



SNS EM FOCO 2025 – PARA ONDE VAMOS

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. Governança, 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 tarefas 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 saúde¹, 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, 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

¹ 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*.

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 Multimorbilidade 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.

