho assistencial**, estabelecendo como meta uma melhoria progressiva e sustentada ao longo do triénio 2024–2026, abrangendo a produção assistencial, o acesso aos cuidados, a qualidade clínica, a eficiência operacional e a integração de cuidados entre níveis e unidades do sistema;
- **desempenho económico-financeiro**, assegurando que o montante global de receitas previsto para as entidades do SNS em 2024 estaria em conformidade com o valor aprovado na Lei do Orçamento do Estado, com a despesa total, no entanto, enquadrada numa lógica de contenção e racionalização progressiva, com especial incidência sobre rubricas como o fornecimento e serviços externos.
- **recursos humanos**, assegurando uma dotação adequada e uma distribuição estratégica de profissionais, com o objetivo de garantir o cumprimento das funções essenciais do SNS em matéria de acesso, qualidade, segurança e eficiência dos cuidados prestados, assim como um reforço até 5% do número de profissionais de saúde, face ao universo existente no final de 2023, através da celebração de contratos sem termo e a abertura de concursos para progressão na carreira, desenvolvimento profissional contínuo e promoção da satisfação dos trabalhadores;
- **plano de investimentos**, com a elaboração de um plano plurianual de investimentos, contemplando novos projetos a iniciar em cada ano, bem como as despesas associadas à sua execução e manutenção, e sustentado em estudos rigorosos de avaliação económica.

Conforme determinado no despacho, competia à Direção Executiva do SNS proceder, até 30 de junho de 2024, à identificação dos investimentos a integrar no QGR, assegurando a articulação com as restantes componentes do plano estratégico. Nunca aconteceu. A ausência de metas quantificadas, de mecanismos de monitorização e de sistemas regulares de reporte público compromete a capacidade de acompanhamento e avaliação do QGR, fragilizando a transparência e a responsabilização.

Através do [Despacho n.º 11241-C/2024](#), de 24 de setembro, foram mantidas integralmente em vigor as orientações estabelecidas para o QGR do SNS no triénio 2024–2026, alargando a sua aplicação a 2025 e anos subsequentes, sem introdução de alterações substantivas.

No entanto, a ausência de discussão pública, a falta de reporte e a não implementação das medidas nele previstas evidenciam não apenas um esquecimento, mas uma verdadeira omissão institucional.

Em 2025, esperava-se consolidar um orçamento plurianual, acompanhado de um plano igualmente plurianual de contratações (por equivalente a tempo completo, região e perfil), com calendários de concursos e monitorização da execução, reduzindo a volatilidade e a adoção de medidas ad hoc. No entanto, em novembro de 2025, a meio do triénio 2024-2026, o QGR é revisto em baixa, quase no final do ano civil.

O atraso na divulgação da atualização do Quadro Global de Referência condicionou simultaneamente a [aprovação dos PDO das ULS](#) de 2025 (instrumentos estratégicos que definem as metas assistenciais, financeiras, de recursos humanos e investimentos das unidades), que apenas tiveram luz verde em dezembro último. Ou seja, PDO aprovados no último mês do ano a que se referiam estrategicamente.

Em termos de metas, a Direção Executiva do SNS informou as ULS de que nos anos de 2025 e 2026, em conjunto, não podem aumentar o número de trabalhadores em mais de 2,4% face aos que estavam ativos a 31 de dezembro de 2024, nem ultrapassar os respetivos orçamentos de despesa com pessoal.



Existem hospitais que baseados no QGR aprovado em 2024, já atingiram o limite que tinha sido fixado pelo QGR 2025 (1,9%), sobrando pouca margem para contratar (0,5%) em 2026.

Nas [metas assistenciais](#), o recuo também é expressivo: o novo QGR aponta para 47,2 milhões de consultas médicas no SNS em 2025, menos 2,3 milhões face às metas definidas para 2024, e prevê 47,7 milhões em 2026, menos 3,1 milhões. Nas cirurgias, as expectativas descem de mais de 833 mil para 778 mil em 2025, e de cerca de 841 mil para 801 mil em 2026.

Verifica-se uma [previsão de estagnação da percentagem de utentes em lista de espera](#) para consulta dentro dos tempos máximos de resposta garantida (45,2% em 2025 e 45,3% em 2027). Significa que nos próximos dois anos, mais de metade dos utentes vão continuar a esperar mais do que o tempo recomendado por uma consulta de especialidade.

Quanto à percentagem de utentes com médico de família, as novas metas estão muito aquém do que foi perspectivado em 2024, apontando como objetivo para os próximos três anos uma taxa de 85,4%. Ou seja, reconhecendo que manterá cerca de 1,6 milhões de utentes sem médico de família até 2027.

Em termos globais verifica-se que o Governo decidiu impor um [travão significativo ao recrutamento no SNS](#), fixando um limite de contratações muito inferior ao do ano anterior, e tornou o QGR pouco ambicioso com metas sem evolução na produção de consultas, cirurgias e tempos de espera. Por outro lado, a gestão temporal destes documentos estratégicos condiciona em si mesma a autonomia das ULS/IPO e modelos de gestão flexíveis e ajustáveis, com a tutela a reduzir a margem de gestão estratégica dos diferentes CA.

Este plano é essencial para o desenvolvimento do SNS: adequação e previsibilidade orçamental; uma política para as profissões de saúde que permita atrair e reter profissionais no SNS; garantia da autonomia de gestão do SNS; inovação tecnológica que permita responder aos desafios da atualidade; estratégia de cooperação com os setores privados e social e autarquias locais.

<https://sapo.pt/artigo/atraso-nos-concursos-poe-em-risco-o-sns-critica-sindicato-independente-dos-medicos-69a0452c0b36bc0128c6b5f9>No entanto, apesar de todos os instrumentos disponíveis, seguimos numa lógica de “navegação à vista”:

- Fraca consideração e elevada desconexão entre a governação política, estratégica e organizacional do SNS e no sistema de saúde e o que deveria ser a “bússola” orientadora de todos: o PNS 2030, que poucas vezes é mencionado.
- Ausência de objetivos, linhas orientadoras, prioridades e metas explícitos e escrutináveis, desalinhamento, por vezes colisão, entre prioridades escritas (quando existem) e as ações visíveis.
- Contradição de base - entre: Plano plurianual de Desenvolvimento do SNS e o OGE, em especial na política de recursos humanos.

## Planos de Desenvolvimento Organizacional

Anualmente, os administradores das unidades hospitalares elaboram os designados planos de desenvolvimento organizacional, no contexto do quadro global de referência, onde expressam as estimativas de custos/investimentos para o ano seguinte, assim como os recursos humanos necessários para o cumprimento dos objetivos planeados. Esses documentos são enviados à Direção Executiva do SNS, no final de cada ano. Além da aprovação do Ministério da Saúde, é necessária também a validação das Finanças.



Em 2024 os PDO foram aprovados em junho.

“Com a aprovação destes instrumentos, reforça-se a capacidade de planeamento e de governação do SNS a nível macro e micro, garantindo-se melhores condições de gestão às instituições num ano particularmente desafiante com a adaptação à nova realidade das ULS e integração dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares”, acrescentou o SNS.

Figura 19: Notícia Tecno Hospital sobre a aprovação tardia dos PDO

Fonte: <https://www.tecnohospital.pt/noticias/aprovados-planos-desenvolvimento-organizacional/>

Em 2025, apenas foram aprovados no final de dezembro, para esse mesmo ano, o que resultou em grandes constrangimentos e obstáculos à autonomia de gestão, dos hospitais e dos IPO. Embora o Ministério da Saúde tenha apresentado em sua defesa o facto de ter feito essa aprovação no verão, a verdade é que ficou a faltar a autorização das finanças.

Gestores queixam-se de que situação "condiciona" a autonomia para contratar profissionais e realizar investimentos. Planos foram entregues no fim de 2024 e estão agora parados nas Finanças.

Figura 20: Notícia Observador relativa à aprovação tardia dos PDO e suas consequências

Fonte: <https://observador.pt/especiais/hospitais-governo-ainda-nao-aprovou-os-planos-de-orcamento-para-2025-e-incompreensivel-dizem-gestores/>

## Sistema de informação

A prestação de cuidados de saúde, em qualquer dos seus níveis ou unidades prestadoras, pressupõe a existência de um sistema de informação, baseado no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) Único, que permita o acompanhamento de todo o percurso de vida das pessoas, sobretudo em contexto de doença crónica e de multimorbilidade, onde o Plano Individual de Cuidados (PIC) assume a maior relevância.

O objetivo final é que cada cidadão tenha acesso direto à sua própria informação de saúde e possa interagir com ela ao longo de todo o seu percurso de vida, independentemente do ponto do sistema de saúde onde esteja a ser atendido. Isto inclui a interação com diferentes serviços de saúde e com todos os intervenientes envolvidos no seu cuidado, como médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde e cuidadores.

A transformação digital assenta em duas ferramentas e estruturas tecnológicas fundamentais:

- **Registo de Saúde Eletrónico (RSE)** - Visa um resumo/histórico integrado de dados de saúde da pessoa, funcionando como uma plataforma que reúne e organiza informação clínica proveniente de diferentes serviços e sistemas. O objetivo é garantir que a informação relevante acompanha o cidadão ao longo do tempo e entre instituições.
- **Plano Individual de Cuidados** - Trata-se de um instrumento que representa o percurso de saúde da pessoa, que ajuda a organizar e a orientar os cuidados de forma personalizada e coordenada, indicando:



- o estado atual da sua saúde;
- os objetivos terapêuticos;
- os passos e intervenções necessárias para os alcançar.

Um dos pontos centrais é tratar os dados de saúde como uma “linha de vida interativa”, ou seja, uma espécie de biografia digital de saúde do cidadão. Nesta abordagem os dados acumulam-se ao longo do tempo, podem ser combinados e analisados de diferentes formas e são apresentados de acordo com o perfil de quem os consulta (cidadão, médico, gestor, etc.). A informação torna-se mais útil para apoiar decisões clínicas, melhorar a gestão do sistema e promover melhores resultados em saúde.

Relativamente ao **PIC**, é considerado uma ferramenta orientada para a personalização dos cuidados, promovendo a participação ativa do doente no seu próprio percurso de saúde/doença. Ambas as ferramentas são complementares e essenciais à transição para um modelo verdadeiramente integrado e centrado na pessoa visando a melhoria da eficiência e qualidade dos cuidados. O PIC permite à pessoa a responsabilidade pelo seu percurso de vida e de saúde, com a possibilidade de delegar funções quando os cuidados exigidos ultrapassam as suas capacidades.

Um dos elementos mais inovadores e estratégicos do PIC é a sua interligação com o RSE, o que permite que as decisões e intervenções sejam continuamente atualizadas e refletidas em tempo real. Essa interoperabilidade entre o PIC e o RSE facilita a partilha de informação entre os diversos prestadores de cuidados, promovendo uma coordenação eficaz das intervenções e evitando duplicações desnecessárias de esforços. O PIC torna-se, desta forma, uma ferramenta essencial não só na gestão integrada dos cuidados, mas também na melhoria da qualidade dos mesmos, ao proporcionar aos profissionais de saúde um panorama completo e atualizado das condições e intervenções realizadas.

Em países onde se observou uma implementação bem-sucedida de sistemas integrados de saúde, constatou-se uma melhoria significativa nos resultados clínicos e uma redução substancial nos custos operacionais, nomeadamente pela diminuição de exames duplicados e pela otimização do uso dos recursos disponíveis.

Apesar do reconhecimento da importância de ambas as ferramentas, do PIC não há sinal.

No contexto português, a interligação entre o PIC e o RSE tem o potencial de transformar a forma como os cuidados de saúde são prestados, especialmente num cenário de envelhecimento populacional e de multimorbilidade crescente, onde a necessidade de uma abordagem personalizada e eficiente se torna cada vez mais evidente. Pode também facilitar a criação de indicadores de desempenho clínico e a análise contínua dos dados de saúde, elementos fundamentais para a formulação de políticas públicas mais informadas e adaptadas às necessidades da população.

No final de 2025, o estado de desenvolvimento do PIC parece semelhante ao estado no fim de 2024, ou seja, sem qualquer evolução há vários anos. Ou até, possivelmente algum retrocesso, uma vez que ao clicar “aceda ao plano de cuidados” no Portal SNS, apenas surge uma área com as ferramentas digitais que o Portal disponibiliza.





Figura 21: Plano Individual de Cuidados

Fonte: <https://www.sns.gov.pt/sns-mais/plano-individual-de-cuidados/>

É indispensável que o SNS disponha de visão estratégica e de um plano para a transição digital e inovação tecnológica, assim como acertar o passo com a revolução tecnológica internacional e melhorar a acessibilidade às tecnologias, diminuindo o tempo de avaliação e disponibilização.

O RSE tem vindo a ser prometido ao longo dos anos. A última promessa foi para o verão de 2025, mas parece continuar por concluir, levando a questionar onde se gastaram os 300 milhões do PRR para a transição digital.

Em junho de 2023, numa [iniciativa da APDH](#), JLBiscaia questionava “se dali a dois anos, quando acabar o PRR, os doentes, os médicos, os cuidadores, onde quer que estejam, vão ter acesso aos dados, ao percurso de saúde, nas diversas interações? Esta questão é que é importante definir. (...) A visão da saúde é que determina as funcionalidades que vão ser arranjadas – e, até ao momento, não tem acontecido isso.” A resposta que obteve do coordenador da Unidade Advanced Analytics & Intelligence da SMPS não foi muito esclarecedora: “Faremos tudo para estar melhor do que estamos agora”.

Há mais de uma década que anda a ser prometido. Mas também ano [2025 terminou](#) sem grandes novidades a esse nível.

Apesar da referência a um programa para a saúde digital integrada, no Plano de Emergência e Transformação, onde se afirma que “No contexto do plano de emergência, urge a necessidade de partilha do processo clínico do utente entre diferentes instituições, públicas, sociais e privadas, respeitando todos os direitos fundamentais do utente”, continua a não existir um verdadeiro RSE.

O caso do Registo de Saúde Eletrónico ilustra particularmente bem a distância entre intenção e concretização. A sua importância é reconhecida em todos os documentos analisados, e a sua implementação é repetidamente apresentada como prioritária, mas a interoperabilidade plena e a existência de um registo longitudinal efetivo continuam a ser objetivos em desenvolvimento, mais do que realidades consolidadas.



## Outros acontecimentos a não ignorar

No sistema de saúde português, o SNS é complementado por um setor privado social e outro privado com fins lucrativos. Desempenham um importante papel no sistema de saúde. No entanto, a complementaridade entre os diversos setores, requer uma estratégia transparente e fundamentada de cooperação, que deve ser enquadrada por um plano plurianual de investimento no SNS, de forma a evitar a degradação do SNS e a concessão do seu património.

A complementaridade com os setores social e privado exige que a regulação destas entidades garanta:

- O respeito pelas regras da concorrência, evitando práticas de concertação em relação aos financiadores, sejam eles públicos ou privados;
- A não discriminação no acesso aos cuidados de saúde, em função das fontes do financiamento das pessoas;
- A adoção de procedimentos que evitem o risco de sobre utilização de procedimentos dispensáveis;
- A obrigatoriedade de implementar procedimentos de garantia da qualidade e segurança;
- A obrigatoriedade de publicar os resultados observados;
- A obrigatoriedade de partilhar informação.

Ainda que não totalmente assumida, parece óbvia a existência de uma agenda que protege o interesse privado, de que fazem parte os CAC, as USF C, as ULS PPP, os “centros de saúde privados”, a discussão da nova lei de bases e a tentativa de introdução de uma conceptualização deturpada dos “sistemas locais de saúde” onde se destaca o papel do setor privado numa futura rede integrada de cuidados. Depois dos hospitais PPP, surge agora a proposta de avançar com as [ULS PPP](#), integrando não só os hospitais, como todas as [unidades das ULS](#), nomeadamente os centros de saúde e unidades de cuidados continuados.

A proposta inicial foi a de começar por cinco ULS, correspondendo a uma população de 1 milhão e 700.000 portugueses. Parece óbvio estar-se a desenhar e gerir concessões ao setor privado do património do SNS, de extrema complexidade, em concorrência com o setor privado não concessionado, sem qualquer fundamentação, discussão pública ou envolvimento dos atores da saúde.

É apenas conhecido o [despacho n.º 12083/2025](#), de 14 de outubro, que *“determina que a Administração Central do Sistema de Saúde, assegure a realização de um estudo de recolha, tratamento e análise da informação necessária à demonstração da necessidade fundamentada de um contrato de parceria de gestão na área da saúde, tendo em vista criar as condições para o lançamento das parcerias público-privadas para a gestão das unidades de saúde de Braga, Loures, Vila Franca de Xira, Amadora-Sintra e Garcia de Orta.”*

Prevendo-se que o estudo deve ser apresentado no prazo de 6 meses, aguardam-se os seus resultados

## A escolha determinante dos conceitos em saúde

A expressão “sistema nacional de saúde” não existe. O sistema de saúde português refere-se à articulação entre o setor público, social e privado.

A utilização, no contexto político da expressão “sistema nacional de saúde” pode não significar ignorância, mas antes um propósito, mais ou menos explícito de substituir o SNS.



O Programa do Governo aborda também o conceito de “Sistemas Locais de Saúde”. No entanto, o conceito atribuído não é aquele que se desenvolveu na segunda metade da década de 90. Parece antes a tentativa de criar um espaço para concorrer ao financiamento público, transformando o SNS em “sistema nacional de saúde”, aceitando o Estado perder o SNS num mercado concorrencial.

### Revisão da Lei de Bases

O principal objetivo de uma Lei de Bases é de estabelecer os princípios fundamentais que regem o desenvolvimento do sistema de saúde, com particular relevância para as relações entre os setores público, social e privado com fins lucrativos, dentro do quadro constitucional vigente.

O atual governo apresentou a [intenção](#) de rever a lei de bases, tendo como uma das finalidades aprovar uma nova Lei de Meios para o SNS, para "reforçar o sistema de saúde português, assumindo uma transformação nos seus pilares fundamentais: i) organização dos cuidados, recursos humanos e financiamento"; ii) a "gestão do SNS, através da sua reorganização assente em Sistemas Locais de Saúde com a participação de entidades públicas, privadas e sociais" e iii) lançar novas parcerias público-privadas (PPP) para as unidades de saúde que "reúnam critérios para garantir uma melhor resposta assistencial" num modelo de gestão privada de serviços públicos no SNS".

A cronologia das várias revisões da Lei de Bases da Saúde, não deve ser ignorada e merece uma análise mais profunda.



## O QUE FICOU PELO CAMINHO

### Plano Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde 2030 mantém um carácter estruturante no planeamento estratégico da saúde. Define orientações nacionais até 2030, identifica os principais problemas de saúde e estabelece metas para reduzir iniquidades e aumentar o capital de saúde da população. Apresenta-se ainda como instrumento de alinhamento e governação, articulado com o planeamento subnacional e com uma lógica trans e multissetorial. Entre os seus méritos destacam-se a amplitude temporal, a coerência estratégica, o enfoque populacional e a atenção às desigualdades e à sustentabilidade (Resolução do Conselho de Ministros, 2023).

Contudo, o PNS é mais forte como documento orientador do que como mecanismo vinculativo. A sua execução depende de planos posteriores e do compromisso dos vários atores, o que dilui responsabilidades e limita a sua eficácia. A ausência do autocuidado como eixo estruturante — surgindo apenas associado à educação para a autogestão da doença crónica — constitui uma fragilidade relevante para um país envelhecido, com multi morbilidade e com pressão crescente sobre os serviços (Resolução Do Conselho de Ministros, 2023).

O problema mais crítico, porém, é político: o PNS 2030 mantém plena validade formal como instrumento estruturante de planeamento estratégico nacional, mas caiu em perda de centralidade política e programática, não sendo explicitamente usado como referência matricial nos principais documentos recentes de ação governativa em saúde.

No Programa do XXV Governo Constitucional, “PNS 2030” não ocorre e “Plano Nacional de Saúde” surge apenas de forma indireta, enquanto o foco recai no Plano de Emergência e Transformação da Saúde (PETS). No próprio PETS, não há referências ao PNS. Assim, apesar de formalmente em vigor, o PNS deixou de estruturar a ação governativa, sendo substituído por uma lógica de medidas setoriais e urgentes (Governo da República Portuguesa, 2025; Ministério da Saúde, 2024).

### Cuidados Continuados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ([RNCCI](#)) representou um avanço institucional significativo, mas o seu desenvolvimento ficou aquém das exigências demográficas e epidemiológicas do país. Concebida sobretudo para responder à transição entre fase aguda, reabilitação e apoio social, a rede mantém um enviesamento de “resposta intermédia”, menos adequado às necessidades prolongadas e complexas dos idosos muito dependentes.



As limitações de execução persistem. Em 2022, havia 1.487 utentes à espera de vaga. Em 2023, as UDPA continuavam sem unidades em funcionamento. Em 2024, apesar de 16.682 respostas contratadas, a ERS registou profundas desigualdades territoriais, ausência de unidades de convalescença em várias NUTS III, tempos de espera elevados (56 dias nas ULDM; 47 nas UMDR) e internamentos longe da residência, atingindo 19,6% dos utentes das ULDM (ACSS, 2023; ERS, 2025). A rede expandiu-se, mas sem resolver de forma satisfatória o acesso atempado, a proximidade territorial e a equidade.

Também as metas estratégicas têm sido reprogramadas. O PRR definiu objetivos — 5.500 camas, 500 lugares de UDPA e 1.000 lugares de ECCI — inicialmente para 2025 e depois adiados para junho de 2026, espelhando dificuldades recorrentes em converter compromisso político em execução. A rede cresce em capacidade formal, mas não ao mesmo ritmo em capacidade efetiva, coordenada e tempestiva (Recuperar Portugal/ACSS, 2025).

A crítica mais profunda, contudo, diz respeito à sua inadequação face às necessidades de cuidados de longa duração. A despesa portuguesa nesta área permanece inferior a 5% da despesa em saúde — menos de um terço da média da UE — refletindo a dependência histórica do cuidado informal.

Assim, a RNCCI não constitui ainda um verdadeiro sistema de cuidados de longa duração no sentido europeu: continua mais próxima de uma rede de transição e manutenção do que de um dispositivo robusto de apoio prolongado, domiciliário, comunitário e orientado para a autonomia dos muito idosos (OECD & European Observatory of Health Systems and Policies, 2023; Recomendação Do Conselho de 8 de Dezembro de 2022 Relativa Ao Acesso a Cuidados de Longa Duração de Elevada Qualidade a Preços Comportáveis 2022/C 476/01, 2022).

## Saúde Pública

Uma das missões dos serviços locais de saúde pública é a de orientar e congregar os contributos das instituições da comunidade na construção de políticas comuns de promoção e proteção da saúde da população que abrangem.

Os planos locais de saúde (PLS) visam reforçar a articulação intersetorial para promover a saúde e o bem-estar de uma comunidade. Isto requer o alinhamento de estratégias locais, partilhando recursos existentes ou mobilizando novos. A Saúde Pública, ao nível local, tem tido a responsabilidade da coordenação técnica do processo de construção, supervisão da implementação e monitorização do PLS. Não devem ser apenas serviços de apoio metodológico e técnico aos restantes serviços das organizações onde estejam inseridos, nem executores acríticos locais de planos e programas nacionais sem as devidas adaptações ao respetivo território e comunidade.

A nova organização do SNS em ULS criou entidades que abrangem, por vezes, vários municípios. Isto implica lidar com uma grande heterogeneidade de comunidades locais e com estratégias e planos municipais de saúde diferentes. Assim, cabe aos serviços locais de saúde pública o importante papel agregador e mobilizador das diferentes comunidades na concretização dos objetivos fundamentais comuns de uma política de ampla promoção e proteção da saúde, através de ações concertadas entre as estruturas do SNS e o envolvimento de todos sectores da sociedade.

Ainda em [2020](#) foi aprovada a primeira Comissão para a Elaboração da Proposta de Reforma da Saúde Pública e sua Implementação, tendo esta apresentado um [relatório](#) e proposta legislativa. Como referido por [Sousa](#) “(o relatório foi) *concluído em 2021 com um diagnóstico rigoroso, propostas*



concretas e uma visão estruturada para o futuro.” Quatro anos depois, permanece uma questão incontornável: que reforma foi, de facto, concretizada?

Já em [2023](#), foi criada a Comissão para Elaboração da Proposta de Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde Pública, constituída por 1 coordenador e 22 membros. No preâmbulo pode ler-se: *“Contudo, e aproveitando todo o trabalho anteriormente desenvolvido, as lições apreendidas com a pandemia e a nova arquitetura do Serviço Nacional de Saúde (SNS) consubstanciada através do Estatuto do SNS, da criação da Direção Executiva do SNS, do processo de transferência de atribuições das Administrações Regionais de Saúde (ARS) para as Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR) e da transferência de competências para as autarquias locais, designadamente no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, importa dar um novo impulso com uma estrutura renovada e de futuro na área da Saúde Pública, através de uma visão holística da saúde em e para todas as políticas ao nível nacional, regional e local”.*

Considerou-se oportuna criação desta Comissão, a sua justificação está bem fundamentada e a finalidade pretendida é há muito esperada:

7 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, a Comissão pode ainda proceder à consulta de outras entidades ou personalidades de reconhecido mérito cujo contributo seja considerado relevante para a prossecução dos trabalhos.

8 — Os serviços, organismos e estruturas do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, no âmbito das suas atribuições e áreas de intervenção, devem prestar à Comissão toda a colaboração solicitada.

9 — O coordenador da Comissão pode constituir grupos de trabalho para a realização de tarefas específicas de entre os membros da Comissão.

10 — A Comissão deve elaborar e apresentar ao meu Gabinete, no prazo de 20 dias a contar da sua nomeação, um plano de trabalho onde se encontre descrito um conjunto de objetivos específicos, metas a atingir e prazos para a sua apresentação.

11 — No prazo máximo de 120 dias a contar da sua nomeação, a Comissão apresenta ao meu Gabinete uma proposta de Lei da Saúde Pública (LSP), a qual ficará sujeita a consulta pública pelo prazo de 30 dias.

Figura 22: Detalhe do despacho que criou a Comissão para Elaboração da Proposta de Organização e Funcionamento da Saúde Pública

Fonte: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4764-2023-212075893>

Porém, em finais de 2025 [nada parece ter avançado](#): para além de não se conhecer o que tem sido produzido (a Comissão foi criada em abril de 2023), os serviços de saúde pública locais continuam sem ter a transformação necessária para poderem responder cabalmente às novas exigências e desafios da saúde pública.

Um primeiro desejo para 2026 é que a Saúde Pública seja finalmente assumida como uma função estratégica do Estado, com autonomia organizativa, capacidade operacional e autoridade técnica efetiva. Sem serviços de Saúde Pública robustos, hierarquizados e devidamente financiados, não há prevenção eficaz, não há equidade em saúde e não há verdadeiro cumprimento do direito constitucional à proteção da saúde.

Figura 23: Excerto de artigo de opinião de Sérgio Sousa, no Observador

Fonte: <https://observador.pt/opiniao/da-esperanca-a-desilusao-a-reforma-da-saude-publica-em-portugal/>

## Saúde Mental

Durante o ano de 2025, prosseguiu a reforma da saúde mental no território nacional, de acordo com as disposições do [Decreto-Lei nº 113/21](#).

Dentro das metas estabelecidas no âmbito do financiamento do PRR, foram dados passos importantes para a modificação do modelo de prestação de cuidados e para a melhoria das estruturas existentes no país.

A aposta na comunidade foi reforçada através da constituição de todas as equipas comunitárias de saúde mental (ECSM) previstas no PRR (40). O estudo de custo-efetividade das ECSM revelou resultados positivos, com uma redução de 26,8% no número de internamentos, 30,9% no número de dias de internamento e de 46,7% nos reinternamentos, o que permitiu concluir que o retorno estimado foi de 14,50 euros por cada euro investido.

Em 2025 manteve-se igualmente o projeto-piloto dos Centros de Responsabilidade Integrada, em 15 ULS de todo o país. Uma vez terminado o processo de parametrização dos indicadores de desempenho, está prevista em 2026 a disseminação progressiva deste novo modelo de financiamento a outras ULS, incluindo serviços de psiquiatria da infância e adolescência. Prosseguiu também a requalificação de diversos serviços de saúde mental, e a construção de novas unidades, que serão finalizadas durante o ano de 2026.

Ainda no campo da saúde mental, fruto de uma petição de cidadãos e da aprovação na assembleia da república, do que viria a ser a lei nº 17/2024, foi iniciada a Linha Nacional de Prevenção do Suicídio a 10 de setembro, a funcionar 24h todos os dias, com recursos do estado. Trata-se de mais uma ferramenta na prevenção de comportamentos suicidários que, certamente, será parte de uma estratégia global de prevenção do suicídio.

Com a conclusão do PRR em 2026, entra-se numa nova fase, em que as apostas principais são a formação e diferenciação das ECSM, a implementação de programas de promoção/prevenção baseados na evidência e o recrutamento e treino dos recursos humanos que ainda faltam nos serviços locais.

Nesse sentido, permanece a necessidade de um investimento mantido na área da saúde mental, não se podendo perder o impulso dado pelo PRR, de modo a garantir a consolidação da reforma da saúde mental e a aproximação aos modelos de prestação de cuidados existente na Europa Ocidental.

## O papel das autarquias

Os desafios que se apresentam à saúde e o seu carácter multidimensional colocam as autarquias como um parceiro estratégico incontornável, nas matérias da prevenção, da promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis, mas também de uma multiplicidade de determinantes da saúde, muitos deles na esfera direta de intervenção das autarquias em termos de competências e atribuições.

O conhecimento das comunidades e a afetação de recursos logísticos, humanos e financeiros, são fundamentais para a resposta às necessidades de saúde locais, articulando e reforçando parcerias multissetoriais. Um maior foco em políticas sociais e de saúde, uma maior sensibilização para as iniquidades sociais e as suas causas estruturais, a proximidade com os cuidados de saúde primários e a possibilidade de contribuir no concreto para ações, respostas e políticas com impacto na saúde da comunidade, são mobilizadores do compromisso dos municípios, que se tem manifestado em diversos



domínios. Entre eles a assunção de competências da saúde por via do processo de transferência de competências enquadrado no [Decreto-Lei nº 23/2019](#) e legislação complementar, nomeadamente:

- no planeamento, na gestão, manutenção e conservação de unidades afetas aos cuidados de saúde primários (CSP) e na construção de novas unidades de CSP;
- na gestão dos trabalhadores, inseridos na carreira de assistente operacional, das unidades funcionais dos CSP das Unidades Locais de Saúde;
- na gestão dos serviços de apoio logístico dos CSP;
- na parceria estratégica nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo;
- na elaboração da Estratégia Municipal de Saúde;
- na constituição do Conselho Municipal de Saúde ao qual presidem.

A vinculação formal dos municípios ao exercício das referidas competências posiciona-os num plano de intervenção até então desconhecido, com desafios e responsabilidades determinantes no puzzle da saúde, nos domínios do planeamento da rede de equipamentos, do funcionamento, do acesso aos cuidados de saúde primários e da elaboração de instrumentos de planeamento estratégico em saúde e de concertação política, envolvendo parceiros estratégicos do território.

A transferência de competências do Ministério da Saúde para as Autarquias tem-se vindo a efetivar desde 2022, assumindo-se como estratégia fundamental ao funcionamento do SNS. A transferência da gestão do edificado dos cuidados de saúde primários e de outros bens móveis para a administração pública local permitiria agilizar intervenções de carácter imediato, contribuindo para a funcionalidade dos mesmos e conseqüente satisfação dos profissionais e respetivos utentes. Também a gestão dos assistentes operacionais afetos aos CSP permite uma racionalização do seu trabalho e a implementação de respostas céleres na resposta à escassez de RH.

Não obstante este objetivo último de aproximar as soluções aos desafios sentidos pelos cuidados de saúde primários, o processo de transferência de competências tem-se revelado desafiante por uma falta de objetividade e transparência generalizada na forma como têm decorrido.

Autos de transferência com equipamentos mal listados, incompletos ou inexistentes, incongruências nos bens móveis referidos face à realidade existente ou indisponibilidade de processos de RH, tem comprometido o assumir pleno das funções delegadas nos municípios. Por outro lado, as Autarquias têm-se vindo a deparar com edifícios e equipamentos em estado de avançada degradação, com reduzida manutenção e com problemas estruturais; face aos elevados custos associados a esta situação, deparam-se igualmente com a insuficiência da verba transferida pela administração central.

Estas novas responsabilidades têm trazido dificuldades aos municípios, desde logo, na afetação de recursos financeiros para dar resposta aos exigentes domínios da transferência de competências, colmatando o insuficiente envelope financeiro proveniente do Fundo de Financiamento da Descentralização (FFD) da saúde, entre outros desafios emergentes resultantes das especificidades que o setor da saúde impõe, com uma linguagem, natureza e idiossincrasias muito diferentes da gestão autárquica.

A transferência de competências na área da saúde para as Câmara Municipais definiu ainda o papel das Autarquias no desenho de estratégias locais de saúde e de órgãos locais com papel na sua elaboração e implementação. E se é verdade que estas novas funções dos Municípios se assumem como fundamentais no papel que as cidades têm na prevenção da doença e na promoção do bem-estar, essenciais à própria sustentabilidade do SNS, também é verdade que a administração central



tem sido omissa no apontar de caminhos orientadores destas mesmas funções. Estando novamente vinculado à intervenção de cada executivo municipal e comprometendo a igualdade no acesso à saúde por parte dos cidadãos, esta omissão cria um vazio na relação que se pretenderia estratégica entre as Autarquias e as ULS na definição de caminhos conjuntos promotores da saúde das populações.

As Autarquias locais são os organismos da administração do Estado naturalmente privilegiados para uma intervenção próxima das pessoas, adequada às suas necessidades e com a necessária agilidade na sua satisfação. O SNS tem muito a ganhar com esta proximidade, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde primários e reforçando o seu papel de promotor de saúde e bem-estar. No entanto, importa que a administração central oriente estes caminhos conjuntos a serem feitos localmente, sob pena de se perder o impacto estratégico na reforma do SNS.

Esta realidade, ainda que recente, carece de reflexão e de avaliação de impactos, nomeadamente:

- sobre as condições das unidades de saúde para a prestação de cuidados;
- sobre as desigualdades territoriais existentes em termos de equidade no acesso à saúde;
- sobre a universalidade e equidade no acesso versus municipalização da saúde;
- sobre a articulação de instrumentos multinível de diagnóstico e de planeamento estratégico em saúde e das parcerias multisectoriais, reforçando a abordagem dos determinantes da saúde;
- sobre a articulação entre o setor social e a saúde, na resposta à complementaridade de cuidados;
- sobre que medidas legislativas estão previstas para a harmonização entre Unidades Locais de Saúde e Transferência de Competências da Saúde, no quadro das diferentes realidades existentes em termos nacionais;
- sobre como pensa o Governo ajustar a legislação da Transferência de Competências da Saúde com a criação das Unidades Locais de Saúde;
- sobre os resultados deste modelo de governação no quadro na prossecução da missão do Serviço Nacional de Saúde, preservando os Centros de Saúde como a casa comum e identitária de todas as pessoas que procuram cuidados de saúde e cuidados continuados integrados.

São muitos os desafios e questões por esclarecer e debater, num caminho que se percebe difícil, onde o diálogo e a partilha são cruciais para estabelecer relações de confiança sólidas que contribuam para o reforço e valorização do SNS e para o papel de todos os intervenientes no quadro das respetivas responsabilidades.

Exemplo disso são os resultados do trabalho de [Adão e Silva e Flores](#), relativamente ao nível de conhecimento das pessoas em relação ao processo de descentralização de poderes para as autarquias e regiões, que demonstra escasso conhecimento do processo de descentralização das políticas públicas, embora a maioria defenda mais transferências de responsabilidades para o poder local.

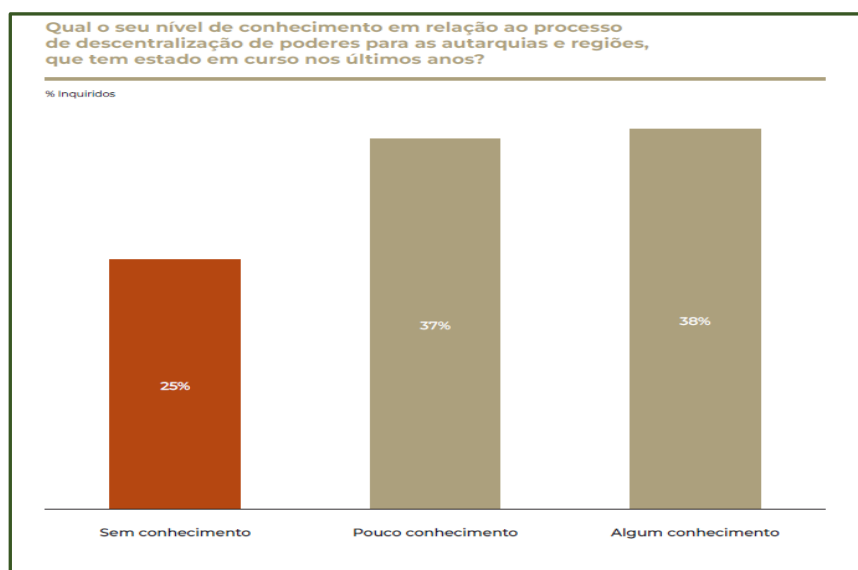


Figura 24: Nível de conhecimento em relação ao processo de descentralização de poderes para as autarquias

Fonte: <https://ipps.iscte-iul.pt/publicacoes/o-que-pensam-os-portugueses/pensam-2025>

Adão e Silva, P.; Flores, I. (2025) O que Pensam os Portugueses 2025: Descentralização, Desconcentração e Regionalização, IPSS- ISCTE. p.25

## Tecnologias da saúde

De entre as funções de um sistema de avaliação de tecnologias em saúde destaca-se a avaliação económica e o impacto financeiro da nova tecnologia, assim como os respetivos impactos sociais, éticos e legais. O seu objetivo é obter uma melhor gestão dos recursos públicos, a disponibilização de tecnologias seguras e eficazes, a equidade no acesso e uma base de evidência para informar políticas públicas.

No caso dos medicamentos a Comissão Europeia propôs 26 de abril de 2023 uma profunda reforma que pretende tornar os medicamentos inovadores mais acessíveis e a custos aceitáveis.

Considera que os medicamentos autorizados não chegam aos doentes com rapidez adequada, havendo grandes disparidades entre os Estados Membros (EM). Há um défice na investigação de áreas terapêuticas essenciais (*unmet medical needs*) nomeadamente em anti-infecciosos e doenças raras. Os preços dos medicamentos inovadores são muito elevados e, no entanto, há falta no mercado de medicamentos essenciais (cerca de 80% dos medicamentos utilizados nas patologias prevalentes). Tem de se adaptar a transformação digital e as novas tecnologias visando a simplificação dos procedimentos.

A regulação e a avaliação das novas tecnologias de saúde, a nível nacional e em articulação com a Agência Europeia do Medicamento, exigem recursos científicos capazes de gerar a melhor evidência disponível. Isso inclui aproveitar o aumento das fontes de informação clínica e de dados existentes na rede do SNS para monitorizar resultados em saúde com centralidade no doente.

A inovação tecnológica tem contribuído de forma decisiva para ganhos em saúde e bem-estar para a população, sendo necessário incorporar no sistema de saúde a sua utilização de forma racional e baseada na melhor evidência científica disponível. Recordemos que as Tecnologias de Saúde se



enquadram num mercado global de despesas de saúde que representa 10% do PIB da União Europeia (Regulamento UE 2021/2282 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15/12/2021).

A inovação tecnológica em saúde tem criado novos desafios aos sistemas de saúde. Além do próprio desenvolvimento tecnológico, o aprofundamento do conhecimento acerca da biologia e dos mecanismos associados às doenças têm guiado a investigação para determinados alvos corretivos do processo patológico ou até mesmo impedindo que se venha a manifestar.

Por outro lado, a Inteligência Artificial, graças à sua capacidade de processamento de dados, permite uma triagem sem precedentes de milhões de moléculas candidatas ao tratamento de doenças, descobrir potenciais novos alvos terapêuticos, assim como a análise de dados provenientes de ensaios clínicos e do mundo-real, permitindo otimizar o processo de desenvolvimento de medicamentos.

Colocam-se dois grandes desafios. Primeiro, é preciso garantir que exista capacidade científica suficiente para avaliar e assegurar a eficácia, a segurança, a qualidade e a efetividade das novas tecnologias emergentes, sobretudo das chamadas terapias avançadas. Estes desafios exigem que a Academia, nomeadamente instituições vocacionadas para a investigação em saúde, estabeleçam redes colaborativas envolvendo o SNS.

Por outro lado, é fundamental garantir a sustentabilidade financeira que permita um acesso equitativo aos doentes que necessitam dessas novas tecnologias. Recordemos a entrevista ao Jornal Expresso, em 31/8/2023, do Diretor executivo do SNS, Fernando Araújo, *“O problema dos decisores políticos é por vezes cometerem a imprudência de em sistemas complexos optarem por soluções populistas. Colocar mais dinheiro sem uma estratégia clara de Planeamento adequado, não resolve constrangimentos, como ainda pode criar novos problemas”*





## COMO CHEGAMOS ATÉ AQUI

O **modelo de governação** não se tem alterado nos últimos anos.

Mudou a Direção Executiva e estão em mudança os conselhos de administração das ULS, mantendo-se, porém, uma governação predominantemente centralista e de comando e controle, sem critérios claros de seleção, sem formação específica exigida, sem avaliação, sem prestação de contas e sem informação disponível que justifique as exonerações e nomeações.

Exemplos claros deste centralismo foram os [casos das substituições](#), em 2025, na [ULS Almada Seixal](#) e na [ULS Gaia Espinho](#), em que os membros exonerados há muito davam provas do seu empenho e profissionalismo, com resultados bem conhecidos, além do apoio relativamente à sua continuidade que receberam publicamente pelas equipas com quem trabalhavam.

Estas decisões levam à análise de três pontos fundamentais:

1. **Governança fragilizada** quando decisões de lideranças são percebidas como desligadas de mecanismos formais de avaliação com metas claras;
2. **Tensão entre critérios técnicos e decisões politizadas**, refletida em debates públicos e pedidos de esclarecimento parlamentar. Isto é, as nomeações aparentam muitas vezes ser baseadas em critérios políticos ou de confiança, mais do que em competências técnicas demonstradas ou processos concursais transparentes, assistindo-se a demissões reativas, desencadeadas por crises mediáticas, pressão política ou mudanças de ciclo governativo, e não por avaliação sistemática de desempenho;
3. **Necessidade de maior transparência e institucionalização** de instrumentos como contratos-programa no SNS, para fortalecer a governança e a estabilidade organizacional.

A [Lei n.º 2/2004](#) (Estatuto do Pessoal Dirigente) prevê comissões de serviço e avaliação, mas na prática a rotatividade política sobrepõe-se muitas vezes a estes mecanismos.

A [OCDE](#) têm apontado a falta de continuidade estratégica e de instrumentos de gestão por objetivos no setor público da saúde.

Deve ser deixada a nota de que está prevista, no [PETS](#) a criação de um “Programa de monitorização e avaliação dos Conselhos de Administração” – esperamos que a atual realidade venha a mudar no futuro. A consolidação de instrumentos de avaliação de desempenho vinculativos, aliados a processos transparentes de seleção e à divulgação pública de resultados, poderá contribuir para um SNS mais resiliente, responsável e orientado para resultados técnicos e de serviço à população.



## Desvalorização do SNS

O Serviço Nacional de Saúde tem assumido nos últimos 50 anos uma função preponderante na vida da população, tendo contribuído de forma determinante para a qualidade de vida e para a longevidade dos indivíduos. Ao longo do tempo foi sendo construída uma confiança no sistema, assumindo os cidadãos que o SNS estaria presente nas situações de maior fragilidade humana.

Recentemente o SNS mantém a sua função estrutural na promoção da saúde dos portugueses. Não obstante, notícias constantes sobre o acumular de ruturas de serviços e respostas fundamentais à população tem contribuído para pôr em causa a confiança das pessoas no sistema. O volume de utentes sem médico de família atribuído, os longos períodos de espera nas urgências hospitalares, o encerramento de serviços de urgência de obstetria ou pediatria, ou a incapacidade do INEM responder em tempo útil, tem contribuído para uma descrença no SNS que poderá colocar em causa o seu futuro como hoje o conhecemos.

E se é verdade que os órgãos de comunicação investem tempo e destaque nas notícias de desfecho negativo, também é verdade que a perda de confiança nas situações fundamentais da vida (e da morte) dos cidadãos assume uma legitimidade que não pode ser negada.

[A desvalorização do SNS](#) irá a médio prazo contribuir para o desinvestimento que os cidadãos fazem na sua continuidade. Desde logo por não ser prioritário nas escolhas democráticas feitas, em sede de eleições para os órgãos de soberania, ou na exigência contínua de qualidade dos serviços. A procura por alternativas no mercado lucrativo conduzirá à desistência do SNS pelos grupos com capacidade económica que as possam pagar, deixando o serviço público para aqueles que, não tendo alternativa, ficarão limitados ao (des)investimento que os poderes públicos nele efetuam.

É inaceitável a desqualificação atribuída através de notícias que identificam a necessidade de criar um grupo antifraude no SNS – não há sistemas, públicos ou privados onde não existam pessoas que tenham tendência para o abuso. Para lidar com isso, é necessário monitorizar, através de um sistema de informação básico, de forma a identificar comportamentos desviantes. Isso permitirá investigar a tempo e agir em conformidade. A monitorização é, aliás, uma obrigação primária de gestão, mas que tem sido esquecida.

Não se fez, durante décadas, o que devia ter sido feito e em vez disso, optou-se por promover uma onda de suspeição sobre o SNS, grave insulto à imensa maioria dos cerca de 150.000 profissionais, que dedicadamente, todos os dias, a todas as horas, fazem funcionar o SNS.





## PARA ONDE VAMOS

### Memorando pelo SNS

O Pacto para a Saúde, anunciado pelo Presidente da República António José Seguro é um desafio decisivo. O SNS, consensualmente considerado uma das maiores conquistas do 25 de Abril, fruto da determinação de António Arnaut, enfrenta uma crise profunda. Mas, ao contrário do que alguns insinuem, não é um sistema falhado: é um sistema pressionado, subfinanciado e mal gerido em áreas-chave.

O ano de 2026 tem de ser um ano de viragem na vida do SNS português. Nele convergem: novo Presidente da República, que assumiu a saúde como prioridade; 50.º aniversário da Constituição; 50.º aniversário do poder autárquico democrático; 20.º aniversário do início das primeiras abordagens à organização dos cuidados de longa duração.

O direito à proteção da saúde – no seu sentido pleno - e o dever de a defender e promover, bem como o SNS, estão consagrados no Artigo 64.º da Constituição. Ainda estamos longe do seu cumprimento efetivo.

O SNS desenvolveu-se de modo consistente até final do século XX. Mas tem-se deteriorado neste século XXI. A fragilidade das políticas públicas, a sua descontinuidade, os ziguezagues e as incoerências dos decisores explicam, em grande parte, esta situação. Este pano de fundo foi ainda agravado pela crise mundial financeira e social (2008-2013) e pela pandemia COVID-19, especialmente no período 2020-2023.

A saúde e o bem-estar da população merecem ações determinadas para inverter as derivas das últimas duas décadas e seus efeitos: iniquidades de acesso a cuidados de qualidade, com desigualdades inaceitáveis entre grupos populacionais e entre territórios; ausência de políticas públicas coerentes para motivar e atrair profissionais no SNS; descoordenação de serviços, com desperdício de recursos, mesmo após a constituição de ULS; esvaimento dos centros de saúde, agora integrados em centros hospitalares; fragmentação e descontinuidade de cuidados, com impacto negativo nos resultados e no sofrimento evitável para muitas pessoas, em especial para os mais velhos e doentes com situações de saúde e sociais de maior complexidade; inadequação dos modelos dominantes de cuidados, mais centrados nas respostas remediativas do que na prevenção; modelos inadequados de financiamento e fraco investimento nos serviços públicos de saúde, face à dimensão crescente das necessidades de cuidados; desresponsabilização dos órgãos de gestão do SNS devida,



em parte, aos modos e calendários da orçamentação, da contratualização e do modelo de financiamento, que anulam qualquer autonomia responsável.

É urgente travar a deterioração do SNS e impulsionar um amplo movimento cívico, social e político, para o renovar e reforçar. O SNS é um fator de prosperidade e de coesão social. É um dever cívico exigir e contribuir para a sua renovação e para o seu reforço. Destacam-se cinco áreas consideradas especialmente prioritárias:

- (1) Carreiras profissionais no SNS - delinear e aplicar um novo modelo que seja fator de estímulo, de motivação e de dedicação ao SNS, como missão atrativa e gratificante;
- (2) Centros de saúde - recuperar o que de melhor foi obtido e aprendido com os centros de saúde, desde 1971, e projetá-los no futuro, agora num contexto de saúde local, em ULS;
- (3) Sistema de informação de saúde – implementar o processo clínico pessoal, unificado por interoperabilidade, único para cada pessoa, independentemente de esta recorrer a serviços públicos ou aos setores social ou privado;
- (4) Ligação orgânica e funcional entre os setores saúde e solidariedade social – mudança indispensável para responder às situações críticas de pessoas idosas, pobres, com situações complexas de morbilidade múltipla, dependência e carências sociais.
- (5) Cumprimento efetivo do número 4 do Artigo 64.º da Constituição – quer na descentralização da gestão, com autonomia e a conseqüente responsabilização e avaliação, quer na implementação de uma gestão participada pelas comunidades locais, devendo estas dispor de mecanismos efetivos de influência e participação na vida e nas decisões que impactem a saúde e bem-estar das pessoas e de cada população local.

## Centro de Saúde: Pessoas, Comunidade, Proximidade

Pela sua relevância (já referida no “Relatório SNS em Foco 2024”), que continua a ser ignorada, nunca é demais recordar que o conceito de Centro de Saúde (CS), como **serviço de proximidade**, marcou um ponto de viragem no modo de ver e de atuar em saúde. Foi iniciado em Portugal pela reforma de 1971, como um dos pilares para melhorar a saúde da população. Foi uma inovação visionária. Antecedeu o movimento internacional dos cuidados de saúde primários da OMS, lançado em 1977/1978.

Desempenha um papel essencial e insubstituível em qualquer sistema de saúde: prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida das pessoas, incluindo a promoção e a prevenção; gestão de doenças crónicas e multimorbilidade; garantia da acessibilidade aos cuidados; integração de serviços; envolvimento comunitário e resposta ágil a desafios de saúde locais.

Sistemas de Saúde baseados nos Cuidados Saúde Primários (CSP) são mais eficientes e equitativos. São uma estratégia, uma filosofia, um nível de cuidados ([OMS](#)).

As suas dimensões essenciais, os **4 C** de Barbara Starfield (1992) revisitados em 2026, mantêm-se plenamente atuais e inspiradores:

- Contacto (o 1º) – Acesso em proximidade.
- Coordenação – Gestão dos percursos.
- Compreensivo – Globalidade e centralidade das pessoas (saudáveis / com doença).
- Continuidade – Relações de confiança.



Até à presente data, o centro de saúde sempre foi identificado e consubstancia a ideia e conceito dos CSP, se quisermos, a sua “operacionalização”.

A evolução contextualizada dos centros de saúde ao longo das últimas décadas está sintetizada no seguinte quadro:

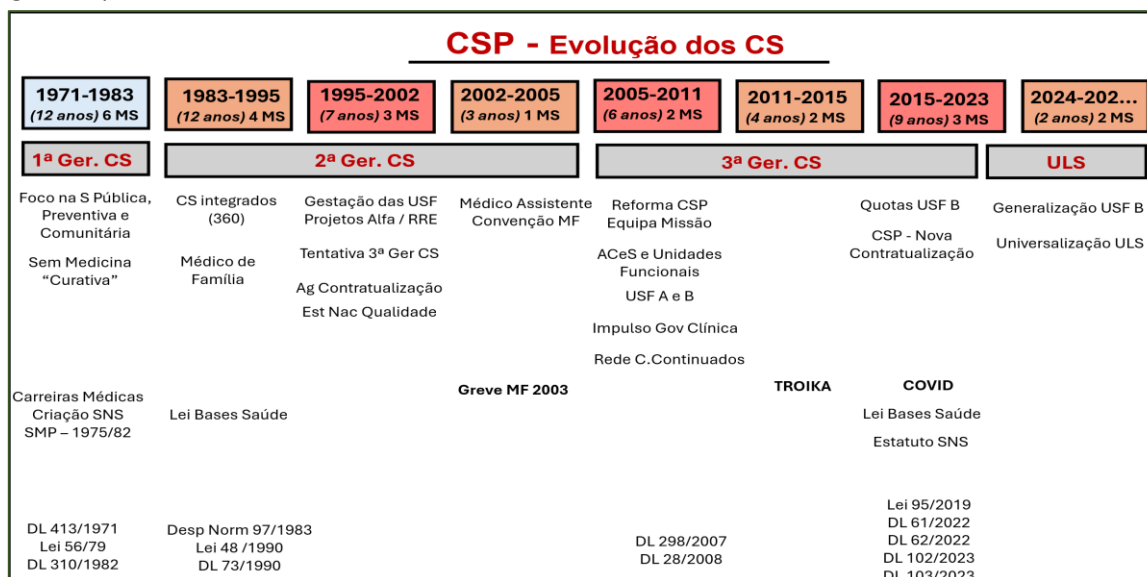


Figura 25: Evolução dos CS em Portugal

Fonte: JLBiscaia, 2025

A realidade atual é complexa, podendo-se caracterizar por:

- Mudanças nas características da população das comunidades locais, sociodemográficas, etnoculturais, epidemiológicas e naturalmente das suas necessidades, expectativas e exigências.
- Um quadro de carência de profissionais de saúde, combinado com a diversificação das suas competências e das suas expectativas, associado à inexistência de uma Política para as Profissões.
- Desigualdades loco regionais no acesso a cuidados de qualidade e dos resultados de saúde alcançados.
- A centralização vertical da gestão, com a integração administrativa dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados e o reforço da cultura hospitalocêntrica.
- A desestruturação dos CSP, com a gestão centralizada do acesso, o isolamento e a perda de autonomia e identidade das suas unidades funcionais, a perda da dimensão comunitária e da Saúde Pública.

As respostas a estes desafios exigem um processo de mudança, baseado em evidência<sup>1</sup>, participado e de cocriação, que permita qualificar o acesso em proximidade, uma efetiva integração de cuidados centrados nos percursos das pessoas, uma governança clínica com equipas multiprofissionais dinâmicas e adaptativas, numa rede colaborativa – **a recriação do Centro de Saúde.**

<sup>1</sup> Hurst J. *Effective ways to realize policy reforms in health systems*. Paris: OECD; 2010



## Recriar os centros de saúde

### Enquadramento

Propõe-se um quadro de referência baseado em princípios, valores e conceitos explícitos que sustentem a recriação dos CS, seu desenvolvimento e implementação local e nacional, num processo de cocriação – **não é um quadro normativo!**

Sistematiza as propostas e respostas a 3 perguntas:

- O que é?
- O que é preciso fazer?
- Como fazer?

### Conceito de Centro de Saúde

Independente da estrutura organizacional onde esteja inserido (Unidade Local de Saúde ou outra), o centro de saúde é o dispositivo de coordenação da “Saúde Local”, dos CSP, cuja visão multidimensional pode ser representada por esta figura:



Figura 26: Conceito de Centro de Saúde – visão multidimensional

Fonte: Adaptado de Pisco, LA, Ramos, V.B. “Vinte anos da Reforma dos Cuidados Primários em Portugal: lições aprendidas e novos desafios.”. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2025/mar). Disponível em:

<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vinte-anos-da-reforma-dos-cuidados-primarios-em-portugal-licoes-aprendidas-e-novos-desafios/19541?id=19541>

### Visão

Funcionalmente, como entidade prestadora de cuidados de saúde, pode definir-se como:

- Serviços próximos, acessíveis e disponíveis que reúnem e coordenam um conjunto diversificado e bem organizado de profissionais, competências e meios.
- Responde à grande maioria das necessidades de cuidados de saúde do dia-a-dia de cada pessoa, família.



- Cuida da população na sua comunidade local, como um todo.

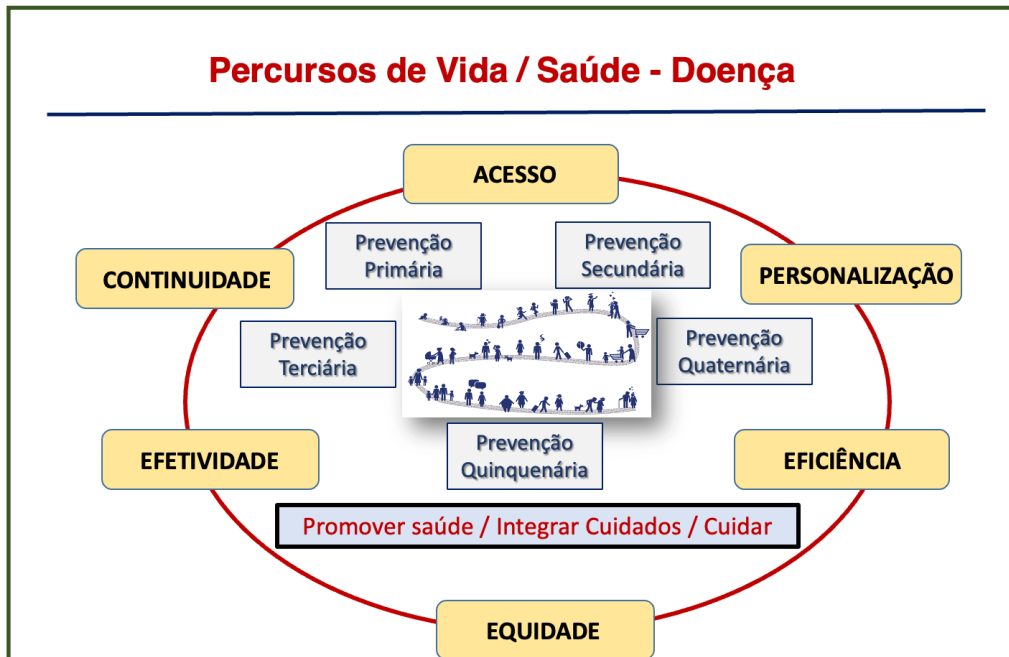


Figura 27: Representação funcional da dimensão prestação de cuidados

Fonte: JL Biscaia, 2025

### Missão

Governança clínica e de saúde da comunidade e território.

Promoção de comunidades mais saudáveis, resilientes e de bem-estar.

### Valores

Estar / Responder / Resolver / Tratar / Apoiar / Cuidar

Capacitar / Incluir / Partilhar / Qualificar

Transparência / Simplificação

### Dimensão

O centro de saúde é responsável pela saúde da comunidade local, entendendo-se esta como uma população com características socioculturais comuns, a viver num território com características demográficas específicas e com uma dimensão facilitadora de intervenções de saúde de âmbito comunitário.

- Mínimo um Centro de Saúde por município/concelho.
- Concelhos maiores, acima de 50 mil residentes, definir Centro de Saúde por freguesias ou junção de freguesias, baseados nos seguintes critérios:
  - Nº de residentes e densidade populacional;
  - Índice de envelhecimento;
  - Acessibilidade (tempo e nível resposta) a Serviço de Urgência, hospital de referência, rede de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), saúde mental e serviço social.



## Carteira de serviços

Serviços essenciais para o cabal cumprimento das 5 dimensões da prevenção ao longo do percurso de vida e da saúde/doença das pessoas e suas famílias (figura 3):

- Gestão da doença aguda.
- Promover saúde ao longo do ciclo de vida, em especial nos grupos vulneráveis, pessoas e famílias em risco.
- Saúde mental.
- Acompanhar, apoiar, cuidar e gerir percursos das pessoas com multimorbilidade.
- Capacidade resolutive de proximidade:
  - Cuidados de saúde oral (consultas de medicina dentária) e visual, de psicologia e de nutrição, e especialidades hospitalares de ambulatório;
  - MCDT (análises, imagens e outros) – rede convencionada e pública.
- Cuidar em casa:
  - Apoio domiciliário, articulação com as ERPI, Lares Residenciais e casas de acolhimento;
  - Cuidados continuados integrados;
  - Cuidados paliativos no ambulatório.

## Constituição

Organização funcional com dotações seguras:

- Cobertura plena de equipas de saúde familiar – pelo menos uma USF.
- Unidade Cuidados na Comunidade (UCC), e/com resposta de cuidados continuados integrados (ECCI).
- Equipa Comunitária de Suporte de Cuidados Paliativos (ECSCP).
- Equipas de resposta em S. Oral, Equipa comunitária S. Mental (psicologia), Nutrição, Saúde Física e Reabilitação (fisioterapia), e especialidades hospitalares de ambulatório.
- Resposta em MCDT de proximidade.
- Unidade de Saúde Pública.
- Equipa de resposta social e Gabinete do Cidadão.

## IDEIA CHAVE

Quadro de referência que deve permitir a flexibilidade necessária para a adaptação ao contexto e realidade local – geodemografia, social, económica, necessidades de saúde.

## Governação

Modelo de cooperação, assente numa **rede colaborativa** e seu **dispositivo de coordenação**:

Modelo de gestão colaborativo e interdependente, mantendo cada unidade as suas competências de autonomia funcional.

## Missão

Promover a cocriação de uma Estratégia Local de Saúde (ELS), no contexto do Sistema Local de Saúde (SLS) / Conselho Municipal de Saúde (CMS).



Garantir um plano de ação plurianual, comum das diferentes unidades, para a missão do CS decorrendo do Plano Local de Saúde(PLS):

- Centrado nas pessoas; focado nos resultados; orientado pelas boas práticas.

### **Rede colaborativa**

#### Composição

- Constituída por todas as unidades funcionais e serviços do CS, representadas pelos seus coordenadores.

#### Competências

- Construir e aprovar o plano de ação plurianual do CS.

### **Dispositivo de coordenação (núcleo executivo)**

#### Composição

- Equipa multiprofissional (3 a 5 profissionais)
  - Inclui um enfermeiro gestor dos CSP;
  - Só podem existir dois elementos do mesmo grupo profissional.
- Escolhidos (eleitos) pelo conjunto dos coordenadores das diferentes unidades do CS:
  - Obriga a candidatura em equipa e carta de compromisso.
  - Processo decorre no último trimestre de cada biénio (2/2 anos).
- Carta de compromisso pública e partilhada - visão estratégica e plano operacional (uma exigência de transparência e prestação de contas).
- Os profissionais eleitos exercem funções a meio tempo, sendo substituídos no seu local de trabalho ao abrigo das substituições de longa duração, durante todo o mandato, sem perda remuneratória durante o mandato, que tem a duração de 2/3 anos.

#### Autonomia

- Responde ao CA da ULS, que assegura toda a gestão corporativa (RH, aquisições, logística, informática, infraestruturas, contabilidade), regulada pelo Manual de Articulação e Regulamento Interno da ULS.

#### Competências

- Coordenar a elaboração do Plano de Ação Comum do CS.
- Representar e responder pelo CS, na ULS e no CMS (por competência delegada do CA da ULS - *importa rever e corrigir o DL n.º 23/2019, na sua constituição - atual representação pelos DE e PCC dos ACeS*).
- Promover o desenvolvimento do SLS, no contexto e enquadramento no CMS:
  - SLS, entendido como estrutura envolvendo todos os atores e todas as atividades sociais, económicas e culturais, públicas e privadas, que possam de qualquer forma influenciar a saúde da população;
  - As atuais competências do CMS, configuram as de um SLS:
    - Contribuir para a definição de uma política de saúde a nível municipal;
    - Emitir parecer sobre a estratégia municipal de saúde;
    - Emitir parecer sobre o planeamento da rede de unidades de cuidados de saúde primários;
    - Propor o desenvolvimento de programas de promoção de saúde e prevenção da doença;



- Promover a troca de informações e cooperação entre as entidades representadas;
- Recomendar a adoção de medidas e apresentar propostas e sugestões sobre questões relativas à saúde;
- Analisar o funcionamento dos estabelecimentos de saúde integrados no processo de descentralização objeto do presente decreto-lei, refletir sobre as causas das situações analisadas e propor as ações adequadas à promoção da eficiência e eficácia do sistema de saúde.

### **Financiamento/Orçamento**

Orçamento do CS explícito no orçamento da ULS nas suas diferentes rubricas: recursos humanos, investimento, meios de apoios, atividades comunitárias, etc.

### **Contratualização**

No enquadramento do Plano Local de Saúde, é centrada na contratualização de resultados em saúde (nos indivíduos, família e comunidade) obtidos pelas unidades, e não centrado nas profissões.

- O quê - resultados em saúde, num contexto de boas práticas (gestão integrada dos percursos – o que deve acontecer).
  - Qualificar matriz de indicadores – privilegiar indicadores de resultado, incluir PREMs e PROMs, diferenciar “finalidades” dos indicadores (ex: monitorização, contratualização), revisão periódica dos resultados esperados e aceitáveis.
- Como - Plano de Ação Plurianual (2 a 3 anos):
  - Compromisso de resultados, processos e recursos;
  - Equilíbrio entre melhoria conseguida (o trajeto) e o resultado.
- Matriz pluridimensional do desempenho das Unidades e CS – fim do IDE
- Consequências:
  - Premiar a melhoria, os melhores desempenhos;
  - Acompanhar / apoiar os desempenhos insuficientes.

### **Gestão da Mudança - Como implementar**

#### **IDEIA CHAVE**

A exigência de:

- Uma abordagem sistémica multidimensional, integrada – a recriação dos CS, no contexto da governação do sistema de saúde.
- Uma governança estratégica estável (equipa de missão), um calendário para a mudança com resultados explícitos a atingir, acompanhado de um painel de indicadores para monitorizar os percursos e os resultados da mudança.

### **Visão estratégica**

Eixos essenciais que devem ser desenvolvidos em simultâneo:





Figura 28: Gestão da mudança - visão estratégica

Fonte: JL Biscaia, 2025

### Equipa de Missão

- Equipa nacional, multiprofissional, dependendo da(o) Ministra(o) da Saúde, constituída por profissionais reconhecidos interpares e externamente – liderança.
- Carta de compromisso pública e partilhada - visão estratégica e plano operacional (uma exigência de transparência e prestação de contas).
- Tem como **missão**:
  - Criação dos quadros de referência da governança dos CS, e das metodologias e instrumentos da sua operacionalização (ex: contratualização, regulamento interno, manual de articulação, etc.);
  - Desenvolver conceitos, estratégias, práticas, e uma rede de governança clínica, incluindo a sua institucionalização a nível local através de conselhos ou equipas multiprofissionais dedicadas a esta função;
  - Redesenhar e simplificar processos de cuidados (os percursos assistenciais - o que deva acontecer e resultados esperados), potenciando o “skill mix” das diferentes profissões;
  - Desenvolver, apoiar, acompanhar e monitorizar, a implementação de estratégias e planos de intervenção para zonas sem equipas de s. familiar;
  - Promover, apoiar, acompanhar e monitorizar, a construção e implementação de soluções flexíveis de respostas organizacionais e funcionais nas zonas de baixa densidade populacional;
  - Acompanhamento, apoio, qualificação e monitorização do desenvolvimento dos CS.

### Portal BI CSP 2.0

Desenvolvimento sustentado de um portal, multidimensional e multi-funcional, com as seguintes componentes:

- Perfil(s) de Saúde, multidimensional(is) de base populacional.
- Plano(s) Local(is) de Saúde.



- O CS e todas as unidades funcionais que o integram têm página web com a sua missão, os planos de ação comum e individuais, o seu modelo de articulação, todos os serviços existentes e seus compromissos de resposta, bem como tutoriais de como utilizar os serviços.
- Mapa nacional dos CS, Unidades funcionais e Serviços - atualizado e interativo.
- BI das Profissões – gestão estratégica dos profissionais:
  - Dotações, necessidades, concursos, etc.
- BI para acompanhamento e monitorização do desempenho e apoio à contratualização.
- Plataforma para melhoria contínua da qualidade organizacional.
- Biblioteca – repositório de documentos de referência, de apoio e monitorização

### **Plano de intervenção para zonas sem equipa de saúde familiar**

Não sendo possível a curto prazo, o objetivo de atribuir a todas as pessoas uma equipa de saúde familiar, por mais efetivas que sejam as medidas a implementar, é definida uma estratégia operacional específica para esses CS, de melhoria contínua da gestão do acesso, até ao cumprimento deste objetivo, sustentada em:

- Identificação das áreas (CS) carenciadas (sem equipa de s. familiar) – critérios explícitos.
- Organizar respostas alternativas e complementares, de seguimento das pessoas sem equipa de saúde familiar atribuída, ajustadas às suas necessidades e aos diferentes contextos locais.
- Disponibilizar em tempo real, relatório do acesso centrado nas pessoas, e nas suas diferentes dimensões, designadamente, tempos de espera, percursos das pessoas, perfis de utilização, resultados obtidos.

### **Centros de saúde em zonas baixa densidade populacional (rurais)**

A exigência de garantir a inclusão, coesão territorial e equidade, designadamente no acesso aos cuidados de saúde nas zonas de baixa densidade populacional, implica flexibilidade na construção das respostas organizacionais e funcionais, nomeadamente no processo de formalização das unidades funcionais dos CPS.

- Qualificação do território, com matriz de ponderação multidimensional - Nº de residentes e densidade populacional, Índice de envelhecimento, Acessibilidade (tempo e nível resposta) a SU e hospital de referência, rede de MCDT, saúde mental e serviço social, rede transportes públicos.
- Definição do impacto da aplicação da matriz, em:
  - Ratios inter-profissionais e populacionais;
  - Respostas organizacionais;
  - Ponderação dos desempenhos;
- Priorização na transição e qualificação digital.

### **Gestão estratégica das profissões**

#### **Valores:**

- *Transparência* – decisões explícitas, a sua base de evidência, e seus decisores;
- *Equidade* – igualdade de oportunidades;
- *Previsibilidade* – confiança e planeamento.



### **Eixos estratégicos orientadores:**

- Construir um equilíbrio entre 3 aspetos essenciais das nossas organizações:
  - Projetos de vida profissionais e individuais;
  - Autonomia responsável das unidades;
  - Compromisso organizacional.
- Uma clara definição de:
  - Critérios explícitos para apoio à tomada de decisão;
  - Níveis de responsabilidade.
- Construir equipas – Termos de referência para recrutamento, mobilidade e substituição de profissionais:
  - Critérios e procedimentos para definição das necessidades, das vagas e sua eventual priorização e para as mobilidades;
  - Calendarização e procedimentos dos concursos recrutamento e mobilidade.
- Plano integrado de incentivos e projetos para captar, fixar e manter profissionais, seja em zonas sem cobertura por equipa de s. familiar, seja zonas de baixa densidade populacional.
- Criação dos perfis e carreiras das diferentes profissões (ex: secretário clínico, médico dentista, ...).
- Capacitação com plano de desenvolvimento profissional contínuo em exercício, multiprofissional.
- Negociação sindical (multiprofissional) da organização do trabalho:
  - 2 regimes de trabalho:
    - 35h, dedicação exclusiva com máximo de 48h contratualizadas;
    - 20h, tempo parcial.
  - Sistema retributivo misto – salário base (35h), componente variável associado à carga e qualidade de trabalho.

### **Sistemas de Informação – transformação digital e integração (simplificação/capacitação)**

- Redesenho dos processos – clínicos e assistenciais, organizacionais, administrativos:
  - O que deve acontecer – quando, o quê, a quem, como, por quem, resultado esperado;
- Contributo, apoio e exigência do desenvolvimento e implementação de:
  - Registo de Saúde Eletrónico;
  - Guia posológico – Gestão da medicação crónica;
  - “*Single sign on*” – identificação única em todas as aplicações e funcionalidades do Sistema de Informação (profissionais e cidadãos).
- Desenvolvimento e implementação de sistemas de apoio à decisão (clínica e gestonária) e de literacia em saúde (capacitação)

### **Notas finais**

Em 2008, com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), acreditou-se que seria uma oportunidade para o relançamento dos centros de saúde, através de maior investimento nas suas diferentes unidades funcionais; da celebração de contratos programa orientados para a centralidade



do cidadão e para resultados; de uma autonomia administrativa e financeira, entre outras medidas possíveis e necessárias.

Mas, não foi preciso esperar muito tempo para se perceber que a criação dos ACES foi uma oportunidade perdida para o desenvolvimento dos centros de saúde e dos cuidados de saúde primários.

Em 2023/2024, passados cerca de 16 anos, com a aglutinação da quase totalidade dos serviços assistenciais do SNS em Unidades Locais de Saúde, os agrupamentos de centros de saúde foram integrados nos centros hospitalares (Decreto-lei n.º 102/2023, de 7/11).

Esperou-se e desejou-se que as ULS desenvolvessem os seus centros de saúde e respetivas unidades funcionais, seguindo critérios, insubstituíveis, de proximidade, acesso e qualidade, o que também permitiria aos hospitais desempenharem melhor o papel que lhes compete.

Se a criação dos ACES foi uma oportunidade perdida, a criação das ULS, decorridos já mais de dois anos, nada de relevante acrescentou, não só para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, mas também para os cuidados hospitalares e cuidados continuados.

Assim, o conceito e a entidade de centro de saúde continuam a esbater-se, de que é exemplo recente, mais um, a [centralização do acesso](#), designadamente nas situações de doença aguda, retirando-a aos centros de saúde. Nestas situações, os doentes devem agora recorrer a uma chamada telefónica para a “Linha SNS 24”, onde um profissional, que não conhece a pessoa, nem tem acesso à sua informação de saúde, perguntará ao doente o que o algoritmo determina para ser “tomada uma decisão” sobre o seu destino.

E nos dois principais instrumentos enquadramentos da acção do Ministério da Saúde: “Plano de Emergência e Transformação na Saúde” (2024 - 2026) e “Quadro Global de Referência” (2024 e 2025), para além de não se vislumbrar qualquer estratégia de saúde focada no reforço da intervenção local, a novidade é a criação de “Centros de Atendimento Clínico”, para atender “casos urgentes de menor complexidade”, funcionando como “coroa de proteção aos hospitais com serviços de urgência”. Podendo ser entidades públicas, sociais e privadas.

A outra aposta, mais preocupante, é a criação de 20 USF-modelo C (de gestão privada) pelo seu significado inequívoco: é preferível a entrada do privado do que investir no público.

Se recriar o Centro de Saúde é absolutamente necessário, é muito urgente e se sabe o que fazer e como fazer, porque não se faz?





## PRINCIPAIS MENSAGENS

Este relatório “SNS em Foco 2025” tem por finalidade destacar alguns dos principais riscos e ameaças que o SNS enfrenta, bem como identificar oportunidades e medidas para os superar. Os problemas radicam em causas que se arrastam há décadas. A escassa cultura de avaliação e de fundamentação técnico-científica de decisões, bem como a inexistência de práticas organizadas de participação e controle por parte da sociedade civil, contribuem para agravar a situação. Os níveis de *confiança* dos cidadãos nos seus serviços de saúde deterioraram-se. Aumenta o risco de se entrar num círculo vicioso sem retorno, que é necessário impedir quanto antes.

As análises apresentadas ao longo do presente trabalho levam a eleger a centralidade urgente das estratégias gerais a seguir enunciadas.

- ◆ **Ativação social** - Necessidade de um movimento cívico abrangente, inclusivo, ativo e interventivo, onde todos têm um papel a desempenhar.
- ◆ **Modelo de cuidados** – Necessidade de acelerar a transição do modelo dominante de cuidados para um modelo assente em novos pilares, tais como: a) prioridade à promoção da saúde e à prevenção de doenças e complicações evitáveis; b) implementar, na prática, percursos assistenciais integrados, personalizados; c) promover integração, continuidade e coordenação entre os diversos tipos de cuidados; d) incentivar mais participação e autocuidado; e) assegurar a ligação saúde-setor social-autarquias locais que, sendo essencial em vários domínios da saúde, é absolutamente indispensável nos cuidados de longa duração.
- ◆ **Centros de saúde** – Lançar um novo modelo de centro de saúde, enquanto *elo local* de interligação, coordenação e integração de cuidados numa perspetiva de *saúde local* positiva, impulsionada por intervenções de *governança clínica e de Saúde*, adiante referida, agora no âmbito organizacional mais amplo das unidades locais de saúde (ULS). Estas inovações visam, também, estreitar a cooperação intersectorial local, em especial, com a ação social, a educação e as autarquias locais.

### Problemas a resolver e/ou a evitar e desafios a superar – medidas necessárias

Resumem-se a seguir exemplos de áreas, com propostas de medidas, que são abordados de modo mais aprofundado ao longo deste relatório e nos trabalhos que o complementam.

#### 1. Promover boas práticas político-sociais e prevenir danos e ameaças

A todos compete evitar induzir perceções negativas, sem fundamentação objetiva, bem como discursos e ações que descredibilizem o SNS.



Evitar intervenções desgarradas, medidas avulsas e remendos imediatistas, sem qualquer evidência que os suporte.

Inverter a tendência de desinvestimento no SNS, alinhando o reinvestimento com a evolução das necessidades de saúde, objetivamente verificáveis.

Clarificar eventuais contradições entre a retórica discursiva e a realidade verificável, por exemplo quanto a haver ou não agendas implícitas e explícitas de privatizar as partes potencialmente lucrativas dos serviços públicos de saúde.

As mudanças de natureza mais estrutural, para além de deverem alicerçar-se em fundamentos técnicos sólidos, devem incluir sempre discussão e envolvimento dos atores sociais implicados.

## 2. Quadro Global de Referência e Plano Plurianual de Desenvolvimento

O “Quadro Global de Referência” (QGR), [Despacho n.º 14012/2025 – Diário da República n.º 228/2025, Série II de 2025-11-25](#) – Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças e Gabinete da Ministra da Saúde, está, na prática, desligado do planeamento estratégico de saúde, designadamente da execução do Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030).

Prevalecem práticas de navegação à vista, com elevada desconexão entre governação política, estratégias de saúde e gestão organizacional do SNS, alheados da “bússola” orientadora de todos, que deverá ser o PNS 2030.

A meio do triénio 2024-2026, o Governo decidiu impor um [travão significativo ao recrutamento no Serviço Nacional de Saúde](#), fixando um limite de contratações muito inferior ao do ano anterior, e tornou o QGR pouco ambicioso com metas sem evolução na produção de consultas, cirurgias e tempos de espera. Por outro lado, o atraso na divulgação da atualização do QGR condicionou simultaneamente a [aprovação dos PDO das ULS](#) de 2025 (instrumentos estratégicos que definem as metas assistenciais, financeiras, de recursos humanos e investimentos das unidades), que apenas tiveram luz verde em dezembro de 2025 para o mesmo ano.

É necessário dispor de objetivos, linhas orientadoras, prioridades e metas explícitos e escrutináveis, para alinhar as prioridades de investimento com o que se faz e em função do que se deseja alcançar com estabilidade ao longo do período do QGR em vigor.

A contradição mais grave a resolver radica na divergência entre o designado Plano Plurianual de Desenvolvimento do SNS e o Orçamento Geral do Estado (OGE), em especial na política de recursos humanos.

## 3. Governação, transparência e prestação de contas

Promover uma cultura de prestação de contas com sistemas de reporte público com quantificação regular de impactos dos planos estratégicos de saúde vigentes, bem como mobilizar as competências e os instrumentos operacionais necessários para concretizar as medidas necessárias.

A título de exemplo, o processo de contratualização externa com as ULS e respetiva contratualização interna de 2026 sem avanços até abril, ou instrumentos de integração de cuidados - prometidos para o verão de 2025, continuam por apresentar, nomeadamente o Registo Saúde Eletrónico;

Substituir o predomínio de modelos reativos de decisão por políticas e práticas alicerçadas em visão, sentido e coordenação estratégicos, com indicadores de resultados, que incluam sempre as dimensões da qualidade e da integração e continuidade de cuidados, designadamente os estabelecidos no PNS 2030.



É fundamental monitorização clara de políticas (exemplo: CAC, USF C, SNS24, ECCI 2.0...) que procuram transformar os modelos de cuidados, com dados sobre a sua fundamentação técnico-científica, dados de impacto, e de custo-utilidade, mais ainda num quadro de redução de despesa orçamental e diminuição do investimento

São necessárias intervenções urgentes para resolver os graves problemas de acesso aos cuidados de saúde, a começar nos cuidados de proximidade, para que os objetivos de melhoria do acesso, de maior cobertura por equipas de saúde da família, de cuidados continuados e de assistência em geral, possam começar a ser alcançados.

#### **4. Problemas com o OGE e necessidade de os superar**

O OGE tanto pode ser considerado obstáculo como oportunidade. Por exemplo:

Pode permitir alinhar as prioridades do plano plurianual de desenvolvimento do SNS com a política de recursos humanos e corrigir a incoerência entre exigir melhor desempenho dos serviços e as restrições de investimento, com bloqueios na contratação de profissionais.

Pode contribuir para viabilizar visão e prioridades a montante, permitindo afetar recursos para promover a saúde e prevenir doenças evitáveis – em consonância com as prioridades e metas do PNS 2030.

#### **5. Recursos humanos da Saúde**

Harmonizar as políticas para as várias profissões de saúde com a prioridade de promover integração e coordenação de cuidados centrados nas pessoas e nos seus percursos no SNS, e também no sistema de saúde. De imediato, haverá que remover os obstáculos e bloqueios administrativos nas carreiras profissionais, repetidamente ocorridos nas últimas décadas.

Delinear e concretizar políticas criativas, inteligentes, para valorizar e apoiar os profissionais de saúde. A finalidade é criar interesse, motivação e atratividade, através de um novo modelo de carreiras profissionais. Um modelo baseado no desenvolvimento contínuo ao longo da vida profissional, no interesse e desejo de abraçar o serviço público de saúde como missão nobre e gratificante, e com um sistema de recompensas justo e estimulante.

Eliminar a curto/médio prazo as desigualdades territoriais, com medidas para mitigar assimetrias e responder às necessidades, de modo equitativo.

Promover confiabilidade nos compromissos escritos, não sendo aceitável que um limite de 5% para conter contratações tenha deslizado para 2,4% e depois para 1,9%, ignorando as crescentes necessidades reais (QGR e OGE 2022-2026).

Reduzir riscos de qualidade e segurança, revertendo o recurso a tarefeiros desligados da hierarquia técnica dos serviços e equipas. As ausências de supervisão técnico-científica e de integração numa cultura de aprendizagem contínua em equipa, comprometem a segurança dos doentes e causam desperdício, custos e danos elevados, de vária ordem.

#### **6. Desenvolver a governação clínica e de saúde nas unidades locais de saúde (ULS)**

Recomenda-se retomar a governação clínica e de saúde<sup>1</sup>, incipientemente começada nos extintos agrupamentos de centros de saúde. Existe agora a oportunidade de esta modalidade de governação de base clínica e técnico-científica poder abranger todos os tipos de cuidados oferecidos pelas ULS, visando obter impactos finais na saúde das pessoas e da população,

---

<sup>1</sup> A disciplina e práticas da governação clínica e de saúde decorre da convergência de correntes iniciadas e desenvolvidas internacionalmente nas últimas três décadas: *clinical governance*; *health governance*; e *governance for health*.



avaliáveis com métricas adequadas. Convirá aproveitar as aprendizagens feitas em alguns dos agrupamentos de centros de saúde entre 2010 e 2022.

Devem ser desenvolvidos processos e mecanismos que promovam uma governação clínica hospitalar e de cuidados de saúde primários integrada, ao invés de duas lideranças paralelas sem estratégia alinhada e que promova uma coordenação de cuidados coerente ao longo do território.

## 7. Cuidados nas situações de doença aguda

Instituir, como regra, o atendimento personalizado da doença aguda por equipa de saúde da família, que inclui os médicos, mas também enfermeiros de família com a especialização adequada, mitigando o desperdício de recursos em *call centers* que nada sabem da pessoa e das suas circunstâncias.

A reorganização do atendimento personalizado em situações de doença aguda bem como o desenvolvimento de planos assistenciais para a agudização de doenças crónicas é uma prioridade a ter nos serviços de cuidados de saúde primários. Tal inclui a capacitação tecnológica (centrais telefónicas digitais, tecnologia de diagnóstico rápido, entre outros), bem como o reforço das competências profissionais disponíveis nos CSP.

Paralelamente, deve prosseguir a reorganização e o aperfeiçoamento da identificação das situações potencialmente urgentes pela Linha SNS24.

## 8. Morbilidade múltipla e complexidade clínica e social

O envelhecimento da população tem-se acompanhado do aumento acelerado das situações de morbilidade múltipla com diversos graus de complexidade clínica e social. Os cuidados adequados às pessoas com morbilidade múltipla são incompatíveis com a atual fragmentação de serviços e de cuidados, sem percursos assistenciais que garantam respostas integradas às várias necessidades do doente.

A morbilidade múltipla requer integração de cuidados centrada na pessoa, com processos integrados de cuidados, interligando CSP, hospitais, cuidados de longa duração e, quando necessário, cuidados paliativos.

É necessário promover, no mais curto prazo de tempo, processos e instrumentos de integração tais como: *Plano Individual de Cuidados* e *Processo Clínico Unificado*, único para cada pessoa, suportado por um Registo Saúde Eletrónico com arquiteturas tecnológica e clínica adequadas, o que requer meios avançados de interoperabilidade.

O pilar estrutural mais central é o reforço das equipas nos centros de saúde, como referido a seguir.

## 9. Centros de saúde e Saúde Local

Os entupimentos nos hospitais são, em parte, devidos ao esvaimento dos centros de saúde e das capacidades de resposta adaptativa que eles poderiam ter. Ao contrário do desejado, a integração administrativa dos centros de saúde nas ULS reforçou a centralidade hospitalar, indesejável, com perda da identidade “centro de saúde”, cujas unidades funcionais passaram a atuar, em geral, desligadas entre si e sem coordenação adequada.

Os cargos de coordenação são muitas vezes acompanhados de perda de remuneração para quem provém de USF, afastando o recrutamento de profissionais para estas funções.

As soluções remediativas a curto prazo baseadas em consultas médicas isoladas, seja nos setores público ou privado, desligadas de um sistema integrado de cuidados compreensivos de saúde, são frequentemente inadequadas, com desperdício de recursos. O centro de saúde teve várias



evoluções em Portugal, desde 1971. Pressupõe missão, princípios, recursos, organização e requisitos de funcionamento que foram mudando e consolidando ao longo de décadas, que não devem perder-se, nem serem grosseiramente adulterados.

A reversão das disfunções atuais requer prioridade ao investimento nos serviços de proximidade e no desenvolvimento da Saúde Local, com estratégias flexíveis, adaptadas a cada contexto e com objetivos de melhoria da acessibilidade e da qualidade de cuidados, incluindo os cuidados no domicílio, sempre que possível e adequado. Esta prioridade começa no recrutamento e retenção de profissionais qualificados, com carreiras renovadas e estimulantes.

Um novo modelo de centros de saúde deve ter como finalidades: a) coordenar e orientar a interligação entre as diversas unidades funcionais nucleares, que dispõem de equipas interprofissionais com bastante autonomia técnica e organizativa - esta fase correspondeu à reforma inacabada 1997-2010 (3.ª geração de centros de saúde); b) mobilizar e coordenar recursos e competências profissionais essenciais para promover, proteger e recuperar a saúde e a funcionalidade nas suas várias dimensões, designadamente, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, saúde oral e medicina dentária, e serviço social, entre outras, alinhando esta força de trabalho com as unidades funcionais atuais; c) desenvolver interconexões e cooperação com parceiros chave da comunidade, designadamente autarquias locais, serviços de ação social, organizações do setor privado sem fins lucrativo, farmácias comunitárias, escolas, entre outros, para promover e proteger a saúde das pessoas da sua comunidade e do conjunto da população.

As ULS, apesar de todos os desafios, parecem ter potencial organizacional para repensar a rede integrada de cuidados de saúde, nomeadamente a nível domiciliário. Pela primeira vez, as equipas de domiciliação hospitalar, de cuidados de saúde primários, de cuidados paliativos e de cuidados continuados estão debaixo do mesmo modelo de gestão. Perante esta oportunidade, considera-se premente uma estratégia alargada que reflita a melhor integração possível entre Hospitalização Domiciliária, Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, Equipas de Cuidados Continuados Integrados, Unidades de Saúde Familiar e Equipas de Gestão de Caso de Doentes Crónicos e com Multimorbidade que compõe atualmente este nível de cuidados.

## 10. Inovação tecnológica e transição digital

É indispensável acertar o passo com a revolução tecnológica internacional e delinear, executar, monitorizar e avaliar um plano para a transição digital e a inovação tecnológica no SNS. Eventualmente, fará sentido recorrer a uma parceria público-privada para este fim, dada a escassez de *know-how* e de meios nos serviços do Ministério da Saúde, ao contrário da componente clínica e assistencial onde, em geral, é o setor privado que vai buscar as competências ao setor público.

É decisivo melhorar a acessibilidade à inovação tecnológica que aporte valor para a saúde das pessoas e da população, designadamente medicamentos e dispositivos médicos inovadores, diminuindo o tempo de avaliação e disponibilização, o que pode requerer o reforço do papel regulador do INFARMED, designadamente com um novo estatuto para esta autoridade reguladora nacional.





## **DOCUMENTOS TEMÁTICOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ANÁLISE**

A Fundação para a Saúde é uma entidade independente de outras estruturas, sendo movida exclusivamente pela defesa do Serviço Nacional de Saúde como património comum e essencial para as Pessoas.

Tem procurado agregar todos aqueles que contribuem para uma reflexão aprofundada e crítica sobre a qualificação da gestão do SNS, a sua sustentabilidade ou a capacidade de garantir o direito dos cidadãos a serviços de saúde em igualdade de circunstâncias. O SNS em Foco 2025 resulta desta agregação de pessoas, materializando-se a partir de textos elaborados por diversos agentes, cuja integralidade foi mantida.

Os textos que constituem a parte seguinte do relatório, resultam dos trabalhos e opiniões dos autores que para cada um deles contribuiu. À Fundação para a Saúde coube a seleção e enfoque nas principais mensagens para o SNS em Foco 2025, procurando o envolvimento de todas as pessoas que de forma independente e reflexiva contribuíram para o debate conjunto e para o produto final desta análise.



## Orçamento Geral do Estado

Joana Gomes da Costa e Vanessa Ribeiro

### Introdução

O Orçamento do Estado para 2026 (OE2026) é um instrumento fundamental que reafirma a centralidade da saúde nas políticas públicas portuguesas, num contexto de forte pressão sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e de necessidade de maior eficiência. A estratégia assenta na continuidade do Plano de Emergência e Transformação da Saúde e no alinhamento com o Plano Nacional de Saúde.

O documento considera mecanismos (i) económicos (limitação de recursos face ao envelhecimento populacional e adoção de novas tecnologias); (ii) financeiros (prioridades e sustentabilidade do sistema) e (iii) políticas públicas (orientação do modelo de sistema/serviço de saúde, incentivando comportamentos organizacionais (foco nos cuidados primários vs. hospitalares), definindo modelos de prestação (atividade episódica vs. de continuidade) e indicando relações entre níveis de cuidados (integração vs. fragmentação).

As principais mensagens relativas ao OE2026 estão presentes na publicação “Orçamento do Estado para a Saúde: Ambição ou Ficção?”<sup>1</sup>, que analisa as previsões do Orçamento do Estado de 2026 para a área da Saúde.

Principais Mensagens:

1. Em 2026, a despesa efetiva consolidada orçamentada para a saúde ascende a 17.236 milhões de euros, refletindo um crescimento nominal de 2,7% face ao valor orçamentado para 2025. No mesmo período, as transferências para o SNS totalizam 14.935,8 milhões de euros, o que representa um acréscimo de 7,1% face a 2025.
2. O Governo projeta um saldo orçamental positivo de 907,3 milhões de euros para a área da saúde. Contudo, a concretização deste resultado depende fortemente das receitas próprias da Missão de Base Orgânica Saúde, cuja origem e natureza não são especificadas. Acresce que o montante orçamentado para 2026 é significativamente superior ao de 2025, o que levanta dúvidas quanto à plausibilidade das previsões de receita e, conseqüentemente, quanto à sustentabilidade do saldo positivo projetado.
3. As prioridades enunciadas pelo Governo encontram-se alinhadas com os objetivos fundamentais de um sistema de saúde, nomeadamente a melhoria do acesso aos cuidados em todos os níveis – desde os rastreios populacionais até aos cuidados de saúde primários e de longa duração. Em coerência com o posicionamento político assumido pelo Governo, observa-se uma valorização do papel do setor privado (com e sem fins lucrativos) na prestação de cuidados financiados pelo SNS (i.e., convencionados).
4. Apesar da quebra de produtividade verificada no SNS nos últimos anos – associada, entre outros fatores, ao aumento da proporção de trabalhadores em regime de prestação de serviços e ao crescimento do peso do trabalho extraordinário e dos suplementos remuneratórios na despesa com pessoal –, o Relatório do Orçamento do Estado para 2026 não apresenta mecanismos concretos de promoção da produtividade nem instrumentos de responsabilização para práticas de gestão

---

<sup>1</sup> [https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/2025/10\\_Orçamento\\_do\\_Estado\\_Saude\\_2026.pdf?category=17](https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/2025/10_Orçamento_do_Estado_Saude_2026.pdf?category=17)

ineficientes, o que constitui uma lacuna relevante face aos desafios atuais de sustentabilidade do sistema.

A Missão de Base Orgânica (MBO) da Saúde tem como objetivo estratégico melhorar a saúde e bem-estar da população e tem uma despesa orçamentada de 17.300 milhões de euros, que se distribui pelos quatro programas da MBO: cuidados de saúde (15.372 MEUR; 88,9%), cuidados de saúde de longa duração (245 MEUR; 1,4%), suporte à atividade da missão de base orgânica (1508 MEUR; 8,7%), promoção da saúde e prevenção da doença (176 MEUR; 1%).<sup>1</sup>

## **Análise**

Focaremos a nossa análise nos seguintes temas: (i) cuidados de saúde, onde incluiremos também o tema dos cuidados de proximidade, doença aguda e multimorbilidade; (ii) inovação e tecnologias da saúde; (iii) promoção da saúde e prevenção da doença; (iv) recursos humanos; e (v) plano plurianual para o desenvolvimento do SNS.

### **1. Cuidados de Saúde**

#### Pontos Positivos

Destaca-se a continuidade das medidas de 2025 para reforçar a capacidade assistencial do SNS, com aumento de consultas médicas e atividade cirúrgica ambulatoria, visando reduzir tempos de espera e assegurar o cumprimento dos TMRG.

Outro ponto positivo é o foco em melhorar o acesso aos cuidados primários, com expansão das USF modelos B e C e reforço da cooperação com o setor privado.

Por último, salienta-se o crescimento da compra de medicamentos, refletindo maior atividade assistencial e acesso a terapêuticas inovadoras, especialmente em áreas como oncologia, infeciologia e doenças crónicas.

#### Desafios e Pontos para Reflexão

Relativamente ao reforço da capacidade assistencial do SNS, percebe-se, por um lado, que Portugal apresenta um nível de desempenho elevado relativamente à cirurgia ambulatoria, antevendo-se que seja difícil aumentar o acesso por esta via. Por outro lado, os indicadores de desempenho do OE não refletem essa prioridade, nomeadamente:

- i. Mantém-se uma abordagem centrada em métricas de produção, o que não traduz nem a efetividade clínica nem a coordenação assistencial. Poderá verificar-se a intensificação da fragmentação do percurso assistencial, uma vez que a multiplicidade de observações por diferentes especialistas não garante a resposta integrada às necessidades globais do doente;
- ii. A ausência de indicadores estruturados para monitorização de consultas multidisciplinares, programas de gestão de caso ou modelos de acompanhamento longitudinal constitui uma limitação relevante. Do mesmo modo, dimensões como internamentos evitáveis, internamentos sociais, percursos assistenciais integrados ou abordagens populacionais não são operacionalizadas nem valorizadas nos instrumentos de desempenho. Assim, o sistema permanece predominantemente orientado para respostas reativas, em detrimento de modelos proativos e integrados de prestação de cuidados.

---

<sup>1</sup> Nota Explicativa do OE 2026 – Saúde. Disponível em [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/SRSRA/2025/eventos/nof/nota\\_explicativa\\_governo\\_saude.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/SRSRA/2025/eventos/nof/nota_explicativa_governo_saude.pdf)



No que respeita ao acesso da população a cuidados de saúde primários, sabe-se que está relacionado com o facto da atividade assistencial estar largamente dependente da existência de recursos humanos necessário perceber:

- i. Distribuição geográfica atual de médicos de família para compreensão da extensão da necessidade;
- ii. Caracterização das áreas geográficas mais afetadas e respetiva caracterização da população para compreensão das necessidades imediatas de alocação;
- iii. Principais consequências da falta de médicos de família, nomeadamente a relação entre a localização geográfica da pessoa, o seu estado de saúde e o número de idas à urgência (ou, de forma mais lata, a existência de maior relação com custos indiretos).

Como desafio associado ao crescimento verificado em 2025 na compra de medicamentos, vê-se que, para 2026, se estima uma redução destas em cerca de 6%, em linha com a variação de 10% considerada no OE. É contínuo o desconhecimento associado à materialização desta redução, ou seja, como é compatível o corte da despesa com a continuidade do aumento/manutenção da atividade assistencial? Fica também por responder: (i) qual é a viabilidade dos cortes e o possível impacto na qualidade do SNS (face à maior eficiência referida pelo Governo) e (ii) como é alcançada a poupança referida (se por redução de preços, se por outro meio). Por último, poderá alguma parte da poupança de 10% que o OE2026 impõe em bens e serviços estar também na transferência de despesa em tarefas, que se pretende baixar? Se sim, com que impacto esperado?

A nota explicativa do OE2026 considera uma política de saúde para 2026 que projeta uma visão de futuro assente na integração de cuidados, na valorização dos profissionais e na inovação tecnológica.

Apesar da referência à integração de cuidados, o OE2026 não apresenta indicadores nem mecanismos orientados para esse efeito. Esta questão é de particular relevância no caso da gestão da multimorbilidade<sup>3</sup>, uma vez que estes indivíduos contribuem para maior despesa e utilização dos serviços.

É também relevante refletir se o aumento da produção corresponderá a um aumento efetivo do acesso aos cuidados de saúde e ao valor gerado em termos de resultados. A ausência de indicadores orientados para resultados, qualidade ou integração cria o risco de reforçar um modelo reativo e centrado em cuidados de saúde em vez de um modelo proativo e centrado em medidas preventivas.

O aumento do número de consultas nos cuidados de saúde primários, facilmente utilizado como indicador de reforço de acesso, deverá ser analisado com prudência. Como exemplo, considerem-se os utentes com multimorbilidade onde o aumento isolado do volume de consultas poderá não ser, por si só, sinónimo de uma prestação eficiente originando uma maior fragmentação dos cuidados, com múltiplos contactos assistenciais que não respondem de forma integrada às necessidades globais do indivíduo. Assim, é necessária a consideração de modelos de coordenação clínica, gestão de caso e trabalho em equipa multidisciplinar que permitam identificar grupos específicos com necessidades semelhantes.

Para além destes dois pontos, importa salientar o desconhecimento do comportamento das USF modelo C face às necessidades, ou seja, existe um risco de os cuidados de saúde primários continuarem a funcionar sem os recursos organizacionais e os incentivos necessários (indicadores alinhados) para assumir plenamente um papel estruturante na gestão da complexidade clínica. O crescimento global do orçamento, por si só, não resolve esta necessidade, pelo que seria importante uma reorientação das USF para modelos mais eficientes, considerando não apenas a perspetiva



individual, mas simultaneamente a perspetiva de gestão da saúde da população no seu todo. necessário perceber:

- i. Distribuição geográfica atual de médicos de família para compreensão da extensão da necessidade;
- ii. Caracterização das áreas geográficas mais afetadas e respetiva caracterização da população para compreensão das necessidades imediatas de alocação;
- iii. Principais consequências da falta de médicos de família, nomeadamente a relação entre a localização geográfica da pessoa, o seu estado de saúde e o número de idas à urgência (ou, de forma mais lata, a existência de maior relação com custos indiretos.

Como desafio associado ao crescimento verificado em 2025 na compra de medicamentos, vê-se que, para 2026, se estima uma redução destas em cerca de 6%, em linha com a variação de 10% considerada no OE. É contínuo o desconhecimento associado à materialização desta redução, ou seja, como é compatível o corte da despesa com a continuidade do aumento/manutenção da atividade assistencial? Fica também por responder: (i) qual é a viabilidade dos cortes e o possível impacto na qualidade do SNS (face à maior eficiência referida pelo Governo) e (ii) como é alcançada a poupança referida (se por redução de preços, se por outro meio). Por último, poderá alguma parte da poupança de 10% que o OE2026 impõe em bens e serviços estar também na transferência de despesa em tarefas, que se pretende baixar? Se sim, com que impacto esperado?

A nota explicativa do OE2026 considera uma política de saúde para 2026 que projeta uma visão de futuro assente na integração de cuidados, na valorização dos profissionais e na inovação tecnológica. Apesar da referência à integração de cuidados, o OE2026 não apresenta indicadores nem mecanismos orientados para esse efeito. Esta questão é de particular relevância no caso da gestão da multimorbidade<sup>1</sup>, uma vez que estes indivíduos contribuem para maior despesa e utilização dos serviços.

É também relevante refletir se o aumento da produção corresponderá a um aumento efetivo do acesso aos cuidados de saúde e ao valor gerado em termos de resultados. A ausência de indicadores orientados para resultados, qualidade ou integração cria o risco de reforçar um modelo reativo e centrado em cuidados de saúde em vez de um modelo proativo e centrado em medidas preventivas.

O aumento do número de consultas nos cuidados de saúde primários, facilmente utilizado como indicador de reforço de acesso, deverá ser analisado com prudência. Como exemplo, considerem-se os utentes com multimorbidade onde o aumento isolado do volume de consultas poderá não ser, por si só, sinónimo de uma prestação eficiente originando uma maior fragmentação dos cuidados, com múltiplos contactos assistenciais que não respondem de forma integrada às necessidades globais do indivíduo. Assim, é necessária a consideração de modelos de coordenação clínica, gestão de caso e trabalho em equipa multidisciplinar que permitam identificar grupos específicos com necessidades semelhantes.

Para além destes dois pontos, importa salientar o desconhecimento do comportamento das USF modelo C face às necessidades, ou seja, existe um risco de os cuidados de saúde primários continuarem a funcionar sem os recursos organizacionais e os incentivos necessários (indicadores alinhados) para assumir plenamente um papel estruturante na gestão da complexidade clínica. O crescimento global do orçamento, por si só, não resolve esta necessidade, pelo que seria importante uma reorientação das USF para modelos mais eficientes, considerando não apenas a perspetiva individual, mas simultaneamente a perspetiva de gestão da saúde da população no seu todo.

---

<sup>1</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31978229>



Relativamente ao Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) aprovado, este constitui um elemento relevante, uma vez que reforça a importância dos instrumentos de planeamento e gestão. No entanto, o modelo de PDO utilizado não avalia ainda a adequação das respostas à população servida por cada ULS. Poderá ser relevante considerar o investimento em projetos inovadores orientados para novos modelos de cuidados, de modo a adequar as estruturas existentes a respostas eficazes às necessidades atuais e futuras.



## **2. Suporte à atividade da MBO (Inovação e tecnologia da saúde)**

### Pontos Positivos

O programa de suporte à atividade da MBO Saúde assenta na continuidade da transição digital do setor, nomeadamente na consolidação dos registos clínicos (registo de saúde eletrónico único com dados clínicos integrados) e na promoção da literacia e da autonomia digital dos cidadãos. É também referida a promoção do acesso à teleconsulta e à monitorização remota de doentes crónicos. A nota explicativa do OE 2026 considera ainda que a estratégia para o setor da saúde assenta na continuidade do Plano de Emergência e Transformação da Saúde e no alinhamento com o Plano Nacional de Saúde 2030, identificando a transformação digital como um eixo central para melhorar o acesso, reforçar a qualidade dos cuidados e promover a eficiência e a inovação.

O fator-chave para esta materialização é a necessidade de garantir a interoperabilidade entre sistemas informáticos. Este ponto constitui um contributo relevante para a modernização do sistema de saúde, orientado para a redução da burocracia, o reforço da eficiência e a garantia de que a inovação tecnológica e terapêutica se traduz em melhor acesso, qualidade e sustentabilidade dos cuidados no SNS, assegurando simultaneamente uma maior continuidade assistencial, a diminuição de deslocações desnecessárias e a obtenção de ganhos adicionais de eficiência.

### Desafios e Pontos para Reflexão

Como desafios, identifica-se: (i) a necessidade de um investimento elevado ao mesmo tempo que o OE é descrito como “exigente” e focado em eficiência, podendo limitar a implementação absoluta destas medidas; (ii) o risco de desigualdade digital para populações com menor literacia tecnológica e digital; e (iii) maior grau de detalhe relativo a ciber segurança e proteção de dados (situação crítica num sistema com dados clínicos centralizados). Será relevante acompanhar a concretização do que se encontra previsto no OE2026 a este respeito para perceber como será conseguida a transformação digital e organizacional antecipada.

## **3. Promoção da saúde e prevenção da doença**

### Pontos Positivos

Existe um aumento de +60 MEUR (+3,1%) em 2026 relativamente aos produtos vendidos por farmácias, impulsionado por uma maior procura de medicamentos, pela introdução de fármacos inovadores e de elevado custo. Este aumento abre espaço à introdução de novas tecnologias da saúde que funcionarão como um investimento em saúde, ou seja, um trade-off entre um maior custo hoje e a possibilidade de mais recursos disponíveis no futuro.

### Desafios e Pontos para Reflexão

Este ponto torna possível considerar a dependência do serviço de saúde face ao medicamento e à solução reativa em detrimento da preventiva. O incentivo à procura do medicamento (menor custo inicial para o utente e para o Estado, como por exemplo na compra de medicamentos genéricos) poderá retirar investimento necessário para a prevenção da doença e promoção da saúde a larga escala.

A percentagem do OE2026 dedicada a esta área não reflete a promoção da saúde como prioridade. Está ausente do documento qualquer referência direta aos estilos de vida saudáveis, exceto no que toca às dependências, o que se traduz numa limitação da capacidade do SNS de evoluir para um modelo sustentável e com uma abordagem preventiva.

## **4. Recursos Humanos**

### Pontos Positivos

O OE2026 apresenta um objetivo declarado de aumentar a despesa com o pessoal (interno) do SNS, valorizando as suas carreiras e operando uma substituição da utilização dos serviços externos



(tarefeiros), necessários para assegurar o funcionamento dos serviços de urgência, por uma resposta assistencial reforçada, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

#### Desafios e Pontos para Reflexão

Apesar do ponto positivo relativo à valorização da carreira dos profissionais presentes no SNS, permanece incerto como se materializa (i) esta valorização, nomeadamente na identificação e definição de remuneração variável, (ii) o trabalho em equipa e respetiva supervisão (utilização de indicadores gerais ou por especialidade?) e (iii) que indicadores de qualidade e desempenho serão definidos e como serão utilizados. Questões mais gerais, como a medição da produtividade, formas de alocação dos profissionais para melhorar a atividade assistencial e como são distribuídos os profissionais (necessidades do país?), assim como a possível delegação de atos e possibilidade de partilha de tarefas, não se denotam no documento.

A este propósito, outro ponto que não é esclarecido é a diferença entre o aumento sustentado de profissionais ao longo dos anos (como mostrado entre 2012 e agosto de 2025) e a constante falta de profissionais em diversos serviços, nomeadamente na atividade assistencial normal (ou naquela direcionada para SIGIC – relevante considerar a percentagem de atividade direcionada para SIGIC) e nos serviços de urgência (a Nota Explicativa refere a diminuição dos episódios de urgência, mas não é claro se isso é devido às medidas implementadas, como mencionado – referência SNS24 ou fruto das urgências fechadas por falta de profissionais).

### **5. Plano plurianual de investimentos em saúde**

#### Pontos Positivos

Os pontos positivos assentam na (possível) diminuição de assimetrias regionais, na disponibilidade para assegurar condições de trabalho mais adequadas aos profissionais e resolver o problema de retenção de talento no SNS e, mais do que isso, na implementação de uma perspetiva plurianual de investimentos, mitigando o risco financeiro e, por essa via, a incerteza que os pode fazer gorar.

#### Desafios e Pontos para Reflexão

No que se refere a desafios, há a destacar dois pontos importantes:

- i. O primeiro é se, quando o Governo afirma estar a querer resolver o problema de retenção de talento no SNS, está a apoiar-se em algum estudo metodologicamente rigoroso que ausculte as necessidades que esse talento expressa para poder ficar no SNS? Ou, por outra, tal corresponde apenas a uma opinião sobre o assunto que, com os seus méritos e defeitos, pode não ter, necessariamente, substrato empírico?
- ii. O segundo é se, no que respeita ao plano plurianual de investimentos, existe um levantamento correto das capacidades de execução (e um envelope financeiro que a sustente). O Governo e a Administração Local têm denotado dificuldades na execução do Plano de Recuperação e Resiliência português (apesar de tudo, acima da média europeia em execução) e, por isso, seria importante extrair lições desse processo e planear adequadamente objetivos, recursos e financiamento.

#### **Conclusão**

O OE2026 apresenta orientações que podem contribuir para a modernização do SNS, particularmente através do reforço da capacidade assistencial, da transformação digital e do investimento plurianual. Contudo, a concretização destas ambições dependerá de mecanismos efetivos de monitorização e de uma gestão rigorosa dos recursos, com indicadores que reflitam qualidade e coordenação dos cuidados, e não apenas produção. A sustentabilidade do sistema exigirá, igualmente, uma transição de um modelo reativo para um modelo preventivo e integrado, capaz de responder às necessidades reais da população. Sem articulação clara entre objetivos e instrumentos operacionais, o risco é perpetuar as fragilidades estruturais do SNS. Tal coloca-nos, portanto, perante



a seguinte questão: estamos nós a perpetuar o *status quo* ou a promover um desenvolvimento sustentável e sustentado do SNS?



# Plano Plurianual para o Desenvolvimento do SNS -Expectativas e Realidades

Ana Escoval, Julian Perelman, Pedro Lopes Ferreira e Ricardo Lopes, com contributos de Eduardo Costa e João Cabouco Rodrigues

## 1. Introdução

O Quadro Global de Referência (QGR) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é um instrumento de orientação estratégica do SNS, com objetivos, linhas orientadoras, prioridades e metas. É suposto servir de guião para a alocação de recursos dentro do SNS, de forma transparente e numa perspetiva de longo prazo. Serve ainda para alinhar as prioridades, as ações e expectativas de todos os intervenientes do SNS e de todos os que com ele colaboram, numa perspetiva de integração e de colaboração para objetivos comuns.

Em Portugal, o Despacho n.º 6770/2024 estabeleceu as orientações para a elaboração do QGR do SNS para o ano de 2024. Estruturado em quatro componentes fundamentais, refletia as seguintes áreas prioritárias de intervenção e avaliação do desempenho do sistema de saúde: desempenho assistencial, desempenho económico-financeiro, recursos humanos e plano de investimentos.

No entanto, a ausência de discussão pública, a falta de reporte e a não implementação das medidas nele previstas evidenciam não apenas um esquecimento, mas uma verdadeira omissão institucional."

Com base na realidade em outros países (Alemanha, França, Noruega, Reino Unido e Suécia), torna-se evidente que estes quadros estratégicos ou planos nacionais só ganham relevância com mecanismos claros de prestação de contas, com a existência de metas quantificadas e sistemas regulares de reporte público.

É neste enquadramento que se analisam, de seguida, as expectativas associadas a um Plano Plurianual para o Desenvolvimento do SNS e a sua concretização no período mais recente.

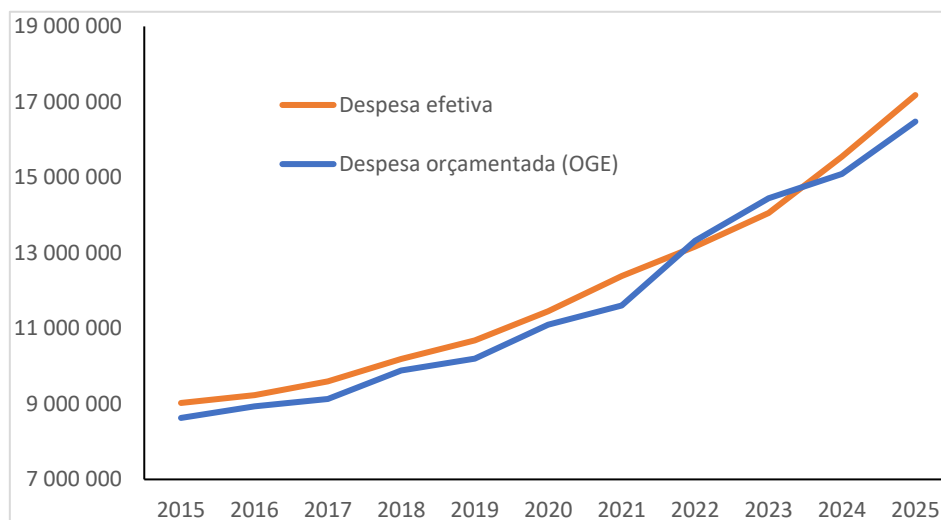
Para um correto enquadramento do presente exercício de análise, importa recuperar os princípios estruturantes e a evolução histórica do Serviço Nacional de Saúde.

## 2. Expectativas

Certo é que a saúde será sempre marcada por incertezas, uma vez que evolui em função de múltiplos fatores: desde a emergência de doenças e epidemias desconhecidas, como a COVID-19; passando pela adoção *de* novos hábitos e comportamentos, como a sobre utilização dos ecrãs nas crianças; pelas mudanças no contexto socioeconómico, como o agravamento das desigualdades; até às descobertas científicas, como o desenvolvimento de novas vacinas. Por isso, nunca será possível um planeamento a muito longo prazo, ao contrário do que sucede noutros setores, como os transportes ou o urbanismo. A Figura 1 mostra-nos a diferença entre o período de 2015 e 2025, recorrente entre despesas orçamentadas e despesas (tirando os dois anos após a pandemia), que poderão em parte resultar de incertezas. Ou será que este desfasamento reflete lacunas de planeamento?



**Figura 1.** Contas do Serviço Nacional de Saúde, 2015-2025, em milhares de euros\*



\*A despesa efetiva de 2025 foi estimada com base nos dados até novembro.

A Tabela 1 detalha a situação entre 2023 e 2025, para o caso das duas principais despesas, recursos humanos e aquisição de serviços (o valor para 2025 foi estimado a partir dos dados de novembro, não estando disponíveis os dados do ano completo). Observa-se que estava previsto em 2025 um aumento de orçamento de 8,2% nos recursos humanos, em relação ao executado em 2024, mas verificou-se um aumento de 9,3%, com um desfasamento de 1,0% em relação ao valor orçamentado. O mesmo se verifica com a aquisição de bens e serviços, principalmente os medicamentos: o aumento previsto do orçamento era de 5,5%, verificou-se um aumento de 9,0% e o desvio foi de 3,3%.

**Tabela 1.** Contas do Serviço Nacional de Saúde, 2023-2025, em milhões de euros\*

	Execução 2023	Execução 2024 (A)	Orçamento 2025 (B)	Varição orçamento (A/B)	Execução 2025 (C)	Varição execução (C/A)	Execução vs orçamento (C/B)
Recursos humanos	5817	6.520	7.055	+8,2	7.128	+9,3	+1,0
Aquisição bens/serviços	7901	8.424	8.889	+5,5	9.180	+9,0	+3,3

\*Os valores de 2025 foram estimados com base nos dados de novembro, assumindo a taxa de crescimento face ao período homólogo.

No entanto, é possível, com base no conhecimento da situação presente e dos seus determinantes, antecipar necessidades e planear respostas, para um horizonte de médio prazo.

É neste contexto de incerteza estrutural que se formulam as expetativas associadas a um Plano Plurianual para o Desenvolvimento do SNS.

Assim, um Plano Plurianual para o Desenvolvimento do SNS é essencial para a salvaguarda e o desenvolvimento refletido e sustentável do SNS e para a harmonização do sistema de saúde português. Em síntese, é de esperar que assegure (i) a previsibilidade e a sustentabilidade financeira, (ii) a autonomia de gestão, (iii) uma política para as profissões de saúde, (iv) o investimento nas infraestruturas necessárias, (v) a inovação técnica e tecnológica indispensável, e (vi) um enquadramento para a cooperação com os setores social e privado.



Tem também de incluir metas analiticamente fundamentadas e validadas. Dada a extrema importância de um plano deste tipo, para o presente e para o futuro, o que requer-se ainda uma extensa discussão pública e o envolvimento efetivo dos atores sociais envolvidos.

### 2.1. Governação e responsabilização

O futuro de um QGR, enquanto Plano Plurianual para o Desenvolvimento do SNS, depende da sua capacidade de se afirmar sobretudo como um instrumento operativo, vinculativo e sujeito a monitorização contínua. A experiência internacional demonstra que os quadros estratégicos só ganham relevância quando estão associados a mecanismos de responsabilização claros, a metas quantificáveis e a sistemas de reporte público regulares. Para Portugal é importante refletir sobre o modo como o QGR pode evoluir, como num verdadeiro motor de mudança do SNS.

Estas expectativas colocam a governação do QGR no centro do debate estratégico.

A governação e a responsabilização devem ser entendidas como pilares fundamentais, sendo por isso essencial a clarificação dos papéis institucionais entre o Ministério da Saúde, o Ministério das Finanças, o Ministério da Economia, o Ministério do Trabalho e da Segurança Social, a DE-SNS e as ULS (Unidades Locais de Saúde) de forma a evitar sobreposições e diluições de responsabilidade, e garantir a cooperação em prol de objetivos comuns. O QGR deve assumir um carácter vinculativo, ligando-se de forma direta aos contratos-programa das instituições e prever consequências claras pelo cumprimento das metas. Além disso, deve incluir a publicação periódica de relatórios de execução, acompanhada de auditorias independentes, discutidos em sede parlamentar, o que permite reforçar a transparência e a confiança pública.

### 2.2. Aprendizagem internacional como referencial de expectativas

A análise da experiência internacional permite enquadrar as expectativas associadas ao QGR português, evidenciando os elementos que, noutros contextos, têm contribuído para a eficácia de quadros estratégicos semelhantes, sendo influenciadas pela observação de experiências internacionais comparáveis.

Olhando para o que passa em alguns outros países com serviços públicos de saúde ou não, assistimos à existência de quadros estratégicos ou planos nacionais para orientar reformas, melhorar a integração de cuidados e preparar o futuro da saúde. Assim, analisámos a existência de quadros estratégicos parecidos ao QGR português em países sem SNS (Alemanha e França) e em países com SNS (Noruega, Reino Unido e Suécia). Optámos por não incluir, desde já, países como Espanha ou Itália, devido à estrutura regional dos seus sistemas de saúde, não dispondo de uma estratégia nacional unificada.

O Anexo a este capítulo apresenta breves descrições da realidade nestes países e a Figura 2 elabora uma comparação entre os países analisados em relação aos seguintes temas: *(i)* Sistema de saúde e financiamento; *(ii)* Planeamento plurianual da despesa; *(iii)* Metas de saúde e resultados; *(iv)* Recursos humanos em saúde; e *(v)* Responsabilização e transparência em saúde.

A experiência internacional demonstra que os quadros estratégicos ou planos nacionais para a saúde tendem a ganhar eficácia quando estão associados a instrumentos claros de planeamento plurianual, a mecanismos de prestação de contas bem definidos e a sistemas regulares de monitorização e reporte público. Em diferentes contextos institucionais, estes instrumentos têm sido utilizados para orientar reformas, melhorar a integração de cuidados e preparar os sistemas de saúde para desafios demográficos, epidemiológicos e tecnológicos.

**Neste sentido, a análise comparativa internacional constitui um referencial para a formulação das expectativas em torno do QGR,** permitindo identificar elementos considerados críticos para a sua



relevância e eficácia, nomeadamente a definição de metas quantificáveis, a articulação entre planeamento estratégico e execução operacional, e a existência de estruturas institucionais capazes de assegurar responsabilização e transparência.

### 3. Realidade e Factos em 2025

O referido QGR encontrava-se estruturado em quatro componentes fundamentais, que refletiam as seguintes áreas prioritárias de intervenção e avaliação do desempenho do sistema de saúde:

- i. desempenho assistencial, estabelecendo como meta uma melhoria progressiva e sustentada ao longo do triénio 2024–2026, abrangendo a produção assistencial, o acesso aos cuidados, a qualidade clínica, a eficiência operacional e a integração de cuidados entre níveis e unidades do sistema;
- ii. desempenho económico-financeiro, assegurando que o montante global de receitas previsto para as entidades do SNS em 2024 estaria em conformidade com o valor aprovado na Lei do Orçamento do Estado, com a despesa total, no entanto, enquadrada numa lógica de contenção e racionalização progressiva, com especial incidência sobre rubricas como o fornecimento e serviços externos.
- iii. recursos humanos, assegurando uma dotação adequada e uma distribuição estratégica de profissionais, com o objetivo de garantir o cumprimento das funções essenciais do SNS em matéria de acesso, qualidade, segurança e eficiência dos cuidados prestados, assim como um reforço até 5% do número de profissionais de saúde, face ao universo existente no final de 2023, através da celebração de contratos sem termo e a abertura de concursos para progressão na carreira, desenvolvimento profissional contínuo e promoção da satisfação dos trabalhadores;
- iv. plano de investimentos, com a elaboração de um plano plurianual de investimentos, contemplando novos projetos a iniciar em cada ano, bem como as despesas associadas à sua execução e manutenção, e sustentado em estudos rigorosos de avaliação económica.

Aliás, para uma melhor operacionalização, determinava ainda este documento que, até 30 de junho de 2024, a DE-SNS procedesse à identificação dos investimentos a integrar no QGR, assegurando a devida articulação com as restantes componentes do plano estratégico. Tal nunca aconteceu.

Conforme determinado no Despacho n.º 6770/2024, competia à Direção Executiva do SNS proceder, até 30 de junho de 2024, à identificação dos investimentos a integrar no QGR, assegurando a articulação com as restantes componentes do plano estratégico. Tal nunca aconteceu.

A ausência de metas quantificadas, de mecanismos de monitorização e de sistemas regulares de reporte público compromete a capacidade de acompanhamento e avaliação do QGR, fragilizando a transparência e a responsabilização.

Através do Despacho n.º 11241-C/2024, de 24 de setembro, foram mantidas integralmente em vigor as orientações estabelecidas para o QGR do SNS no triénio 2024–2026, alargando a sua aplicação a 2025 e anos subsequentes, sem introdução de alterações substantivas.

A aprovação do QGR do SNS para 2025, através do Despacho n.º 14012/2025, de 25 de novembro, procurou assegurar o alinhamento entre o QGR e os Planos de Desenvolvimento Organizacional das entidades do SNS, mantendo válidas as instruções anteriormente definidas para os exercícios de 2026 e 2027.

Apesar das necessidades expressas no setor da saúde, o Governo definiu, para 2025, um crescimento de apenas 2,4% nos recursos humanos, enquadrado numa estratégia de contenção, face aos 5% inicialmente constantes do QGR. Para 2026, preveem ainda uma limitação de 1,9%, aplicável às ULS,



exceto para médicos. Estas metas suscitam preocupação, tendo em conta a pressão assistencial persistente e a manutenção de milhares de utentes sem médico de família.

No entanto a aprovação tardia dos Planos de Desenvolvimento Organizacional (PDO) das ULS impediu a contratação de RH. Esses planos são a base para a definição do Mapa de Pessoal, onde assenta a contratação dos profissionais necessários à concretização da estratégia local.

As reflexões apresentadas sistematizam os principais factos identificados no período de 2024–2025, tal como descritos ao longo do presente documento, não constituindo uma análise interpretativa, mas uma recolha organizada de elementos factuais.

Esta sistematização visa preparar a leitura comparativa entre as expectativas definidas e a realidade observada e, desenvolvida na secção seguinte.

#### **4. Comparar factos com expectativas**

A comparação entre as expectativas expressas no Plano Plurianual para o Desenvolvimento do SNS e os factos observáveis ao longo de 2024 e 2025 evidencia um desfasamento relevante entre a ambição estratégica inicialmente definida e a sua tradução em instrumentos operacionais concretos.

As expectativas formuladas assentavam na existência de um quadro orientador com metas claras, mecanismos de monitorização, responsabilização institucional e reporte público regular, bem como na articulação efetiva entre o setor público, o setor privado com e sem fins lucrativos. Estas expectativas pressupunham que o QGR funcionasse como um verdadeiro instrumento de governação estratégica, com impacto real na alocação de recursos, no planeamento plurianual e na coordenação das políticas de saúde.

Em contraste, os factos identificados revelam a ausência de operacionalização dessas expectativas, nomeadamente pela inexistência de metas quantificadas, de indicadores de acompanhamento e de mecanismos formais de monitorização e avaliação. A não concretização de obrigações previstas, como a identificação dos investimentos a integrar no QGR, bem como a inexistência de informação pública sistematizada sobre a execução do plano, fragilizam a capacidade de leitura objetiva do seu impacto e limitam a transparência do processo.

O prolongamento das orientações do QGR para 2025 e anos subsequentes, sem revisão substantiva ou ajustamento em função da execução observada, reforça este desfasamento entre o plano e a realidade, ao manter um quadro estratégico formalmente em vigor, mas com reduzida capacidade demonstrável de indução de mudança organizacional ou de orientação efetiva da ação dos diferentes atores do sistema de saúde.

Nesta perspetiva, a comparação entre expectativas e factos não aponta para um incumprimento pontual, mas antes para uma fragilidade estrutural na transição entre definição estratégica e implementação, comprometendo o potencial do QGR enquanto instrumento de governação e planeamento do SNS.

A inexistência de mecanismos claros de monitorização e avaliação impede, adicionalmente, uma apreciação quantitativa robusta do grau de concretização das expectativas formuladas, limitando a análise a uma leitura qualitativa baseada na informação documental disponível.

Esta leitura comparativa constitui, assim, um elemento central para a reflexão crítica apresentada nas conclusões, nomeadamente no que respeita à necessidade de reforçar o vínculo, a transparência e a responsabilização associadas a instrumentos estratégicos de âmbito plurianual no SNS.

#### **5. Conclusões**



As presentes conclusões não substituem nem resumem o desenvolvimento analítico efetuado ao longo do capítulo, nem eliminam ou reformulam as conclusões já expressas no texto original. Têm como objetivo organizar a leitura final à luz da matriz solicitada, preservando integralmente os conteúdos e argumentos produzidos pelos diferentes autores.

A análise desenvolvida ao longo deste capítulo evidencia que o Plano Plurianual para o Desenvolvimento do SNS, tal como enquadrado no Quadro Global de Referência, foi concebido com uma ambição estratégica significativa, procurando afirmar-se como instrumento orientador da governação do sistema de saúde, da alocação de recursos e da articulação entre o setor público, o setor privado com e sem fins lucrativos.

As expectativas associadas a este plano, detalhadas na secção respetiva e sustentadas pela análise de experiências internacionais, apontavam para a necessidade de um quadro vinculativo, com metas claras, mecanismos de monitorização, reporte público regular e responsabilização institucional, capaz de induzir coerência estratégica e previsibilidade no desenvolvimento do SNS.

Contudo, a recolha dos factos identificáveis ao longo de 2024 e 2025, tal como sistematizada neste capítulo e descrita em diversas secções do documento, revela um desfasamento persistente entre a ambição expressa e a sua concretização prática. A ausência de operacionalização das orientações definidas, a inexistência de metas quantificadas e de mecanismos formais de monitorização e avaliação, bem como a limitada informação pública disponível sobre a execução do plano, fragilizam o potencial do QGR enquanto instrumento efetivo de governação estratégica.

O prolongamento formal do QGR para 2025 e anos subsequentes, sem revisão substantiva ou ajustamento com base na execução observada, reforça esta fragilidade estrutural, ao manter em vigor um quadro estratégico cuja capacidade de orientar a ação concreta dos diferentes atores do sistema permanece pouco demonstrável. Este elemento, amplamente discutido ao longo do texto, assume particular relevância no contexto de instabilidade e pressão crescente sobre o SNS.

Deste modo, as conclusões aqui apresentadas devem ser lidas como uma consolidação interpretativa do percurso analítico desenvolvido, e não como uma síntese redutora dos conteúdos existentes, que se mantêm válidos e necessários para a compreensão plena das limitações e desafios associados ao Plano Plurianual.

A leitura global do capítulo sugere que o reforço vinculativo, da transparência e da responsabilização associadas a instrumentos estratégicos de âmbito plurianual constitui uma condição central para que futuros quadros de referência possam desempenhar um papel efetivo na governação e no desenvolvimento sustentado do SNS.

Estas conclusões articulam-se, assim, com os elementos analíticos e críticos já desenvolvidos ao longo do documento, contribuindo para uma reflexão informada sobre a evolução recente do QGR e sobre os requisitos institucionais necessários à sua efetiva implementação.

A leitura interpretativa da execução do QGR aponta para um padrão de fragilidade estrutural na articulação entre definição estratégica e implementação, mais do que para falhas pontuais de execução. Esta constatação sublinha a importância de reforçar, os futuros ciclos de planeamento, a vinculação, a transparência e a capacidade de monitorização associadas a instrumentos estratégicos de âmbito plurianual no SNS.



Com o objetivo de sintetizar, de forma estruturada e comparável, o grau de concretização das orientações definidas no Quadro Global de Referência (QGR), apresenta-se de seguida um quadro de leitura que avalia o estado de execução das suas principais componentes.

<b>Domínio estratégico do QGR</b>	<b>Expectativa definida</b>	<b>Evidência observável no período 2024–2025</b>	<b>Leitura do estado de execução</b>
<b>Desempenho assistencial</b>	Melhoria progressiva e sustentada da produção assistencial, do acesso, da qualidade clínica, da eficiência operacional e da integração de cuidados ao longo do triénio 2024–2026.	Não se identificam metas quantificadas, indicadores específicos ou relatórios públicos que permitam relacionar a evolução do desempenho assistencial com as orientações do QGR. A monitorização mantém-se dependente de instrumentos paralelos.	
<b>Desempenho económico-financeiro</b>	Conformidade da despesa com o Orçamento do Estado, enquadrada numa lógica de contenção e racionalização progressiva, com incidência em rubricas críticas.	Ausência de instrumentos públicos que clarifiquem critérios de priorização, impactos esperados ou mecanismos de acompanhamento associados ao QGR. Predominância de uma gestão anual e reativa.	
<b>Recursos humanos</b>	Dotação adequada e distribuição estratégica de profissionais, incluindo um reforço até 5% face ao final de 2023, para vigorar durante 2024, com valorização das carreiras e desenvolvimento profissional.	Não se encontra sistematizada informação pública que permita avaliar o grau de concretização destas orientações no âmbito do QGR, nem a sua articulação com necessidades territoriais ou assistenciais. Ainda assim, sabe-se que, em 2025, foi imposta uma limitação de crescimento de apenas 1,9% nos recursos humanos, o que evidencia um desalinhamento com os objetivos previamente estabelecidos.	
<b>Plano de investimentos</b>	Elaboração de um plano plurianual de investimentos, com identificação de projetos, calendarização, despesas associadas e avaliação económica.	Não foi identificado um plano plurianual de investimentos articulado com o QGR. A identificação dos investimentos prevista até 30 de junho de 2024 não se concretizou.	
<b>Coerência global do QGR enquanto instrumento</b>	Afirmação do QGR como instrumento operativo, vinculativo, sujeito a monitorização contínua,	Ausência de mecanismos formais de vínculo, monitorização e prestação de contas. Prolongamento do QGR sem	



<b>de governação</b>	reporte público e responsabilização institucional.	revisão substantiva ou ajustamento com base na execução observada.	
----------------------	----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	--

## Peritos externos – Análise Crítica

### COMENTÁRIO 1

*O documento sublinha, corretamente, a necessidade de transformar o QGR numa ferramenta vinculativa e monitorizável, mas carece de um modelo de governação claro. Um dos méritos do documento é insistir na necessidade de clarificação de papéis entre Ministério da Saúde, Ministério das Finanças, Direção Executiva do SNS e ULS. No entanto, apesar de identificar a fragmentação decisória como um problema central, não chega a propor uma arquitetura de governação concreta – nomeadamente no que diz respeito à hierarquização e dependência dos diferentes instrumentos.*

*O modelo de governação é particularmente relevante considerando a dependência de múltiplos instrumentos de gestão, com horizontes temporais distintos. Nomeadamente, seria importante existir um mecanismo que garanta a devida articulação entre um instrumento de planeamento estratégico agregado plurianual (QGR) com os mesmos instrumentos de planeamento estratégico de cada ULS (PDO). Por sua vez, estes PDO têm que dar origem ao processo anual de contratualização – que deve decorrer do previsto nos instrumentos estratégicos. Adicionalmente, seria útil que, da mesma forma como os PDO se traduzem em contratualização anual, o QGR se traduzisse num Orçamento Anual do SNS – algo que não existe de forma clara (apenas aproximado pela Conta do SNS).*

*Do mesmo modo, defende-se no documento a existência de metas claras, mas não especifica que tipo de metas (financeiras, de acesso, de resultados clínicos), que periodicidade de reporte, que entidade deve ser responsável pela sua monitorização e que consequências devem resultar do seu incumprimento. Assim, este documento pode contribuir com recomendações de melhoria ao atual QGR.*

27 novembro 2025

Eduardo Costa

Professor de Economia

Departamento de Engenharia e Gestão

CEGIST – Centro de Estudos de Gestão

Instituto Superior Técnico – Universidade de Lisboa



## COMENTÁRIO 2

*Desenvolvido no âmbito da atividade da Fundação para a Saúde, o documento Plano Plurianual para o Desenvolvimento do SNS – Expetativas e Realidades parte de um diagnóstico claro e que resulta convincente para quem não é especialista em políticas de saúde: O Quadro Global de Referência (QGR) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 2024, poderia ser um instrumento de planeamento trienal útil, em face dos desafios que o SNS enfrenta, desenvolvendo a sua capacidade de resposta no quadro de uma filosofia de serviço público universal e de acesso igualitário, sem barreiras. Estaria em linha, como se argumenta, com a melhor experiência internacional de países desenvolvidos com que nos comparamos nesta área.*

*Infelizmente, o Governo, tal como resulta da análise do documento, tem negligenciado este instrumento, fazendo-o “cair no esquecimento”. Seria interessante aprofundar as razões para esta escolha por parte de um Governo que dá sinais de não se rever na filosofia subjacente ao SNS, parecendo apostado numa contenção duradoura e perigosa do seu financiamento, ao mesmo tempo que se desenvolve, com cada vez maior influência política, um vigoroso setor capitalista da saúde com acesso a recursos públicos. Será que há hoje uma relação entre a ausência de um plano público e transparente para o SNS e uma orientação de política que está longe de reunir consenso social, sabendo nós pela experiência histórica que o planeamento é tanto mais eficaz quanto maior for o consenso em torno dos meios e sobretudo das metas que fixa? Penso em particular na forma como a austeridade – “limitação de recursos financeiros” – vem pesando em várias dimensões do desenvolvimento do SNS, das relações laborais ao investimento, ao mesmo tempo que o SNS continua a ser popular.*

*No entanto, o documento evidencia um potencial paradoxo que pode levantar outra hipótese a que não resisto em jeito de provocação ignorante, mas espero que desafiadora: entre 1980 e 2000, o SNS expandiu-se e consolidou-se sem um plano global aparente, mas com resultados apreciáveis e um consenso político assinalável; será que a discussão sobre planos no novo milénio, ainda para mais associados a um cada vez maior protagonismo do Ministério das Finanças e da lógica de austeridade que lhe tem sido inerente, dadas as pressões da UE, não corre o risco de dar origem a prazo a um plano para uma efetiva circunscrição do SNS a um pobre serviço para pobres. Lembremos neste contexto a célebre formulação de Karl Polanyi: o “laissez-faire fora planeado – a intervenção do plano, não”.*

25 novembro 2025

João Rodrigues

Professor de História Económica e Social

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Centro de Estudos Sociais da Universidade

## Recursos Humanos do SNS

Ana Rita Santos, João Dias e Margarida Perdigão, com colaboração de João Bola

### Expectativas

As expectativas para os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) centram-se na necessidade de uma política para as profissões, enquadrada por um plano plurianual de investimento, para o desenvolvimento do SNS.

Optamos por organizar as expectativas em três eixos: (i) reforço de equipas (previsibilidade, capacidade e coesão); (ii) organização sustentável do tempo de trabalho; e (iii) valorização das novas gerações.

Estas expectativas têm como fundamento a necessária resposta à pressão demográfica e epidemiológica e aos desajustes entre modelos organizacionais e necessidades atuais. A resposta do SNS deve, por isso, articular o [Plano de Recursos Humanos em Saúde 2030](#) (PRHS-2030), o [Plano Nacional de Saúde 2030](#) (PNS-2030) e os Planos de Desenvolvimento Organizacional (PDO) das Unidades Locais de Saúde (ULS), e estar enquadrada no Quadro Global de Referência do SNS, no plano plurianual de investimento no SNS e no OGE, reforçando a governação, a monitorização anual e a ligação direta entre pessoas, orçamento e desempenho, sem esquecer as medidas de bem estar para os profissionais e para a população.

### EIXO I: Reforço das equipas (previsibilidade, capacidade e coesão)

#### Política nacional para as profissões de saúde

Não é recente e foi já publicado em 2024 pela ACSS o [Plano de Recursos Humanos em Saúde 2030](#) a necessidade da definição e operacionalização de uma política transversal, que integre: (i) condições de trabalho dignas e seguras; (ii) modalidades de contratação flexíveis e criteriosamente reguladas (concursos com calendário e critérios publicados, contratos sem termo alinhados com mapas de pessoal, dedicação plena com requisitos e avaliação, mobilidade com preservação de direitos e mecanismos excecionais apenas como último recurso, com limites e reporte); (iii) carreiras atraentes e progressão por mérito; (iv) remuneração justa e equilibrada entre setores e territórios; (v) formação inicial e contínua financeiramente protegida; (vi) planos de atração e retenção em zonas carenciadas (interior e áreas metropolitanas com défices persistentes); (vii) proteção da saúde mental e programas de bem-estar; e (viii) regulação do âmbito de atuação profissional e desenvolvimento da complementaridade de competências (*skill-mix*). Temas aliás já abordados pela [WHO em 2016](#) e pela [OCDE em 2024](#).

A política deverá ser vinculada a metas quantificadas e a instrumentos de avaliação anual, conferindo previsibilidade e um enquadramento claro de compromissos e responsabilidades entre o SNS e as suas [profissões](#).

#### Reforço do efetivo (até 5% face a 31/12/2023 no triénio 2024-2026)

Aguardava-se a consolidação do prometido reforço de profissionais, previsto em 2024 (até 5% face a 31/12/2023) no triénio 2024–2026, com prioridade para [Cuidados](#) de Saúde Primários (CSP), Enfermagem, Medicina Geral e Familiar (MGF), Urgência e Saúde Pública. A meta dos 5% devia traduzir-se em critérios de alocação orientados à redução dos tempos de acesso e à substituição de horas extraordinárias. Previa-se o reforço de equipas integradas (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, psicólogos, assistentes sociais e assistentes técnicos), com perfis funcionais claros, protocolos de delegação de tarefas (*task-shifting*) e papéis avançados (enfermeiros especialistas, farmacêuticos especialistas, médicos especialistas), sobretudo no que diz respeito à gestão e acompanhamento da doença crónica, percursos cirúrgicos e transição e continuidade de [cuidados](#).



No contexto das ULS, o reforço devia contemplar as farmácias hospitalares, cujo âmbito se ampliou com a agregação hospital–CSP e a incorporação da nova regulamentação para os dispositivos médicos, exigindo dimensionamento específico e integração plena entre os circuitos clínicos e logísticos.

### **Coesão territorial e mobilidade**

Persistem e são bem conhecidas as assimetrias regionais de acesso e as diferentes e variáveis necessidades. Esperava-se por isso, o alargamento e a diferenciação dos critérios de áreas de difícil fixação e a agilização dos procedimentos concursais, combinando simplificação administrativa com percursos de progressão associados à mobilidade e às medidas de fixação (habitação, deslocação, formação).

A diminuição das assimetrias regionais passaria por critérios diferenciados para estas áreas (compensações salariais, pacotes de fixação), concursos geograficamente alinhados com necessidades locais e mecanismos de mobilidade intrarregional que preservem direitos e objetivos de permanência. Importa ainda incentivar a autonomia das ULS para contratar e reter talento, associada a condicionalidades de monitorização de [resultados](#).

### **Orçamentação plurianual e planeamento de contratações**

A previsibilidade orçamental é condição indispensável para cumprir metas de pessoal. O Quadro Global de Referência introduz uma perspetiva trianual integrada — orçamento, recursos humanos (RH), investimento e desempenho — enquanto os PDO das ULS densificam a operacionalização a nível local.

Em 2025, esperava-se consolidar um orçamento plurianual, acompanhado de um plano igualmente plurianual de contratações (por equivalente a tempo completo, região e perfil), com calendários de concursos e monitorização da execução, reduzindo a volatilidade e a adoção de medidas *ad hoc*. Compete à Direção Executiva do SNS (DE-SNS) emitir parecer sobre mapas e dotações em linha com este plano, em articulação com a ACSS, a quem cabe a gestão e operacionalização dos processos de contratação e mobilidade de RH no SNS, reforçando a coerência entre contratação, financiamento e necessidades [assistenciais](#).

### **Governança, transparência e monitorização**

O PRHS-2030 prevê uma monitorização anual, com avaliação de eficácia, eficiência e impacto das medidas, permitindo ajustar o plano 2024-2030. Em 2025, esperava-se reforçar o reporte público de indicadores de RH (stock, fluxos, distribuição, tempo de trabalho, formação e clima organizacional) e vincular incentivos institucionais ao cumprimento de metas de RH, produção, qualidade e acesso.

## **EIXO II – Organização sustentável do tempo de trabalho**

### **Gestão do tempo de trabalho e sustentabilidade da produção**

O estudo [PlanAPP \(2018–2022\)](#) evidencia o peso das horas de trabalho suplementar (HTS) e das horas de prestação de serviços (HPS) no funcionamento do SNS e propõe métricas integradas, designadamente (HTS+HPS)/HBT, para quantificar o “trabalho complementar” face às horas-base de trabalho (HBT). Em 2025, a expectativa é diminuir de forma sustentada a dependência de HTS/HPS, substituindo regimes excecionais recorrentes por reforço estrutural de RH e por uma reorganização de escalas baseada em evidência e na procura.

### **Acesso cirúrgico e enquadramento de incentivos**

Previra-se ainda, a revisão do enquadramento da produção adicional (SIGIC), com reforço de auditoria, interoperabilidade de sistemas e dados e regulação clara dos incentivos, articulando o acesso com a gestão do tempo de trabalho e o bem-estar profissional. A transição para um modelo nacional de gestão do acesso (SINACC – Sistema Nacional de Acesso a Cuidados e Cirurgia) deveria privilegiar a equidade, a integração clínica e a previsibilidade remuneratória, assegurando transparência para os



utentes e previsibilidade para os profissionais, em coerência com os eixos do [PRHS-2030](#) sobre organização do trabalho e incentivos. O novo enquadramento deveria alinhar incentivos com as prioridades clínicas e com a organização das equipas, evitando distorções pró-volume que comprometam a continuidade e a qualidade dos cuidados.

### **Resposta sazonal (outono–inverno)**

Para 2025 estavam previstos planos de contingência operacionais, com reorganização temporária de equipas, protocolos de escalonamento e instrumentos de reforço regulado, bem como medidas de prevenção e gestão da procura (campanhas de vacinação, triagem avançada e reforço dos CSP). A utilização de mecanismos adicionais (prestação de serviços) seria estrita e excecional, apenas quando justificada por critérios objetivos e limiares operacionais previamente definidos.

### **Contratação excecional e transparência**

Em situações excecionais, seria admitido recurso à prestação de serviços com preço/hora acima do teto de referência, mediante parecer prévio da DE-SNS; o Despacho n.º 7747/2025 delegou esta competência nos órgãos máximos de gestão (com limites e condições) e impôs registo obrigatório no sistema de informação Recursos Humanos e Vencimentos (WebRHV) e publicitação (horas, especialidade, valor/hora, duração). A expectativa é que este instrumento seja estritamente regulado e utilizado apenas como último recurso no âmbito do plano sazonal.

## **EIXO III – Valorização das novas gerações**

### **Jovens profissionais**

A [agenda jovem, publicada em 2025](#), assume centralidade. As novas gerações chegam ao SNS com alta qualificação e motivação, mas reportam precariedade contratual, sobrecarga e baixa previsibilidade de progressão. Dados recentes indicam que aproximadamente 70% referem pressão frequente e mais de 60% assumem dificuldades de conciliação entre vida pessoal e profissional, reforçando a necessidade de mentoria formal, formação contínua, progressão transparente e programas de apoio ao bem-estar ([Barómetro da Plataforma de Jovens Profissionais de Saúde](#)). Priorizam-se medidas de fixação em áreas com défices de cobertura (apoio à habitação, benefícios de instalação, pacotes familiares e oportunidades formativas) e a valorização da participação em inovação e melhoria organizacional, com vias claras de [progressão por mérito](#).

### **Capacitação digital e perfis emergentes**

[A transição digital requer um referencial de competências](#) e formação obrigatória transversal a todas as carreiras, orientadas para dados clínicos, interoperabilidade, telemonitorização e cibersegurança. Em 2025, previa-se a implementação faseada desse referencial, com monitorização anual no âmbito do PRHS-2030.

As prioridades incluem a qualificação contínua para utilização segura e eficiente dos sistemas de informação, [a redução da carga administrativa](#) através de processos digitais interoperáveis e o desenvolvimento de perfis híbridos que reforcem a decisão clínica baseada em evidência e o trabalho multidisciplinar.

### **Liderança, clima organizacional e segurança ocupacional**

Reforça-se a liderança clínica e técnica, com responsabilidade explícita pela formação, bem-estar e retenção, consolidando programas de desenvolvimento (gestão, mentoria e avaliação por competências) e instituindo [intervenções de saúde mental com indicadores de acompanhamento](#). Em 2025, esperava-se a passagem de iniciativas-piloto para prática corrente nas ULS, acompanhada por políticas de [prevenção de violência e do assédio com canais de denúncia](#), proteção e medidas corretivas claramente definidos.



## Medidas transversais aos três eixos

### Pacote integrado de 25 medidas para atratividade da carreira médica

O pacote, estruturado em cinco pontos — condições de trabalho; modelos de gestão, autonomia e inovação; nova carreira; incentivos às áreas carenciadas; e formação e investigação —, prevê implementação calendarizada e avaliação de resultados. Contribui simultaneamente para o reforço de equipas, a melhoria da organização do trabalho e a [criação](#) de [percursos](#) de [desenvolvimento atrativos](#) para as [novas gerações](#).

### Alinhamento internacional

Mantém-se o alinhamento com a *Global Strategy on Human Resources for Health – Workforce 2030* (OMS), assente nos princípios AAAQ (Availability, Accessibility, Acceptability and Quality — disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade). Para 2025, priorizava-se a integração sistemática de informação sobre efetivos, distribuição territorial e por especialidade, mobilidade e remuneração no planeamento, reforçando as contas nacionais de recursos humanos e [a avaliação regular de resultados](#).

### Expectativas Vs Realidade

#### Reforço das equipas (previsibilidade, capacidade e coesão)

Em 2025, verificaram-se sinais de execução compatíveis com a expectativa de reforço estrutural do efetivo e de maior previsibilidade na política de recursos humanos, nomeadamente a [autorização de 350 vagas anuais até 2028 para o topo da carreira médica](#) e a [respetiva distribuição por especialidades e ULS](#), com [despachos publicados](#) e comunicação oficial do Governo e da ACSS. Estes desenvolvimentos reforçam a hierarquia interna das carreiras e a capacidade formativa, mas a sua concretização depende do ritmo concursal e da afetação por necessidades regionais. Em paralelo, foi autorizada, em situações excecionais, [a celebração de até 350 contratos sem termo em 2025](#), reforçando a capacidade de resposta em cenários de urgência.

Apesar destes avanços, a realidade operacional mostrou pressões persistentes nos cuidados de base: [greve ao trabalho suplementar nos CSP](#) ao longo do primeiro semestre; manutenção de um [número elevado de utentes sem médico de família](#) (mais de 1,5 milhões em março); e carências reportadas por unidades e ordens profissionais. Somaram-se barreiras de recrutamento em áreas [específicas — por exemplo, medicina dentária nos CSP pela ausência de carreira](#) — e fenómenos [de mobilidade e saída de equipas comunitárias \(paliativos\) para contextos mais atrativos, com impacto na continuidade assistencial](#). Estes sinais apontam para a necessidade de ajustar incentivos de fixação e mobilidade, proteger equipas multiprofissionais e priorizar áreas carenciadas na alocação de vagas.

Contudo, as notícias mais recentes sobre [o limite de crescimento de profissionais no SNS, com teto de 1,9% para 2025 face aos 5% de 2024](#), tornam mais exigente a concretização destas correções em tempo útil.

No plano da governação do trabalho e dos incentivos, ganhou tração [a agenda de regulação do trabalho em prestação de serviços e a criação de urgências regionais](#) para garantir escalas em contextos de falta de recursos, com debate público sobre a [atratividade dos incentivos propostos](#). Em paralelo, houve reforço de instrumentos de ordenação da procura ([pré-referenciação nas urgências pediátricas via SNS 24](#)) e novas funcionalidades digitais ([marcações de consultas na app SNS 24](#)), com efeitos organizativos sobre as equipas dos CSP.

Por fim, a evidência publicada sobre [absentismo \(2018–2023\)](#) trouxe uma base empírica adicional para dimensionamento de equipas e substituição de “trabalho complementar” por dotação estrutural.

Em conjunto, estes elementos materializam parte das expectativas de previsibilidade e reforço, mas o fecho do hiato entre intenção e execução continua dependente de: i) concurso e colocação efetiva



nos territórios carenciados; ii) regulação coerente dos incentivos (reduzindo regimes excecionais a último recurso); e iii) continuidade da execução plurianual com monitorização pública.

### **Organização sustentável do tempo de trabalho**

Em 2025, ambicionou-se reduzir de forma sustentada a dependência de trabalho suplementar (HTS) e de prestação de serviços (HPS), substituindo regimes excecionais por reforço estrutural das equipas e por escalas planeadas em função da procura, da evidência e do bem-estar. Na realidade, a dependência de HTS/HPS manteve-se elevada. A tutela reconheceu constrangimentos para inverter o padrão como a escassez em perfis críticos, dificuldades de atração e retenção em áreas carenciadas e instabilidade de equipas multiprofissionais, o que limitou a implementação plena de um modelo mais previsível. Em paralelo, decisões recentes sobre limites ao crescimento de efetivos condicionaram adicionalmente a margem para reorganizar horários e reduzir exceções, [como](#) foi [amplamente noticiado](#).

No [acesso](#) cirúrgico e enquadramento de incentivos, estavam previstas revisões abrangentes do SIGIC e a transição para o SINACC, com auditoria reforçada, interoperabilidade de dados e maior previsibilidade remuneratória, alinhando incentivos com prioridades clínicas e organização das equipas. Contudo, o novo sistema só deverá entrar em funcionamento pleno no final do ano, permanecendo restrito a fases piloto e sem impacto imediato na organização quotidiana das equipas ou na capacidade de reduzir distorções associadas a incentivos centrados no volume cirúrgico, que podem desviar atividade de prioridades clínicas e comprometer a continuidade assistencial. Esta lentidão demonstra que, apesar do enquadramento formal de reforma, persistem constrangimentos técnicos, operacionais e humanos que dificultam a articulação integrada entre tempo de trabalho, incentivos e gestão do acesso.

Também a resposta sazonal outono–inverno foi preparada sob fortes promessas de reforço operacional, mas a sua eficácia permanece em aberto. O ano é já marcado por situações de elevada pressão assistencial nas urgências, com episódios de funcionamento sem rácios adequados, encerramentos intermitentes e recurso frequente a mecanismos excecionais para assegurar escalas. A obrigatoriedade de contacto prévio com a Linha SNS 24 para acesso às urgências, medida contestada por utentes e profissionais, está a revelar que a reorganização da procura não foi acompanhada de uma expansão proporcional da capacidade instalada. Mesmo com o anúncio de reforços específicos para o período de inverno, a Linha SNS 24 registou uma deterioração significativa da capacidade de resposta, evidenciada por um aumento de chamadas não atendidas para níveis dez vezes superiores aos de 2024. Assim, permanece incerto se os planos de contingência, a reorganização de equipas e os instrumentos de reforço sazonal serão suficientes para mitigar a pressão assistencial, exigindo uma monitorização contínua e [ajustamentos operacionais](#) à [medida que o inverno evoluir](#).

A contratação excecional, que deveria ser utilizada apenas como último recurso e de forma altamente regulada, tornou-se elemento central do funcionamento do SNS ao longo de 2025. A autorização governamental para pagar até 50% acima do valor de referência a prestadores externos confirma a normalização destes mecanismos. Assim, a expectativa de que a contratação excecional seria residual e estritamente monitorizada não se verificou; pelo contrário, tornou-se um instrumento frequente e, em muitos contextos, indispensável para assegurar a continuidade dos serviços e o [funcionamento diário das unidades](#).

### **Valorização das novas gerações**

O Eixo III do SNS ambiciona tornar o setor mais atrativo para as novas gerações, promovendo carreiras motivadoras, fixação em zonas carenciadas e menor sobrecarga laboral. Em teoria, o PRHS-2030 projeta já cerca de 60 mil novos profissionais no SNS [até 2030](#), enquanto as estratégias setoriais (PNS, planos de reforma das carreiras) defendem, por exemplo, reformulação de grelhas salariais e



incentivos para jovens. A Plataforma de Jovens Profissionais entregou propostas concretas, prevendo aumento de 40% no ordenado inicial em áreas carenciadas, programas de prevenção do *burnout*, promoção do [bem-estar laboral](#) e [horários sustentáveis](#).

Na prática, porém, 2025 revela “atrasos e contradições”: persistem baixos índices de satisfação e vinculações precárias. Um inquérito nacional (IHMT/PLANAPP) revela satisfação global moderada (3,2/5) com os vencimentos como fator mais crítico (médicos 2,11; enfermeiros 1,90) e 37% dos profissionais com sintomas de [burnout](#). Apenas 10% dos jovens SNS se declaram satisfeitos com as condições de trabalho, e mais de 60% referem que os horários inviabilizam conciliar [vida profissional e pessoal](#). Os concursos para MGF confirmam dificuldades de atração: em dezembro de 2024 apenas 28% das [vagas foram preenchidas](#) – em algumas zonas carenciadas essa taxa ficou em [torno de 20%](#). Em síntese, sem progressos visíveis em remuneração e contratação, as medidas de captação/retenção permanecem [aquém do esperado](#).

Também eram elevadas as expectativas de renovação digital e de formação em competências emergentes. PNS 2021-2030 e PRR apontam capacitação digital, perfis híbridos (saúde+tecnologia) e redução da burocracia. Há sinais positivos: Portugal está acima da média europeia em maturidade digital em saúde e o SNS24 ganhou uma nova app/portal em 2025. A Academia dos SPMS alargou em 2024 a formação profissional, incluindo cursos de telecuidados e cibersegurança para [os trabalhadores do SNS](#). Contudo, surgiram contradições: uma falha grave nos sistemas informáticos em setembro de 2025 deixou hospitais sem acesso aos dados dos [doentes durante horas](#), evidenciando fragilidades na infraestrutura de TI. O “apagão” foi atribuído a problemas numa atualização de rede e suscitou críticas pela falta de investimento em [sistemas digitais](#). A promessa de “redução da carga administrativa” via digitalização ainda carece de concretização; o relatório do IHMT sublinha que a diminuição de burocracia e o investimento em tecnologia são essenciais para [reter profissionais](#). Ou seja, 2025 regista avanços tecnológicos visíveis (ferramentas eletrónicas e formação dedicada), mas também expõe que a transição para um SNS verdadeiramente digitalizado e menos burocrático está incompleta, faltando dotar as equipas de perfis híbridos adaptados às [novas exigências](#).

No domínio da liderança, clima organizacional e segurança no trabalho, os planos institucionais enfatizavam melhoria do bem-estar profissional e reforço de lideranças clínicas. De facto, a lei do SNS (DL 52/2022) define a direção clínica integrada como “ pilar estratégico indispensável” para coordenar [cuidados primários e hospitalares](#). Em 2025 o governo confirmou essa prioridade: por exemplo, a RCM n.º 101/2025 nomeou diretor clínico para ULS Viseu, sublinhando que a ausência de liderança clínica compromete a [continuidade dos cuidados](#). Todavia, a rotatividade de chefias (com substituições em curto prazo) dificulta a estabilidade organizacional.

Persistem desafios de saúde mental: o estudo IHMT/PLANAPP aponta maior insatisfação e risco de [burnout](#) entre médicos jovens em turnos rotativos e enfermeiros sem cargos de chefia. A violência contra profissionais aumentou: em 2024 foram notificados 2.581 episódios ([9% acima de 2023](#)), [sobretudo de natureza psicológica, causando mais de 1.100 dias de ausência](#). O SNS intensificou a prevenção (449 ações de formação; 8.892 participantes) e, em abril de 2025, entrou em vigor a Lei n.º 26/2025 que tipifica muitas [agressões como crime público](#). Essas ações correspondem às metas do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS), mas o aumento das agressões indica que a segurança ocupacional ainda não é garantida na prática.

Em síntese, embora existam bases legais e iniciativas para reforçar a liderança clínica e o bem-estar (e o sector recomende modelos de gestão mais participativos e [formação em liderança](#)), 2025 mostra que faltam ainda resultados tangíveis na qualidade de gestão e na prevenção do stress laboral – ou seja, as “expectativas” de um clima organizacional saudável e seguro contrastam com uma “realidade” de queixas persistentes e omissões nos apoios psicossociais.



## Conclusões

O pacote integrado de 25 medidas para a atratividade da carreira médica foi estruturado em cinco eixos — condições de trabalho; gestão, autonomia e inovação; nova carreira; incentivos para áreas carenciadas; e formação/investigação —, com avaliação de resultados incluída como componente essencial (entregas e propostas de ordens profissionais e plataformas de jovens profissionais; notícias e comunicações públicas). Pretendia gerar efeito sistémico imediato no [reforço de quadros e na melhoria organizacional](#).

Contudo, em 2025, a execução revela progressos parciais e constrangimentos materiais: há medidas anunciadas (concursos, incentivos, alterações regulamentares), mas os atrasos, limitações orçamentais, contestação profissional e falhas locais de operacionalização têm reduzido o [impacto sobre retenção e cargas de trabalho](#). Muitas ações permanecem dependentes de concursos e de envelopes financeiros não consolidados, com críticas sobre cobertura e ritmo de colocação em zonas deficitárias. Assim, embora mantenha potencial estratégico, em 2025 o pacote apresenta resultados mensuráveis aquém das expectativas iniciais — nomeadamente na redução de horas extra, preenchimento sustentado de vagas e melhoria dos índices de satisfação.

No alinhamento internacional, as orientações da OMS (Global Strategy on Human Resources for Health – Workforce 2030) e compromissos europeus orientam a integração de dados sobre stock, distribuição, mobilidade e remuneração no planeamento. Portugal procurou criar “contas” nacionais de recursos humanos, bases interoperáveis e mecanismos de monitorização. Em 2025, registam-se avanços no reconhecimento dessa necessidade e em iniciativas técnicas, mas persistem lacunas: ausência de regimes consolidados com atualização anual, problemas de interoperabilidade e ligação incompleta entre dados de pessoal e execução orçamental. Embora o quadro estratégico nacional se mantenha alinhado e apoiado por instrumentos relevantes, o ciclo de decisão e alocação continua dependente de dados [incompletos](#), [limitando](#) a [avaliação](#) e [correção atempadas das medidas](#).

Em síntese, tanto o pacote das 25 medidas como o alinhamento internacional configuram estratégias adequadas. No entanto, em 2025, o impacto permanece condicionado pela execução — dependente de calendários rigorosos, orçamentos garantidos, sistemas de dados fiáveis e governação integrada entre níveis nacional, regional e local.

Além disso, é importa sublinhar que as soluções não passam por medidas como esta: “Governo trava no recrutamento de profissionais para o SNS” <https://www.publico.pt/2025/11/26/sociedade/noticia/governo-trava-recrutamento-profissionais-sns-2156015>

## Da multimorbilidade à integração de cuidados

*Manuel José Lopes, Anabela Coelho, Ana Margarida Advinha, Margarida Perdigão, com colaboração de Sofia de Oliveira Martins e Filipe Prazeres*

Embora esta realidade - da Multimorbilidade à integração de cuidados - seja inegável, há ainda alguma imprecisão na sua definição conceptual—particularmente no que diz respeito à multimorbilidade complexa, que exige maior atenção por parte dos decisores.

Tendo em vista a necessidade de medidas concretas, propomos o que denominamos de “tríade estrutural de resposta”: cuidados centrados na pessoa e na família, cuidados integrados e continuidade de cuidados. Esta formulação reflete o nosso entendimento de que qualquer solução eficaz deve estar fundamentada nesta tríade.

Em seguida, questionamos as respostas atualmente existentes e concluímos com a apresentação de um modelo geral para a implementação de mudanças urgentes e desejáveis.

Agradecemos, por fim, todos os contributos que possam enriquecer e transformar este documento numa proposta robusta, pronta para ser apresentada à sociedade e aos responsáveis políticos.

A multimorbilidade é a nova paisagem epidemiológica das sociedades desenvolvidas. Em Portugal, 42,3% da população adulta apresenta pelo menos uma doença crónica prolongada, e 73,7% dos utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) apresentam múltiplas doenças simultâneas. Esta realidade impõe uma pressão sem precedentes sobre um sistema de saúde tradicionalmente desenhado para responder a episódios agudos isolados.

A multimorbilidade constitui atualmente um dos principais desafios estruturais para o Serviço Nacional de Saúde, refletindo alterações demográficas profundas e a crescente prevalência de doenças crónicas. Uma parte significativa da população adulta vive com duas ou mais condições crónicas simultâneas, sendo que uma fração destes utentes apresenta necessidades particularmente complexas, associadas a fragilidade clínica, dependência funcional ou vulnerabilidade social.

Este fenómeno confronta o SNS com limitações de um modelo de cuidados historicamente orientado para episódios agudos e organizado em silos assistenciais. A ausência de integração efetiva traduz-se frequentemente em múltiplas consultas desconexas, duplicação de exames, polimedicação e fraca coordenação entre níveis de cuidados, com impacto negativo na experiência do utente, na eficiência do sistema e nos resultados em saúde.

O presente relatório propõe uma tríade estrutural de resposta: (1) cuidados centrados na pessoa e na família; (2) cuidados integrados; e (3) continuidade de cuidados. Esta formulação assenta na evidência internacional e em modelos de excelência reconhecidos, particularmente o modelo basco de estratificação de risco, que representa um padrão-ouro aplicável à realidade portuguesa.

### **Expectativas para 2025**

Nos últimos anos, têm sido delineadas várias respostas estratégicas para enfrentar o desafio da cronicidade e da multimorbilidade. Destaca-se a promoção de cuidados centrados na pessoa, a aposta na integração entre cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, bem como a criação das Unidades Locais de Saúde como instrumento organizativo para reduzir a fragmentação.

Foram também lançados projetos-piloto de estratificação do risco e de gestão integrada de doentes complexos, inspirados em modelos internacionais, nomeadamente o desenvolvido no País Basco



(Euskadi), que assenta na identificação proativa de doentes de maior risco e na atribuição de um profissional de referência para coordenação dos cuidados.

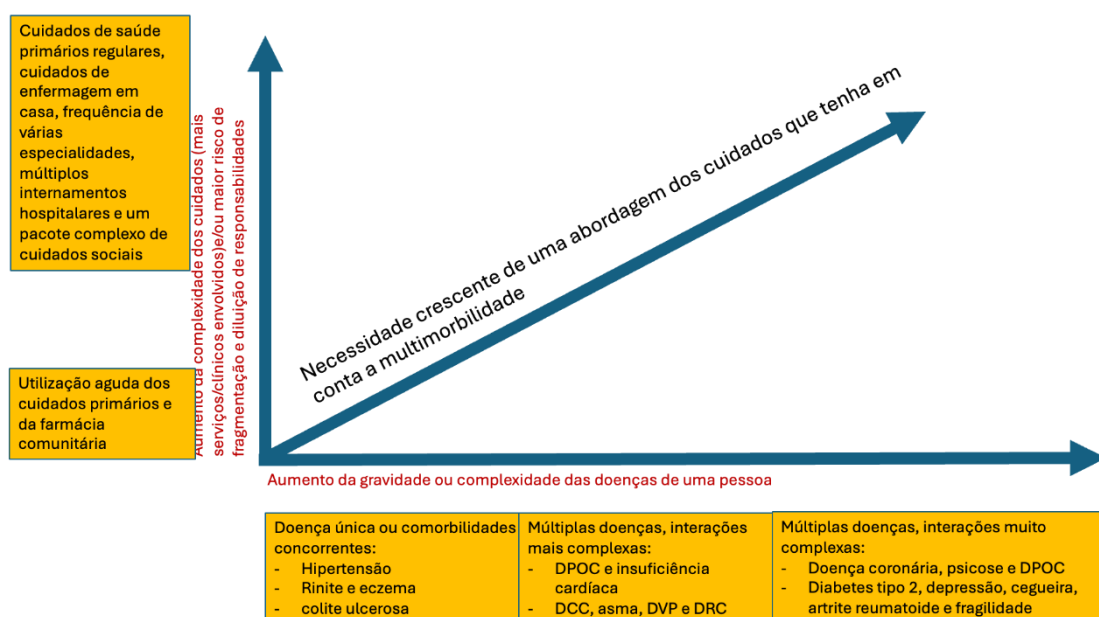
Apesar destes avanços, a implementação tem sido desigual e frequentemente limitada a experiências locais, sem consolidação nacional nem avaliação sistemática de impacto.

A multimorbidade define-se como a coocorrência de duas ou mais doenças crónicas no mesmo indivíduo. Contudo, nem toda a multimorbidade gera as mesmas necessidades de cuidados.

A **Multimorbidade Complexa**, sendo o conceito central deste documento, caracteriza-se pela coexistência de:

- Três ou mais doenças crónicas afetando múltiplos sistemas corporais (Harrison et al., 2014);
- Associação frequente de condições físicas e mentais (Coventry et al., 2015);
- Fatores contextuais significativos: literacia em saúde, condições socioeconómicas e familiares;

A vulnerabilidade gerada pela multimorbidade complexa define-se como o estado da pessoa incapaz de aproveitar oportunidades para otimizar bem-estar e prevenir declínio. Inclui seis dimensões: física, psicológica, relacional, moral, sociocultural e existencial (Sanchini et al., 2022).



**Fonte:** Adaptado de (NICE, 2016)

Um aspeto frequentemente negligenciado é a Carga do Tratamento — o trabalho que o doente realiza para gerir a sua saúde (marcar consultas, gerir medicamentos, fazer exames, alterar estilos de vida). Na multimorbidade complexa, esta carga pode tornar-se insustentável, resultando em não-adesão por exaustão, não por desinteresse (May et al., 2014).

Os Cuidados de Saúde Primários devem diferenciar-se pelo acompanhamento próximo, com equipas interdisciplinares (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais) que proporcionem cuidados personalizados, melhorem gestão da polimedicação e reduzam hospitalizações evitáveis.

**Para 2025, era expectável uma resposta estruturada sobre três eixos:**



- **Cuidados Centrados na Pessoa e Família** — abordagem holística, respeitando preferências e contexto;
- **Cuidados Integrados** — eliminação de silos entre especialidades e níveis de cuidado;
- **Continuidade de Cuidados** — relações terapêuticas duradouras e coordenação ao longo do percurso.

### Análise da realidade em 2025

Em 2025, a análise da realidade da saúde em Portugal revela uma prevalência crescente de doenças crónicas, especialmente entre a população adulta. Em 2024, 42,3% da população com 16 ou mais anos apresenta alguma doença crónica, o que representa um aumento de 10,2 pontos percentuais desde 2004. Entre os utilizadores de cuidados de saúde primários (CSP), 73,7% possuem pelo menos duas doenças crónicas, enquanto 68,1% dos idosos apresentam multimorbilidade, evidenciando a complexidade do perfil de saúde da população mais envelhecida. Observa-se também uma diferença de género, com 45,9% das mulheres afetadas em comparação com 40,1% dos homens. Estes dados colocam Portugal em terceiro lugar na União Europeia em termos de prevalência de doenças crónicas em 2023.

O **impacto económico** dessas condições é significativo. Os doentes com multimorbilidade são responsáveis por mais de 75% dos gastos totais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Dentro deste grupo, um subgrupo menor, identificado como “high-need, high-cost”, com multimorbilidade complexa, consome uma proporção desproporcional de internamentos hospitalares e atendimentos de urgência. A polimedicação é outro fator crítico: mais de 40% dos idosos tomam cinco ou mais medicamentos, aumentando o risco de interações medicamentosas, reações adversas e quedas, o que reforça a necessidade de estratégias de gestão clínica integradas e centradas no doente.

### A Fragmentação Atual do Sistema

#### Desafios Sistémicos Identificados:

Dimensão	Problema	Impacto
<b>Organização</b>	Modelo centrado em especialidades cria percursos paralelos	Doente visto como "conjunto de doenças", não como pessoa com problemas e necessidades complexas
<b>Medicação</b>	Polimedicação sem coordenação entre especialistas	Aumenta risco iatrogénico; aumenta gastos em saúde
<b>Sobrecarga</b>	Doente/família responsáveis por integração do sistema	Carga de tratamento insustentável
<b>Eficiência</b>	Cuidados reativos, duplicação de exames	Insustentabilidade financeira

### Resposta internacional: o padrão ouro

Os **países desenvolvidos** responderam ao desafio da multimorbilidade através de estratégias moldadas pelos seus sistemas de saúde, que refletem diferentes tradições organizacionais e formas de financiamento.

Nos **sistemas beveridgianos**, financiados por impostos, como Austrália, Canadá, Espanha e Reino Unido, observa-se um forte enfoque no planeamento centralizado e integrado, na prevenção e na estratificação de risco, bem como no fortalecimento dos cuidados primários.

Já nos **sistemas bismarckianos**, baseados em seguro social, como Alemanha, França e Países Baixos, a coordenação ocorre mediante negociação entre diferentes partes interessadas, apoiada por



programas estruturados de gestão de doenças, com especial atenção à reabilitação e à manutenção da capacidade funcional dos doentes.

Entre estas experiências internacionais, destaca-se o **modelo do País Basco**, reconhecido globalmente como padrão-ouro na gestão da cronicidade. A Estratégia para enfrentar o desafio da cronicidade em **Euskadi** distingue-se por quatro fatores fundamentais. Primeiro, a sua génese baseia-se em evidência e colaboração: o modelo não emergiu de uma crise, mas sim de uma análise prospetiva rigorosa, envolvendo centenas de profissionais, gestores e associações de doentes. Em segundo lugar, a integração estrutural das Organizações Sanitárias Integradas (OSIs) permite quebrar os silos entre cuidados primários e hospitalares, unificando orçamento e gestão, alinhando incentivos e promovendo a colaboração entre profissionais. Terceiro, facilitadores tecnológicos e culturais, como um registo clínico eletrónico único e partilhado (Osabide), a valorização da atenção primária e o incentivo ao trabalho multiprofissional, sustentam a eficácia do modelo.

A relevância deste modelo para Portugal é clara. A estrutura do SNS português, semelhante ao do País Basco, baseada em governação central com implementação regional, facilita a adaptação das práticas bascas. Além disso, a estratégia reforça o papel central do médico e do enfermeiro de família, preserva a flexibilidade regional dentro de um quadro estratégico nacional e fornece ferramentas práticas, como estratificação de risco e planos individualizados de cuidados, que podem ser diretamente aplicadas à realidade portuguesa.

### Expectativas vs realidade situação em 2025

#### Avanços Identificados

Dimensão	Expectativa	Realidade 2025
<b>Integração Cuidados</b>	Implementação de sistemas integrados de cuidados, com articulação efetiva entre CSP, hospitais e cuidados continuados	A integração mantém-se maioritariamente em discussão. Existem experiências-piloto e reorganizações formais (ex.: ULS), mas a integração clínica e operacional permanece limitada e desigual entre territórios
<b>Estratificação Risco</b>	Identificação proativa de doentes com multimorbilidade complexa para gestão diferenciada	Algumas iniciativas locais de estratificação foram implementadas, sem metodologia nacional uniforme nem escala suficiente para impacto sistémico
<b>Equipas Interprofissionais</b>	Equipas multidisciplinares nos CSP, integrando médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes sociais	Verifica-se reforço progressivo de recursos humanos, mas a cobertura é desigual e a perspetiva interprofissional permanece residual na prática clínica
<b>Continuidade Relacional</b>	Seguimento regular do utente por um profissional de referência ao longo do tempo	A continuidade relacional continua a ser um objetivo assumido, mas sem implementação sistemática nem mecanismos claros de operacionalização

A análise comparativa entre expectativas e realidade evidencia um padrão transversal: apesar do reconhecimento estratégico da multimorbilidade e da necessidade de integração de cuidados, a implementação permanece incompleta e fragmentada. Em 2025, observa-se um desfasamento



consistente entre os modelos conceptualizados e a sua operacionalização no terreno. As iniciativas existentes tendem a assumir a forma de projetos-piloto ou reorganizações formais, sem escala nacional, sem monitorização sistemática e sem impacto suficientemente demonstrado nos resultados em saúde. Este padrão sugere que o principal constrangimento não reside na ausência de diagnóstico ou de orientação estratégica, mas sim nas dificuldades de execução, governação e alinhamento de incentivos.

Apresenta-se a seguir uma análise factual do estado de implementação de algumas medidas-chave anunciadas pelo sistema de saúde português, que permite avaliar de forma objetiva o progresso alcançado, identificando tanto iniciativas parcialmente implementadas quanto áreas que permanecem por desenvolver, evidenciando onde a integração, a operacionalização e a monitorização ainda são insuficientes.

Medida	Avaliação
Criação das ULS como instrumento de integração	ULS foram formalmente criadas e há sinais de melhoria na integração, mas a integração clínica plena ainda é incompleta e há críticas de USF sobre implementação apressada e perda de autonomia dos CSP. ( <a href="#">Health News</a> )
Atribuição prioritária de médico de família a grávidas, crianças e doentes crónicos	Regras publicadas (início 2025) priorizam grupos vulneráveis na atribuição de MF; trata-se de medida positiva para acesso, mas comentadores destacam limites práticos (falta de médicos disponíveis). ( <a href="#">SIC Notícias</a> )
Estratificação de risco nacional	Há projetos e instrumentos (incluídos no plano/PRR e iniciativas SPMS/ACSS) e portarias de pilotagem (ECCI), mas não houve ainda uma escala nacional uniforme e padronizada. ( <a href="#">SPMS</a> )
Registo clínico interoperável	Registos e iniciativas digitais existem, mas persistem falhas de interoperabilidade e fragmentação da informação clínica que dificultam planos de cuidados partilhados. Relatórios/estudos mostram impacto negativo na coordenação. ( <a href="#">SIC Notícias</a> )
Gestão de caso para doentes complexos	Gestão de caso é reconhecida e há experiências/pilotos (equipas e formações), mas continua sem enquadramento e escala sistemática (falta reconhecimento funcional/tempo protegido). ( <a href="#">sns.min-saude.pt</a> )
Avaliação contínua / monitorização estruturada	Persistem lacunas: não existe ainda um sistema nacional único e público de monitorização/indicadores que permita avaliação contínua e correção de trajectórias. ( <a href="#">Health News</a> )
RNCCI — criação de vagas / contratos e financiamento	Governo assinou contratos para criar ~3.300 lugares (RNCCI), mas há debate sobre se o aumento de financiamento é suficiente; críticas da APAH sobre suficiência orçamental. ( <a href="#">RTP Presidenciais 2026</a> )

SNS24 — modernização (IA / callback / triagem digital)	Projecto de IA e sistema de “callback” anunciado e em implementação para reforçar resposta telefónica; já houve reforço de capacidades e novos serviços digitais em 2025. ( <a href="#">ECO</a> )
Hospitalização domiciliária / “hospital em casa”	Expansão e reconhecimento do modelo como pilar de integração (vários projectos, congressos e dados de consolidação), com potencial para descongestionar hospitais. ( <a href="#">Health News</a> )
Performance/integração — sinais mistos (barómetro APAH, ULS de referência)	Há melhorias mensuráveis na integração (barómetro APAH mostra subida média), mas variação regional e crítica profissional persistem; algumas ULS destacam-se positivamente. ( <a href="#">Health News</a> )
Dupla cobertura (SNS + privado)	Cresceu significativamente: >1/3 da população tem dupla cobertura, o que sinaliza tensões de equidade e procura de alternativas ao SNS. ( <a href="#">Diário de Notícias</a> )
Carga de doenças crónicas / multimorbilidade (contexto)	Portugal mantém prevalência elevada (>40% com doença crónica) e doentes crónicos relatam coordenação de cuidados abaixo da média OCDE — reforça urgência de medidas integradas. ( <a href="#">SIC Notícias</a> )
Diabetes e outras condições prevalentes	Diabetes em crescimento (≈0,93–0,94 M de pessoas em registo SNS em 2024), reforçando pressão sobre CSP e necessidade de estratégias de prevenção/gestão. ( <a href="#">Ordem dos Enfermeiros</a> )
Evidência científica / consensos relevantes (p.ex. inflamação tipo 2)	Publicação de consensos nacionais (INFLAT2-PT) e estudos internacionais (ex.: alimentação baseada em plantas) que fornecem base científica para intervenções e prevenção. ( <a href="#">Health News</a> )

### Lacunas Críticas

Apesar dos avanços em políticas de saúde, persistem lacunas críticas na investigação e na implementação operacional em Portugal. No campo da investigação, ainda é pouco conhecido quais os perfis de multimorbilidade mais prevalentes e quais as necessidades específicas de cuidados associadas a cada perfil. Existe, portanto, a necessidade de desenvolver um índice de fácil utilização na prática clínica, capaz de escalonar a vulnerabilidade dos doentes de forma prática e eficiente.

No plano da implementação operacional, os desafios também são significativos. Não existe um registo clínico único e integrado a nível nacional, o que compromete a continuidade e a coordenação dos cuidados. Paralelamente, os papéis e responsabilidades entre os diferentes níveis de cuidado permanecem indefinidos, e os sistemas de monitorização e avaliação estruturados ainda são insuficientes. Estes fatores, aliados a recursos limitados, dificultam a implementação coordenada e eficaz das estratégias de gestão da multimorbilidade- recursos insuficientes para implementação coordenada.

### Perspetivas para o futuro – a Tríade estrutural de resposta

A proposta de resposta assenta numa tríade estrutural que articula cuidados centrados na pessoa e na família, cuidados integrados e continuidade de cuidados. O primeiro pilar — **cuidados centrados na pessoa e família** — inspira-se no quádruplo objetivo do Institute for *Healthcare Improvement* (IHI): melhorar a experiência do doente, melhorar a saúde das populações, reduzir o custo per capita e preservar o bem-estar dos profissionais de saúde. Na prática, isso traduz-se em medidas concretas como a utilização do *Patient Activation Measure* (PAM), instrumento que avalia em quatro níveis o



conhecimento, as competências e a confiança do doente para autogerir a sua saúde e permite ajustar intervenções à capacidade real de cada pessoa; e numa abordagem centrada em preferências que reforça literacia em saúde, autocuidado e a relação terapêutica entre equipa e família.

O segundo pilar, **cuidados integrados**, deve articular-se em três níveis complementares. A nível individual, a existência de um coordenador de cuidados — frequentemente um enfermeiro — funciona como ponto de contacto único, responsável por coordenar consultas, assegurar a comunicação entre especialistas, facilitar o acesso a recursos sociais e capacitar o doente e a sua família para a gestão do processo de saúde. A nível organizacional, a integração exige equipas interprofissionais, partilha de informação estruturada, papéis e responsabilidades claros e registos eletrónicos verdadeiramente interoperáveis. Finalmente, a nível do sistema, a integração passa pela articulação intra-setor saúde, pelo alinhamento de incentivos, por políticas nacionais coerentes e por mecanismos de monitorização integrada que suportem a coordenação sustentável das práticas.

O terceiro pilar, **continuidade de cuidados**, enfatiza a necessidade de manter uma relação profissional-doente contínua ao longo do ciclo de vida e independentemente do local de prestação (casa, centro de saúde, hospital). Isso pressupõe continuidade relacional — ter profissionais de referência consistentes — e uma articulação eficaz entre os níveis de prevenção, **tratamento** e reabilitação, bem como o fornecimento de apoio estruturado ao autocuidado. Em conjunto, estes três pilares constituem um quadro coerente: centram a resposta na pessoa e na família, garantem que a organização e o sistema trabalham de forma coordenada, e asseguram que o percurso do doente se mantém contínuo e sustentado ao longo do tempo, com a participação ativa do doente como co-decisor.

**Embora a tríade estrutural de resposta — centrada na pessoa e família, nos cuidados integrados e na continuidade de cuidados — apresente um quadro coerente e internacionalmente reconhecido como eficaz, a sua implementação em Portugal enfrenta diversas barreiras.** Apesar de existirem instrumentos como o Registo de Saúde Eletrónico, a integração da informação clínica continua limitada. A interoperabilidade entre sistemas permanece incompleta, resultando numa fragmentação da informação clínica que dificulta a construção de planos de cuidados partilhados e compromete a continuidade assistencial. Esta lacuna fragiliza o potencial das Unidades Locais de Saúde (ULS) enquanto modelo integrador.

A situação é ainda agravada pela ausência de uma estratificação de risco nacionalmente coordenada. Os projetos existentes não foram escalados de forma consistente e carecem de uma metodologia uniforme, o que impede a comparação de resultados e limita a capacidade de direcionar recursos para os doentes de maior complexidade e maior consumo de cuidados. Além disso, a gestão de caso, frequentemente apontada como boa prática, permanece pouco operacionalizada. A figura do gestor de caso não está claramente definida nem integrada nos modelos organizacionais, e a falta de enquadramento funcional, tempo protegido e reconhecimento institucional reduz consideravelmente o impacto desta medida.

Outro fator que dificulta a integração efetiva dos cuidados são os incentivos desalinhados com este objetivo. Os modelos de financiamento e contratualização mantêm-se predominantemente orientados para a produção de atividade, valorizando pouco resultados em saúde, integração de cuidados ou redução de internamentos evitáveis. Por fim, a ausência de monitorização estruturada agrava ainda mais o quadro. Não existe um sistema nacional de acompanhamento contínuo que permita avaliar a implementação das medidas anunciadas, identificar falhas e corrigir trajetórias. Sem indicadores claros e acessíveis, a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua permanecem bastante limitadas.

### **Recomendações estratégicas**



As recomendações estratégicas para enfrentar a multimorbidade em Portugal estruturam-se em horizontes temporais, permitindo uma implementação gradual e coerente das medidas.

A **curto prazo**, entre 2025 e 2026, é essencial definir formalmente o conceito de multimorbidade complexa no contexto nacional, de forma a uniformizar critérios clínicos e administrativos. Paralelamente, deve-se mapear a prevalência e as necessidades por perfil de doente e território, proporcionando uma visão detalhada que oriente a alocação de recursos. Neste período, recomenda-se também pilotar a estratificação de risco em três a quatro regiões, inspirando-se no modelo basco, e reforçar as equipas de cuidados de saúde primários (CSP) com farmacêuticos e assistentes sociais, promovendo uma abordagem mais integrada e centrada na pessoa.

A **médio prazo**, entre 2026 e 2028, a prioridade passa pela implementação de um registo clínico único e interoperável, que permita uma partilha eficiente da informação entre níveis de cuidado e regiões. É também o momento de escalar modelos integrados de cuidados, semelhantes às Organizações Sanitárias Integradas (OSI), e de investir na formação dos profissionais em cuidados centrados na pessoa e na gestão da complexidade. A avaliação do *Patient Activation Measure* (PAM) e de índices de vulnerabilidade em populações-piloto permitirá ajustar intervenções e validar ferramentas que orientem políticas futuras.

A **longo prazo**, a partir de 2028, recomenda-se a reorganização estrutural das Unidades Locais de Saúde para garantir a integração completa entre cuidados primários e hospitalares, associada a um modelo de governação integrada por território. Neste horizonte, a monitorização contínua de indicadores de processo e resultado será fundamental para assegurar a eficácia das intervenções e fomentar a melhoria contínua. Além disso, o alinhamento internacional com estratégias globais, como a *Global Strategy on Human Resources for Health — Workforce 2030* da Organização Mundial da Saúde, permitirá posicionar Portugal em consonância com as melhores práticas globais e garantir um sistema de saúde resiliente, sustentável e centrado no doente.

## Conclusão

A multimorbidade complexa já é a realidade clínica dominante do século XXI, expondo de forma inequívoca as limitações dos sistemas de saúde tradicionais, fragmentados por especialidade e focados na doença aguda. Estes modelos não estão preparados para responder às necessidades de doentes com múltiplas condições crónicas, colocando em risco resultados clínicos, experiência do doente e sustentabilidade financeira. O exemplo do País Basco demonstra que a mudança é possível e mensurável: a combinação de estratificação de risco prospetiva, integração estrutural através das Organizações Sanitárias Integradas, equipas multiprofissionais e um foco centrado na pessoa, e não na doença, gera resultados clínicos melhores, maior satisfação dos utentes e profissionais e eficiência do sistema.

Para Portugal, a adoção deste paradigma exige coragem política, investimento estratégico em infraestruturas — especialmente registos clínicos interoperáveis — e uma mudança cultural profunda no interior das equipas e das organizações de saúde. Os benefícios superam amplamente os custos iniciais, e cada atraso adia ganhos clínicos, económicos e sociais que são plenamente alcançáveis. A estratégia está clara, as soluções existem, e a evidência internacional confirma o caminho. O que falta é transformar intenção em ação. A hora de executar é agora.



## Resposta à doença Aguda

*Pedro Maciel Barbosa e Filipe Alfaiate, com contributos de Bruno Moreno e Paulo Pires*

### Introdução

Elaborado em 2024 o Plano de Emergência e Transformação da Saúde (PETS), incluiu a resposta à doença aguda no eixo 3 - cuidados urgentes e emergentes. Foram definidas 3 medidas urgentes, 8 medidas prioritárias e 2 medidas estruturantes.

O monitor de acompanhamento do PETS indica que estão cumpridas 66% das medidas urgentes, 100% das medidas prioritárias e 50% das medidas estruturantes (<https://www.sns.gov.pt/plano-de-emergencia-e-transformacao-na-saude-eixo-3/>).

Perante esta taxa de cumprimento, considera-se relevante refletir a efetividade dos resultados obtidos ao nível da resposta aguda.

O acesso a cuidados de doença aguda tem-se mantido o principal elemento de discussão pública do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com especial enfoque no ciclo político atual. As falhas do sistema de emergência médica, o encerramento e concentração de serviços de urgência, a reorganização do acesso a serviços de urgência através da referenciação pela linha SNS24 (programa “Ligue antes, Salve Vidas”), a abertura de Centros de Atendimento Clínico são exemplos que ocuparam o espaço mediático em 2025.

Um estudo recente sobre o acesso às urgências do Serviço Nacional de Saúde (SNS), divulgado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), concluiu que, entre 2022 e o primeiro semestre de 2024, se registaram 15.952.048 admissões, uma utilização que se manteve “relativamente estável” e “bastante acima da média da OCDE” ao longo dos cinco semestres analisados. Em 2023, Portugal apresentou um rácio de 64 episódios de urgência por 100 habitantes em Portugal, enquanto na OCDE o valor era de 26,6.

A análise da triagem nos serviços de urgência revelou que a maioria das admissões correspondeu a episódios classificados como “urgentes” e “pouco urgentes” que, em conjunto, representaram cerca de 85% do total. As situações “emergentes” e “muito urgentes” mantiveram-se estáveis, em cerca de 11% (<https://www.ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/estudos/lista-de-estudos/estudo-acesso-aos-servicos-de-urgencia-do-servico-nacional-de-saude/>).

### Expectativas

- Sistema Integrado de emergência médica (SIEM)

Pertencente ao SIEM, o INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) tem como principal papel prestar cuidados de emergência médica em Portugal, garantindo assistência rápida e adequada em situações de doença súbita ou acidente grave.

Contudo, tem acumulado diversos casos de enorme gravidade, com o registo de diversos episódios clínicos com desfecho negativo de cidadãos que receberam suporte atrasado ou não chegaram sequer a receber resposta de emergência. Num país em que a resposta de emergência é totalmente desempenhada pelo INEM, é fundamental garantir uma reorganização estrutural que permita a defesa dos fundamentos humanistas e éticos de um sistema de saúde.

- Linha SNS24

A ideia e o conceito da Linha SNS24 foram bem-intencionados, uma porta de entrada para a gestão da utilização das urgências: a criação de uma linha telefónica que referenciaria os utentes de acordo com prioridade clínica atribuída, suportada numa intensa campanha de comunicação: "Ligue antes, Salve vidas". No entanto, pessoas sem resposta da linha, tempos de espera elevados, referenciações



diferentes para situações semelhantes, inclusive dentro do mesmo agregado familiar, têm sido queixas frequentes.

Ao contrário do INEM, a linha SNS24 é um serviço público de saúde prestado por uma empresa privada. É fundamental conhecer o tipo de contrato, o seu funcionamento e a sua finalidade. Há informação mínima que deverá estar disponível: a) Termos do contrato celebrado; b) Algoritmos utilizados e sua validação clínica; c) Avaliação do desempenho (n.º de chamadas atendidas e não atendidas, tempos de espera); d) Análise do encaminhamento dado, aos contactos estabelecidos; e) Caracterização dos percursos e perfis dos utilizadores; f) Análise de custo/efetividade.

- **Fundamentação e monitorização de medidas implementadas no âmbito do Plano de Emergência e Transformação**

Uma das medidas mais reforçadas do Plano de Emergência e Transformação da Saúde (PETS) no que diz respeito à gestão da doença aguda foi “a criação de Centros de Atendimento Clínico (CAC) para situações agudas de menor complexidade”.

Para que se garanta um processo transformativo estruturado é elementar garantir uma discussão pública dos resultados desta iniciativa, nomeadamente em formato de relatório de acompanhamento que permita uma discussão tecnicamente isenta e apoiada em dados reais: a) os dados de acesso, b) tempos alvo de atendimento, c) taxa de resolução clínica, d) taxas de referenciação posterior para serviços de urgência, e) custos operacionais por CAC, f) análise de custo-efetividade por CAC.

- **Aumento da efetividade da resposta nos Serviços de Urgência**

Foram aplicadas diferentes medidas ao nível dos serviços de urgência, desde o modelo de referenciação e triagem telefónica, novos modelos de resposta a casos menos urgentes, encerramento e concentração de serviços de urgências, e equipas dedicadas e centros de responsabilidade integrada em urgências centrais.

A expectativa é que as diferentes opções políticas tenham impacto direto na efetividade da resposta à doença aguda hospitalar. Neste contexto, distinguem-se três indicadores fundamentais: diminuição da autorreferenciação, redução do número de episódios de urgência dos “não urgentes” e “pouco urgentes” com resposta clínica efetiva fora do serviço de urgência, e, redução dos tempos máximos e médios de espera.

- **Reforço da capacidade dos CSP dos utentes com equipa de saúde familiar**

As Unidades de Saúde Familiar (USF) oferecem diariamente uma resposta à doença aguda muito desenvolvida. A solução organizacional para a melhoria do acesso a cuidados de doença aguda “não urgente” ou “pouco urgente” não deve passar por aumentar o acesso destes casos clínicos a cuidados de âmbito hospitalar.

Qualquer solução organizativa para reformar a resposta à doença aguda passe, invariavelmente, por envolver, desenvolver e responsabilizar este nível de cuidados.

- **Reforço da capacidade dos CSP dos utentes sem equipa de saúde familiar**

Enquanto que o modelo de USF B não possa ser alargado a todo o país, é fundamental refletir em soluções que permitam uma resposta de proximidade que evite a utilização do serviço de urgência por falta de resposta alternativa.

Perante um problema estrutural e de resolução demorada, diferentes soluções devem ser oficialmente testadas, acompanhadas de forma transparente e tecnicamente avaliadas, por forma a garantir políticas de saúde baseadas em evidência.



<b>Reorganização e reforço do INEM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir a ansiedade social em torno da emergência médica, através de resposta de socorro efetivo e seguro, em todo o território nacional.</li> </ul>	
<b>Clarificar e repensar o papel da Linha SNS24 no acesso a cuidados de doença aguda.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar substituir as equipas de saúde familiar pela Linha SNS24, centralista e distante, em detrimento de um reforço da capacitação de serviços públicos mais próximos das pessoas, designadamente nos centros de saúde.</li> <li>• Garantir transparência nos termos do contrato celebrado com operador privado da Linha SNS 24.</li> </ul>	
<b>Fundamentação Plano de Emergência e Transformação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas de saúde suportadas em evidência científica, em experiências piloto previamente avaliadas, e, por relatórios de acompanhamento.</li> </ul>	
<b>Aumento da efetividade da resposta nos Serviços de Urgência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da autorreferenciação, redução do número de episódios de urgência dos “não urgentes” e “pouco urgentes” com resposta clínica efetiva fora do serviço de urgência, e, redução dos tempos máximos e médios de espera.</li> </ul>	
<b>Centralizar o Centro de Saúde na discussão da resposta à doença aguda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer os CSP é fundamental no percurso integrado da doença aguda, nomeadamente através da capacitação tecnológica (centrais telefónicas digitais, meios de diagnóstico rápido), Planos Assistenciais Integrados para a agudização da doença crónicas; Organização de respostas de seguimento das pessoas sem equipa de saúde familiar atribuída.</li> </ul>	
<b>Plano Local de Gestão da Doença Aguda por ULS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada ULS deve ativar um grupo técnico com elementos hospitalares e de CSP, que garanta a avaliação e caracterização atualizadas da resposta aguda, defina planos de ação, e de acompanhamento, com resultados monitorizados.</li> </ul>	

### Expectativa vs Realidade - Ano 2025

- Sistema de emergência médica

No último ano e meio, verificaram-se três mudanças na liderança neste Instituto Público (<https://www.publico.pt/2025/11/03/sociedade/noticia/ministerio-designa-nova-direccao-inem-luis-cabral-inicia-funcoes-tercafeira-2153237>), uma Comissão Técnica Independente para a refundação do INEM (<https://cnnportugal.iol.pt/inem/central/comissao-para-a-refundacao-do-inem-propoe-central-unica-de-atendimento/20251206/6933efdfd34e3caad84c169f>), e a Criação do Departamento de Urgência e Emergência Médica na Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde.

Estas mudanças na liderança e no modelo estratégico têm sido acompanhadas de turbulência clínica em 2025. A gravidade foi confirmada por diversos inquéritos da Inspeção-Geral das Atividades em



Saúde (IGAS), que demonstraram que, mais do que um doente poderia ter sobrevivido se a resposta do INEM tivesse sido efetiva, num dia de graves perturbações no atendimento, devido a greve dos técnicos de emergência pré-hospitalar (<https://www.publico.pt/2025/09/25/sociedade/noticia/greve-inem-igas-concluiu-atraso-fatal-mogadouro-aponta-dedo-medico-codu-2148546>). Mais recentemente, ocorreram novos casos de mortes em contexto de demora no socorro do INEM, associadas a escassez de ambulâncias em dias com nível de resposta aparentemente típica. Estão sob investigação da IGAS (<https://www.publico.pt/2026/01/08/sociedade/noticia/idosa-morre-quinta-conde-apos-espera-40-minutos-socorro-2160473>).

Perante falhas tão graves em tão pouco espaço de tempo, colocam demasiada pressão mediática sobre o processo de transformação do INEM. Será fundamental que em 2026 se consiga um clima de estabilidade e apaziguamento interno da sua estrutura diretiva, um plano de transformação transparente e monitorizado, e uma comunicação externa de segurança, robustez e tranquilidade junto da população.

- Linha SNS24

A Linha SNS24 será seguramente útil se atender a tempo nas semanas de alta incidência de doença aguda. Pode ajudar a dar resposta aos que, infelizmente, ainda não têm equipa de saúde familiar. E pode prestar informação útil, em várias circunstâncias (<https://www.jn.pt/opiniao/artigo/a-linha-sns-24-nao-foi-criada-para-substituir-as-equipas-de-saude-familiar/18028267>).

Contudo, a realidade de 2025 demonstra que há cada vez mais utentes que ligam para a Linha SNS24 e ficam sem resposta. De Janeiro a Setembro deste ano, a linha para a qual é obrigatório ligar antes de recorrer a uma urgência, recebeu 5,8 milhões de chamadas, mas 1,46 milhões (25,1%) não foram atendidas. E a opção de contactar diretamente o centro de saúde ou o hospital também não funciona: metade das pessoas com doença crónica relatou dificuldades em ligar para os serviços de saúde do SNS (<https://www.publico.pt/2025/11/14/sociedade/noticia/linha-sns24-deixou-146-milhoes-chamadas-atender-centros-saude-tambem-nao-respondem-2154667>).

Por outro lado, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) acusou hospitais e centros de saúde de dificultarem e recusarem o acesso dos utentes a cuidados médicos, o que viola o definido na Constituição Portuguesa, na Carta de Direitos e Deveres dos Utentes e a própria Portaria n.º 438, de 15 de dezembro de 2023. (<https://www.dn.pt/sociedade/ligue-antes-salve-vidas-regulador-da-sade-diz-que-hospitais-e-centros-de-sade-esto-a-dificultar-acesso-de-utentes-a-cuidados>).

Na verdade, nos últimos meses há centros de saúde no país que dizem ter recebido uma "ordem superior", que não se compreende nem foi explicada, que obriga a ligar para um profissional distante, sem acesso à informação de saúde e que segue um algoritmo para decidir o destino do doente: "oferece" teleconsultas por médicos que desconhecem a informação clínica, ou referencia para Centros de Atendimento Clínico convencionados, pessoas com equipa de saúde familiar e vagas de consulta nas suas Unidades.

Esta preocupação foi expressa através de um Manifesto da Fundação para a Saúde ([https://www.fundacaosns.pt/images/Documentos/Comunicados/2025.11.14\\_Manifesto\\_sobre\\_os\\_cuidados\\_de\\_saude\\_a\\_que\\_temos\\_direito.pdf](https://www.fundacaosns.pt/images/Documentos/Comunicados/2025.11.14_Manifesto_sobre_os_cuidados_de_saude_a_que_temos_direito.pdf)), amplamente divulgado pela comunicação social, subscrito por várias personalidades e por centenas de cidadãos.

A Linha SNS24 não foi criada para substituir as equipas de saúde familiar. Transformar esta campanha numa obrigatoriedade é uma aposta inadequada num modelo de gestão do acesso ao SNS, centralista e distante, em detrimento de um reforço da capacitação de serviços públicos mais próximos das pessoas, designadamente nos centros de saúde. A obrigatoriedade do seu uso para todos está a



desestruturar a resposta existente aos cerca de 90% da população que tem uma equipa de saúde familiar

É imperativo que o Decreto-Lei n.º 52/2022 seja cumprido. A lei estabelece que os centros de saúde devem organizar os seus serviços para proporcionar acesso adequado e proximidade de cuidados, incluindo atendimento no próprio dia e resposta à doença aguda, no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Simultaneamente exige-se transparência sobre o tipo de contrato com o operador privado, o seu funcionamento e a sua finalidade. Devem ser tornados públicos aspetos como: a) Termos do contrato celebrado; b) Algoritmos utilizados e sua validação clínica; c) Avaliação do desempenho (n.º de chamadas atendidas e não atendidas, tempos de espera); d) Análise do encaminhamento dado aos contactos estabelecidos; e) Caracterização dos percursos e perfis dos utilizadores; f) Análise de custo/efetividade.

- Aumento da efetividade da resposta nos Serviços de Urgência

Com base em dados (provisórios) da ACSS, o ano de 2025 terminou com um total de 5,7 milhões de episódios de urgência no Serviço Nacional de Saúde (SNS), baixando da barreira dos 6 milhões de episódios que se mantinha constante desde 2013.

Estes dados apontam uma mudança muito recente. Até porque, o relatório mais atualizado produzido pela ERS e publicado em novembro de 2025, relativo à evolução entre 2022 e o primeiro semestre de 2024, apontava que não tinha sido possível reduzir o número total de episódios de urgência durante esse período.

Espera-se que o estudo de acompanhamento do Acesso aos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde, elaborado pela ERS, tenha seguimento longitudinal no próximo ano já com dados de 2025, de modo a permitir a avaliação técnica dos resultados obtidos.

Parte desta redução decorre provavelmente do programa “Ligue Antes Salve Vidas”.

Na verdade, relativamente à origem da referência, o estudo recente da ERS refere ainda que, em 2022, 71,8% das admissões foram por iniciativa do próprio utente (autorreferência), baixando para os 69,9% em 2023 e para os 64,4% no primeiro semestre de 2024. Ao mesmo tempo, registou-se um aumento da proporção de episódios referenciados pela Linha SNS 24, que atingiu 11,4% em 2024, quando nos semestres anteriores não ultrapassou os 6,5%.

Existem 3 vias de acesso ao serviço de urgência: autorreferência, Linha SNS24, e via Cuidados de Saúde Primários. Apesar do estudo ainda não incluir o ano de 2025, em que se generalizou a referência pela Linha SNS 24, verifica-se que quase metade dos episódios por autorreferência (49,9%) correspondeu à prioridade clínica “pouco urgente” ou “não urgente”, valor próximo do registado nas referências pela Linha SNS 24 (46,2%). Em nítido contraste, num circuito diferente, as admissões provenientes de referências dos CSP apresenta uma proporção significativamente inferior, com 30,6% classificados como Pouco Urgente e apenas 1,8% como Não Urgente.

Paralelamente, o estudo “Acesso a Cuidados de Saúde, 2025”

(<https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/2026/Relatorio-de-Acesso-a-Cuidados-de-Saude-2025.pdf>) produzido pela Nova School of Business and Economics, corrobora estes dados e aponta que entre 2023 e 2025, o recurso à linha SNS 24 aumentou de forma expressiva, passando de 4,84% para 15,56%.

A implementação do requisito obrigatório de triagem telefónica prévia ou referência médica antes da ida ao serviço de urgência, acompanhado da redução dos episódios de urgência, levanta a hipótese de menor acesso a cuidados de saúde necessários. O próprio perfil de saúde do país publicado em conjunto pela OCDE/Observatório Europeu dos sistemas e políticas de saúde

([https://www.oecd.org/content/dam/oecd/pt/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes\\_7e72146d/portugal\\_6d4acb43/01e93b2b-pt.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/pt/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/portugal_6d4acb43/01e93b2b-pt.pdf)), refere que o impacto desta



medida no acesso e nos resultados em saúde deverá ser acompanhado de perto, sobretudo tendo em conta a persistência da falta de médicos de família, níveis de necessidades de cuidados médicos não satisfeitas que continuam acima da média da UE e o facto de quase 1,5 milhões de chamadas – cerca de um quarto do total – para a linha de triagem terem ficado sem resposta nos primeiros nove meses do ano.

Já o estudo da Nova, destaca que a redução da utilização de urgências do SNS não se repercutiu numa maior procura por serviços de urgência no privado, já que a percentagem de inquiridos que recorreu a urgências no setor privado se manteve praticamente inalterada neste horizonte temporal (5,86% em 2023; 5,28% em 2025). O que os dados sugerem é que a utilização de urgências no SNS foi substituída por utilização dos cuidados de saúde primários no SNS e por consultas no setor privado. No que diz respeito, aos tempos de espera, a Ministra da Saúde afirma que os tempos de espera para a primeira observação (triagem) reduziram, apesar de ainda não serem conhecidos dados oficiais ([https://www.rtp.pt/noticias/pais/ministra-da-saude-diz-que-tempo-de-espera-para-primeira-observacao-diminuiu\\_n1711444](https://www.rtp.pt/noticias/pais/ministra-da-saude-diz-que-tempo-de-espera-para-primeira-observacao-diminuiu_n1711444)). No entanto, o circuito de cuidados dentro do serviço de urgência não se esgota na fase de triagem.

Nesse âmbito, o estudo da ERS indica que as taxas de cumprimento dos tempos-alvo de atendimentos, tem vindo a aumentar nos casos urgentes, pouco urgentes e não urgentes, e a diminuir nos casos muitos urgentes (<https://www.ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/estudos/lista-de-estudos/estudo-acesso-aos-servicos-de-urgencia-do-servico-nacional-de-saude/>).

Reconhece-se a vantagem do estudo de acompanhamento do Acesso aos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde por parte da ERS, considerando-se, perante os dados disponíveis, que do ponto de vista do acesso, o número de episódios de urgência indevidos, a efetividade dos diferentes tipos de referênciação, e as taxas de cumprimento dos tempos-alvo de atendimento não tem apresentado a melhoria esperada.

- Fundamentação e monitorização de medidas implementadas no âmbito do Plano de Emergência e Transformação

Até ao momento já foram criados 15 CAC

(<https://www.campeaprovincias.pt/2025/11/27/nova-unidade-clinica-na-rua-da-sophia-reforca-cuidados-imediatos-a-populacao/>). Os CAC constituem equipas clínicas, não integradas nas equipas de saúde familiares, com apoio de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica que assegurem meios complementares de diagnóstico iniciais. Não está garantido que os cuidados médicos sejam assegurados por médicos especialistas em medicina geral e familiar. Existem diferentes modelos de organização - públicos ou parceria com setor social. (<https://www.jn.pt/nacional/artigo/centro-clinico-para-aliviar-urgencias-no-porto-abre-na-segunda-feira/17828638>). No entanto, em nenhum dos exemplos atuais se vislumbra o investimento nos CSP, nem tão pouco referência a qualquer documento ou análise de benefício que fundamente esta decisão.

Além do mais, o ponto de partida nas diferentes regiões é muito diferente em termos de cobertura de equipas de saúde familiar. A título de exemplo, a região norte apresenta 2,3% dos utentes sem médico de família, e a região de Lisboa cerca de 25%, o que deveria refletir soluções distintas (<https://sicnoticias.pt/pais/2024-05-20-video-medicos-de-familia-porque-e-que-no-norte-a-cobertura-e-quase-total--b5225a23>).

A criação destes CAC apresenta alguns desafios e riscos que não se devem ignorar.

**Literacia da organização de cuidados** - Há vários anos que se discute a necessidade da doença aguda não urgente e pouco urgente (pulseiras azuis e verdes) ser tratada em cuidados primários. Os CAC são extensões do hospital sem integração com os cuidados primários. Este fenómeno contribui para uma



literacia invertida sobre o funcionamento da rede de cuidados, o papel de cada nível de cuidados, e o reforço do local inadequado para a resolução da doença aguda não urgente.

**Recursos humanos** - Os CAC foram apresentados como a solução para reduzir a procura hospitalar. Perante uma realidade em que a bolsa de profissionais (enfermeiros, médicos), é finita, obriga a desfalcar ainda mais os CSP. Além disso, sendo uma extensão da urgência hospitalar, o valor/hora é superior ao valor pago pelo serviço permanente à doença aguda dos cuidados de saúde primários (SAP ou SASU), ocorrendo migração de recursos, até nas mesmas instituições e até mesmo entre os tarefasiros.

**Economia da saúde** - Em saúde a oferta induz a procura. Uma via aberta para respostas imediatas e desintegradas, no local errado, duplicando desnecessariamente serviços, terá impacto apenas na procura sem responder às necessidades não satisfeitas das pessoas.

**Recursos financeiros** - O orçamento da saúde é limitado, o que obrigatoriamente leva à necessidade de fazer escolhas. Se o CAC tiver financiamento como noticiado, de 45€/utente, tendo em consideração uma produção semelhante da consulta aberta em USF (igualmente para situações agudas) de 12-15 minutos, os cerca de 200€/hora não fariam mais sentido serem investidos nos cuidados primários e não numa extensão do hospital, mesmo que seja convencionado? Paralelamente, o valor hora para a hora extraordinária hospitalar que abrange o CAC é superior ao atualmente pago no SNS em SAP ou SASU ou atendimento complementar dos cuidados de saúde primários. Ou seja, o mesmo médico de família recebe mais se for cumprir horas extras a um CAC do que a um SAP, SAC ou SASU. (<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/45-a-2024-871917717>).

O financiamento da doença aguda não urgente deve, de forma clara, reforçar e demonstrar estrategicamente o itinerário de cuidados, estimulando positivamente as USF/UCSP, depois os SAP/SAC/SASU nos CSP, depois os Serviços de Urgência Básica (SUB) nos locais mais distantes dos SU centrais, e só no final os SU centrais. Estes sim, devem ter acesso a um financiamento diferenciado positivamente para a doença aguda urgente, muito urgente e emergente, cujo risco implica atendimento neste nível de cuidados.

Para o CAC do Porto foram dedicados 65 milhões de euros. Como referência comparativa importa referir que o valor médio por centro de saúde ronda em média 2 milhões de euros. [Fonte](#)

O período decorrente desde a abertura do primeiro CAC, não permite ainda uma análise rigorosa dos seus resultados, dada a ausência de relatórios de acompanhamento transparentes e acessíveis. Considera-se fundamental a divulgação de um relatório de acompanhamento com a seguinte informação: a) os dados de acesso, b) tempos alvo de atendimento, c) taxa de resolução clínica, d) taxas de referenciação posterior para serviços de urgência, e) custos operacionais por CAC, e) análise de custo-efetividade por CAC.

- Reforço da capacidade dos CSP dos utentes com equipa de saúde familiar

De acordo com o último relatório da ERS, quando os CSP referenciam para o serviço de urgência, apresentam taxas menores de casos “pouco urgente” ou “não urgente” em comparação com a autorreferenciação ou Linha SNS24, de acordo com o último relatório da ERS.

Por outro lado, a distribuição semanal, horária e geográfica do acesso ao serviço de urgência, demonstra que o acesso da doença aguda não urgente no Hospital é oportunista, acontecendo quase só de dia, junto ao fim de semana e perto de casa (<https://drive.google.com/file/d/1hy2-iOTUaHKQhXADxlfMY1xR1NeCKdX8/view>).



Não sendo possível a curto prazo, o objetivo de atribuir a todas as pessoas uma equipa de saúde familiar, por mais efetivas que sejam as medidas a implementar, a estratégia operacional de melhoria contínua da gestão do acesso, até ao cumprimento deste objetivo, deve ser sustentada em reforçar o investimento nas unidades funcionais dos centros de saúde, que possibilite as condições necessárias a uma gestão de proximidade do acesso:

- capacitar tecnologicamente (centrais telefónicas digitais e dotar CSP de meios de diagnóstico rápido);
- disponibilizar algoritmos clinicamente validados para utilização por profissionais de saúde não médicos, e sua adaptação local de acordo com contexto geodemográfico e respostas existentes;
- permitir via-verde para os utentes referenciados pelas USF e ligação telefónica direta à especialidade a fazer urgência;
- investir nos recursos humanos (número, formação, motivação);
- criar um serviço de triagem interno na unidade de saúde, que conheça os seus utentes e as suas necessidades;
- definição de Planos Assistenciais Integrados para a agudização da doença crónica (diabetes, insuficiência cardíaca, DPOC);
- organizar respostas alternativas e complementares, de seguimento das pessoas sem equipa de saúde familiar atribuída, ajustadas às suas necessidades e aos diferentes contextos locais;
- disponibilizar, em tempo real, um relatório do acesso a cuidados de doença aguda não urgente centrado nas pessoas, e nas suas diferentes dimensões;
- otimizar as carteiras adicionais de serviço das USF com resposta à doença aguda não urgente.

A gestão do acesso aos cuidados de que necessitamos tem de ser feita onde conheçam os utentes e onde se crie relações de confiança, seja na doença crónica seja na doença aguda. O Centro de Saúde tem de ocupar a centralidade da discussão das políticas de saúde. A garantia de que todas as pessoas terão a sua equipa de saúde familiar pública devia ser um desígnio nacional.

- Reforço da capacidade dos CSP dos utentes sem equipa de saúde familiar

Em alguns locais do país foram encontradas soluções diferentes. Em 2022, foi a criação da Via Verde Saúde (VVS), no Seixal, que funcionou até final de abril de 2024. Este modelo permitiu disponibilizar cuidados de suficiente qualidade e dignidade a quem, no melhor dos cenários, tinha de esperar três a cinco anos para ter uma equipa de saúde familiar. Para tal, uma equipa de profissionais dos CSP, dedicados em exclusividade, parcialmente, ou em regime de horas extra garantiam uma carteira de serviços mínimos aos utentes sem médico de família (<https://www.ulsas.min-saude.pt/2024/01/10/via-verde-saude-seixal-celebra-2-anos-de-cuidados-a-utentes-sem-medico-de-familia/>).

Recentemente, estão a ser lançados os concursos públicos para a abertura de USF-C, unidades de saúde familiar (USF) com gestão privada, sendo que a ACSS reitera ainda que "todas as soluções adotadas pelo Ministério da Saúde não competem entre si, são complementares e visam um único e mesmo propósito: assegurar o aumento de cobertura de utentes com médico de família dentro do SNS"

(<https://www.publico.pt/2026/01/23/sociedade/noticia/centros-saude-concursos-simultaneo-poem-publico-privado-competir-medicos-2161842>).

No entanto, existe referência pública para os elevados salários que estão a ser colocados nas candidaturas para estas unidades

(<https://www.publico.pt/2026/01/23/sociedade/noticia/centros-saude-privados-aliciam-medicos-salarios-altos-dao-bonus-referenciar-colegas-2161824>), bem como o recrutamento simultâneo com concursos para unidades públicas, o que aumenta o risco de concorrência direta com recém-



especialistas, cujos concursos mais recentes têm demonstrado reduzidas taxas de fixação no SNS (<https://www.publico.pt/2026/01/23/sociedade/noticia/centros-saude-privados-aliciam-medicos-salarios-altos-dao-bonus-referenciar-colegas-2161824>).

### **Conclusões**

No que a este capítulo respeita – resposta à doença aguda - a forma de corresponder às expectativas criadas nas pessoas, e contribuir para a melhoria e transformação do SNS atendendo a uma melhoria do acesso e à observação de níveis de qualidade adequados, seria através de:

- 1) desenvolvimento de um clima de estabilidade e apaziguamento interno do INEM e da sua estrutura diretiva, através de um plano de transformação transparente e monitorizado, e uma comunicação externa de segurança, robustez e tranquilidade junto da população.
- 2) revisão do papel da Linha SNS24 no acesso a cuidados agudos não emergentes, bem como garantir transparência nos termos e resultados do contrato celebrado com operador privado da Linha SNS 24.
- 3) divulgação de relatório de acompanhamento e avaliação dos CAC, nomeadamente, tempos-alvo de atendimento, taxas de referência posterior e de resolução clínica e dados de custo-efetividade.
- 4) fortalecer os CSP no percurso integrado da doença aguda, nomeadamente através da capacitação tecnológica (centrais telefónicas digitais, meios de diagnóstico rápido), sistema de triagem internos nas USF; planos assistenciais integrados para a agudização da doença crónicas; organização de respostas de seguimento das pessoas sem equipa de saúde familiar atribuída.

# A avaliação das tecnologias no Sistema de Saúde Português

José Aranda da Silva e Isabel Abreu

## 1. Avaliação de tecnologias em saúde

Um sistema de avaliação de tecnologias em saúde é um processo estruturado e sistemático que tem como objetivo analisar e avaliar as tecnologias em saúde com base em evidências científicas, económicas, sociais e éticas, para apoiar a tomada de decisões no setor de saúde.

No conceito de tecnologias da saúde incluímos tudo o que é utilizado para promover a saúde, prevenir, diagnosticar ou tratar doenças, como: medicamentos, dispositivos médicos, protocolos clínicos, equipamentos hospitalares, procedimentos cirúrgicos, e aplicativos e sistemas digitais de saúde

De entre as funções de um sistema de avaliação de tecnologias em saúde destaca-se a avaliação económica e o impacto financeiro da nova tecnologia, assim como os respetivos impactos sociais, éticos e legais. O seu objetivo é obter uma melhor gestão dos recursos públicos, a disponibilização de tecnologias seguras e eficazes, a equidade no acesso e uma base de evidência para informar políticas públicas.

No caso dos medicamentos a Comissão Europeia propôs 26 de abril de 2023 uma profunda reforma que pretende tornar os medicamentos inovadores mais acessíveis e a custos aceitáveis.

Considera que os medicamentos autorizados não chegam aos doentes com rapidez adequada, havendo grandes disparidades entre os Estados Membros (EM). Há um défice na investigação de áreas terapêuticas essenciais (*unmet medical needs*) nomeadamente em anti-infecciosos e doenças raras. Os preços dos medicamentos inovadores são muito elevados e, no entanto, há falta no mercado de medicamentos essenciais (cerca de 80% dos medicamentos utilizados nas patologias prevalentes). Tem de se adaptar a transformação digital e as novas tecnologias visando a simplificação dos procedimentos. Finalmente são necessárias novas regras para minorar o impacto ambiental da produção de medicamentos.

“A sua renovação constante e custos associados exigem que os decisores tenham elementos que lhes permitam tomar decisões sustentáveis. Aos ensaios clínicos e estudos de avaliação económica para apoiar a tomada de decisão, acresce desenvolver e incorporar novas formas de geração de evidência, que se revelaram ser ainda mais importantes durante a pandemia. Os dados e estudos de mundo real permitem, de forma complementar, avaliar a efetividade das Tecnologias de Saúde e ajudar a identificar lacunas nos cuidados de saúde de forma mais eficaz, envolvendo os profissionais e doentes. É imprescindível que os resultados dos estudos de avaliação sejam incorporados na prática clínica, de modo a promover uma maior efetividade na utilização das tecnologias em saúde, designadamente no que respeita aos medicamentos e aos dispositivos médicos. É primordial acelerar a promoção de melhor acesso a dados de saúde, aproveitando as potencialidades da inteligência artificial, para apoiar a prestação de cuidados de saúde e eliminar desperdício, mas também para fins de investigação e de elaboração de políticas de saúde.” DN 26 JUL 2023

Também é fundamental a gestão nacional da utilização dos dispositivos médicos, através de registo permanentemente atualizado e mapeamento de preços, nomeadamente os equipamentos existentes nas diversas infraestruturas do SNS.



A regulação e a avaliação das novas tecnologias de saúde, a nível nacional e em articulação com a Agência Europeia do Medicamento, exigem recursos científicos capazes de gerar a melhor evidência disponível. Isso inclui aproveitar o aumento das fontes de informação clínica e de dados existentes na rede do SNS para monitorizar resultados em saúde com centralidade no doente.

Portugal adquiriu nos últimos 30 anos, com base na capacidade dos seus peritos, uma capacidade de intervenção ativa, nas diversas agências científicas da União Europeia, nomeadamente na Agência Europeia do Medicamento.

“A melhoria do acesso ao SNS passa também pela diminuição de barreiras ao acesso, designadamente barreiras financeiras, geográficas, administrativas e até de literacia” como está inscrito no programa do atual Governo.

Na Europa, estes objetivos são perseguidos pela Agência Europeia do Medicamento (EMA) sediada na Holanda e responsável pela avaliação científica e aprovação de medicamentos, assim como garantia da sua qualidade, eficácia e segurança durante a utilização. O seu campo de atuação inclui todo o tipo de medicamentos e ainda dispositivos médicos, nomeadamente a nível da emissão de opinião científica para os dispositivos de alto risco que integram medicamentos e em situações de fronteira entre dispositivos e medicamentos.

Com o surgimento da EMA, muitas das competências que eram nacionais, na avaliação de medicamentos, estão agora concentradas nesta Agência, embora Portugal esteja naturalmente presente neste organismo com elevadas responsabilidades, resultado do enorme prestígio do Infarmed e seus peritos, conquistado ao longo dos últimos 30 anos.

**2.** A inovação tecnológica tem contribuído de forma decisiva para ganhos em saúde e bem-estar para a população, sendo necessário incorporar no sistema de saúde a sua utilização de forma racional e baseada na melhor evidência científica disponível. Recordemos que as Tecnologias de Saúde se enquadram num mercado global de despesas de saúde que representa 10% do PIB da União Europeia (Regulamento UE 2021/2282 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15/12/2021).

As Tecnologias de Saúde abrangem um conjunto amplo e diverso de soluções. Entre as mais conhecidas estão os medicamentos e os dispositivos médicos, que vão desde produtos simples como máscaras ou bisturis até equipamentos avançados de imagiologia — como tomografia computadorizada — e aparelhos capazes de realizar múltiplas análises clínicas em simultâneo.

Uma particularidade deste campo é que a inovação nem sempre substitui completamente o que já existe: em muitos casos, tecnologias mais antigas continuam úteis e em uso mesmo depois de surgirem alternativas mais modernas.

Hoje, a inovação em dispositivos médicos está a revolucionar a saúde através da integração de tecnologias integrando inteligência artificial, *Big Data*, *IoMT* (Internet das Coisas Médicas) e *wearables*. Isso possibilita diagnósticos mais precisos, terapias cada vez mais personalizadas e monitorização remota contínua. Exemplos atuais incluem pacemakers inteligentes, lentes de contacto com sensores, impressão 3D de tecidos e sistemas de administração de insulina em circuito fechado. O foco é melhorar a eficiência, a sustentabilidade e a qualidade dos cuidados de saúde.



Além dos produtos e equipamentos, destacam-se as intervenções em saúde que favorecem a adesão terapêutica e a mudança de comportamentos, assim como a fisioterapia e reabilitação dirigidas a populações mais envelhecidas. Há ainda tecnologias voltadas para prevenção, literacia e promoção de saúde, ampliando o leque de soluções que contribuem para melhores resultados clínicos e maior bem-estar.

Destacam-se, ainda, as intervenções em saúde, como as intervenções para aumentar a adesão e modificar comportamentos, fisioterapia e reabilitação para populações envelhecidas, ou outras tecnologias para potenciar comportamentos de prevenção ou aplicadas a literacia e promoção em saúde.” DN.24 Jul 2022”

A inovação tecnológica em saúde tem criado desafios aos sistemas de saúde. Além do próprio desenvolvimento tecnológico, o aprofundamento do conhecimento acerca da biologia e dos mecanismos associados às doenças têm guiado a investigação para determinados alvos corretivos do processo patológico ou até mesmo impedindo que se venha a manifestar.

Por outro lado, a Inteligência Artificial, graças à sua capacidade de processamento de dados, permite uma triagem sem precedentes de milhões de moléculas candidatas ao tratamento de doenças, descobrir potenciais novos alvos terapêuticos, assim como a análise de dados provenientes de ensaios clínicos e do mundo-real, permitindo otimizar o processo de desenvolvimento de medicamentos.

É assim de esperar que surjam novos tratamentos cada vez mais complexos, não só associados a medicamentos como também à inovação em dispositivos médicos.

Colocam-se dois grandes desafios. Primeiro, é preciso garantir que exista capacidade científica suficiente para avaliar e assegurar a eficácia, a segurança, a qualidade e a efetividade das novas tecnologias emergentes, sobretudo das chamadas terapias avançadas. Trata-se de medicamentos baseados na terapêutica com genes para fins terapêuticos ou de diagnóstico, medicamentos baseados em células ou tecidos manipulados em que foram alteradas as suas características biológicas, e produtos de engenharia tecidual capazes de reparar ou regenerar tecidos humanos (<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/advanced-therapy-medicinal-products-overview>).

Estes desafios exigem que a Academia, nomeadamente instituições vocacionadas para a investigação em saúde, estabeleçam redes colaborativas envolvendo o SNS.

Por outro lado, é fundamental garantir a sustentabilidade financeira que permita um acesso equitativo aos doentes que necessitam dessas novas tecnologias. Recordemos a entrevista ao Jornal Expresso, em 31/8/2023, do Diretor executivo do SNS, Fernando Araújo, “O problema dos decisores políticos é por vezes cometerem a imprudência de em sistemas complexos optarem por soluções populistas. Colocar mais dinheiro sem uma estratégia clara de Planeamento adequado, não resolve constrangimentos, como ainda pode criar problemas”

### 3. Resposta das entidades reguladoras



A EMA aprovou em março de 2025 uma nova estratégia até 2028, dotando a rede europeia de regulamentação dos medicamentos de meios para responder às mudanças e enfrentar desafios. Esta estratégia centra-se:

- na garantia de acessibilidade aos medicamentos na União Europeia (UE);
- no aproveitamento dos dados, digitalização e da Inteligência Artificial para melhorar tomadas de decisão e otimizar processos;
- no melhoramento do quadro regulamentar com vista ao aumento da competitividade do setor da saúde da UE;
- na preparação da UE para potenciais ameaças como a resistência aos antimicrobianos e outras ameaças à saúde pública;
- no reforço da disponibilidade de medicamentos para proteger a saúde pública e animal;
- na garantia da disponibilidade de recursos para apoiar a tomada de decisões científicas e regulamentares.

Na área da inteligência artificial (IA), de forma a maximizar os benefícios e mitigar os riscos, a rede regulamentar da UE começou a implementar o seu primeiro plano de trabalho sobre IA, propondo-se orientar a utilização da IA na regulamentação dos medicamentos na Europa até 2028. Isto inclui a aplicação da IA para a produtividade pessoal, a automatização de processos e uma melhor compreensão dos dados e do apoio à tomada de decisões.

Relativamente à gestão e processamento de dados, a Rede de Análise de Dados e Interrogatório do Mundo Real (DARWIN EU) é outra iniciativa da UE coordenada pela EMA criada em 2022 para gerar e utilizar evidências do mundo real para apoiar a avaliação e supervisão de medicamentos em toda a UE. Este projeto visa melhorar a tomada de decisões nos processos regulatórios, recorrendo a dados anónimos de contextos de cuidados de saúde de rotina. Tem como objetivos:

- apoiar a EMA e as agências reguladoras nacionais na realização de estudos não intervencionais;
- informar as decisões regulatórias relacionadas com a segurança, eficácia e utilização de medicamentos;
- permitir avaliações mais rápidas e confiáveis de intervenções de saúde, como vacinas e terapêuticas; e
- contribuir para o desenvolvimento do Espaço Europeu de Dados de Saúde (EHDS).

No que diz respeito aos ensaios clínicos, foi lançado em 2025 um mapa interativo de ensaios clínicos no sítio público *Clinical Trials Information System* (CTIS). Este mapa foi concebido para proporcionar aos doentes e aos profissionais de saúde um acesso fácil a informações completas e em tempo real sobre os ensaios clínicos realizados nos Estados-Membros da UE/EEE. O Regulamento da UE relativo aos ensaios clínicos tornou-se plenamente aplicável em 31 de janeiro de 2025, marcando um fim do período de transição de três anos. Espera-se que a plena aplicação do regulamento simplifique ainda mais os processos e contribua para reforçar a Europa como um local atraente para a investigação clínica, em benefício dos doentes da UE.

Por fim, o Grupo de Inovação da Qualidade (QIG) da EMA, criado em 2022, apoia a integração de abordagens inovadoras na conceção, fabrico e controlo da qualidade dos medicamentos. O seu papel é ajudar a rede da UE a acompanhar a inovação neste domínio e colmatar lacunas, a fim de garantir



que o quadro regulamentar da UE seja fiável e previsível para os criadores de tecnologias inovadoras, assim como promover a inovação.

Entre nós, também o Infarmed, criado em 1993, tem-se preparado para participar ativamente no novo Sistema Europeu do Medicamento. Ao longo dos anos foram sendo criadas ferramentas para acompanhar e dar resposta às crescentes necessidades da avaliação económica. Logo em 1999 foram publicadas as primeiras orientações metodológicas para estudos económicos, até então muito incomum na Europa, sendo o Infarmed um dos pioneiros desta prática.

Em 2015 entra em vigor o Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SiNATS), passando a avaliação de tecnologias a abranger também os dispositivos médicos. Foram então introduzidas medidas que garantem a transparência, a previsibilidade, a equidade na utilização e a obtenção dos ganhos em saúde que justifiquem o financiamento público, e a avaliação do valor das tecnologias financiadas ao longo do seu ciclo de vida.

No Decreto-Lei que procede à criação do SiNATS (Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho), foi também criada a Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde (CATS), uma comissão especializada e independente do Infarmed, composta por um grupo de mais de 100 peritos, responsável por emitir pareceres e recomendações relativamente à avaliação das tecnologias de saúde constantes no SiNATS de forma a garantir a avaliação com o mais alto padrão de exigência.

Entretanto, em 2025, o Regulamento (UE) 2021/2282 entrou em vigor, visando tornar a avaliação farmacoterapêutica das tecnologias de saúde num processo conjunto e pan-europeu que anteriormente estava dependente de cada Estado-membro. O objetivo deste Regulamento é facilitar um acesso mais rápido e equitativo a tecnologias inovadoras para todos os doentes da UE, dar previsibilidade à indústria, e reforçar a cooperação entre as autoridades nacionais de avaliação de tecnologias de saúde.

Por outro lado, naturalmente, esta decisão exige que cada autoridade nacional de avaliação de tecnologias de saúde tenha a capacidade de trabalhar eficazmente e produtivamente de modo a dar resposta às novas exigências do quadro europeu mantendo sempre o mais alto rigor, cada vez mais exigido face à complexidade das novas terapêuticas.

#### **4. A situação atual e expetativas futuras**

No sentido de transformação do SNS para acompanhar as alterações nas áreas que analisámos, face à nova legislação europeia, propomos:

- Um novo estatuto para o INFARMED, atualmente sob controlo do Ministério das Finanças, atribuindo características de entidade reguladora ou equivalente, modernizando a sua organização e permitindo recrutamento de técnicos e peritos de diversas áreas científicas que possam responder aos novos desafios europeus na avaliação de Tecnologias da Saúde.

O atual Estatuto do Infarmed não lhe atribui suficiente autonomia à gestão financeira e dos seus recursos humanos. Além disso, a continuar assim, está impedido de utilizar as verbas que consegue gerar através das receitas significativas que obtém das taxas que cobra aos operadores que regula e de pagamentos de organizações internacionais, a quem presta serviços como a OMS e a EMA, acentuando-se necessariamente a situação de estar



impossibilitado de contratar os melhores profissionais e de continuar a assistir à saída de profissionais para o setor privado.

Apesar de ter sido anunciado repetidamente pelo Governo que o Infarmed ia ser dotado de um novo Estatuto – à semelhança de outras instituições do Ministério da Saúde –, tal promessa não tem sido concretizada, o que está a contribuir para uma redução do prestígio desta instituição adquirido nos últimos 30 anos e para a criação de grandes limitações para o competente cumprimento de obrigações internacionais.

- Melhorar a acessibilidade às tecnologias, diminuindo o tempo de avaliação e disponibilização, aproximando da pessoa com doença a dispensa de medicamentos, através da farmácia comunitária, até aqui reservados a dispensa hospitalar.
- É necessário criar condições para, que nas estruturas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), seja possível desenvolver investigação associada às novas tecnologias em colaboração com outros centros de investigação, cujos resultados contribuam para o melhor conhecimento da sua utilização e melhor acesso.” DN 24 Jul 2022
- É absolutamente indispensável que o SNS disponha de visão estratégica e de um plano para a transição digital e inovação tecnológica. Este plano deve ser subsidiário e facilitador das medidas para a CENTRALIDADE do CIDADÃO, para a INTEGRAÇÃO de CUIDADOS e para a gestão dos percursos de saúde com” (Tese VII Fundação Saúde)



## FICHA TÉCNICA

### SNS em Foco 2025 - Para onde vamos

Observatório da Fundação para a Saúde, Maio de 2026

ISSN 3051-6692

#### Coordenação

Patrícia Barbosa, Pedro Maciel Barbosa e Ana Margarida Advinha

#### Autores e Colaboradores

Alexandra Fernandes

Álvaro Pereira

Ana Casaca

Ana Costa

Ana Escoval

Ana Margarida Advinha

Ana Paula Gato

Ana Rita Correia

Ana Rita Santos

Ana Tito Lívio

Anabela Coelho

António Costa

António Leuschner

Bruno Moreno

Bruno Morrão

Carla Mendes

Catarina Coelho

Diogo Urjais

Eduardo Costa

Filipa Fernandes

Filipe Alfaiate

Filipe Prazeres

Gil Correia

Inês Baptista

Isabel Abreu

Joana Gomes da Costa

João Bola

João Dias

João Pinto

João Cabouco Rodrigues

João Rodrigues

José Aranda da Silva

José Carlos Santos

José Luís Biscaia

Julian Perelman

Leandro Luís

Manuel José Lopes

Manuela Silva

Margarida Perdigão

Mirieme Ferreira

Olívia Matos

Patrícia Barbosa

Patrícia Martins

Paulo Gonçalves

Paulo Pires

Pedro Ferreira

Pedro Lopes Ferreira

Pedro Maciel Barbosa

Ricardo Lopes

Rui Cardeira

Rui Monteiro

Sofia de Oliveira Martins

Sofia Lemos

Teresa Luciano

Vanessa Ribeiro

Victor Ramos



