USF-AN
UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR
ASSOCIAÇÃO NACIONAL



O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2025/2026

O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2025/2026

Questionário aos coordenadores de USF

Relatório do Estudo

André Biscaia
António Pereira
Gonçalo Melo
Fabrizio Cossutta
Bruno Morrão
Deolinda Chaves Beça
Ana Maria Alves
Isabel Gonçalves
Virgínia Matos

LISBOA, 15 DE OUTUBRO DE 2026
USF-AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar

1. ÍNDICE

1. ÍNDICE 3
2. SIGLAS 5
3. INTRODUÇÃO DA DIREÇÃO DA USF-AN 6
4. SUMÁRIO EXECUTIVO 12
Introdução 12
Satisfação com a reforma dos CSP 13
Governação, Contratualização, Qualidade e Autonomia 15
Recursos e Operacionalização 16
Profissionais e apoio 18
Integração de cuidados e ULS 19
Formação, Inovação e Digitalização 20
USF do Futuro 21
USF com polo rural 22
Segurança e violência 23
Conclusão 24
5. MEGAFONE DAS USF 2026 25
MEDIDAS PARA ONTEM DIRETAMENTE DOS RESULTADOS DESTE MOMENTO ATUAL e DAS PRIORIDADES DA DIREÇÃO DA USF-AN 26
6. FICHA TÉCNICA DO ESTUDO 32
7. CARACTERÍSTICAS DO UNIVERSO EM ESTUDO 34
8. NOTA METODOLÓGICA 54
9. RESULTADOS DO ESTUDO 55
A. Satisfação com a reforma dos CSP 55
B. Identificação de Necessidades 88
C. Evolução Das Políticas 103
D. Contratualização 111
E. Informatização 125
F. Qualidade 141
G. Condições Técnicas para a atividade dos profissionais de saúde nas ULS 165
H. Condições Laborais dos profissionais de saúde na USF 183
I. Perceção Sobre o Desempenho da USF 192
J. Funcionamento das USF no modelo ULS 195
K. Atendimento, organização do trabalho e USF do futuro 202
L. USF em Zonas Rurais ou de Baixa Densidade Populacional 208
M. Segurança e Bem-Estar dos profissionais 218
N. Opinião sobre as ULS 223
O. Semáforo das ULS na Avenida das USF 236
P. Ligação à Comunidade 252
R. Para Conhecer Melhor A Sua USF 253

10. COMENTÁRIO OU OPINIÃO LIVRE 257
10.1 COMENTÁRIOS LIVRES - Síntese anonimizada das respostas 269
10.2 COMENTÁRIOS LIVRES - Resposta da Direção da USF-AN 278
11. O MAPA DE MELHORIAS 284
Satisfação com a reforma dos CSP 285
Identificação de Necessidades 288
Qualidade 291
Informatização – Sistemas de Informação 293
Funcionamento das USF no modelo ULS 298
Condições técnicas para a atividade dos profissionais de saúde nas ULS 300
Condições laborais dos profissionais de saúde na USF 302
Ligação à Comunidade 304
Segurança e Bem-Estar dos profissionais 305
Evolução das Políticas 307
Contratualização 309
Atendimento na USF do Futuro 314
USF em zonas rurais ou de baixa densidade 316
Formação e ensino nas USF 319
Opinião sobre as ULS 320
Perceção sobre o desempenho da USF 322
Semáforo das ULS na Avenida das USF 323

2. SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DCARS – Departamento de Contratualização Regional (da ARS)
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECCI de reabilitação - Equipa de reabilitação domiciliária
ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
ELI - Equipas Locais de intervenção
ERA – Equipa Regional de Apoio
LVT – Lisboa e Vale do Tejo
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MIM@UF - Sistema de monitorização das unidades funcionais
MS – Ministério da Saúde
PDS - Plataforma de Dados em Saúde
PEM - Prescrição Eletrónica Médica
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAM - Sistema de Apoio ao Médico
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SGTD - Sistema de Gestão de Transportes
SIARS – Sistema de monitorização das ARS
SICO - Sistema de Informação dos Certificados de Óbito
SIIMA Rastreios – Plataforma regional Multi-Rastreios
SIM@SNS – Sistema Informação Monitorização do SNS
SINAVE- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UAG - Unidades de Apoio à Gestão
UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade
ULS – Unidade Local de Saúde
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USF-AN – Associação Nacional das USF
USP - Unidade de Saúde Pública

3. INTRODUÇÃO DA DIREÇÃO DA USF-AN

20 anos de um acontecimento extraordinário

"A reforma dos cuidados de saúde primários é um acontecimento extraordinário na sociedade portuguesa." Foi desta forma que o *Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários* abriu, em 2009, a sua reflexão sobre uma transformação iniciada alguns anos antes e que viria a alterar profundamente a organização dos cuidados de saúde em Portugal.

Em 2026 assinalam-se vinte anos da criação das primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF), um dos mais relevantes processos de modernização do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O que começou em 2006 com quatro unidades pioneiras evoluiu para uma rede nacional constituída por 717 USF, abrangendo mais de 8 milhões de utentes e envolvendo mais de 15 mil profissionais de saúde. Poucas reformas do setor público português alcançaram uma dimensão, uma longevidade e um impacto comparáveis.

A designação de "acontecimento extraordinário" mantém-se plenamente justificada. Não apenas pelos resultados alcançados, mas também pela improbabilidade do seu sucesso inicial. As USF emergiram num contexto marcado por rigidez organizacional, centralização administrativa e limitada autonomia das equipas. Contra muitas expectativas, afirmaram-se como um modelo inovador, baseado na descentralização da decisão, na auto-organização das equipas, na responsabilização pelos resultados e na valorização do trabalho em equipa multiprofissional.

Os resultados acumulados ao longo de duas décadas são consistentes. Diversos estudos e avaliações demonstraram ganhos em múltiplas dimensões: maior satisfação de utentes e profissionais, melhoria dos indicadores de desempenho clínico, redução de internamentos evitáveis e da utilização inadequada dos serviços de urgência, bem como maior eficiência na utilização dos recursos públicos. Simultaneamente, as USF consolidaram-se como estruturas resilientes, capazes de manter elevados níveis de

desempenho sob governos de todo o espectro político e em contextos particularmente adversos, incluindo períodos de austeridade financeira, reorganizações institucionais e crises sanitárias, como a pandemia de COVID-19.

O sucesso das USF oferece igualmente ensinamentos relevantes para a governação pública. A reforma dos cuidados de saúde primários constituiu um caso singular de conjugação entre autonomia organizacional e responsabilização, demonstrando que os profissionais respondem positivamente quando dispõem de condições para participar nas decisões que influenciam o seu trabalho e quando os resultados alcançados são reconhecidos e valorizados. Os princípios que estiveram na génese deste modelo continuam atuais: descentralização do poder, auto-organização, autosseleção das equipas, democracia interna, contratualização e orientação para os resultados.

Contudo, o sucesso alcançado não elimina os desafios que permanecem. O enquadramento legal que possibilitou a expansão das USF revelou limitações na resposta às realidades mais complexas do território nacional. Persistem desigualdades significativas entre regiões de baixa densidade populacional, áreas rurais envelhecidas, territórios socialmente vulneráveis e grandes centros urbanos sujeitos a elevada pressão assistencial. Um modelo concebido com base essencialmente na dimensão das listas de utentes tem revelado dificuldades em acomodar diferenças profundas de contexto social, económico e geográfico.

Por esse motivo, o futuro da reforma exige evolução, mas uma evolução que preserve os fatores responsáveis pelo sucesso das USF. Não se trata de substituir um modelo, que é comprovadamente eficaz, mas de lhe permitir responder melhor aos desafios contemporâneos. Neste contexto, a introdução do princípio da Diferenciação Territorial surge como uma das evoluções mais relevantes e necessárias. O reconhecimento de que territórios distintos exigem soluções distintas constitui uma condição essencial para assegurar acesso equitativo a equipas de saúde familiar em todo o país, promovendo simultaneamente sustentabilidade financeira, rigor na gestão e adequação das respostas às necessidades locais.

Esta visão enquadra-se numa abordagem cada vez mais valorizada internacionalmente: a glocalidade. A abordagem "glocal" combina princípios universais e evidência científica com soluções pensadas localmente e adaptadas às especificidades de cada comunidade. Tal perspetiva assume especial relevância na saúde, onde os determinantes sociais, económicos e ambientais influenciam profundamente os resultados obtidos. Em muitos casos, o código postal continua a ser um poderoso preditor das oportunidades de saúde e das desigualdades existentes.

Ao longo dos últimos vinte anos, as USF demonstraram que é possível transformar organizações públicas através da confiança, da autonomia e da responsabilização. O desafio da próxima década consiste em consolidar este legado e assegurar que os seus benefícios chegam a toda a população portuguesa.

Três desafios para o futuro

A experiência acumulada permite identificar três desafios estratégicos fundamentais para a próxima etapa de desenvolvimento dos cuidados de saúde primários e do sistema de saúde português.

1. Reforçar a governação em saúde

O futuro dos cuidados de saúde primários depende menos da criação de novas reformas e mais da capacidade de implementar eficazmente as reformas já concebidas. Portugal necessita de uma arquitetura de governação mais simples, coerente e funcional, assente em responsabilidades claramente definidas, autonomia operacional efetiva e mecanismos robustos de prestação de contas.

Tal exige sistemas de informação capazes de apoiar decisões em tempo útil, transparência na avaliação de resultados, alinhamento entre contratualização, financiamento e incentivos, bem como processos de seleção para cargos de liderança baseados predominantemente na competência técnica e na capacidade de gestão.

2. Valorizar os profissionais e reforçar a atratividade do SNS

Nenhuma reforma da saúde será bem-sucedida sem profissionais motivados, reconhecidos e envolvidos no processo de mudança. As últimas duas décadas demonstraram que os melhores resultados surgem quando os profissionais dispõem de autonomia, participam nas decisões e encontram organizações que valorizam o seu conhecimento, experiência e compromisso com as populações. A evidência disponível sugere, igualmente, que existem profissionais em número suficiente para assegurar equipas de saúde familiar à generalidade da população inscrita. O verdadeiro problema reside na sua atração, distribuição e estabilização.

O desafio passa por construir ambientes profissionais que promovam a realização pessoal e coletiva, favoreçam o desenvolvimento de competências e estimulem a inovação e a melhoria contínua. Simultaneamente, torna-se essencial reforçar modelos de organização do trabalho que potenciem a colaboração entre profissões, simplifiquem processos e permitam dedicar mais tempo àquilo que verdadeiramente gera valor: o cuidado às pessoas.

Será necessário desenvolver sistemas modernos de planeamento e monitorização, implementar estratégias ativas de recrutamento e criar condições efetivas de desenvolvimento profissional, com, nomeadamente gabinetes de apoio ao desenvolvimento da carreira e medicação de conflitos em cada ULS. Paralelamente, importa aprofundar a reflexão sobre a composição das equipas, promover novos modelos de *skill-mix* e redesenhar percursos assistenciais de forma a otimizar competências, eliminar redundâncias e melhorar a experiência dos utentes.

Valorizar os profissionais de saúde não é apenas uma questão de reconhecimento. É uma condição fundamental para assegurar a qualidade, a sustentabilidade e a capacidade transformadora do Serviço Nacional de Saúde.

3. Transformar conhecimento em ação

Portugal dispõe de abundante conhecimento técnico, produção científica, legislação e recomendações estratégicas. Porém, frequentemente, o principal obstáculo reside na execução. Reformar implica decidir, implementar, avaliar e corrigir.

A próxima fase da transformação dos cuidados de saúde primários deverá assentar numa abordagem simultaneamente pragmática e adaptativa, capaz de combinar princípios universais com respostas contextualizadas. Exige lideranças competentes, sistemas de informação e processos de acompanhamento contínuo e capacidade para aprender ao longo da implementação, corrigindo trajetórias sempre que necessário.

Ao completar vinte anos de existência, as Unidades de Saúde Familiar representam um dos exemplos mais consistentes e bem-sucedidos de inovação organizacional no setor público português. Demonstraram que a autonomia das equipas, a contratualização por resultados, a responsabilização e o envolvimento dos profissionais podem produzir melhores cuidados, maior satisfação e maior eficiência.

A questão que se coloca hoje não é se a reforma dos cuidados de saúde primários foi bem-sucedida. Os resultados acumulados ao longo de duas décadas respondem claramente a essa pergunta. O verdadeiro desafio consiste em decidir se Portugal pretende limitar-se a preservar o que já foi alcançado ou, pelo contrário, criar as condições necessárias para expandir esse sucesso a todo o território nacional, respondendo às desigualdades persistentes e preparando o SNS para as exigências das próximas décadas.

Mais do que uma celebração de vinte anos, este é um momento de reflexão sobre como transformar uma reforma bem-sucedida numa política pública duradoura, capaz de continuar a garantir cuidados de saúde de proximidade, qualidade e equidade para todos os cidadãos.

Mensagens-chave

- As reformas sustentáveis constroem-se com aprendizagem contínua, capacidade de adaptação e avaliação permanente dos resultados.
- É tempo de escalar o que funciona, em vez de substituir modelos com resultados demonstrados.
- O SNS precisa de políticas de longo prazo, assentes em percursos integrados de cuidados, desenhados de forma participada com cidadãos, associações de doentes, profissionais e comunidades.
- Garantir os profissionais certos, no número certo, a desempenhar as funções adequadas, no contexto certo e no momento certo, é uma condição essencial para a sustentabilidade do sistema.
- As equipas no terreno necessitam de autonomia, confiança, financiamento adequado e responsabilização pelos resultados.
- As melhores decisões resultam da combinação entre evidência científica, boas práticas e adaptação às realidades locais.
- O futuro da saúde constrói-se preservando o que já provou gerar valor com a ambição de fazer sempre melhor para a Saúde de Todos.

Direção da USF-AN

4. SUMÁRIO EXECUTIVO

O Momento Atual dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2026

Introdução

A 16.ª edição do estudo "O Momento Atual dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal" decorre no ano em que se assinalam 20 anos das primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF) e dois anos após a generalização das Unidades Locais de Saúde (ULS).

O estudo baseia-se nas respostas de coordenadores de 541 USF – o maior número de respondentes de sempre –, correspondentes a 76% das 712 USF existentes a nível nacional no início do estudo (atualmente existem já 717). Os dados foram recolhidos entre 19 de junho e 4 de agosto de 2026 e foram convidados a participar todos os coordenadores de USF.

Os resultados desta edição interrompem a melhoria registada no ano anterior: diminui a satisfação com o momento atual da Reforma dos CSP e com a atividade da própria USF, embora esta continue a ser a principal âncora de confiança das equipas.

Persistem fragilidades estruturais – falhas informáticas generalizadas, faltas de material, ausências prolongadas sem substituição, incentivos institucionais em dívida – e a integração de cuidados nas ULS continua a não ser sentida no terreno.

Situação Geral e Tendências

- Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP): a insatisfação sobe de 43,7% para 46,8% e a satisfação desce de 31,9% para 26,0%, interrompendo a melhoria observada desde 2022/23.
- As USF onde trabalham continuam a ser a estrutura mais valorizada, com 74,9% dos coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos com a atividade da

própria USF, no entanto, menos 5,7 pontos percentuais do que no ano anterior.

- Estruturas centrais: nenhuma alcança um saldo positivo; o Ministério da Saúde, a Direção Executiva do SNS, a ACSS e os SPMS concentram níveis de insatisfação entre 65,6% e 71,3%.
- Lideranças próximas: os Diretores Clínicos para os CSP (67,0% de satisfação) e os seus Adjuntos (65,1%) são as estruturas de governação mais bem avaliadas, enquanto a ULS no seu todo mantém um saldo positivo, mas frágil (42,5% de satisfação e 34,4% de insatisfação).
- Pressão sobre as equipas: 85,0% das USF tiveram ausências superiores a 30 dias, 59,4% não podem contabilizar o trabalho realizado para além do horário e todas as USF respondentes tiveram indisponibilidades das aplicações informáticas no último ano.

Satisfação com a reforma dos CSP

Os resultados de 2025/2026 interrompem a melhoria observada na edição anterior. A avaliação do momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários permanece desfavorável: 46,8% dos coordenadores estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos, face a 26,0% satisfeitos ou muito satisfeitos.

A atividade da própria USF continua, contudo, a constituir a principal âncora de confiança: 74,9% dos coordenadores manifestam satisfação e apenas 13,1% insatisfação. Apesar do recuo relativamente ao ano anterior, este resultado confirma a confiança das equipas na sua capacidade de organização e resposta.

A avaliação das diferentes estruturas revela um claro gradiente de confiança:

- As estruturas centrais mantêm avaliações predominantemente negativas, com níveis de insatisfação de 71,3% no Ministério da Saúde, 69,1% na Direção Executiva do SNS, 66,3% na ACSS e 65,6% nos SPMS. A DGS é a única estrutura central próxima do equilíbrio.

- As estruturas mais próximas das USF apresentam resultados mais favoráveis. Os Diretores Clínicos para os CSP atingem 67,0% de satisfação e os respetivos adjuntos 65,1%, reforçando a importância de lideranças dedicadas, próximas e conhecedoras da realidade das equipas.
- As ULS apresentam um saldo global positivo, mas ainda pouco robusto e com diferenças territoriais significativas: 42,5% de satisfação face a 34,4% de insatisfação.
- A USF-AN mantém uma avaliação muito favorável, com 62,5% de satisfação, enquanto o SNS24, apesar de melhorar, continua a ser avaliado negativamente por 54,6% dos coordenadores.

Mensagem-chave: as equipas confiam na própria USF e nas lideranças próximas, mas mantêm uma avaliação crítica das estruturas centrais e das respostas dependentes de decisões sistémicas. A recuperação da confiança exige autonomia, proximidade, dedicação específica aos CSP e capacidade efetiva para resolver os problemas identificados pelas equipas.

Necessidades prioritárias

A identificação de necessidades confirma a persistência de problemas estruturais que se repetem ao longo das diferentes edições. Em 2025/2026, cinco áreas apresentam uma prioridade média igual ou superior a 4:

1 - Conciliação entre a atividade na USF e a vida pessoal e familiar — 4,28;
2 - Interoperabilidade entre os programas informáticos — 4,19;
3 - Referenciação hospitalar — 4,09;
4 - Políticas de priorização dos Cuidados de Saúde Primários — 4,08;
5 - Dimensão das listas de utentes — 4,07.

A conciliação entre trabalho e vida pessoal permanece no primeiro lugar pelo quarto ano consecutivo. A interoperabilidade informática sobe para segundo e agrava-se, a referenciação hospitalar mantém-se entre as principais preocupações apesar da

generalização das ULS, e a dimensão das listas regressa ao grupo dos cinco problemas mais prioritários.

Os incentivos institucionais ocupam o sexto lugar, com 3,99, seguidos pelas condições digitais essenciais, pelo modelo de incentivos e suplementos, pelas instalações e equipamentos e pela conciliação entre atividade presencial e não presencial. A contratualização, o apoio à governação clínica e a relação entre as USF e a governação das ULS permanecem igualmente entre as áreas de elevada prioridade.

As alterações na ordem dos problemas não traduzem uma resolução substantiva. O mesmo núcleo de dificuldades regressa sucessivamente ao topo, revelando insuficiente capacidade de resposta política e organizacional.

Mensagem-chave: é necessária uma agenda integrada para os CSP, centrada na sustentabilidade das equipas, interoperabilidade digital, articulação entre níveis de cuidados, adequação das listas à capacidade e complexidade assistencial e maior transparência na contratualização e nos incentivos. Cada medida deve ter responsáveis definidos, prazos de execução e indicadores que permitam avaliar os resultados.

Governação, Contratualização, Qualidade e Autonomia

- Desce para o valor mais baixo desde 2020/21 a percentagem de USF que discutiram o Plano de Ação com os órgãos de gestão da ULS: 79,2%, menos 8,8 pontos percentuais do que em 2024/25 (88,0%); quando a discussão ocorreu, 61% dos coordenadores ficaram satisfeitos.
- A contratualização perde valor como estímulo: 56,6% consideram-na um estímulo para trabalhar com maior qualidade (64,5% em 2024/25), apenas 23,6% consideram que o processo tem vindo a melhorar e 80,9% discordam que cumpra os prazos estabelecidos.
- 85,7% das USF têm incentivos institucionais em dívida ou ainda não disponibilizados; 63,6% receberam a confirmação de que os incentivos ganhos em 2025 seriam disponibilizados em 2026 (54,1% no ano anterior).

- 55,6% das USF consideram que a ULS respeita a sua autonomia; 84,5% defendem mais autonomia para os órgãos de gestão dos CSP e 93,9% maior autonomia financeira da ULS para contratar profissionais e serviços para os CSP.
- Qualidade: 23,4% das USF realizaram ou iniciaram o processo de acreditação e 55,6% dispõem de manuais de boas práticas para todas as áreas importantes; mais de metade dos coordenadores (52,0%) desconhece se a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente da ULS integra profissionais dos CSP.
- A avaliação externa da satisfação no trabalho dos profissionais abrange 72,7% das USF e a da satisfação dos utentes 78,9%.
- A perceção de desempenho mantém-se favorável, mas recua: 61,7% consideram que a qualidade dos serviços é atualmente a melhor de sempre (64,6% em 2024/25) e 76,0% afirmam que a dimensão atual das listas de utentes condiciona o acesso atempado aos cuidados.

Propostas:

1. Contratualização plurianual, com termos de referência publicados atempadamente e calendário de execução cumprido.
2. Pagamento atempado e automatizado dos incentivos institucionais, com procedimentos simples, transparentes e uniformes entre ULS.
3. Respeito efetivo pela autonomia organizativa, técnica e funcional das USF e maior autonomia de gestão e financeira dos CSP.
4. Rever o IDE e a ponderação das listas de utentes, privilegiando indicadores clinicamente pertinentes e controláveis pelas equipas.
5. Apoiar a acreditação e os instrumentos de qualidade organizacional através das Comissões de Qualidade e Segurança das ULS.

Recursos e Operacionalização

- Instalações: 41,8% dos coordenadores consideram as instalações da sua USF desadequadas (43,9% em 2024/25); 67,8% não têm possibilidade física de

realizar circuitos diferenciados para doença aguda e consulta programada, 46,1% consideram a climatização inadequada e apenas 55,3% consideram a higiene e limpeza adequadas.

- Equipamento e material: melhoram os consumíveis para procedimentos clínicos e não clínicos (70,5% adequados) e o material de uso clínico e farmacêutico (70,1%), mas 40,9% consideram o equipamento clínico desadequado e apenas 9,6% das USF podem realizar análises rápidas/point of care.
- Faltas de material: 82,6% das USF registaram faltas de material básico durante o ano, 22,7% mais de 10 vezes, em 31,1% 3 a 10 vezes e em 28,8% uma a duas vezes; em 68,6% dos casos a reposição demorou 48 horas ou mais (77% em 2024/25).
- Apoio logístico das ULS: apenas 24,8% dos coordenadores consideram adequada a resposta da ULS aos problemas que dependem da sua intervenção; metade (50%) considera-a inadequada.
- Sistemas informáticos: todas as USF respondentes tiveram pelo menos um episódio de indisponibilidades das aplicações informáticas e em 91,1% das USF as falhas ocorreram três ou mais vezes e, destas, em 15,7%, as falhas ocorreram mais de cinquenta vezes no ano; também 15,7% das USF esperaram mais de um dia pela reposição do acesso (10,0% em 2024/25) e 98,7% referem impacto na qualidade dos cuidados, o valor mais alto da série.
- Apoio técnico: o apoio informático de proximidade prestado pela ULS é considerado adequado por 53,7% dos coordenadores, enquanto o apoio do Servicedesk dos SPMS se fica pelos 28,5%.
- Atendimento telefónico e não presencial: 86,9% das USF já dispõem de TeleQ/SARA 2.0 em substituição da central telefónica tradicional e 55,7% consideram que a solução que têm para o atendimento telefónico é adequada (45% no biénio anterior); 56,4% referem não dispor do material necessário para videoconsultas.

Em suma, há melhorias pontuais nos consumíveis para procedimentos clínicos e não clínicos e no atendimento telefónico, mas o aprovisionamento continua a ter falhas muito frequentes, a manutenção e o suporte informático continuam a falhar numa das áreas em que o modelo ULS prometia maior agilidade.

Propostas:

1. Criar um Plano Nacional de Manutenção e Equipamento das USF, com metas e prazos definidos por ULS e reporte público anual.
2. Garantir redundância local, tempos máximos de reposição de material e equipas de apoio informático de proximidade em todas as ULS.
3. Gerir de forma partilhada e previsível os consumíveis, as instalações e o equipamento essencial, com inventário comum entre a ULS e as USF.

Profissionais e apoio

- Relativamente à composição da equipa profissional (número de enfermeiros, secretários clínicos e médicos), 64,4% dos coordenadores consideram-na adequada às necessidades (60% no biénio anterior).
- A carência média volta a aumentar nos três grupos profissionais: faltam, em média, 0,91 médicos, 0,79 enfermeiros e 0,71 secretários clínicos por USF.
- 85,0% das USF tiveram pelo menos um profissional ausente mais de 30 dias (81,4% em 2024/25); em 55,6% a substituição foi assegurada exclusivamente pela própria equipa e apenas em 10,2% exclusivamente por profissional externo.
- Em 59,4% das USF o trabalho realizado para além do horário oficial não é contabilizado no saldo de horas, um agravamento face a 2024/25.
- Apenas 1,7% dos coordenadores consideram que é sempre possível um equilíbrio saudável entre trabalho e vida pessoal e familiar; 41,0% consideram que não o é na maior parte do tempo ou nunca.
- A criação da carreira especial de técnico de secretariado clínico reúne 92,9% de concordância e a constituição de bolsas de profissionais para assegurar ausências superiores a duas semanas, 88,9%.

Propostas:

1. Criar, em todas as ULS, bolsas de profissionais para a substituição atempada das ausências prolongadas, abrangendo médicos, enfermeiros e secretários clínicos.
2. Contabilizar e compensar formalmente todo o trabalho realizado para além do horário oficial.
3. Criar a carreira especial de técnico de secretariado clínico e, enquanto esta não existir, um percurso profissional estável, com formação específica e regras claras de progressão.
4. Agilizar os processos de contratação nas ULS e consolidar as carreiras médicas e de enfermagem, com abertura de vagas para enfermeiros especialistas.

Integração de cuidados e ULS

- Dois anos após a generalização das ULS, apenas 23,7% dos coordenadores consideram que estas trouxeram melhorias para a saúde das populações; 37,9% discordam.
- Só cerca de três em cada dez reconhecem melhorias na articulação entre os serviços da ULS (30,4%), na coordenação com os serviços de apoio à atividade clínica (30,4%) ou na integração dos serviços de saúde na região (29,6%).
- 57,4% consideram que as lideranças das ULS não estão a dar a devida importância aos CSP; apenas 20,7% têm opinião contrária.
- As estruturas de governação dos CSP estão maioritariamente instaladas – Adjuntos do Diretor Clínico (93,8%), Unidades de Gestão (93,0%) e Conselho Clínico e de Saúde (81,4%) –, mas a sua existência ainda não se traduz em influência percebida dos CSP nas decisões da ULS.
- 31,6% das USF referem que a sua ULS não tem manual de articulação e apenas 25,2% referem existir para todas as áreas importantes; a referenciação hospitalar mantém-se entre os três problemas mais prioritários.
- 75,3% dos coordenadores defendem manter as ULS, mas com duas áreas separadas e com o mesmo nível de autonomia: CSP e hospitais.
- A ligação formal à comunidade continua pouco desenvolvida: 27,9% das USF têm comissão de utentes e 7,3% liga de amigos.

Propostas:

1. Passar da integração formal à integração efetiva, com Manuais de Articulação atualizados em todas as ULS e indicadores partilhados entre CSP e hospitais.
2. Garantir que as estruturas de governação dos CSP – Diretor Clínico, Adjuntos, Conselho Clínico e de Saúde e Unidades de Gestão – têm competências claras, voz e capacidade de decisão.
3. Criar canais formais e periódicos de comunicação entre os Conselhos de Administração das ULS, as Direções Clínicas dos CSP e os coordenadores das USF.
4. Reforçar a participação dos utentes e as parcerias com a comunidade, nomeadamente através de comissões de utentes.

Formação, Inovação e Digitalização

- A interoperabilidade entre programas informáticos sobe para o segundo problema mais prioritário (4,19) e é o pior item das condições informáticas: apenas 22,0% concordam que as aplicações se articulam adequadamente entre si (58,1% discordam).
- A satisfação com o SClínico Central desce para 28,4% (36,1% em 2024/25) e a insatisfação sobe para 48,5%; a PEM recua para 43,6% de satisfação e o eVacinas regista a maior queda da série, de 61,9% para 43,7%.
- Apenas três aplicações superam 50% de satisfação: Conta Office 365 (69,0%), software de comunicação interna (54,1%) e RSE (52,1%).
- 73,0% consideram adequados os computadores e terminais: o principal estrangulamento já não é o equipamento base, mas a integração e a fiabilidade dos sistemas.
- 97,6% das USF acolhem estágios de formação; 85,2% dos coordenadores defendem tempo específico para estudo e formação no horário de 35 horas e 74,3% para investigação.

Propostas:

1. Interoperabilidade efetiva entre CSP, hospital e saúde pública, assente num Registo de Saúde Eletrónico único centrado na pessoa.
2. Testar previamente as novas versões das aplicações e corrigir prontamente os erros reportados pelos profissionais.
3. Garantir suporte técnico permanente e de proximidade, com redundância local que assegure a continuidade da atividade.
4. Generalizar a possibilidade de realizar análises rápidas/point of care nas USF.
5. Assegurar tempo protegido para formação e investigação no horário de trabalho.

USF do Futuro

- A maioria dos coordenadores (69,9%) continua a preferir mais consultas presenciais do que consultas à distância; 22,9% preferem um modelo híbrido equilibrado e 7,2% um modelo com predominância de consultas à distância.
- A implementação das USF modelo C reúne apenas 15,4% de concordância e 49,2% de discordância.
- A semana de quatro dias sem redução de horas na modalidade de concentração de toda a carga horária semanal em quatro dias reúne 64,3% de concordância e a modalidade com a totalidade da carga assistencial em 4 dias e a atividade assistencial não presencial e atividade não assistencial à distância no 5.º dia da semana, em regime de isenção de horário 67,4%; a realização de parte do horário à distância, 73,6%.
- Adicionalmente, a maioria dos coordenadores considera que a USF do futuro deveria:

  - ter menos burocracia (99,4%);
  - ter maior conciliação entre vida profissional e vida pessoal/familiar (98,9%);
  - ter maior flexibilidade de horários (96,8%);
  - ter outras profissões da saúde na USF (87,9%);
  - ter mais apoio da Inteligência Artificial (85,3%);
  - ter maior proximidade com os utentes (84,4%);
  - ser mais digital (75,6%);

- ter maior envolvimento dos utentes na vida da USF (69,4%);
- ter mais secretários clínicos do que tem atualmente (58,6%).

USF com polo rural

- 24% das USF respondentes têm pelo menos um polo em zona rural ou de baixa densidade populacional, proporção que chega a 52% entre as USF que iniciaram atividade desde 2024.
- O envelhecimento acentuado da população (39,4%) e a dispersão geográfica (18,1%) são os principais fatores de ruralidade; a falta de transporte (40,2%) e a baixa literacia em saúde ou digital (24,4%) são as principais barreiras de acesso.
- As ausências prolongadas sem substituição são o principal problema de recursos humanos (30,7%), embora 32,3% não identifiquem nenhum problema relevante.
- Para 87,4% dos coordenadores destas USF, os indicadores atualmente utilizados penalizam as USF rurais; as medidas mais apontadas para fixar profissionais são um incentivo remuneratório específico (65,4%), a majoração associada à ruralidade (48,8%) e o ajustamento da dimensão das listas (45,7%).
- Na comparação com as restantes USF, não se encontram diferenças estatisticamente significativas nas seis dimensões analisadas; em ambos os grupos, mais de três quartos dos coordenadores consideram que a dimensão das listas condiciona o acesso atempado (78,4% e 76,3%).

Proposta:

1. Introduzir o princípio da Diferenciação Territorial na legislação das USF, com métricas de carga de trabalho, indicadores e incentivos ajustados à dispersão geográfica e ao envelhecimento das populações (a USF-AN já apresentou propostas concretas).

Segurança e violência

A violência sobre profissionais do SNS continua a ser um problema. A violência sobre profissionais de saúde continua a estar alta (11º lugar) na lista dos principais problemas a resolver. Mais de metade das USF, 54%, tiveram pelo menos um episódio de violência durante o último ano. Nas USF (dados deste estudo) que registaram algum caso de violência, a violência psicológica mantém-se como a forma mais frequente (95,8% do total das USF que reportaram casos de violência, o que corresponde, recalculando para todos os respondentes, a 51,5% do total de USF, valor abaixo dos 61,9% de 2024/25), seguida da violência física (17,1%; 9,2% do total de USF, face a 18,5% em 2024/25). A violência contra a propriedade pessoal (13%, 7% do total de USF, menos do que os 11,9% do ano passado) e a violência sexual (1,8%, 0,9% do total de USF, menos do que os 1,5% do ano passado) também diminuíram.

Apesar da entrada em vigor da Lei n.º 26/2025, que reforça o quadro penal para agressões contra profissionais de saúde, os números mostram que esta medida não tem sido suficiente para conter o fenómeno, sobretudo no que respeita à violência psicológica.

76,6% das USF têm um procedimento próprio para abordar a violência contra profissionais, mas esta percentagem tem vindo a decrescer desde 2022/23 (84,8%). Entre quem tem procedimento, a satisfação subiu ligeiramente para 52,2% (vs. 50,5% em 2024/25).

Quanto ao Plano de Prevenção da Violência no Setor da Saúde, houve uma melhoria na satisfação: a insatisfação caiu de 51,9% para 29,7%, e as respostas "satisfeito" subiram de 14,7% para 30,1% (no entanto, neste ano ao invés dos anos anteriores, só respondeu quem afirmou conhecer o Plano). Contudo, quase metade dos coordenadores (48,8%) afirma desconhecer o Plano e a forma como está implementado na sua ULS — o que revela um problema de comunicação e disseminação, mais do que de conteúdo do próprio plano.

37,1% dos coordenadores reportou pelo menos um acidente de trabalho nos últimos 12 meses — valor semelhante aos 37,7% do ano anterior e abaixo do máximo de 39,7% registado em 2022/23.

Conclusão

Vinte anos após as primeiras USF, o modelo USF continua a ser a principal âncora de confiança dos profissionais dos CSP, o que lhes desperta mais satisfação: o envolvimento dos profissionais permanece a base de qualquer reforma sustentável.

Os resultados de 2025/2026 mostram, porém, que essa confiança está a ser posta à prova: as equipas compensam com esforço próprio a falta de profissionais, as falhas informáticas e as insuficiências logísticas, e não reconhecem ainda nas ULS uma integração que se traduza em ganhos para as populações.

O Serviço Nacional de Saúde melhora quando a integração é prática, a liderança é próxima e dedicada aos CSP, o apoio é certeiro, a autonomia é real e a qualidade é compromisso.

A próxima fase tem de passar da criação de estruturas à demonstração de resultados, garantindo que todas as pessoas tenham uma equipa de saúde familiar próxima, estável e valorizada.

O SNS é fundamental para que todo o País funcione!

E para a vida das pessoas!

5. MEGAFONE DAS USF 2026

Se tivéssemos um à mão, estas seriam as frases gritadas no megafone das USF decorrentes dos resultados deste estudo e da evolução das USF:

- Não é preciso inventar: é preciso escalar o que já funciona.
- Desburocratizar, comunicar, confiar: é assim que se constrói o SNS que é necessário.
- A USF continua a ser a âncora de confiança das equipas; o sistema tem de estar à altura.
- Contratualizar a tempo é respeitar quem cumpre.
- As equipas cumprem, mas esperam incentivos que não chegam.
- Lideranças próximas e dedicadas aos CSP geram confiança.
- Integração não é um decreto, é uma prática. E começa por ouvir quem está no terreno.
- Integração é governação partilhada e próxima das equipas, não é centralização.
- Uma verdadeira integração de decisões, equipas, processos e responsabilidades reconhece-se quando produz valor reconhecível por todos.
- Sem interoperabilidade informática, não há SNS integrado.
- Sem sistemas informáticos fiáveis, não há cuidados seguros.
- Qualidade é compromisso e execução, não retórica.
- Menos burocracia, mais tempo para cuidar.
- Quando faltam profissionais, a continuidade dos cuidados não pode ser garantida à custa da vida pessoal dos que ficam.
- Ausências de profissionais sem substituição não são resiliência: são desgaste.
- Trabalho que não se conta é trabalho que não se reconhece.
- Conciliar trabalho e vida pessoal não é um luxo: é condição para cuidar.
- Um país desigual não se resolve com um fato único: Diferenciação Territorial já.
- As equipas das USF sabem o que precisam para cuidar melhor: mais autonomia, maior flexibilidade, equipas valorizadas e menos burocracia.

MEDIDAS PARA ONTEM DIRETAMENTE DOS RESULTADOS DESTE MOMENTO ATUAL e DAS PRIORIDADES DA DIREÇÃO DA USF-AN

Após 20 anos das primeiras Unidades de Saúde Familiar, é tempo para recordar as conquistas alcançadas e para refletir sobre os desafios do presente e do futuro. É também uma oportunidade para reafirmar o compromisso com um SNS universal, acessível e capaz de disponibilizar cuidados de saúde de qualidade para todos os portugueses ou residentes em Portugal.

1. **Investir nas USF modelo B e escalar o que funciona** — Dar prioridade ao investimento contínuo nas USF modelo B, reconhecendo-as como organizações aprendentes e autónomas e inseridas numa rede de cuidados integrados, para que todos os inscritos no SNS tenham uma equipa de saúde familiar até 2029. Não generalizar as USF modelo C sem avaliação e evidência: só 15,4% dos coordenadores concordam com a sua implementação e 49,2% discordam.

2. **ULS com duas áreas e a mesma autonomia** — Dois anos após a generalização das ULS, persistem muitas incógnitas e a melhoria prometida ainda não chegou ao terreno: só 23,7% dos coordenadores consideram que as ULS trouxeram melhorias para a saúde das populações. Parece-nos claro que a evolução necessária terá de passar por criar equipas dedicadas para pensar as políticas para os cuidados de saúde primários, baseando as decisões em evidências. Repensar o modelo ULS e adaptá-lo às realidades e necessidades locais, com duas áreas separadas debaixo de um mesmo conselho de administração e o mesmo nível de autonomia (CSP e hospitais), com estrutura de gestão, apoio e orçamento específicos e protegidos para os CSP. 75,3% dos coordenadores defendem este modelo com duas áreas.

3. **Dar voz aos CSP nas decisões da ULS** — Criar canais de comunicação claros e periódicos entre o Conselho de Administração das ULS, os Diretores Clínicos dos CSP e os coordenadores das USF, garantir a discussão do Plano de Ação de todas as USF e dar às estruturas de governação dos CSP (Adjuntos, Unidades de Gestão, Conselho Clínico e de Saúde) competências claras e capacidade de decisão, com chefias escolhidas pela competência e por concurso público. 57,4% dos coordenadores consideram que as

lideranças das ULS não dão a devida importância aos CSP e a discussão do Plano de Ação com a ULS desceu para 79,2%.

4. **Manuais de Articulação e referenciação sem barreiras** — Ter, em todas as ULS, Manuais de Articulação entre todos os níveis de cuidados, discutidos e assimilados pelas equipas e publicados com a carta de compromisso, com indicadores partilhados entre CSP e hospitais, e fazer cumprir o Livre Acesso e Circulação na referenciação. 31,6% das USF referem que a sua ULS não tem manual de articulação e a referenciação hospitalar é o 3.º problema mais prioritário (4,09).

5. **Contratualização plurianual e a tempo e incentivos institucionais efetivos** — Contratualizar de forma plurianual, centrada em valor (ganhos em saúde, continuidade de cuidados e impacto na vida das pessoas) e não só em atividade, com termos de referência publicados antes do início do ano e calendário cumprido. Em 2026, os termos de referência só foram publicados em maio; 80,9% dos coordenadores discordam que o processo cumpra os prazos e só 56,6% o consideram um estímulo para trabalhar com maior qualidade.

6. **IDE justo: deixar os custos, melhorar a métrica das listas e aplicar o IPDA** — Aproveitar a revisão dos indicadores do IDE para 2027 para deixar de contratualizar indicadores relacionados com os custos com repercussão no vencimento, favorecendo os indicadores de acesso e de ganhos em saúde; melhorar a métrica da ponderação das listas (melhor do que o atual, melhor do que o ICU), validado também em populações pequenas; e aplicar o Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial (IPDA), que permite majorar os índices de desempenho prejudicados por causas externas à USF, como as ausências prolongadas ou o impedimento de acesso aos incentivos institucionais. 81,6% dos coordenadores concordam em deixar de contratualizar indicadores de custos e 76,5% apoiam o IPDA.

7. **Incentivos institucionais pagos a tempo** — Disponibilizar a tempo os incentivos institucionais, instrumento de autonomia das USF, cumprindo os prazos legais (decisão da ULS até 30 de abril e relatório de monitorização até 31 de julho), cativando as verbas associadas e atribuindo retroativamente os incentivos não atribuídos nos últimos anos,

com procedimentos simples e uniformes entre ULS. 85,7% das USF têm incentivos institucionais em dívida ou ainda não disponibilizados.

8. **Diferenciação Territorial na legislação das USF** — Introduzir o princípio da Diferenciação Territorial na legislação das USF, para zonas de baixa densidade e zonas urbanas de grande pressão assistencial, com métricas de carga de trabalho, indicadores e incentivos ajustados ao território, e suplementos remuneratórios para fixar e estabilizar profissionais nas zonas carenciadas. 87,4% dos coordenadores das USF com polo rural consideram que os indicadores atuais as penalizam e 65,4% apontam um incentivo remuneratório específico para estabilizar profissionais nos territórios.

9. **Registo de Saúde Eletrónico Único e interoperabilidade efetiva** — Implementar o Registo de Saúde Eletrónico Único para todo o Serviço Nacional de Saúde, centrado na pessoa e não na instituição, como elemento fundamental de todo o sistema de informação, com interoperabilidade efetiva entre CSP, hospital e saúde pública. A interoperabilidade é já o 2.º problema mais prioritário (4,19) e só 22,0% dos coordenadores concordam que as aplicações se articulam adequadamente entre si.

10. **Informática fiável e material e apoio a tempo** — Garantir apoio informático de proximidade, redundância local e tempos máximos de reposição, testar as novas versões das aplicações antes de as disponibilizar e criar um Plano Nacional de Manutenção e Equipamento das USF, com inventário comum ULS–USF e tempos máximos de reposição do material. Em 2025/26, todas as USF tiveram indisponibilidades das aplicações informáticas (98,7% com impacto na qualidade dos cuidados), 82,6% tiveram faltas de material básico e só 24,8% consideram adequada a resposta da ULS aos problemas que dependem da sua intervenção.

11. **Uma ENA com meios e presença no terreno** — Garantir o apoio às equipas de saúde familiar através da Equipa Nacional de Apoio (ENA), já nomeada e operacional, com plano de ação público, meios e presença no terreno: após a generalização do modelo USF B, é necessário garantir resultados sustentados, com um acompanhamento eficaz e de proximidade das equipas, apoio às novas USF e à resolução de conflitos.

12. **Carreira especial de técnico de secretariado clínico** — Criar a carreira especial de técnico de secretariado clínico e, enquanto não existir, implementar o perfil de competências e funções dos secretários clínicos, com formação específica e regras claras de progressão. É das propostas mais consensuais do inquérito: 92,9% de concordância.

13. **Recrutar, estabilizar e fazer progredir** — Investir no recrutamento e na progressão na carreira nos CSP, com concursos nacionais regulares, critérios transparentes e apoio da ACSS, respeitando a autonomia das USF na escolha das suas equipas; ter concursos de progressão ágeis e nacionais; abrir vagas para enfermeiros especialistas e reconhecer a experiência em saúde familiar dos enfermeiros especialistas noutras áreas que exercem em USF; criar gabinetes de apoio às carreiras em todas as ULS e um sistema de informação público sobre recursos humanos. Faltam, em média, 0,91 médicos, 0,79 enfermeiros e 0,71 secretários clínicos por USF.

14. **Substituir as ausências de profissionais**— Generalizar, em todas as ULS, bolsas de profissionais (médicos, enfermeiros e secretários clínicos) para substituir a tempo as ausências prolongadas de profissionais, com a substituição aprovada pelo conselho geral da USF; os profissionais da bolsa podem também apoiar a doença aguda dos utentes sem equipa de saúde familiar. 85,0% das USF tiveram ausências superiores a 30 dias, em 55,6% cobertas só pela própria equipa.

15. **Bolsa de horas e horários mais flexíveis** - Contabilizar e compensar todo o trabalho feito para além do horário e permitir tempos parciais e modelos flexíveis, como a semana de quatro dias sem redução de horas e parte do horário à distância. Em 59,4% o trabalho para além do horário não é contabilizado.

16. **Criação de condições e estruturas de apoio à otimização da atividade** - sistemas de informação úteis com ferramentas adaptadas a cada nível de decisão, para planear, gerir e agilizar a atividade em tempo real e fazer a sua avaliação; ter equipas completas com todas as profissões da saúde integradas por percursos assistenciais centrados no utente para saber quem faz o quê, como e quando; instalações e equipamentos necessários para aumentar a capacidade de resolução de problemas; nível de gestão intermédio competente, escolhido pela sua competência e em contexto de concurso público, e com os recursos necessários; serviços para apoiar o desenvolvimento das equipas das

unidades funcionais e a resolução de conflitos, com gabinetes de mediação e gestão de conflitos em cada ULS; gabinetes de apoio às carreiras profissionais em todas as ULS e um sistema de informação público sobre os recursos humanos do SNS.

17. **Menos burocracia, mais tempo para cuidar** — Retirar das USF as tarefas que não exigem a equipa de saúde familiar: centros dedicados a atestados (carta de condução e similares), acesso direto das entidades à informação clínica em vez de relatórios médicos para prestações sociais, evidências e Plano de Ação simplificados e fim dos pedidos de relatórios e declarações sem impacto nos ganhos em saúde. Para 99,4% dos coordenadores, a USF do futuro deve ter menos burocracia; 94,0% apoiam os centros para atestados.

18. **Pensar a Saúde numa lógica de sistemas locais de saúde** - para que se consiga alcançar o máximo da integração de cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados, paliativos e os recursos da comunidade e os de cada família e pessoa.

19. **Comunidade no centro** — Fortalecer a ligação à comunidade: reforçar o Conselho da Comunidade, as Comissões de Utentes e o Provedor do Utente, regulamentar a carta para a participação pública na saúde, envolver o poder local, enquanto elemento integrador da comunidade, e criar agentes comunitários de saúde ou mediadores sociais que façam a ponte entre as equipas e a comunidade. Só 27,9% das USF têm comissão de utentes e 7,3% liga de amigos.

20. **Reforçar a capacidade pública de análise, reflexão, produção e monitorização de políticas de saúde** – Estruturas com a PLANAPP, plataformas como o BI-CSP e até a vertente de estudos da ERS - Entidade Reguladora da Saúde são exemplos do que se deve potenciar para dar mais capacidade interna do sistema público para melhor produção de políticas de saúde; todas as reformas deveriam ter um acompanhamento independente, para registar e analisar a sua evolução e aprender com a sua implementação.

São 20 medidas essenciais que, diríamos, devem ser gritadas no megafone das USF uma por cada ano que levam as USF desde 2006 quando abriram as primeiras quatro.

Em Portugal, o problema está, muitas vezes, na passagem à decisão e à ação. Cada medida tem de ter responsáveis, prazos e indicadores que permitam avaliar os resultados, para que o mesmo núcleo de problemas deixe de regressar, ano após ano, ao topo das prioridades das equipas. É este paradigma que se tem de mudar.

6. FICHA TÉCNICA DO ESTUDO

Instituição Proponente	USF-AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar.
Autores	Coordenação: André Biscaia Ana Maria Alves, André Biscaia, António Pereira, Bruno Morrão, Deolinda Chaves Beça, Fabrizio Cossutta, Gonçalo Melo, Isabel Gonçalves e Virgínia Matos. Os autores trabalharam sem retribuição financeira para este projeto. João Gomes deu apoio administrativo e formatou o relatório.
Conflitos de Interesses	André Rosa Biscaia, António Pereira, Ana Maria Alves, Gonçalo Melo, Bruno Morrão, Deolinda Chaves Beça e Fabrizio Cossutta são médicos de família a trabalhar em USF. Virgínia Matos é secretária clínica numa USF. Isabel Gonçalves é Administradora Hospitalar. André Biscaia declara ser presidente da USF-AN e coordenador do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, do Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida da Direção-Geral da Saúde; António Pereira declara também prestar serviço como consultor da SPMS, ser Vice-Presidente da APMGF e Membro da Direção do Colégio da competência de Gestão dos Serviços de Saúde; Ana Maria Alves declara ser secretária da Mesa de Assembleia da USF-NA; Deolinda Chaves Beça declara ser adjunta da direção clínica dos CSP da ULS Santo António e Membro da Direção do Colégio da especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos; Bruno Morrão declara ser vogal da direção da USF-AN e Diretor Clínico para os CSP da ULS da Guarda; Isabel Gonçalves declara ser Administradora Hospitalar na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho e declara não possuir quaisquer interesses suscetíveis de influenciar a objetividade e independência do estudo. Os restantes elementos não declararam conflitos de interesses.

Objetivo geral	Conhecer o estado atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, a satisfação associada e o desenvolvimento estrutural e organizacional das USF, comparando os resultados com os anos anteriores e por Unidade Local de Saúde.
Finalidade	Acompanhar e apoiar a evolução da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.
Duração do estudo	Maio de 2026 a 13 de outubro de 2026.
Desenho de estudo	Estudo censitário, observacional, transversal seriado.
População	Universo: coordenadores de USF em atividade (N=712) a 19 de junho de 2026. Critérios de inclusão: ser coordenador de uma USF (ou estar a substituir este), e que, de forma voluntária, colabore nesta investigação.
Recolha de Dados	Efetuada entre 19 de junho de 2026 a 4 de agosto de 2026. Foram convidados a participar todos os coordenadores de USF em atividade no país, pelo que é um estudo censitário. Através de questionário semi-estruturado construído para este fim e aplicado via Web com a ferramenta Limesurvey (ver anexos) com palavra-passe, para que cada coordenador apenas respondesse uma vez e introdução da opção “não responde” para quando o participante não tenha conhecimento ou não queira responder. Foi conservado o anonimato dos respondentes. No estudo deste ano, foi solicitado aos coordenadores que tivessem em consideração o biénio 2025/2026.
Estratégia de Análise	Análise estatística descritiva – percentagens ou medidas de tendência central e/ou de dispersão; Nas questões de resposta aberta utilizou-se análise de conteúdo quantificada, segundo unidades de significado.

7. CARACTERÍSTICAS DO UNIVERSO EM ESTUDO

À semelhança dos anos anteriores, foram enviadas mensagens via correio eletrónico a solicitar a participação no estudo a todos os coordenadores de USF em atividade à data do início da recolha dos dados, cujo período está compreendido entre 19 de junho de 2026 a 4 de agosto de 2026, (N=712). Foram efetivamente **contactadas a totalidade das 712 USF** na figura dos seus respetivos coordenadores em exercício à data de início do estudo. Obtiveram-se **541 respostas**, o que corresponde a uma **taxa de resposta de 76%** em relação ao universo dos coordenadores de USF em atividade.

Para comparação, em anos anteriores a taxa de resposta em relação ao universo dos coordenadores de USF em atividade foi de 77,6% em 2024/2025, 75,5% em 2023/2024, 78,7% em 2022/2023, 74,2% em 2021/2022; 70,3% em 2020/2021; 74,54% em 2018/19; 75% em 2017/18; 71,40% em 2016/17; 62,9% 2015/2016; 73,9% em 2014/2015; 53,4% em 2013/2014; 41% em 2012/2013; 56% 2011/2012; 52% em 2010/2011 e 61% em 2009/2010. O Gráfico 5.1 demonstra que o Estudo do Momento Atual ano 2022/2023 teve a mais alta taxa de respostas de sempre, com 78,7% de resposta dos coordenadores das Unidades de Saúde Familiar, mas o estudo desta edição teve o maior número de respondentes de sempre: 541.

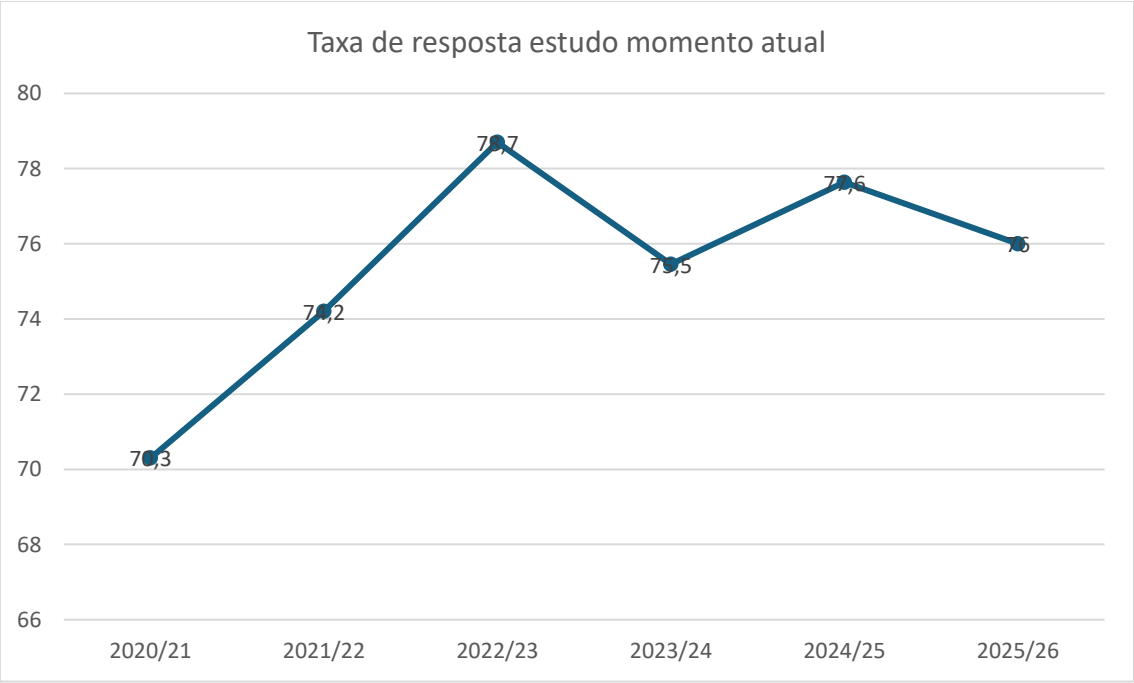


***Gráfico 5.1**- Percentagem de respostas ao estudo do momento atual. Portugal, 2010-2026.*

Estudo de 2025/2026	*Respondentes ao Questionário (N=541)*		*USF existentes na altura do estudo (N=712)*	
USF é da ULS:	**Número**	**%**	**Número**	**%**
ULS Alentejo Central	9	1,66	13	1,83
ULS Algarve	25	4,62	28	3,93
ULS Almada / Seixal	18	3,33	22	3,09
ULS Alto Alentejo	1	0,18	6	0,84
ULS Alto Ave	17	3,14	24	3,37
ULS Alto Minho	12	2,22	16	2,25
ULS Amadora / Sintra	23	4,25	28	3,93
ULS Arco Ribeirinho	10	1,85	10	1,40
ULS Arrábida	8	1,48	12	1,69
ULS Baixo Alentejo	2	0,37	2	0,28
ULS Baixo Mondego	8	1,48	11	1,54
ULS Barcelos / Esposende	13	2,40	13	1,83
ULS Braga	25	4,62	29	4,07
ULS Castelo Branco	4	0,74	4	0,56
ULS Coimbra	28	5,18	37	5,20
ULS Cova da Beira	3	0,55	4	0,56
ULS Entre Douro e Vouga	21	3,88	30	4,21
ULS Estuário do Tejo	6	1,11	7	0,98
ULS Gaia / Espinho	24	4,44	28	3,93
ULS Guarda	9	1,66	9	1,26
ULS Lezíria	11	2,03	17	2,39
ULS Lisboa Ocidental	26	4,81	33	4,63
ULS Litoral Alentejano	1	0,18	1	0,14
ULS Loures / Odivelas	6	1,11	10	1,40
ULS Matosinhos	6	1,11	13	1,83
ULS Médio Ave	15	2,77	21	2,95
ULS Médio Tejo	6	1,11	9	1,26
ULS Nordeste	8	1,48	11	1,54
ULS Oeste	6	1,11	11	1,54
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	9	1,66	14	1,97
ULS Região de Aveiro	20	3,70	29	4,07
ULS Região de Leiria	25	4,62	25	3,51
ULS Santa Maria	11	2,03	14	1,97
ULS Santo António	23	4,25	29	4,07
ULS São João	20	3,70	28	3,93
ULS São José	18	3,33	23	3,23
ULS Tâmega e Sousa	36	6,65	43	6,04
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	14	2,59	24	3,37
ULS Viseu Dão-Lafões	14	2,59	24	3,37

***Quadro 5.1** - identifica a taxa de resposta por ULS[1].*

[1] Unidade Local de Saúde – ULS são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e que integram, sob uma mesma administração, cuidados de saúde primários e hospitalares.

USF iniciou funções em:	Total de respondentes		Total de USF Existente à data do Estudo	
2006-2011	210	40,23%	308	43,26%
2012-2020	180	34,48%	255	35,81%
2021-2023	55	10,54%	67	9,41%
2024-2026	77	14,75%	82	11,52%

***Quadro 5.2** - identifica a taxa de resposta por ano de início de funções.*

Nota: as percentagens apresentadas referem-se, na primeira coluna, ao total de respondentes – questão "O3 - A minha USF iniciou funções em", na qual 19 coordenadores não responderam e, na segunda, ao total das USF existentes na altura do estudo (dados de 19 de junho de 2026).

As taxas de resposta por ULS e ano de início de atividade são semelhantes às encontradas para a distribuição das USF existentes por ULS e ano de início de atividade (com ligeiramente mais respostas nas USF mais recentes e menos nas mais antigas), reforçando a representatividade do estudo, para além de ser um censo (todas as USF foram convidadas a responder) e a alta taxa de respostas.

Conseguiu-se, pelo menos, uma resposta em todas as ULS (tal como no ano passado).

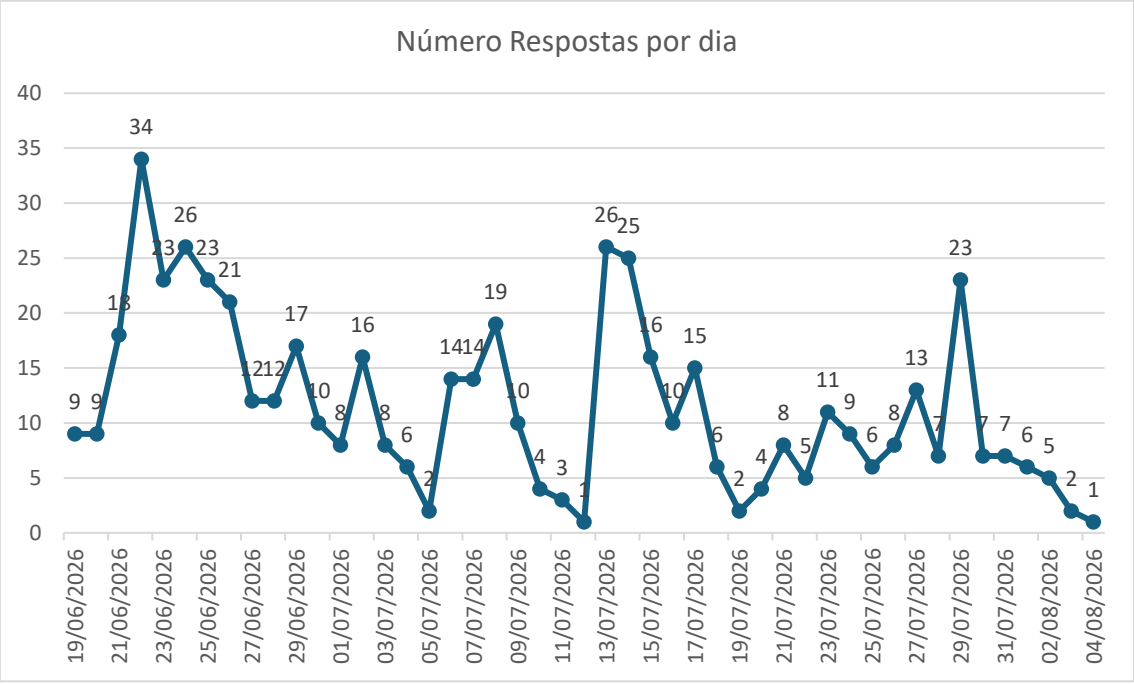


***Gráfico 5.2** – Demonstra a variabilidade da taxa de resposta por dia durante o período de colheita de dados do estudo.*

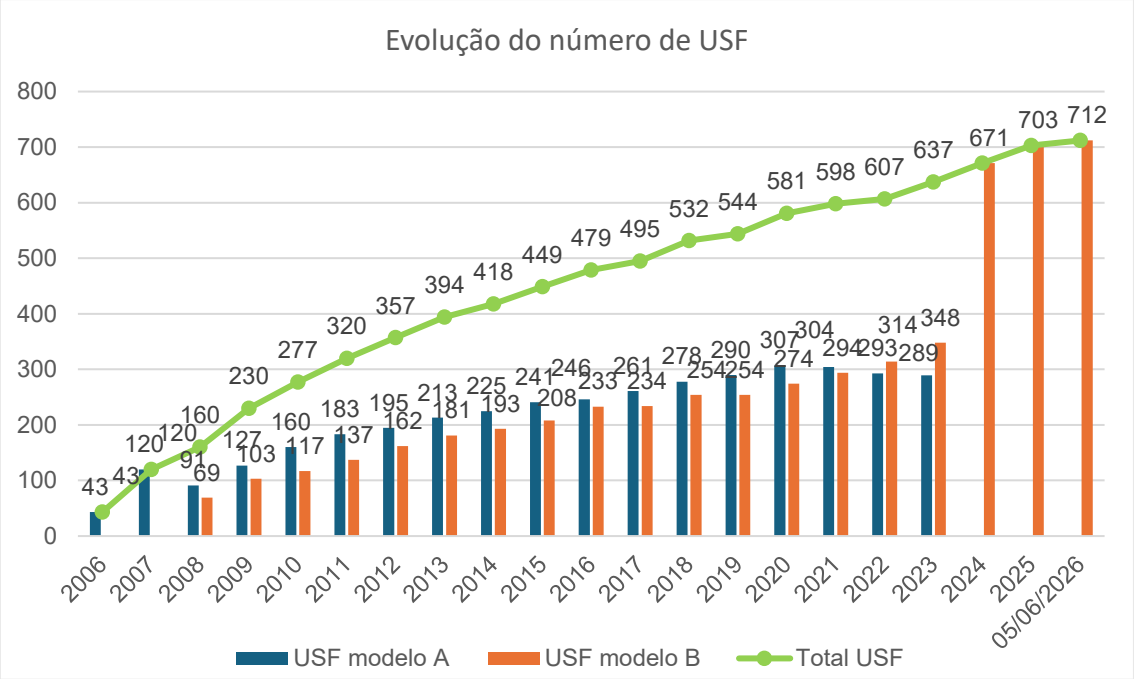


Gráfico 5.3 *– Evolução do número de USF (modelo A e modelo B) entre 2006 e junho de 2026. Optou-se por apresentar os dados na altura do estudo e não os atuais porque estamos a falar do Universo em Estudo. Por exemplo na altura da recolha dos dados do estudo existiam 712 USF e na altura da finalização do relatório existem 717.*

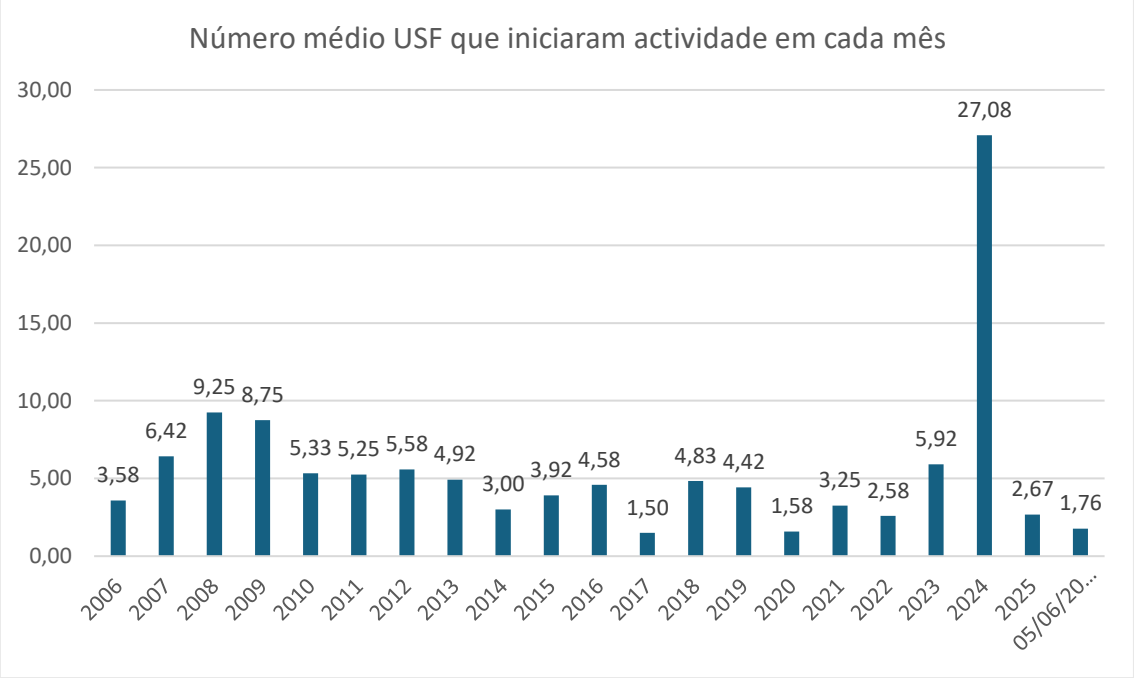


Gráfico 5.4 *- Número médio USF que iniciaram atividade em cada mês até junho de 2026 (para se poder comparar com os meses já decorridos em 2026).*

Os dados apresentados neste capítulo são os dados verificados entre junho e julho de 2026 para coincidir com a recolha das respostas do estudo.

O gráfico 5.3 apresenta a evolução da constituição de USF desde o início da reforma em 2006 até junho de 2026 e o 5.4 permite comparar o ritmo de formação de USF em cada ano com os meses já decorridos no corrente ano e concluir que estamos com um ritmo lento, o 3º mais lento de sempre.

O gráfico 5.5 ajuda-nos a concluir também que nunca houve tantas candidaturas a novas USF B como em 2023 (386, em relação com generalização do modelo B) e que, retirando este ano atípico de 2023 e comparando com as USF A (as que são verdadeiramente novas USF e não só transição de modelo), 2025 é o melhor ano (37) desde 2019 (53) e que em 2026 neste momento existem 24 candidaturas ativas.

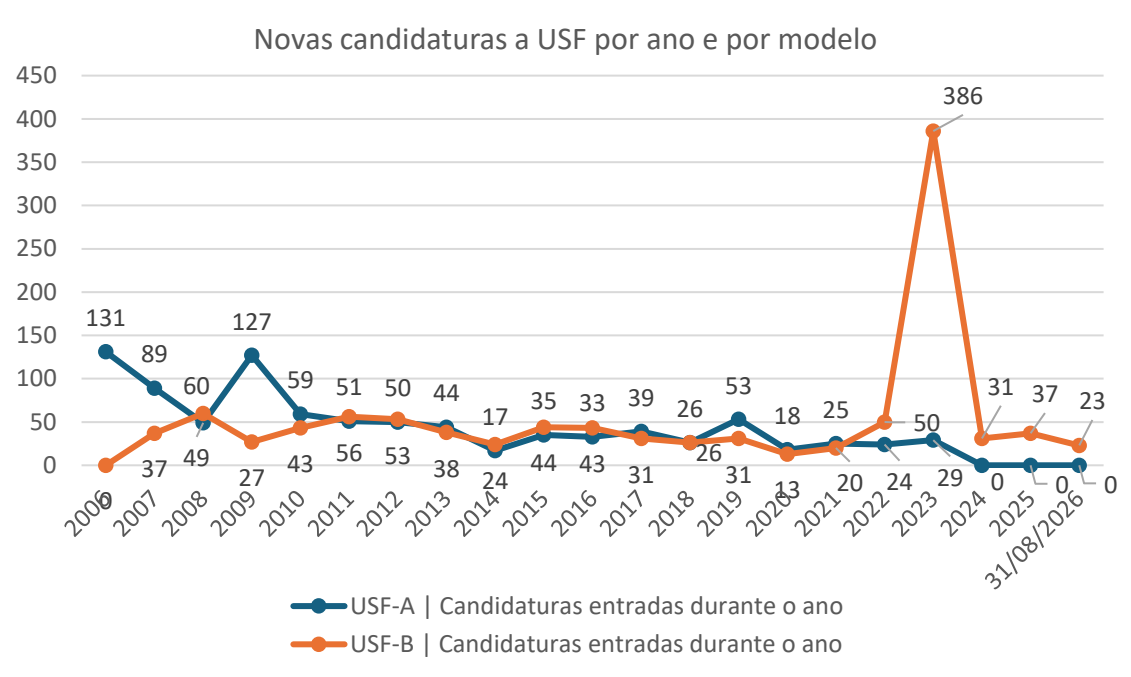


Gráfico 5.5 *– Número de USF de modelo A e de modelo B que iniciaram atividade anualmente entre 2006 e junho de 2026 (em 2017 não houve novas USF B, o que se passou foi a divisão de uma antiga USF B em duas e foram contabilizadas com duas novas).*

Portanto, existiam 712 USF na altura da recolha dos dados (717 agora, o que corresponde a 9 e 14 novas USF B em 2026) e estavam ativas 23 candidaturas a USF B (24 agora).

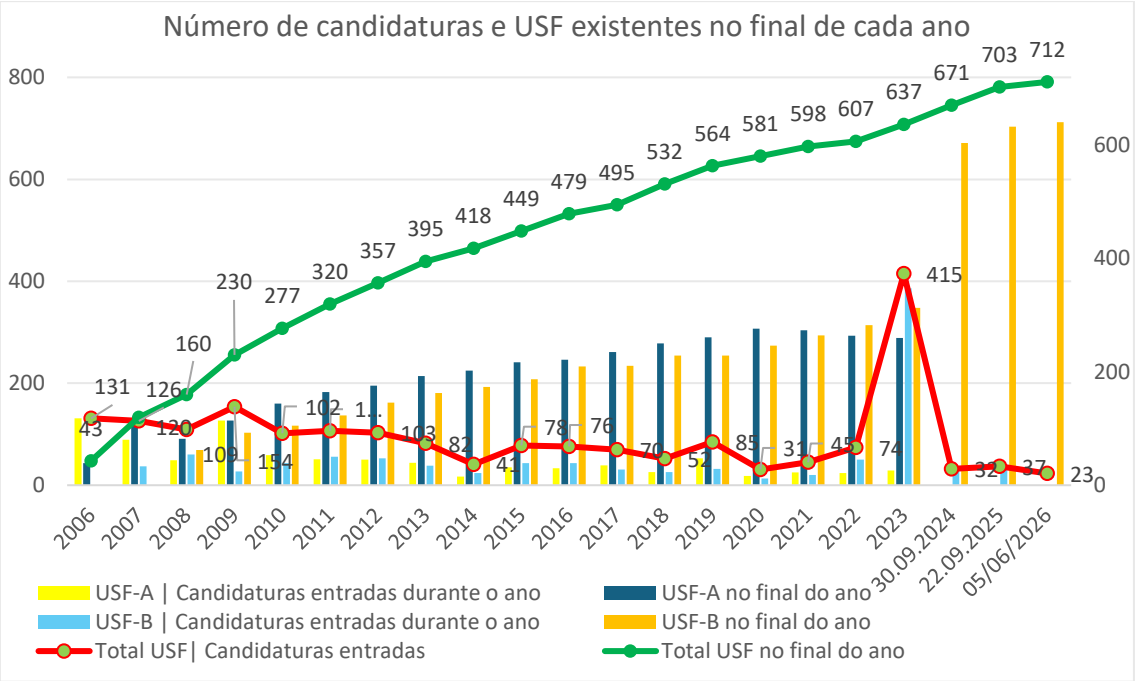


***Gráfico 5.6** – Resumo do número de candidaturas e USF existentes no final de cada ano entre 2006 e junho de 2026.*

O gráfico 5.6 faz a síntese da vitalidade da reforma e o cenário alterou-se radicalmente em 2024 com a generalização automática das USF B. A quase totalidade (97,7%) das USF modelo A nos anos anteriores pretendia passar a modelo B, mas até 2024, o habitual era mais de 80% das USF A aguardarem mais de um ano para iniciar atividade após homologação do parecer técnico para modelo B, quase metade destas, mais de dois anos e algumas USF a esperaram 10 e mais anos. Portanto, esta era uma medida muito ansiada. O modo como foi executada não foi o melhor, mas o resultado tem de ser considerado positivo, apesar de agora haver necessidade de muita formação, já que muitas USF não tiveram o processo de amadurecimento necessário.

ARS	ANOS	ACES	USF	USF	UCSP	Total	UCC
			Modelo B	Modelo A		USF/UCSP	
Alentejo	2021/2022	4	8	12	38	58	37
	2022/2023		10	10	38	58	38
Algarve	2021/2022	3	10	14	16	40	14
	2022/2023		10	13	16	39	14
Centro	2021/2022	9	34	59	79	172	62
	2022/2023		37	65	75	177	68
Lisboa Vale	2021/2022	15	85	110	86	281	56
do Tejo	2022/2023		105	87	86	278	56
Norte	2021/2022	24	177	95	96	368	98
	2022/2023		186	93	89	368	103
Total	**2021/2022**	**55**	**314**	**290**	**315**	**919**	**267**
	2022/2023		**348**	**268**	**304**	**920**	**279**

Quadro 5.3 - ACeS, USF, UCSP e UCC em atividade e por cada Administração Regional de Saúde (ARS) de 2021 a 2023 (Dados obtidos em 11 de set/2023).

A 31 de **dezembro de 2023 existiam em atividade** 55 Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) (ver quadro 5.3). que deram lugar a 39 Unidades Locais de Saúde (ULS), que se mantêm. **Na altura de recolha dos dados – junho de 2026,** existiam 712 (695 em 2025 e 665 em 2024) Unidades de Saúde Familiar (USF), 250 (256 em 2025 e 273 em 2024) Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 299 (298 em 2025 e 294 em 2024) Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) (ver quadro 5.4).

Esta organização do SNS na área dos CSP, espelhada no quadro 5.3 deu lugar à organização apresentada no quadro seguinte 5.4.

Optou-se por apresentar os dados na altura do estudo e não os atuais porque estamos a falar do Universo em Estudo. Por exemplo na altura da recolha dos dados do estudo existiam 712 USF e na altura da finalização do relatório existem 717.

Nesta evolução é particularmente gritante o aumento do número de USF B, de 348 em 2023 para 712 em julho de 2026, mas também muito relevante o aumento das UCC de 279 para 299. O total de USF e UCSP (as unidades mais ligadas aos cuidados às pessoas e às famílias) também viram o seu número aumentar de 920 para 962. Tudo somado temos um aumento de unidades funcionais de 1199 para 1261.

Existem 2 ULS (ambas no Alentejo) com 3 ou menos USF (eram 4 no ano passado e 6 em 2024), mas a média de USF por ULS é de 18,26 (17,8 em 2025), a média de UCSP é de 6,4 (6,6 em 2025) e de UCC é de 7,7 (7,6 em 2025).

ULS	UCSP			USF-B			UCSP+USF			UCC			Total Geral		
	2024	2025	2026	2024	2025	2026	2024	2025	2026	2024	2025	2026	2024	2025	2026
ARS Alentejo (anterior)															
ULS Alentejo Central	9	9	**9**	13	13	**13**	22	22	**22**	13	13	**13**	35	35	**35**
ULS Alto Alentejo	10	10	**9**	6	6	**6**	16	16	**15**	15	15	**14**	31	31	**29**
ULS Baixo Alentejo	13	13	**13**	1	2	**2**	14	15	**15**	8	8	**10**	22	23	**25**
ULS Litoral Alentejano	5	5	**6**	1	1	**1**	6	6	**7**	5	5	**5**	11	11	**12**
ARS Algarve (anterior)															
ULS Algarve	16	16	**16**	25	27	**28**	41	43	**44**	14	14	**14**	55	57	**58**
ARS Centro (anterior)															
ULS Baixo Mondego	1	1	**1**	11	11	**11**	12	12	**12**	3	3	**3**	15	15	**15**
ULS Castelo Branco	8	8	**8**	3	3	**4**	11	11	**12**	5	7	**7**	16	18	**19**
ULS Coimbra	14	9	**9**	31	36	**37**	45	45	**46**	22	22	**21**	67	67	**67**
ULS Cova da Beira	5	5	**4**	2	2	**4**	7	7	**8**	3	3	**3**	10	10	**11**
ULS Guarda	12	11	**10**	3	6	**9**	15	17	**19**	11	11	**11**	26	28	**30**
ULS Região de Aveiro	8	8	**7**	28	28	**29**	36	36	**36**	10	10	**10**	46	46	**46**
ULS Região de Leiria	11	13	**13**	24	25	**25**	35	38	**38**	9	9	**9**	44	47	**47**
ULS Viseu Dão-Lafões	4	2	**1**	21	23	**24**	25	25	**25**	12	12	**12**	37	37	**37**
ARS Lisboa e Vale do Tejo (anterior)															
ULS Almada / Seixal	2	2	**2**	22	22	**22**	24	24	**24**	2	2	**2**	26	26	**26**
ULS Amadora / Sintra	10	10	**10**	27	27	**28**	37	37	**38**	6	6	**6**	43	43	**44**
ULS Arco Ribeirinho	7	7	**7**	10	10	**10**	17	17	**17**	4	4	**4**	21	21	**21**
ULS Arrábida	11	11	**11**	12	12	**12**	23	23	**23**	3	3	**3**	26	26	**26**
ULS Estuário do Tejo	11	11	**11**	7	7	**7**	18	18	**18**	5	5	**5**	23	23	**23**
ULS Lezíria	5	4	**4**	15	17	**17**	20	21	**21**	7	7	**7**	27	28	**28**
ULS Lisboa Ocidental	4	4	**4**	32	32	**33**	36	36	**37**	5	5	**5**	41	41	**42**
ULS Loures / Odivelas	5	5	**5**	10	10	**10**	15	15	**15**	3	3	**3**	18	18	**18**
ULS Médio Tejo	10	12	**12**	10	9	**9**	20	21	**21**	7	8	**8**	27	29	**29**
ULS Oeste	9	9	**9**	11	11	**11**	20	20	**20**	6	6	**6**	26	26	**26**
ULS Santa Maria	4	4	**4**	14	14	**14**	18	18	**18**	4	4	**4**	22	22	**22**
ULS São José	6	6	**6**	22	22	**23**	28	28	**29**	2	3	**3**	30	31	**32**
ARS Norte (anterior)															
ULS Alto Ave	2	2	**2**	23	24	**24**	25	26	**26**	8	8	**8**	33	34	**34**
ULS Alto Minho	7	7	**7**	16	17	**16**	23	24	**23**	12	12	**12**	35	36	**35**
ULS Barcelos / Esposende	4	4	**4**	13	13	**13**	17	17	**17**	3	3	**3**	20	20	**20**
ULS Braga	3	3	**3**	29	29	**29**	32	32	**32**	8	8	**8**	40	40	**40**
ULS Entre Douro e Vouga	7	7	**7**	30	30	**30**	37	37	**37**	7	7	**7**	44	44	**44**
ULS Gaia / Espinho	5	4	**4**	27	27	**28**	32	31	**32**	6	6	**7**	38	37	**39**
ULS Matosinhos	2	1	**1**	12	13	**13**	14	14	**14**	4	4	**4**	18	18	**18**
ULS Médio Ave	4	4	**4**	21	21	**21**	25	25	**25**	5	5	**5**	30	30	**30**
ULS Nordeste	13	8	**6**	2	8	**11**	15	16	**17**	10	10	**10**	25	26	**27**
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	0	0	**0**	14	14	**14**	14	14	**14**	2	2	**2**	16	16	**16**
ULS Santo António	1	1	**2**	29	29	**29**	30	30	**31**	6	6	**6**	36	36	**37**
ULS São João	2	2	**1**	28	28	**28**	30	30	**29**	8	8	**8**	38	38	**37**
ULS Tâmega e Sousa	11	7	**7**	39	43	**43**	50	50	**50**	11	11	**11**	61	61	**61**
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	12	11	**11**	21	23	**24**	33	34	**35**	20	20	**20**	53	54	**55**
Total Geral	**273**	**256**	**250**	**665**	**695**	**712**	**938**	**951**	**962**	**294**	**298**	**299**	**1232**	**1249**	**1261**

***Quadro 5.4** - ULS, USF, UCSP e UCC em atividade e por cada ARS em 2024, 2025 e 2026. Optou-se por apresentar os dados na altura do estudo (referência junho de 2026) e não os atuais porque estamos a falar do Universo em Estudo. Por exemplo na altura da recolha dos dados do estudo existiam 712 USF e na altura da finalização do relatório existem 717.*

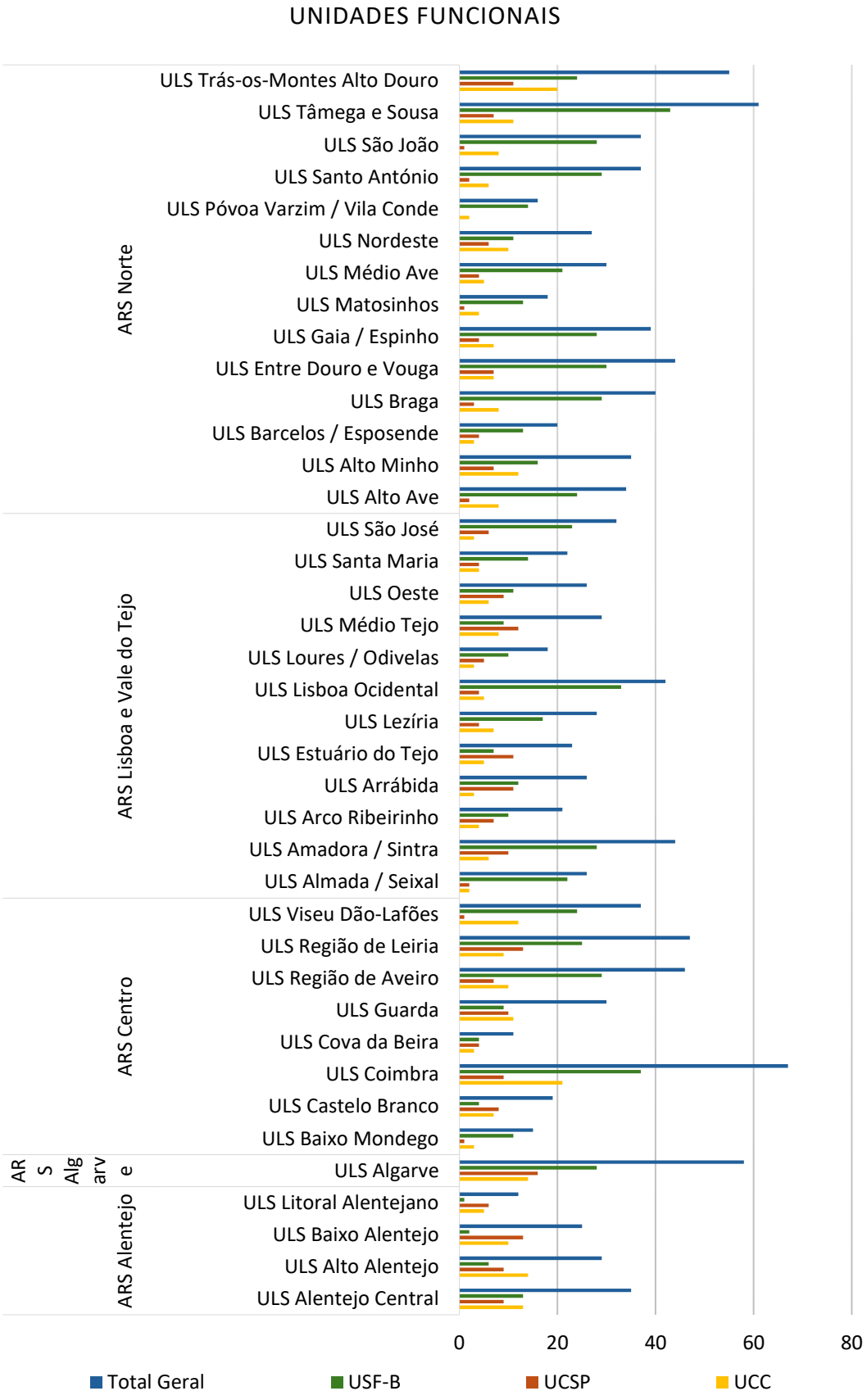


***Gráfico 5.7** - USF, UCSP e UCC em atividade e por cada ARS em 2026.*

No que respeita aos profissionais de saúde, conforme quadro 5.5, existem atualmente 15293 (14664 em 2025) profissionais a exercer a sua atividade em USF, mais 2465 do que em 2022. Nas USF, exercem 5021 médicos de família (eram 4027 em 2022), 4746 enfermeiros de família (4029 em 2022), 3539 secretários clínicos (2956 em 2022) e 1987 Internos de Formação Especifica em Medicina Geral e Familiar (1816 em 2022; mais 170 do que no ano passado).

Em UCSP (o modelo anterior às USF) existem 4760 profissionais de saúde (menos 205), a exercer nas unidades funcionais.

Grupo Profissional	ANOS	USF-B	USF-A	UCSP	Total USF	Total UF
Médico de Família	2021/2022	2291	1736	2070	4027	6097
	2022/2023	2541	1541	1626	4082	5708
	2023/2024	4392	0	1703	4392	6095
	2024/2025	4814	0	1606	4814	6420
	2025/2026	**5021**	**0**	**1623**	**5021**	**6644**
Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar	2021/2022	1330	486	177	1816	1993
	2022/2023	1162	311	124	1473	1597
	2023/2024	1945	0	128	1945	2073
	2024/2025	1817	0	72	1817	1889
	2025/2026	**1987**	**0**	**59**	**1987**	**2046**
Enfermeiro de Família	2021/2022	2290	1739	2476	4029	6505
	2022/2023	2519	1565	2317	4084	6401
	2023/2024	4345	0	2087	4345	6432
	2024/2025	4592	0	1872	4592	6464
	2025/2026	**4746**	**0**	**1768**	**4746**	**6514**
Secretário Clínico	2021/2022	1677	1279	1785	2956	4741
	2022/2023	1830	1159	1720	2989	4709
	2023/2024	3201	0	1529	3201	4730
	2024/2025	3441	0	1415	3441	4856
	2025/2026	**3539**	**0**	**1310**	**3539**	**4849**
Total Nº Profissionais	2021/2022	7588	5240	6508	12828	19336
	2022/2023	8052	4576	5787	12628	18415
	2023/2024	13883	0	5447	13883	19330
	2024/2025	14664	0	4965	14664	19629
	2025/2026	**15293**	**0**	**4760**	**15293**	**20053**

Nota: UF- Unidade Funcional (USF A e B +UCSP)

Quadro 5.5 *- Número de profissionais por grupo profissional e modelo organizativo (a junho de 2026) (o modelo USF A acabou em 2024).*

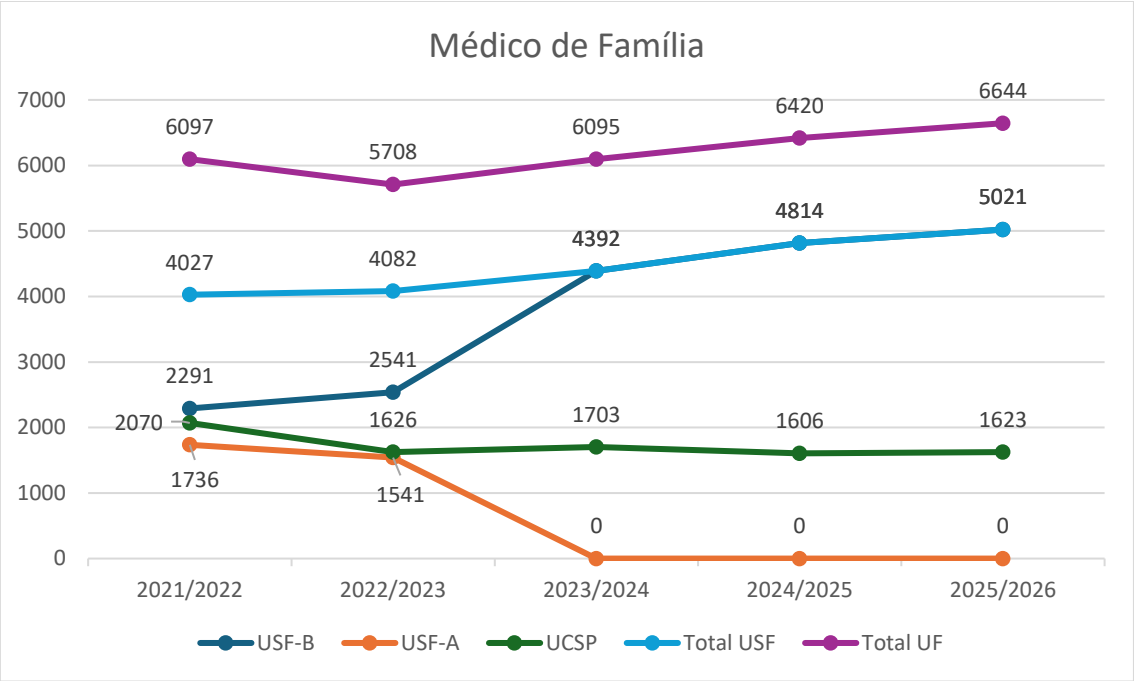


Gráfico 5.8 *– Número de Médicos de Família, no período entre 2021/2022 e 2025/2026, por USF-B, USF-A, UCSP, Total USF e Total UF, por grupo profissional e modelo organizativo (o modelo USF A acabou em 2024).*

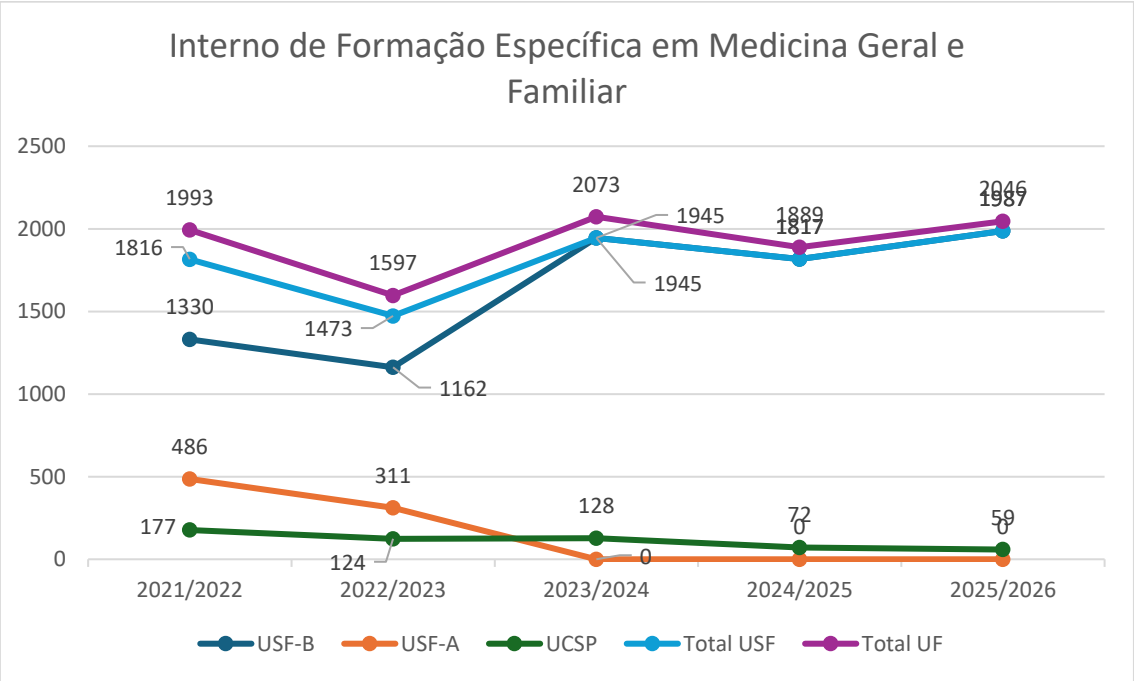


Gráfico 5.9 *– Número de Internos de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, no período entre 2021/2022 e 2025/2026, por USF-B, USF-A, UCSP, Total USF e Total UF, por grupo profissional e modelo organizativo (o modelo USF A acabou em 2024).*

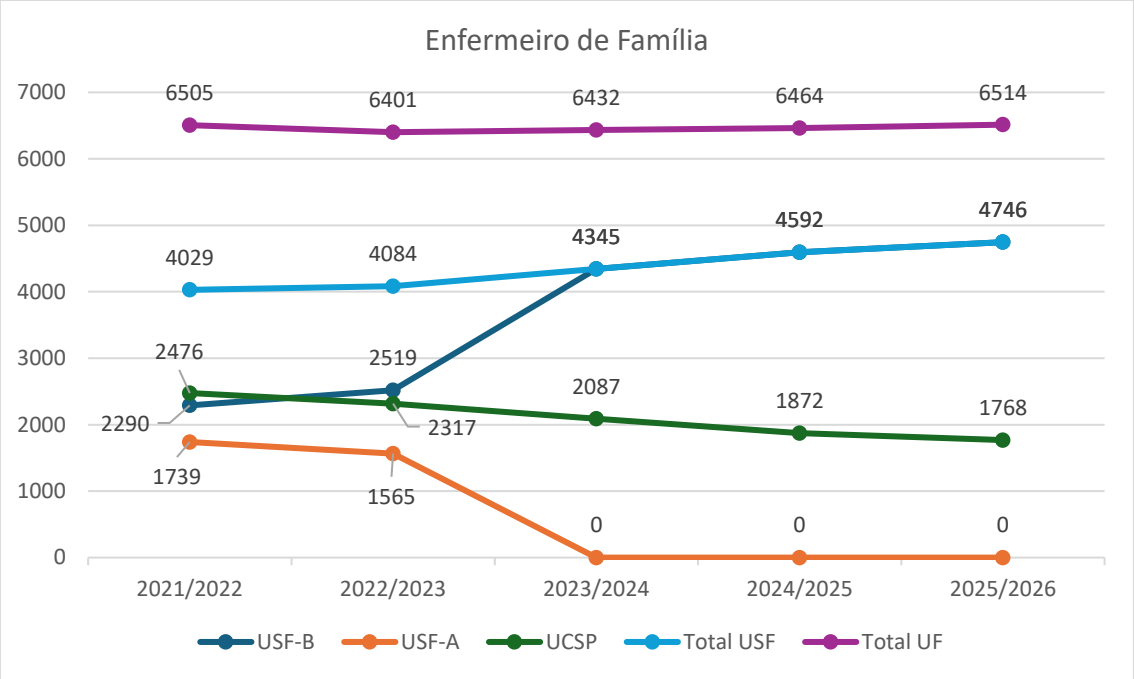


Gráfico 5.10 *– Número de Enfermeiro de Família, no período entre 2021/2022 e 2025/2026, por USF-B, USF-A, UCSP, Total USF e Total UF, por grupo profissional e modelo organizativo* (o modelo USF A acabou em 2024).

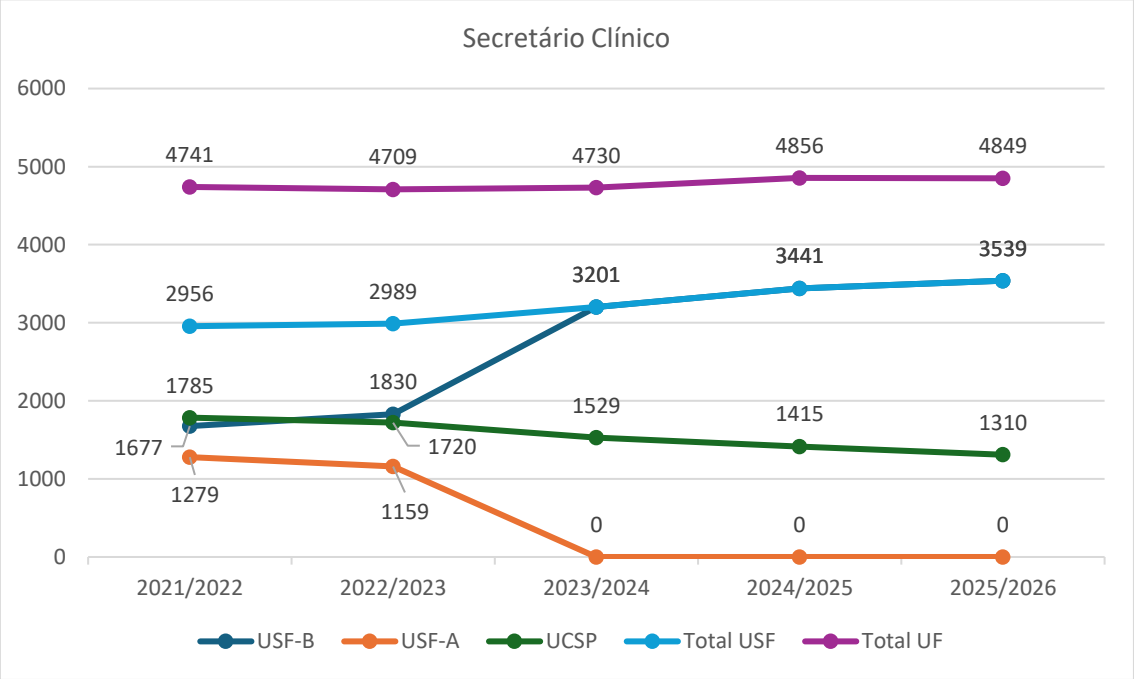


Gráfico 5.11 *– Número de Secretários Clínicos, no período entre 2021/2022 e 2025/2026, por USF-B, USF-A, UCSP, Total USF e Total UF, por grupo profissional e modelo organizativo (o modelo USF A acabou em 2024).*

Equivalente a Tempo Completo (ETC)	ANOS	USF-B	USF-A	UCSP	Total USF	Total UF
Médico de Família	2021/2022	2244	1672	1838	3916	5754
	2022/2023	2499,2	1481,4	1441,7	3980,6	5422,3
	2023/2024	4298,7	0	1460,5	4299	5759
	2024/2025	4686,9	0	1340,4	4686,9	6027,3
	2025/2026	**4886,0**	**0**	**1370,4**	4886,0	6256,3
Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar	2021/2022	1326	485	173	1811	1984
	2022/2023	1161,4	310,3	121,9	1471,7	1593,6
	2023/2024	1931,7	0	118,93	1932	2051
	2024/2025	1928,9	0	74,9	1928,9	2003,8
	2025/2026	**1969,8**	**0**	**55,4**	**1969,8**	**2025,1**
Enfermeiro de Família	2021/2022	2284	1726	2226	4010	6236
	2022/2023	2514,2	1555,4	2146,3	4069,6	6215,9
	2023/2024	4334,3	0	1940,2	4334	6274
	2024/2025	4581,9	0	1749,7	4581,9	6331,6
	2025/2026	**4732,1**	**0**	**1639,2**	**4732,1**	**6371,3**
Secretário Clínico	2021/2022	1669	1261	1707	2930	4637
	2022/2023	1828,3	1159	1720	2987,3	4707,3
	2023/2024	3197,4	0	1484,5	3197	4682
	2024/2025	3436,7	0	1391,3	3436,7	4828
	2025/2026	**3535**	**0**	**1287**	**3535,0**	**4822,0**
Total ETC	2021/2022	7523	5144	5944	12667	18611
	2022/2023	8003,1	4506,1	5429,9	12509,2	17939,1
	2023/2024	13762,1	0	5004,1	13762,1	18766,1
	2024/2025	14634,4	0	4556,2	14634,4	19190,6
	2025/2026	**15122,9**	**0**	**4351,9**	**15122,9**	**19474,7**

Dados obtidos em jul/2026

***Quadro 5.6** – Equivalente a tempo completo por grupo profissional e modelo organizativo entre 2021/2022 e 2025/2026 (o modelo USF A acabou em 2024).*

Quando analisados o número de profissionais de saúde existentes, importa considerar o regime de horário laboral, uma vez que para além do tempo completo está previsto de acordo com a legislação o regime de trabalho a tempo parcial. Assim sendo considerando o Equivalente a Tempo Completo - 15122,9 - verificamos não há praticamente diferenças em relação ao número de profissionais - 15293. Portanto, continua a haver poucos profissionais em tempo parcial e, isso, pode demonstrar

pouca flexibilidade para horários que não o tempo completo. No entanto, este total de 15122,9 equivalentes a tempo completo é o maior número de sempre.

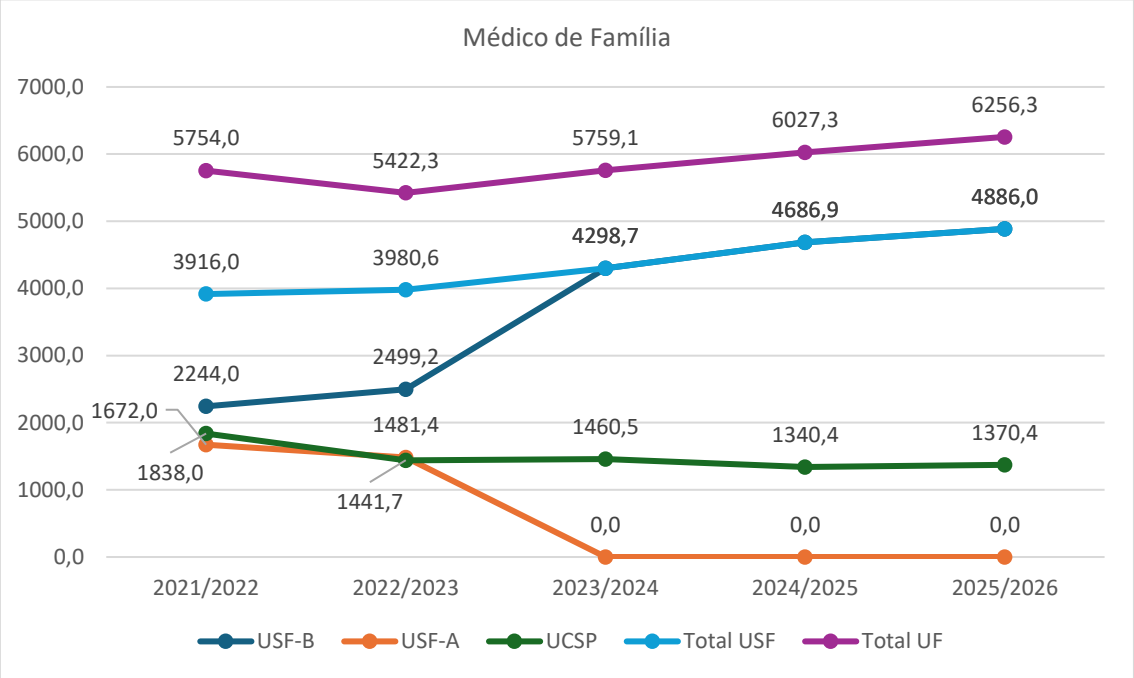


Gráfico 5.12 *– Equivalente a tempo completo por Médico de Família, no período entre 2021/2022 e 2025/2026, por USF-B, USF-A, UCSP, Total USF e Total UF (o modelo USF A acabou em 2024).*

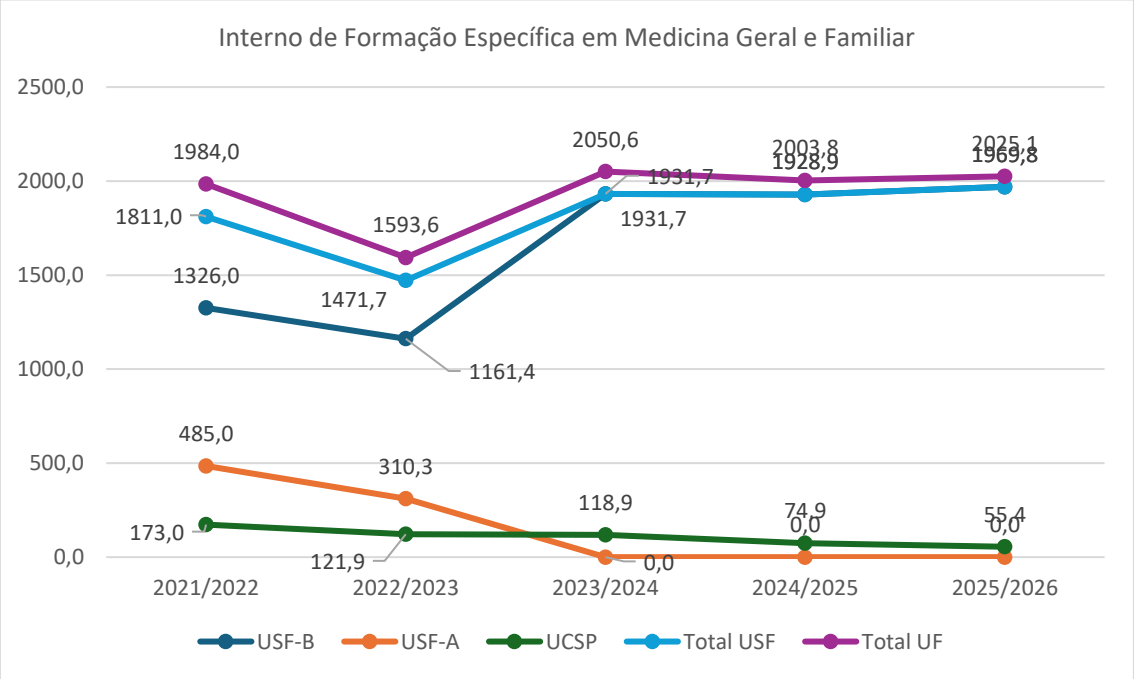


Gráfico 5.13 *– Equivalente a tempo completo de Internos de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, no período entre 2021/2022 e 2025/2026, por USF-B, USF-A, UCSP, Total USF e Total UF (o modelo USF A acabou em 2024).*

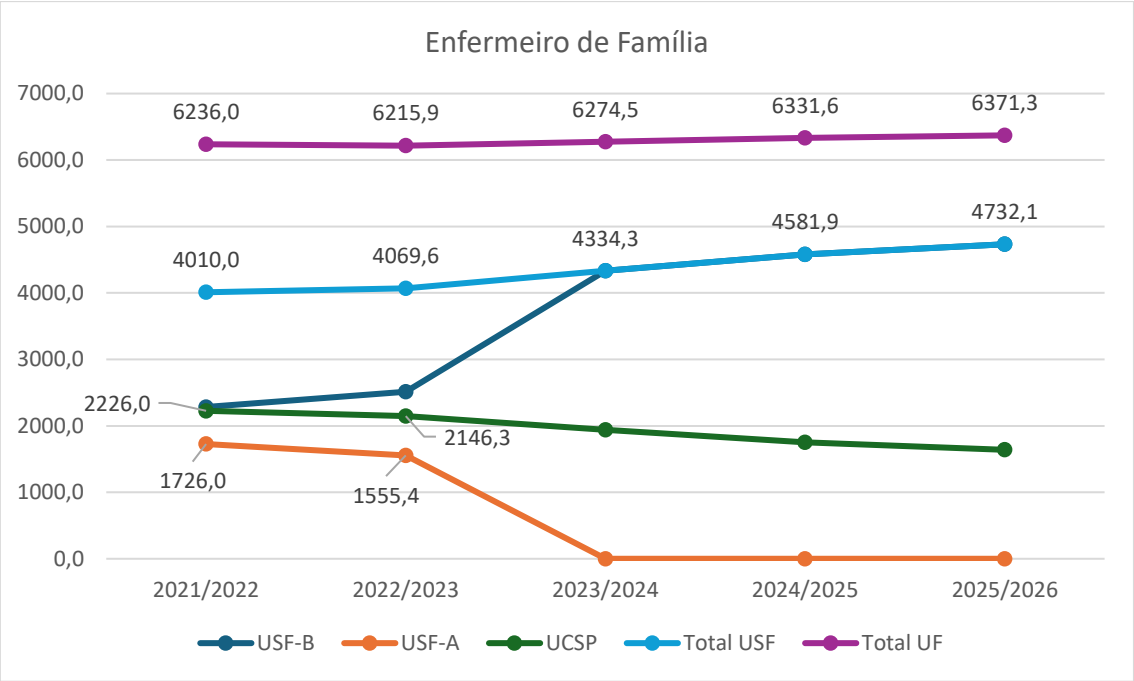


Gráfico 5.14 *– Equivalente a tempo completo por Enfermeiro de Família, no período entre 2021/2022 e 2025/2026, por USF-B, USF-A, UCSP, Total USF e Total UF (o modelo USF A acabou em 2024).*

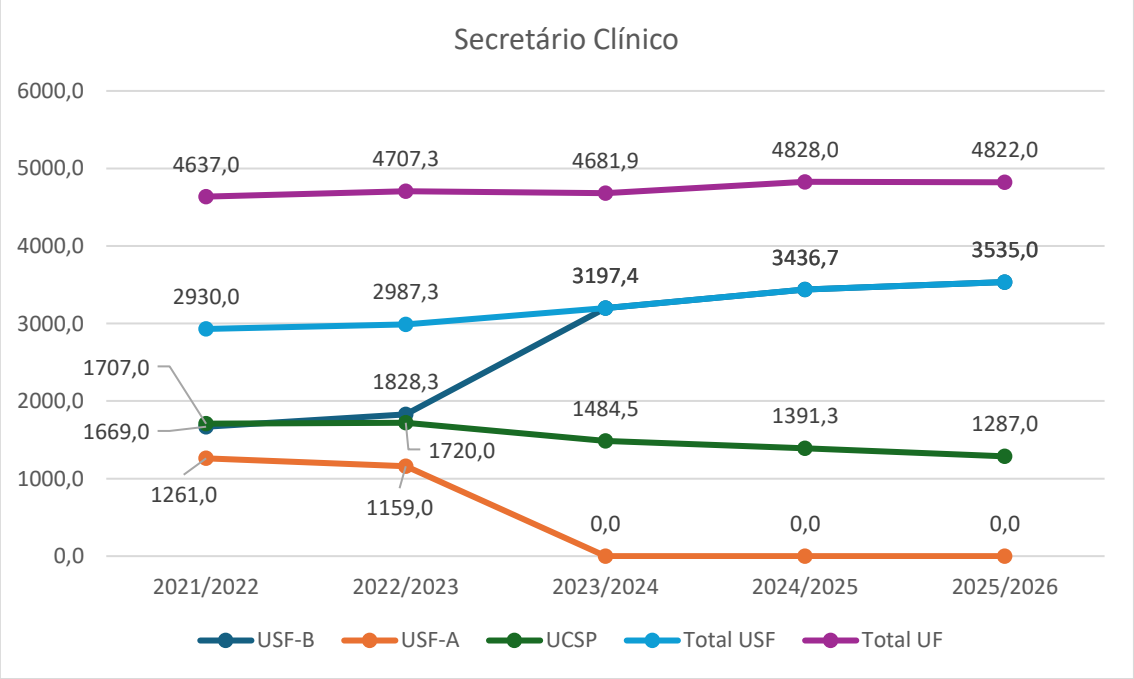


Gráfico 5.15 *– Equivalente a tempo completo por Secretário Clínico, no período entre 2021/2022 e 2025/2026, por USF-B, USF-A, UCSP, Total USF e Total UF* (o modelo USF A acabou em 2024).

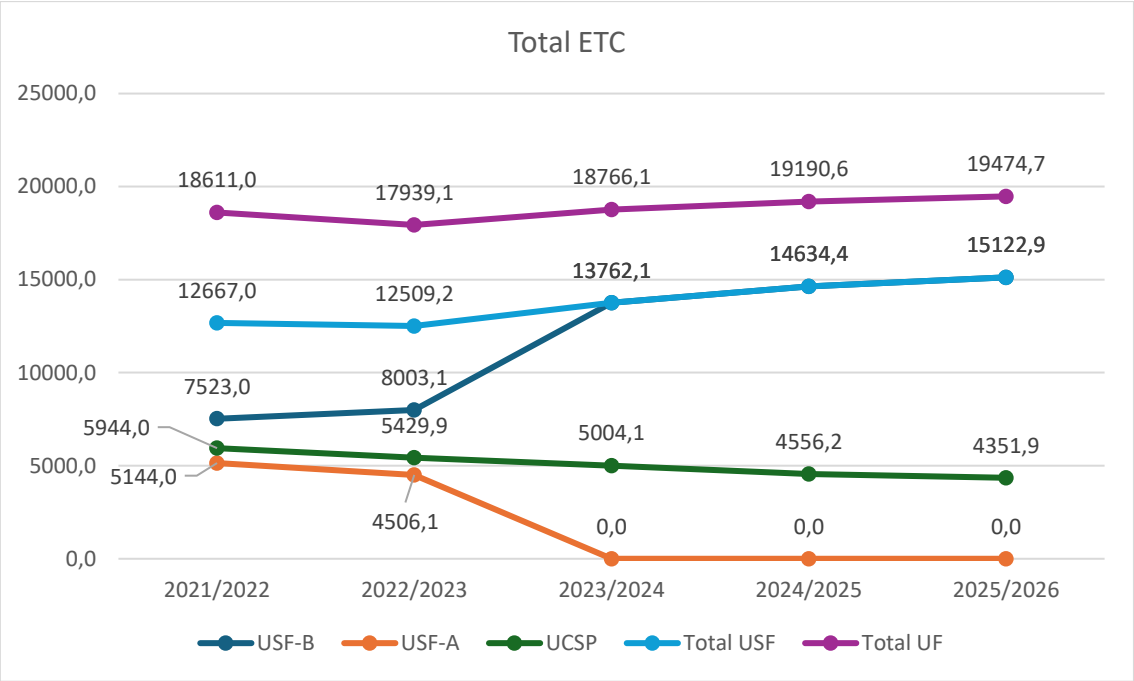


Gráfico 5.16 *– Equivalente a tempo completo por grupo profissional e modelo organizativo, no período entre 2021/2022 e 2025/2026 (o modelo USF A acabou em 2024).*

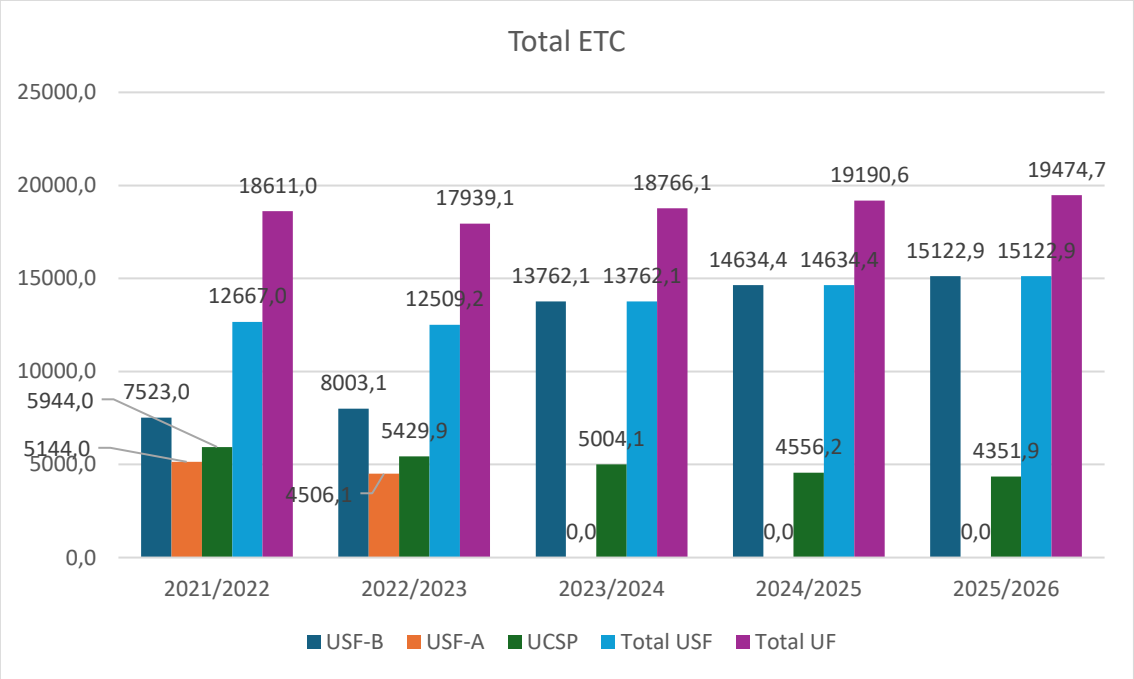


Gráfico 5.17 *– Equivalente a tempo completo por grupo profissional e modelo organizativo, no período entre 2021/2022 e 2025/2026 (o modelo USF A acabou em 2024).*

Tipo de Inscrição	Anos	Número Absoluto				
		USF-B	USF-A	USF	UCSP	TOTAL
Inscritos com Equipa de Saúde Familiar	2021/2022	4 012 850	2 683 247	6 696 097	2 503 701	**9 199 798**
	2022/2023	4 389 563	2 403 795	6 793 358	2 102 906	**8 896 264**
	2023/2024	7 252 797	0	7 252 797	1 592 056	**8 844 853**
	2024/2025	7 790 021	0	7 790 021	1 343 851	**9 133 872**
	2025/2026	**7 949 742**	**0**	**7 949 742**	**1 157 224**	**9 106 966**
Inscritos sem Equipa de Saúde Familiar	2021/2022	57 327	171 798	229 125	933 481	**1 162 606**
	2022/2023	74 808	139 868	214 676	1 239 209	**1 453 885**
	2023/2024	246 064	0	246 064	1 190 270	**1 436 334**
	2024/2025	142 974	0	142 974	1 216 300	**1 359 274**
	2025/2026	**181 444**	**0**	**181 444**	**1 333 064**	**1 514 508**
Inscritos sem Equipa de Saúde Familiar por opção	2021/2022	1 005	4 606	5 611	20 011	**25 622**
	2022/2023	977	1 794	2 771	16 032	**18 803**
	2023/2024	2 677	0	2 677	7 959	**10 636**
	2024/2025	1 170	0	1 170	7 976	**9 146**
	2025/2026	**2 688**	**0**	**2 688**	**7 318**	**10 006**
Inscritos Total	2021/2022	4 071 182	2 859 651	6 930 833	3 457 193	**10 388 026**
	2022/2023	4 465 348	2 545 457	7 010 805	3 358 147	**10 368 952**
	2023/2024	7 501 538	0	7 501 538	2 790 285	**10 291 823**
	2024/2025	7 934 165	0	7 934 165	2 568 127	**10 502 292**
	2025/2026	**8 133 874**	**0**	**8 133 874**	**2 497 606**	**10 631 480**

Quadro 5.7 – *Tipo de Inscrição (com Equipa de Saúde Familiar, sem Equipa de Saúde Familiar e sem Equipa de Saúde Familiar por opção) por modelo organizativo entre 2021/2022 e 2025/2026 (número absoluto) (o modelo USF A acabou em 2024).*

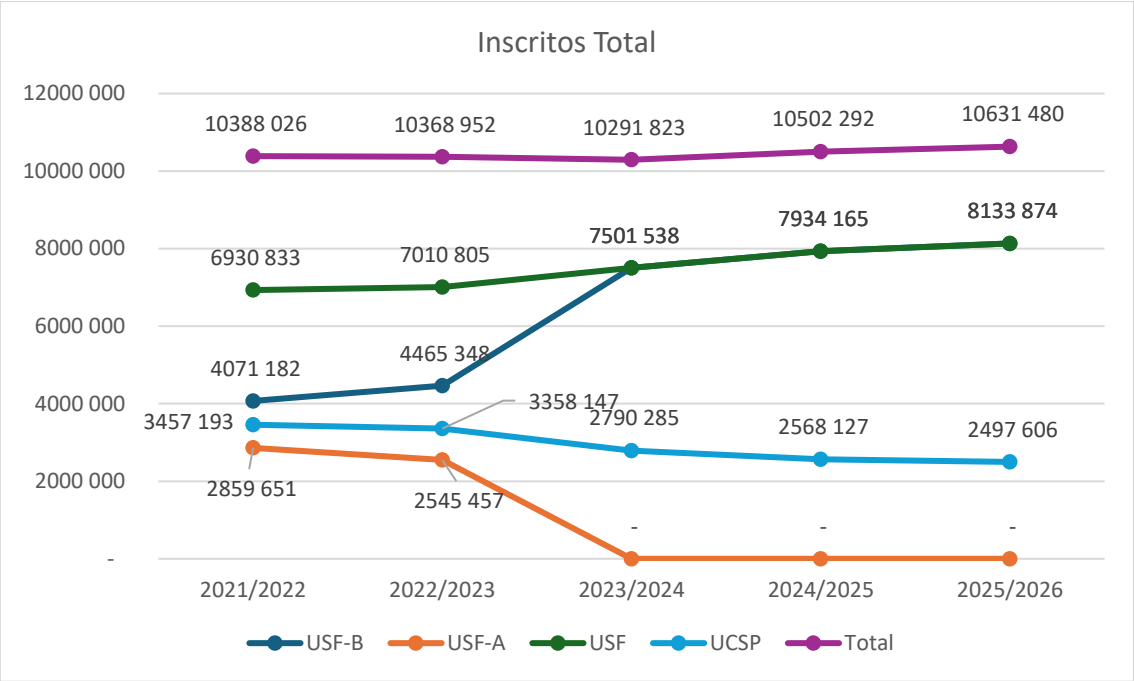


Gráfico 5.18 *– Percentagem de Inscritos total, nos períodos entre 2021/2022 e 2025/2026 (o modelo USF A acabou em 2024).*

Tipo de Inscrição	Anos	%			
		USF-B	**USF-A**	**USF**	**UCSP**
Inscritos com Equipa de Saúde Familiar	2021/2022	43,6	29,2	**72,8**	27,2
	2022/2023	49,3	27	**76,4**	23,6
	2023/2024	82	0	**82**	18
	2024/2025	85,3	0	**85,3**	14,7
	2025/2026	87,3	0	**87,3**	12,7
Inscritos sem Equipa de Saúde Familiar	2021/2022	4,9	14,8	**19,7**	80,3
	2022/2023	5,1	9,6	**14,8**	85,2
	2023/2024	17,1	0	**17,1**	82,9
	2024/2025	10,5	0	**10,5**	89,5
	2025/2026	12,0	0	**12,0**	88,0
Inscritos sem Equipa de Saúde Familiar por opção	2021/2022	3,9	18	**21,9**	78,1
	2022/2023	5,2	9,5	**14,7**	85,3
	2023/2024	25,2	0	**25,2**	74,8
	2024/2025	12,8	0	**12,8**	87,2
	2025/2026	26,9	0	**26,9**	73,1
Inscritos Total	2021/2022	39,2	27,5	**66,7**	33,3
	2022/2023	43,1	24,5	**67,6**	32,4
	2023/2024	72,9	0	**72,9**	27,1
	2024/2025	75,5	0	**75,5**	24,5
	2025/2026	76,5	0	**76,5**	23,5

Quadro 5.8 – *Tipo de Inscrição (com Equipa de Saúde Familiar, sem Equipa de Saúde Familiar e sem Equipa de Saúde Familiar por opção) por modelo organizativo (por percentagem), entre 2021/2022 e 2025/2026 (o modelo USF A acabou em 2024). As percentagens são em relação aos inscritos em USF ou em UCSP e não ao total de inscritos em cada tipologia de unidades.*

Verifica-se que há muito mais população inscrita em USF B e de um modo mais marcado a partir de 2024: mais 1 203 041 pessoas inscritas em USF desde 2022. Em termos comparativos com as UCSP (o modelo anterior às USF e ainda em vigor), nas USF estão 87,3% dos inscritos com equipa de saúde familiar (72,8% em 2022) (ver quadro 5.8). É de realçar que cerca de 12,0% dos utentes sem equipa de saúde familiar estão em USF.

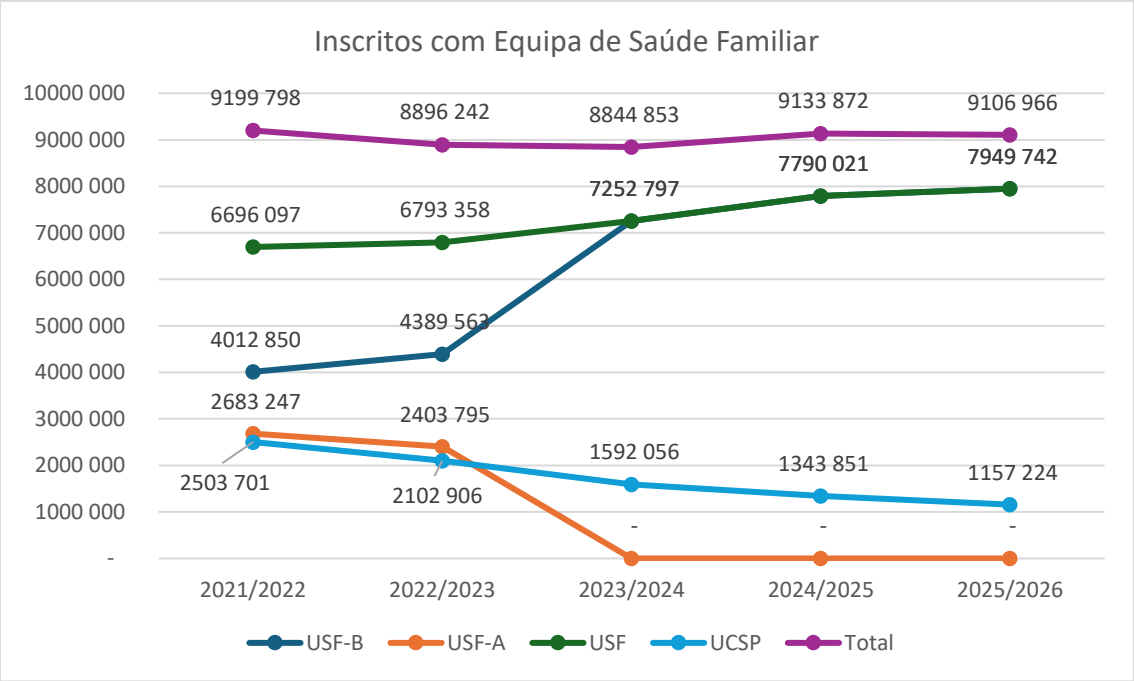


Gráfico 5.19 *– Percentagem de Inscritos com Equipa de Saúde Familiar, nos períodos entre 2021/2022 e 2025/2026 (o modelo USF A acabou em 2024).*

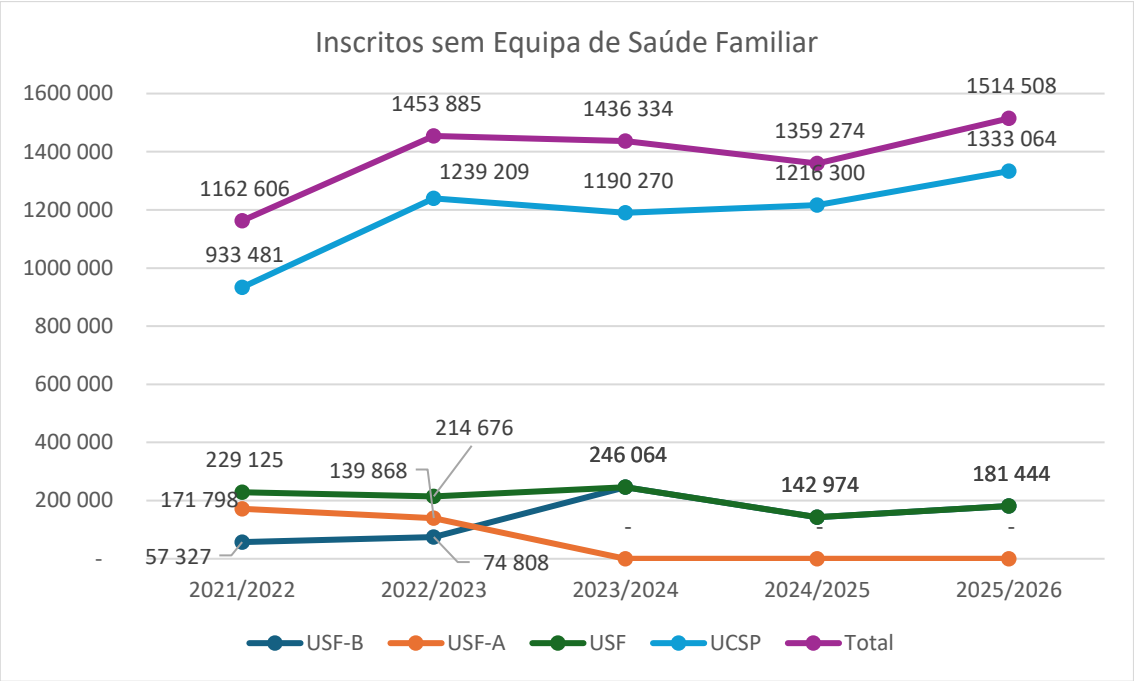


Gráfico 5.20 *– Percentagem de Inscritos sem Equipa de Saúde Familiar, nos períodos entre 2021/2022 e 2025/2026 (o modelo USF A acabou em 2024).*

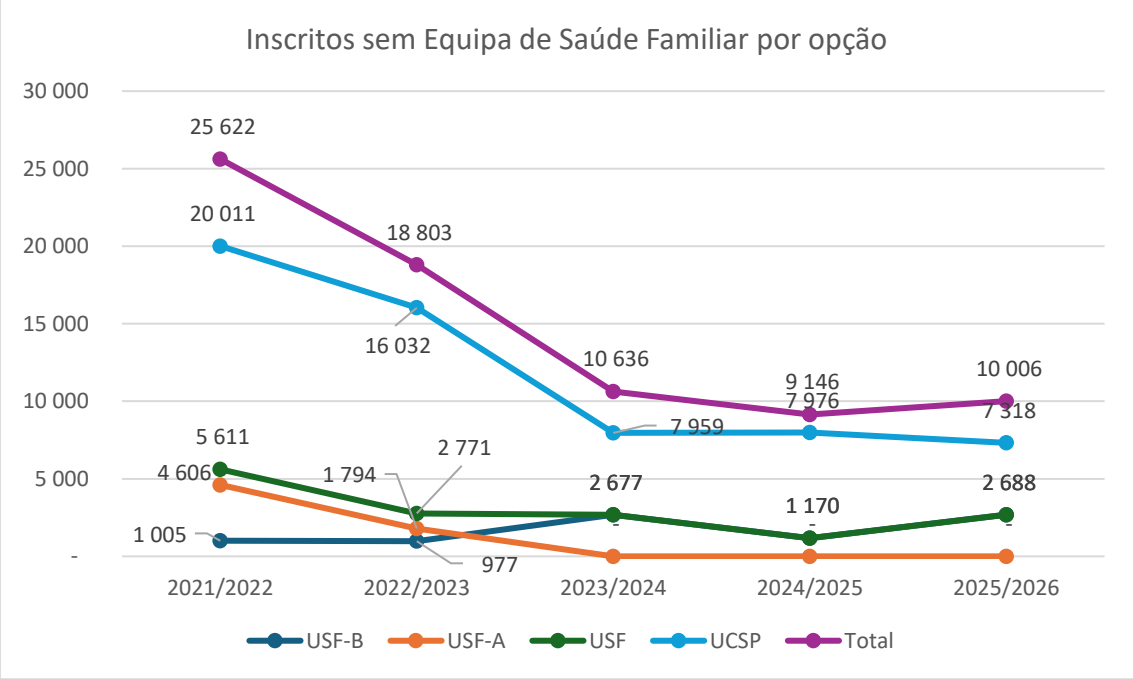


Gráfico 5.21 *– Percentagem de Inscritos sem Equipa de Saúde Familiar por opção. nos períodos entre 2021/2022 e 2025/2026 (o modelo USF A acabou em 2024).*

8. NOTA METODOLÓGICA

As próximas secções seguem, em traços gerais, a organização do questionário, mas no que se refere aos quadros de resultados nem sempre isso acontece, tendo-se privilegiado uma sequência mais lógica. Os quadros têm uma numeração por secção e podem existir vários relativos à mesma questão, mas organizados por categorias diferentes identificadas entre parenteses do seguinte modo:

- quadros gerais de todos os respondentes para o estudo atual - (Geral);
- quadros comparativos com os estudos anteriores – (Comparativo com anos anteriores);
- quadros comparativos por ULS – (Comparativo por ULS)

Quando aparece o símbolo N – quer dizer que não existem resultados para essa célula nas respostas obtidas.

Este ano, vão existir relatórios por cada ULS, com os dados mais importante para uma análise da ULS, independentes deste relatório geral e um que agrega todos os relatórios por ULS.

O questionário que foi utilizado encontra-se neste link:
https://drive.google.com/file/d/1axtlVGNubXiCM7Xc04I0U8_-ujJbL9by/view?usp=sharing

Os números das questões no questionário nem sempre correspondem aos capítulos deste relatório.

Aqui pode ter acesso a um site sobre os resultados do estudo desde o início de um modo interativo
https://momentoatual.usf-an.pt/
E aqui a uma apresentação do estudo
https://momentoatual.usf-an.pt/apresentacao/#1

9. RESULTADOS DO ESTUDO

A. Satisfação com a reforma dos CSP

A avaliação do momento atual das USF deve ser entendida à luz do contexto político e de organização dos cuidados de saúde em que se está.

À data desta edição, agosto de 2026, Portugal encontra-se sob o XXV Governo Constitucional, liderado por Luís Montenegro, com Ana Paula Martins a manter-se como Ministra da Saúde após a tomada de posse de 5 de junho de 2025, após também ter ocupado esta pasta por um ano no governo anterior. A continuidade política e ministerial trouxe estabilidade formal à tutela, mas ainda não se traduziu numa recuperação da confiança dos coordenadores das USF: 71,3% avaliam negativamente o Ministério da Saúde e apenas 7,4% se declaram satisfeitos ou muito satisfeitos. Este contraste reforça a perceção de distância entre a orientação central e as necessidades das equipas no terreno.

Na Direção Executiva do SNS, Álvaro Almeida mantém-se como Diretor Executivo, permitindo ultrapassar a sucessão de três lideranças em menos de três anos. A estabilização orgânica e a atividade de proximidade desenvolvida durante 2026 ainda não se refletem, contudo, na avaliação dos coordenadores: 69,1% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a DE-SNS e apenas 5,3% satisfeitos ou muito satisfeitos. Os resultados indicam que a consolidação institucional terá de ser acompanhada por respostas mais visíveis e efetivas para os cuidados de saúde primários.

A Equipa Nacional de Apoio à implementação e desenvolvimento das USF B tornou-se operacional, com coordenação designada e uma missão formal de apoio às equipas e às ULS. Prosseguiu a generalização do modelo B e, em agosto de 2026, iniciou-se também a concretização do modelo C. Estes avanços organizativos coexistem, porém, com dificuldades persistentes: a interoperabilidade informática, a referenciação hospitalar, a priorização dos CSP e a dimensão das listas de utentes continuam entre os cinco problemas mais valorizados pelas equipas.

Consolidou-se igualmente o modelo das Unidades Locais de Saúde, que passou a enquadrar de forma generalizada a gestão dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários. A integração assistencial continua, no entanto, desigual. Os dados desta edição mostram uma avaliação globalmente positiva das ULS e, sobretudo, das estruturas mais próximas dos CSP - Diretores Clínicos e respetivos adjuntos -, enquanto os órgãos centrais e algumas estruturas de gestão permanecem pior avaliados. Esta diferença sugere que a proximidade, a dedicação aos CSP e a capacidade de resposta operacional são determinantes para a confiança das equipas.

Os problemas priorizados pelos coordenadores, analisados na secção B, ajudam a interpretar este padrão. A interoperabilidade informática, a referenciação hospitalar, a priorização dos CSP, a dimensão das listas de utentes, a conciliação entre a atividade profissional e a vida pessoal e familiar e as matérias de contratualização e autonomia dependem, em larga medida, de decisões sistémicas. A sua persistência é coerente com a avaliação crítica do Ministério da Saúde e da DE-SNS; em contraste, a apreciação mais favorável das ULS e, sobretudo, dos Diretores Clínicos para os CSP e dos respetivos adjuntos sugere maior confiança nas estruturas próximas das equipas e especificamente dedicadas aos CSP.

Este enquadramento político e organizacional condiciona as perceções recolhidas em 2025/2026. O padrão global é evidente: as equipas reconhecem o valor da própria USF e das lideranças próximas, mas mantêm uma avaliação crítica das estruturas centrais e das respostas que dependem de decisões sistémicas.

Relatório Analítico da Evolução das Percepções sobre as Estruturas dos CSP e do SNS (2025/2026)

Para avaliar esta dimensão, pediu-se aos coordenadores que classificassem, numa escala de cinco níveis - de muito insatisfeito a muito satisfeito -, o momento atual da Reforma dos CSP, a atividade da própria USF e a atuação das estruturas envolvidas. Os resultados de 2025/2026 são apresentados primeiro e comparados depois com as edições anteriores.

1. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Atividade das USF.

A1 - Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma: (%) (Geral)

2025/26	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Momento atual da Reforma dos CSP	9,5	37,3	27,3	24,1	1,9
Modo como decorreu a atividade da sua USF até agora	2,6	10,5	12	52,9	22

Em 2025/2026, a perceção do momento atual da Reforma dos CSP interrompeu a curva de melhoria observada desde 2022. Em relação ao ano anterior, a insatisfação (insatisfeitos + muito insatisfeitos) subiu de 43,6% para 46,8%, enquanto a satisfação (satisfeitos + muito satisfeitos) desceu de 32,0% para 26,0%. As respostas neutras aumentaram de 24,4% para 27,3%. Nos extremos, os muito insatisfeitos passaram de 7,6% para 9,5% e os muito satisfeitos de 2,1% para 1,9%. Apesar de a avaliação continuar bastante menos negativa do que em 2022/2023, quando a insatisfação atingiu 80,6%, o saldo permanece claramente desfavorável (-20,8 pontos percentuais).

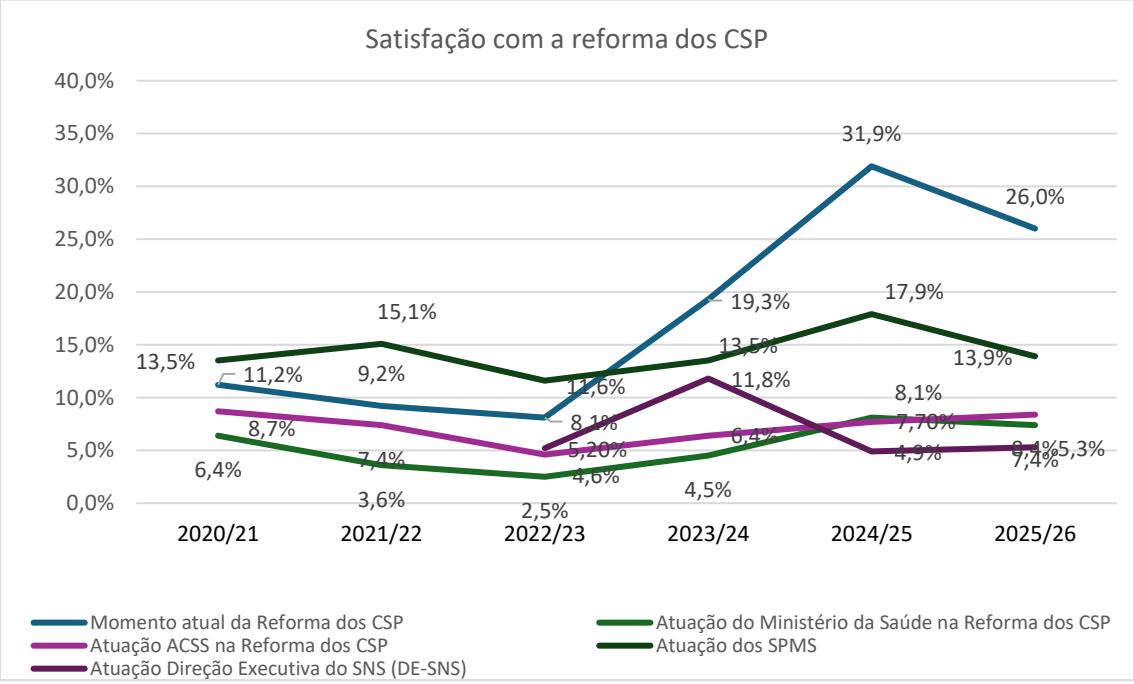


***Gráfico** - Satisfação com a reforma dos CSP*

A avaliação da atividade da própria USF continua a ser uma das mais positivas de todo o estudo, embora também tenha recuado. A satisfação desceu de 80,6% para 74,9% e a insatisfação aumentou de 8,4% para 13,1%; 12,0% dos respondentes adotaram uma posição neutra. Os muito satisfeitos passaram de 25,3% para 22,0% e os muito insatisfeitos de 1,3% para 2,6%. Ainda assim, o saldo de +61,8 pontos percentuais confirma a USF como principal âncora de confiança dos profissionais dentro da reforma.

A1 - Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma ao longo do tempo: (%) (Comparativo com anos anteriores)

Momento atual da Reforma dos CSP:

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	5,8	21,7	31,3	17,6	7,6	9,5
Insatisfeito	24	51,1	49,3	41,8	36	37,3
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	18,3	16,1	11,4	21,3	24,4	27,3
Satisfeito	47,1	10,7	7,5	17,4	29,9	24,1
Muito satisfeito	4,8	0,5	0,6	1,8	2,1	1,9

Modo como decorreu a atividade da sua USF:

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	1,9	8	3,5	2,4	1,3	2,6
Insatisfeito	3,9	36,1	15,3	10,5	7,1	10,5
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	6,8	11,5	12,8	16,2	11	12
Satisfeito	56,3	33,4	48,6	50,2	55,3	52,9
Muito satisfeito	31,1	11	19,8	20,6	25,3	22

2. Estruturas Centrais

A1 - Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma: (%) (Geral)

2025/26	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Ministério da Saúde na Reforma dos CSP	30,4	40,9	21,3	6,7	0,7
Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) na Reforma dos CSP	24,6	41,7	25,3	7,8	0,6
Direção Executiva do SNS (DE-SNS)	28,3	40,8	25,7	4,7	0,6
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)	32,9	32,7	20,5	12,8	1,1
Direção-Geral da Saúde (DGS)	11,9	18,4	43,2	24,2	2,2

O retrato das estruturas centrais do SNS agravou-se em 2025/2026 e permanece globalmente desfavorável:

- Ministério da Saúde: a insatisfação aumentou de 67,6% para 71,3% e a satisfação desceu de 9,6% para 7,4%. É a estrutura central com maior insatisfação e apresenta um saldo de -63,9 pontos percentuais;
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS): a insatisfação subiu de 57,2% para 66,3%, enquanto a satisfação passou apenas de 7,7% para 8,4%. A diminuição das respostas neutras traduziu-se sobretudo numa deslocação para avaliações negativas;
- Direção Executiva do SNS: a insatisfação aumentou de 66,4% para 69,1% e a satisfação manteve-se residual (5,3%). A estabilização da liderança ainda não produziu uma recuperação percetível da confiança;
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS): registaram a deterioração anual mais marcada, com a insatisfação a subir de 55,2% para 65,6% e a satisfação a descer

de 17,9% para 13,9%. O resultado é coerente com a centralidade dos problemas de interoperabilidade e sistemas de informação identificados na secção de necessidades-secção B;

- Direção-Geral da Saúde (DGS): apresenta o perfil central menos negativo, embora ambivalente. A insatisfação é de 30,3%, a satisfação de 26,4% e 43,2% mantêm uma posição neutra. Face ao ano anterior, aumentaram simultaneamente as avaliações negativas e positivas, reduzindo-se a neutralidade.

Em síntese, nenhuma estrutura central alcança um saldo positivo. A DGS aproxima-se do equilíbrio, mas Ministério da Saúde, DE-SNS, ACSS e SPMS concentram níveis de insatisfação entre 65,6% e 71,3%, confirmando uma perceção persistente de distância e baixa efetividade junto das USF.

Ministério da Saúde na Reforma dos CSP:

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	11,7	32,1	58,7	26,9	24,7	30,4
Insatisfeito	38,8	48	33	42,4	42,9	40,9
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	25,2	13,5	5,8	21,4	22,8	21,3
Satisfeito	23,3	6,1	1,9	8	8,7	6,7
Muito satisfeito	1,0	0,2	0,6	1,2	0,9	0,7

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) na Reforma dos CSP:

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	-	28,2	40,5	21,6	18,6	24,6
Insatisfeito	-	42,1	36,4	40,5	38,6	41,7
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	21	18,5	31,6	35	25,3
Satisfeito	-	8,4	3,7	6,2	7,3	7,8
Muito satisfeito	-	0,2	0,8	0,2	0,4	0,6

Direção Executiva do SNS (DE-SNS)

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	-	-	38,6	25,1	23,4	28,3
Insatisfeito	-	-	31,4	35,6	43	40,8
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	24,7	27,5	28,7	25,7
Satisfeito	-	-	3,8	10,6	4,8	4,7
Muito satisfeito	-	-	1,5	1,2	0,2	0,6

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	-	26,1	36,5	26	20,7	32,9
Insatisfeito	-	36,7	32,8	32,5	34,5	32,7
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	23,6	19,1	28	26,9	20,5
Satisfeito	-	13,3	10,6	13,3	17,2	12,8
Muito satisfeito	-	0,2	1	0,2	0,7	1,1

3. Estruturas Locais: ULS e Lideranças Intermédias.

A1 - Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma: (%) (Geral)

2025/26	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
ULS a que pertence a minha USF	10,9	23,5	23,1	35,1	7,4
Conselho de Administração da ULS a que pertence a minha USF	11,5	22,6	27,8	29,9	8,2
Diretor(a) Clínico/a para os Cuidados de Saúde Primários da ULS a que pertence a minha USF	6,2	10,3	16,5	30,5	36,5
Adjuntos do Diretor Clínico dos CSP	4,2	6,6	24,1	36,9	28,2
Enfermeiro(a) Diretor(a) da ULS a que pertence a minha USF	12,8	16,4	39,7	22,2	8,9
Comissão Clínica e de Saúde da ULS	5,8	8,8	49,2	25,6	10,6
Unidade(s) de Gestão da ULS	7,3	15,3	36,1	29,9	11,4

Conselho de Administração da ULS a que pertence a minha USF:

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	12,5	20,4	24,1	18,6	10,9	11,5
Insatisfeito	39,4	39,6	37,6	26,5	18,2	22,6
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	20,2	25,8	26,3	29,6	33,1	27,8
Satisfeito	26,9	13,3	10,8	20,8	30,5	29,9
Muito satisfeito	1,0	1	1,2	4,5	7,3	8,2

Diretor(a) Clínico/a para os Cuidados de Saúde Primários da ULS a que pertence a minha USF:

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	-	-	-	12,3	9,4	6,2
Insatisfeito	-	-	-	17,6	13,5	10,3
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	22,7	17,4	16,5
Satisfeito	-	-	-	29,7	34,4	30,5
Muito satisfeito	-	-	-	17,6	25,4	36,5

Adjuntos do Diretor Clínico dos CSP:

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	-	-	-	-	4,9	4,2
Insatisfeito	-	-	-	-	8,1	6,6
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	-	25,6	24,1
Satisfeito	-	-	-	-	35	36,9
Muito satisfeito	-	-	-	-	26,4	28,2

Enfermeiro(a) Diretor(a) da ULS a que pertence a minha USF:

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	-	-	-	12,5	8,3	12,8
Insatisfeito	-	-	-	16,7	14,8	16,4
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	43,8	39,8	39,7
Satisfeito	-	-	-	20,9	27,4	22,2
Muito satisfeito	-	-	-	6,1	9,7	8,9

Comissão Clínica e de Saúde da ULS:

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	-	-	-	-	5,9	5,8
Insatisfeito	-	-	-	-	9,5	8,8
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	-	47,2	49,2
Satisfeito	-	-	-	-	29,2	25,6
Muito satisfeito	-	-	-	-	8,1	10,6

Unidade(s) de Gestão da ULS:

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	-	-	-	-	8,3	7,3
Insatisfeito	-	-	-	-	15	15,3
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	-	42,1	36,1
Satisfeito	-	-	-	-	27,8	29,9
Muito satisfeito	-	-	-	-	6,8	11,4

ULS a que pertence a minha USF:

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	-	-	-	21,2	11,2	10,9
Insatisfeito	-	-	-	28,7	22	23,5
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	27,3	25,6	23,1
Satisfeito	-	-	-	18,9	34,5	35,1
Muito satisfeito	-	-	-	3,9	6,7	7,4

O quadro das estruturas locais permanece **mais favorável do que o das estruturas centrais**, embora a evolução seja desigual:

- **ULS em termos globais**: a satisfação aumentou ligeiramente de 41,2% para 42,5% e a insatisfação também subiu, de 33,2% para 34,4%, por redução das respostas neutras. O saldo mantém-se positivo (+8,1 pontos percentuais), mas sem a melhoria expressiva verificada na edição anterior;

- **Conselhos de Administração das ULS**: a satisfação estabilizou (37,8% para 38,1%), mas a insatisfação aumentou de 29,1% para 34,1%. O saldo continua positivo, embora reduzido a 4,0 pontos percentuais;

- **Diretores Clínicos para os CSP**: reforçam claramente a avaliação positiva, com a satisfação a subir de 59,8% para 67,0% e a insatisfação a cair de 22,9% para 16,5%. São a estrutura institucional mais bem avaliada do estudo, depois da própria atividade das USF;

- **Adjuntos dos Diretores Clínicos dos CSP**: consolidam-se entre as estruturas mais valorizadas, com 65,1% de satisfação e apenas 10,8% de insatisfação. Face ao ano anterior, a satisfação aumentou 3,7 pontos e a insatisfação diminuiu 2,2 pontos, reforçando a importância de lideranças dedicadas e próximas das equipas;

- **Enfermeiros Diretores**: registam uma evolução desfavorável, com a satisfação a descer de 37,1% para 31,1% e a insatisfação a subir de 23,1% para 29,2%. O saldo permanece ligeiramente positivo, mas muito próximo do equilíbrio;

- **Comissões Clínicas e de Saúde**: mantêm um perfil de aceitação moderada, com 36,2% de satisfação, 14,6% de insatisfação e quase metade das respostas neutras (49,2%). Unidades de Gestão: melhoram de forma mais nítida, com a satisfação a subir de 34,6% para 41,3% e a insatisfação a descer ligeiramente para 22,6%;

O padrão local confirma que a avaliação melhora quando existe **dedicação específica aos CSP e proximidade às equipas**. Diretores Clínicos, adjuntos e Unidades de Gestão apresentam os melhores progressos; em contraste, os Conselhos de Administração e os Enfermeiros Diretores exigem atenção para evitar perda de confiança.

4. Outras Estruturas

A1 - Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma: (%) (Geral)

2025/2026	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
SNS24	20,8	33,8	27,1	16,1	2,2
Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)	2,3	3,1	32,0	40,9	21,6
Poder Local (municípios e freguesias)	12,7	25,1	25,1	26,6	10,5

- A USF-AN mantém uma avaliação muito favorável e melhora o saldo: 62,5% dos coordenadores estão satisfeitos ou muito satisfeitos e 5,4% insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Face a 2024/2025, a satisfação aumentou 1,2 pontos percentuais e a insatisfação diminuiu 1,7 pontos, preservando a associação como uma das entidades mais valorizadas do estudo; de destacar que é a estrutura com menor insatisfação (5,4%) e a segunda com maior saldo positivo entre satisfação e insatisfação (57,1%, sendo que a primeira é a própria USF do coordenador);
- O Poder Local aproxima-se do equilíbrio, mas com ligeira deterioração: a satisfação desceu de 38,6% para 37,1% e a insatisfação subiu de 34,1% para 37,8%. O saldo

tornou-se marginalmente negativo (-0,7 pontos percentuais), evidenciando experiências territoriais muito distintas;

- O SNS24 melhora face à edição anterior, mas mantém uma avaliação desfavorável. A insatisfação recuou de 60,8% para 54,6% e a satisfação subiu de 17,1% para 18,3%; 27,1% adotaram uma posição neutra. Continua, ainda assim, entre as estruturas com maior saldo negativo (-36,3 pontos percentuais).

SNS24:

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	-	19,3	23	18	21,1	20,8
Insatisfeito	-	33	30,7	31,3	39,7	33,8
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	25,4	28,4	31,3	22	27,1
Satisfeito	-	20	17,2	18,2	16,4	16,1
Muito satisfeito	-	2,2	0,6	1,2	0,7	2,2

Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN):

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	1,0	3,4	2	1,1	1,9	2,3
Insatisfeito	5,2	9,7	5,4	2,5	5,2	3,1
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	33	53	30,9	31,1	31,7	32
Satisfeito	43,3	27,9	44,1	43,3	43,8	40,9
Muito satisfeito	17,5	6	17,6	22	17,5	21,6

Poder Local (municípios e freguesias):

	2010/11	2020/21	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	-	6,3	9	12,9	11,4	12,7
Insatisfeito	-	17,5	15,6	19,5	22,7	25,1
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	39,1	45,8	34	27,4	25,1
Satisfeito	-	25,6	24,2	28	29,9	26,6
Muito satisfeito	-	11,4	5,4	5,6	8,7	10,5

Conclusões Globais

- **A avaliação do momento atual da Reforma dos CSP** voltou a deteriorar-se: 46,8% de insatisfação contra 26,0% de satisfação, embora se mantenha muito menos negativa do que em 2022/2023.
- **A atividade da própria USF continua a ser o principal foco de confiança**: 74,9% de satisfação e um saldo positivo de 61,8 pontos percentuais, apesar do recuo face ao ano anterior.
- **As estruturas centrais permanecem fortemente desvalorizadas**. Ministério da Saúde, DE-SNS, ACSS e SPMS apresentam entre 65,6% e 71,3% de insatisfação; a DGS é a única estrutura central próxima do equilíbrio.
- **Nas estruturas locais, os resultados são mais favoráveis, mas heterogéneos**. Diretores Clínicos dos CSP (67,0%) e respetivos adjuntos (65,1%) alcançam níveis elevados de satisfação, enquanto Conselhos de Administração e Enfermeiros Diretores perdem terreno.
- **A USF-AN mantém um saldo muito positivo** (57,1 pontos percentuais, o segundo maior de todas as estruturas avaliadas, a seguir à própria USF do coordenador). O Poder Local fica praticamente em equilíbrio e o SNS24 melhora, embora continue com uma avaliação globalmente negativa.

Os resultados evidenciam uma diferença consistente entre níveis de decisão: as estruturas mais próximas das USF e com responsabilidade específica pelos CSP - Diretores Clínicos e respetivos adjuntos - obtêm avaliações claramente mais favoráveis do que os organismos centrais. Esta associação não prova causalidade, mas sugere que o conhecimento do terreno, a dedicação aos CSP e a capacidade de resposta influenciam a confiança dos coordenadores.

Os níveis de satisfação mais elevados registam-se na **atividade da própria USF** (74,9%), nos **Diretores Clínicos dos CSP** (67,0%), nos **seus adjuntos** (65,1%), na **USF-AN** (62,5%), **nas ULS** (42,5%) e nas **Unidades de Gestão** (41,3%).

No sentido inverso, os **maiores níveis de insatisfação** correspondem ao **Ministério da Saúde** (71,3%), à **DE-SNS** (69,1%), à **ACSS** (66,3%), aos **SPMS** (65,6%), ao **SNS24** (54,6%) e ao **momento atual da Reforma dos CSP** (46,8%).

As menores taxas de muita insatisfação (eventualmente, um dos indicadores mais importantes porque representa que a estrutura está alinhada com as expectativas das pessoas que estão a fazer a avaliação) verificam-se na **USF-AN** (2,3%), na **atividade da própria USF** (2,6%), nos **adjuntos dos Diretores Clínicos** (4,2%), nas **Comissões Clínicas e de Saúde** (5,8%) e nos **Diretores Clínicos dos CSP** (6,2%).

Apresentam **diferencial positivo entre satisfação e insatisfação**: **atividade da própria USF** (+61,8 pontos percentuais), **USF-AN** (+57,1), **adjuntos dos Diretores Clínicos** (+54,3), **Diretores Clínicos dos CSP** (+50,5), **Comissões Clínicas e de Saúde** (+21,6), **Unidades de Gestão** (+18,7), **ULS** (+8,1), **Conselhos de Administração** (+4,0) e **Enfermeiros Diretores** (+1,9).

Os resultados dos Diretores Clínicos para os CSP e dos respetivos adjuntos reforçam a vantagem de estruturas de gestão especificamente dedicadas aos cuidados de saúde primários, dotadas de autonomia, proximidade e capacidade de decisão. Algumas ULS já integram administradores exclusivamente dedicados aos CSP, solução cuja generalização deverá ser ponderada à luz destes resultados.

A recuperação da confiança nas instituições centrais dependerá de respostas concretas aos problemas identificados pelas equipas e de uma integração das ULS que se traduza em ganhos em qualidade assistencial, não apenas administrativos.

5. Satisfação por ULS

Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma:

A1 - Por ULS - Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos CSP em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	77,8	0	22,2
ULS Algarve	60	20	20
ULS Almada / Seixal	38,9	55,6	5,6
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	58,8	11,8	29,4
ULS Alto Minho	66,7	16,7	16,7
ULS Amadora / Sintra	36,4	9,1	54,5
ULS Arco Ribeirinho	44,4	33,3	22,2
ULS Arrábida	62,5	25	12,5
ULS Baixo Alentejo	0	100	0
ULS Baixo Mondego	62,5	37,5	0
ULS Barcelos / Esposende	38,5	30,8	30,8
ULS Braga	60	24	16
ULS Castelo Branco	0	25	75
ULS Coimbra	46,4	39,3	14,3
ULS Cova da Beira	33,3	66,7	0
ULS Entre Douro e Vouga	42,9	38,1	19
ULS Estuário do Tejo	16,7	33,3	50
ULS Gaia / Espinho	54,2	20,8	25
ULS Guarda	33,3	22,2	44,4
ULS Lezíria	36,4	18,2	45,5
ULS Lisboa Ocidental	46,2	26,9	26,9
ULS Litoral Alentejano	0	100	0
ULS Loures / Odivelas	0	50	50
ULS Matosinhos	83,3	0	16,7
ULS Médio Ave	26,7	33,3	40
ULS Médio Tejo	33,3	33,3	33,3
ULS Nordeste	25	37,5	37,5
ULS Oeste	83,3	0	16,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	11,1	55,6	33,3
ULS Região de Aveiro	25	30	45
ULS Região de Leiria	40	8	52
ULS Santa Maria	45,5	54,5	0
ULS Santo António	56,5	30,4	13
ULS São João	65	25	10
ULS São José	50	16,7	33,3
ULS Tâmega e Sousa	50	30,6	19,4
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	64,3	21,4	14,3
ULS Viseu Dão-Lafões	42,9	28,6	28,6

A2 – Por ULS - Satisfação em relação ao modo como decorreu a atividade da sua USF até agora em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	0	44,4	55,6
ULS Algarve	16	8	76
ULS Almada / Seixal	5,6	5,6	88,9
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	11,8	11,8	76,5
ULS Alto Minho	0	8,3	91,7
ULS Amadora / Sintra	8,7	4,3	87
ULS Arco Ribeirinho	0	10	90
ULS Arrábida	0	12,5	87,5
ULS Baixo Alentejo	0	0	100
ULS Baixo Mondego	12,5	37,5	50
ULS Barcelos / Esposende	7,7	15,4	76,9
ULS Braga	24	12	64
ULS Castelo Branco	0	0	100
ULS Coimbra	14,3	7,1	78,6
ULS Cova da Beira	33,3	66,7	0
ULS Entre Douro e Vouga	19	9,5	71,4
ULS Estuário do Tejo	0	16,7	83,3
ULS Gaia / Espinho	12,5	12,5	75
ULS Guarda	11,1	0	88,9
ULS Lezíria	27,3	0	72,7
ULS Lisboa Ocidental	15,4	15,4	69,2
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	16,7	16,7	66,7
ULS Matosinhos	33,3	0	66,7
ULS Médio Ave	13,3	20	66,7
ULS Médio Tejo	16,7	0	83,3
ULS Nordeste	0	12,5	87,5
ULS Oeste	16,7	33,3	50
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	0	11,1	88,9
ULS Região de Aveiro	15	10	75
ULS Região de Leiria	4	0	96
ULS Santa Maria	0	27,3	72,7
ULS Santo António	13,0	8,7	78,3
ULS São João	25	15	60
ULS São José	16,7	27,8	55,6
ULS Tâmega e Sousa	19,4	13,9	66,7
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	35,7	7,1	57,1
ULS Viseu Dão-Lafões	0	7,1	92,9

A desagregação por ULS revela diferenças territoriais muito acentuadas. As percentagens extremas, em especial os valores de 100%, devem ser interpretadas com prudência quando assentam num número reduzido de respostas; ainda assim, os contrastes permitem identificar padrões consistentes de satisfação e insatisfação.

Momento atual da reforma dos CSP (A1)

No momento atual da Reforma dos CSP, os melhores resultados surgem na ULS Alto Alentejo (100% de satisfação), ULS Castelo Branco (75,0%), ULS Amadora/Sintra (54,5%) e ULS Região de Leiria (52,0%); a ULS Loures/Odivelas regista 50,0% de satisfação e nenhuma resposta negativa. De realçar que estes níveis de satisfação acontecem em zonas de baixa densidade populacional ou de alta pressão assistencial. No extremo oposto, a insatisfação atinge 83,3% nas ULS Matosinhos e Oeste, 77,8% na ULS Alentejo Central, 66,7% na ULS Alto Minho e 65,0% na ULS São João.

Atividade da própria USF (A2)

A atividade da própria USF é amplamente valorizada no território. As ULS Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Castelo Branco e Litoral Alentejano apresentam 100% de satisfação; seguem-se a ULS Região de Leiria (96,0%), Viseu Dão-Lafões (92,9%) e Alto Minho (91,7%). A maior insatisfação ocorre na ULS Trás-os-Montes e Alto Douro (35,7%), Cova da Beira e Matosinhos (33,3% cada), permanecendo, ainda assim, residual ou minoritária na maioria das ULS.

Satisfação com o Ministério da Saúde e estruturas centrais por ULS (A3.1–A3.5)

A3.1 – Por ULS - Satisfação em relação ao Ministério da Saúde em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	77,8	11,1	11,1
ULS Algarve	88	12	0
ULS Almada / Seixal	61,1	38,9	0
ULS Alto Alentejo	0	100	0
ULS Alto Ave	82,4	17,6	0
ULS Alto Minho	83,3	8,3	8,3
ULS Amadora / Sintra	52,2	34,8	13
ULS Arco Ribeirinho	100	0	0
ULS Arrábida	62,5	12,5	25
ULS Baixo Alentejo	100	0	0
ULS Baixo Mondego	50	50	0
ULS Barcelos / Esposende	76,9	15,4	7,7
ULS Braga	84	8	8
ULS Castelo Branco	25	50	25
ULS Coimbra	75	17,9	7,1
ULS Cova da Beira	33,3	66,7	0
ULS Entre Douro e Vouga	61,9	19	19
ULS Estuário do Tejo	66,7	16,7	16,7
ULS Gaia / Espinho	58,3	29,2	12,5
ULS Guarda	33,3	22,2	44,4
ULS Lezíria	90,9	9,1	0
ULS Lisboa Ocidental	92,3	7,7	0
ULS Litoral Alentejano	100	0	0
ULS Loures / Odivelas	50,0	33,3	16,7
ULS Matosinhos	83,3	0	16,7
ULS Médio Ave	53,3	40	6,7
ULS Médio Tejo	83,3	16,7	0
ULS Nordeste	50	37,5	12,5
ULS Oeste	100	0	0
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	75	0	25
ULS Região de Aveiro	65	20	15
ULS Região de Leiria	64	28	8
ULS Santa Maria	45,5	45,5	9,1
ULS Santo António	65,2	30,4	4,3
ULS São João	70	30	0
ULS São José	83,3	16,7	0
ULS Tâmega e Sousa	83,3	16,7	0
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	71,4	21,4	7,1
ULS Viseu Dão-Lafões	71,4	21,4	7,1

A3.2 – Por ULS - Satisfação em relação à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	88,9	0	11,1
ULS Algarve	58,3	41,7	0
ULS Almada / Seixal	61,1	33,3	5,6
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	64,7	23,5	11,8
ULS Alto Minho	66,7	16,7	16,7
ULS Amadora / Sintra	52,2	26,1	21,7
ULS Arco Ribeirinho	80	20	0
ULS Arrábida	50	50	0
ULS Baixo Alentejo	100	0	0
ULS Baixo Mondego	62,5	37,5	0
ULS Barcelos / Esposende	61,5	30,8	7,7
ULS Braga	76	16	8
ULS Castelo Branco	0	75	25
ULS Coimbra	82,1	14,3	3,6
ULS Cova da Beira	0	100	0
ULS Entre Douro e Vouga	47,6	23,8	28,6
ULS Estuário do Tejo	50	33,3	16,7
ULS Gaia / Espinho	54,2	33,3	12,5
ULS Guarda	22,2	55,6	22,2
ULS Lezíria	80	10	10
ULS Lisboa Ocidental	73,1	26,9	0
ULS Litoral Alentejano	100	0	0
ULS Loures / Odivelas	40	40	20
ULS Matosinhos	100	0	0
ULS Médio Ave	60	33,3	6,7
ULS Médio Tejo	66,7	33,3	0
ULS Nordeste	50	37,5	12,5
ULS Oeste	83,3	16,7	0
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	50	12,5	37,5
ULS Região de Aveiro	60	25	15
ULS Região de Leiria	60	36	4
ULS Santa Maria	63,6	27,3	9,1
ULS Santo António	87	8,7	4,3
ULS São João	85	15	0
ULS São José	61,1	38,9	0
ULS Tâmega e Sousa	83,3	16,7	0
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	71,4	14,3	14,3
ULS Viseu Dão-Lafões	78,6	14,3	7,1

A3.3 – Por ULS - Satisfação em relação à Direção Executiva do SNS (DE-SNS) em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	88,9	0	11,1
ULS Algarve	87,5	12,5	0
ULS Almada / Seixal	66,7	27,8	5,6
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	82,4	11,8	5,9
ULS Alto Minho	66,7	33,3	0
ULS Amadora / Sintra	68,2	27,3	4,5
ULS Arco Ribeirinho	100	0	0
ULS Arrábida	62,5	37,5	0
ULS Baixo Alentejo	100	0	0
ULS Baixo Mondego	50	50	0
ULS Barcelos / Esposende	69,2	23,1	7,7
ULS Braga	76	20	4
ULS Castelo Branco	25	75	0
ULS Coimbra	57,1	39,3	3,6
ULS Cova da Beira	33,3	66,7	0
ULS Entre Douro e Vouga	57,1	23,8	19
ULS Estuário do Tejo	66,7	16,7	16,7
ULS Gaia / Espinho	58,3	29,2	12,5
ULS Guarda	33,3	22,2	44,4
ULS Lezíria	63,6	36,4	0
ULS Lisboa Ocidental	84,6	15,4	0
ULS Litoral Alentejano	100	0	0
ULS Loures / Odivelas	60	40	0
ULS Matosinhos	100	0	0
ULS Médio Ave	60	33,3	6,7
ULS Médio Tejo	66,7	33,3	0
ULS Nordeste	25	75	0
ULS Oeste	100	0	0
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	62,5	25	12,5
ULS Região de Aveiro	70	20	10
ULS Região de Leiria	48,0	44	8
ULS Santa Maria	81,8	18,2	0
ULS Santo António	73,9	26,1	0
ULS São João	75	25	0
ULS São José	72,2	27,8	0
ULS Tâmega e Sousa	75	25	0
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	71,4	14,3	14,3
ULS Viseu Dão-Lafões	78,6	21,4	0

A3.4 – Por ULS - Satisfação em relação aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	77,8	22,2	0
ULS Algarve	72	8	20
ULS Almada / Seixal	44,4	44,4	11,1
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	64,7	23,5	11,8
ULS Alto Minho	50	33,3	16,7
ULS Amadora / Sintra	60,9	13	26,1
ULS Arco Ribeirinho	70	10	20
ULS Arrábida	62,5	25	12,5
ULS Baixo Alentejo	100	0	0
ULS Baixo Mondego	50	37,5	12,5
ULS Barcelos / Esposende	46,2	38,5	15,4
ULS Braga	68	20	12
ULS Castelo Branco	50	50	0
ULS Coimbra	85,7	10,7	3,6
ULS Cova da Beira	0	100	0
ULS Entre Douro e Vouga	42,9	33,3	23,8
ULS Estuário do Tejo	83,3	0	16,7
ULS Gaia / Espinho	62,5	16,7	20,8
ULS Guarda	55,6	0	44,4
ULS Lezíria	54,5	18,2	27,3
ULS Lisboa Ocidental	57,7	23,1	19,2
ULS Litoral Alentejano	100	0	0
ULS Loures / Odivelas	16,7	50	33,3
ULS Matosinhos	100	0	0
ULS Médio Ave	46,7	40	13,3
ULS Médio Tejo	66,7	16,7	16,7
ULS Nordeste	50	25	25
ULS Oeste	83,3	0	16,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	55,6	22,2	22,2
ULS Região de Aveiro	70	15	15
ULS Região de Leiria	72	20	8
ULS Santa Maria	27,3	54,5	18,2
ULS Santo António	91,3	4,3	4,3
ULS São João	85	10	5
ULS São José	77,8	22,2	0
ULS Tâmega e Sousa	75	19,4	5,6
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	71,4	21,4	7,1
ULS Viseu Dão-Lafões	85,7	0	14,3

A3.5 – Por ULS - Satisfação em relação à Direção-Geral da Saúde (DGS) em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	11,1	66,7	22,2
ULS Algarve	28	40	32
ULS Almada / Seixal	23,5	47,1	29,4
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	29,4	41,2	29,4
ULS Alto Minho	25	41,7	33,3
ULS Amadora / Sintra	21,7	34,8	43,5
ULS Arco Ribeirinho	50	30	20
ULS Arrábida	25	50	25
ULS Baixo Alentejo	100	0	0
ULS Baixo Mondego	12,5	62,5	25
ULS Barcelos / Esposende	30,8	30,8	38,5
ULS Braga	40	44	16
ULS Castelo Branco	0	100	0
ULS Coimbra	39,3	46,4	14,3
ULS Cova da Beira	0	100	0
ULS Entre Douro e Vouga	33,3	42,9	23,8
ULS Estuário do Tejo	0	66,7	33,3
ULS Gaia / Espinho	37,5	33,3	29,2
ULS Guarda	22,2	44,4	33,3
ULS Lezíria	36,4	27,3	36,4
ULS Lisboa Ocidental	26,9	34,6	38,5
ULS Litoral Alentejano	0	100	0
ULS Loures / Odivelas	0	66,7	33,3
ULS Matosinhos	33,3	33,3	33,3
ULS Médio Ave	26,7	53,3	20
ULS Médio Tejo	16,7	66,7	16,7
ULS Nordeste	12,5	50	37,5
ULS Oeste	40	40	20
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	33,3	55,6	11,1
ULS Região de Aveiro	25	40	35
ULS Região de Leiria	24	40	36
ULS Santa Maria	20	40	40
ULS Santo António	39,1	47,8	13
ULS São João	57,9	31,6	10,5
ULS São José	22,2	44,4	33,3
ULS Tâmega e Sousa	44,4	41,7	13,9
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	21,4	50	28,6
ULS Viseu Dão-Lafões	35,7	35,7	28,6

Satisfação com as estruturas da ULS por ULS (A3.6–A3.12)

A3.6 – Por ULS - Satisfação em relação à ULS a que pertence a minha USF em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	33,3	22,2	44,4
ULS Algarve	84	8	8
ULS Almada / Seixal	16,7	38,9	44,4
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	88,2	0	11,8
ULS Alto Minho	8,3	25,0	66,7
ULS Amadora / Sintra	21,7	21,7	56,5
ULS Arco Ribeirinho	10	10	80
ULS Arrábida	37,5	12,5	50
ULS Baixo Alentejo	0	0	100
ULS Baixo Mondego	50	25	25
ULS Barcelos / Esposende	7,7	23,1	69,2
ULS Braga	60	12	28
ULS Castelo Branco	50	0	50
ULS Coimbra	0	17,9	82,1
ULS Cova da Beira	33,3	66,7	0
ULS Entre Douro e Vouga	23,8	33,3	42,9
ULS Estuário do Tejo	16,7	16,7	66,7
ULS Gaia / Espinho	50	33,3	16,7
ULS Guarda	22,2	0	77,8
ULS Lezíria	27,3	27,3	45,5
ULS Lisboa Ocidental	61,5	15,4	23,1
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	0	66,7	33,3
ULS Matosinhos	0	33,3	66,7
ULS Médio Ave	20	53,3	26,7
ULS Médio Tejo	83,3	0	16,7
ULS Nordeste	0	12,5	87,5
ULS Oeste	50	33,3	16,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	0	22,2	77,8
ULS Região de Aveiro	30	30	40
ULS Região de Leiria	8	12	80
ULS Santa Maria	27,3	54,5	18,2
ULS Santo António	60,9	21,7	17,4
ULS São João	25	20	55
ULS São José	33,3	38,9	27,8
ULS Tâmega e Sousa	25	33,3	41,7
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	85,7	7,1	7,1
ULS Viseu Dão-Lafões	28,6	21,4	50

A3.7 – Por ULS - Satisfação em relação ao Conselho de Administração da ULS (exceto o Diretor Clínico dos CSP e Enfermeiro(a) Diretor(a)) em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	33,3	44,4	22,2
ULS Algarve	84	8	8
ULS Almada / Seixal	5,6	50	44,4
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	88,2	0	11,8
ULS Alto Minho	8,3	41,7	50
ULS Amadora / Sintra	22,7	18,2	59,1
ULS Arco Ribeirinho	20	20	60
ULS Arrábida	25	25	50
ULS Baixo Alentejo	0	0	100
ULS Baixo Mondego	50	25	25
ULS Barcelos / Esposende	15,4	7,7	76,9
ULS Braga	56	28	16
ULS Castelo Branco	25	25	50
ULS Coimbra	7,4	40,7	51,9
ULS Cova da Beira	66,7	33,3	0,0
ULS Entre Douro e Vouga	23,8	19	57,1
ULS Estuário do Tejo	33,3	16,7	50
ULS Gaia / Espinho	54,2	29,2	16,7
ULS Guarda	11,1	22,2	66,7
ULS Lezíria	18,2	36,4	45,5
ULS Lisboa Ocidental	76,9	19,2	3,8
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	0	66,7	33,3
ULS Matosinhos	0	33,3	66,7
ULS Médio Ave	26,7	33,3	40
ULS Médio Tejo	83,3	0	16,7
ULS Nordeste	0	12,5	87,5
ULS Oeste	50	33,3	16,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	0	11,1	88,9
ULS Região de Aveiro	20	50	30
ULS Região de Leiria	20	20	60
ULS Santa Maria	27,3	45,5	27,3
ULS Santo António	52,2	26,1	21,7
ULS São João	15	35	50
ULS São José	22,2	38,9	38,9
ULS Tâmega e Sousa	27,8	41,7	30,6
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	64,3	28,6	7,1
ULS Viseu Dão-Lafões	28,6	14,3	57,1

A3.8 – Por ULS - Satisfação em relação ao Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	22,2	11,1	66,7
ULS Algarve	16	12	72
ULS Almada / Seixal	0	33,3	66,7
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	88,2	0	11,8
ULS Alto Minho	0	25	75
ULS Amadora / Sintra	4,3	17,4	78,3
ULS Arco Ribeirinho	10	10	80
ULS Arrábida	33,3	66,7	0
ULS Baixo Alentejo	0	0	100
ULS Baixo Mondego	25	25	50
ULS Barcelos / Esposende	0	0	100
ULS Braga	36	24	40
ULS Castelo Branco	50	0	50
ULS Coimbra	0	7,4	92,6
ULS Cova da Beira	66,7	33,3	0
ULS Entre Douro e Vouga	14,3	23,8	61,9
ULS Estuário do Tejo	16,7	0	83,3
ULS Gaia / Espinho	26,1	39,1	34,8
ULS Guarda	11,1	0	88,9
ULS Lezíria	18,2	27,3	54,5
ULS Lisboa Ocidental	3,8	3,8	92,3
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	0	66,7	33,3
ULS Matosinhos	0	0	100
ULS Médio Ave	0	33,3	66,7
ULS Médio Tejo	50	0	50
ULS Nordeste	0	14,3	85,7
ULS Oeste	0	16,7	83,3
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	44,4	0	55,6
ULS Região de Aveiro	5,3	10,5	84,2
ULS Região de Leiria	0	0	100
ULS Santa Maria	18,2	18,2	63,6
ULS Santo António	56,5	13	30,4
ULS São João	5,3	10,5	84,2
ULS São José	5,6	11,1	83,3
ULS Tâmega e Sousa	2,8	19,4	77,8
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	35,7	50	14,3
ULS Viseu Dão-Lafões	21,4	7,1	71,4

A3.9 – Por ULS - Satisfação em relação aos Adjuntos do Diretor Clínico dos CSP em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	12,5	37,5	50
ULS Algarve	8,3	29,2	62,5
ULS Almada / Seixal	0	16,7	83,3
ULS Alto Alentejo	s/dados	s/dados	s/dados
ULS Alto Ave	47,1	29,4	23,5
ULS Alto Minho	0	25	75
ULS Amadora / Sintra	9,1	13,6	77,3
ULS Arco Ribeirinho	22,2	0	77,8
ULS Arrábida	16,7	50	33,3
ULS Baixo Alentejo	0	50	50
ULS Baixo Mondego	0	62,5	37,5
ULS Barcelos / Esposende	0	0	100
ULS Braga	28	52	20
ULS Castelo Branco	25	50	25
ULS Coimbra	0	17,9	82,1
ULS Cova da Beira	33,3	66,7	0
ULS Entre Douro e Vouga	10,5	26,3	63,2
ULS Estuário do Tejo	33,3	33,3	33,3
ULS Gaia / Espinho	20,8	33,3	45,8
ULS Guarda	14,3	14,3	71,4
ULS Lezíria	9,1	45,5	45,5
ULS Lisboa Ocidental	11,5	7,7	80,8
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	0	60	40
ULS Matosinhos	0	25	75
ULS Médio Ave	0	20	80
ULS Médio Tejo	33,3	33,3	33,3
ULS Nordeste	0	50	50
ULS Oeste	0	66,7	33,3
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	11,1	0	88,9
ULS Região de Aveiro	5	20	75
ULS Região de Leiria	0	0	100
ULS Santa Maria	9,1	18,2	72,7
ULS Santo António	13	17,4	69,6
ULS São João	10,5	31,6	57,9
ULS São José	0	16,7	83,3
ULS Tâmega e Sousa	8,3	8,3	83,3
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	30,8	53,8	15,4
ULS Viseu Dão-Lafões	0	28,6	71,4

A3.10 – Por ULS - Satisfação em relação ao Enfermeiro(a) Diretor(a) da ULS a que pertence a minha USF em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	66,7	33,3	0
ULS Algarve	36,4	50	13,6
ULS Almada / Seixal	16,7	61,1	22,2
ULS Alto Alentejo	0	100	0
ULS Alto Ave	82,4	11,8	5,9
ULS Alto Minho	58,3	25,0	16,7
ULS Amadora / Sintra	8,7	47,8	43,5
ULS Arco Ribeirinho	40	40	20
ULS Arrábida	37,5	62,5	0
ULS Baixo Alentejo	0	0	100
ULS Baixo Mondego	87,5	12,5	0
ULS Barcelos / Esposende	7,7	7,7	84,6
ULS Braga	44	32	24
ULS Castelo Branco	25	25	50
ULS Coimbra	7,4	51,9	40,7
ULS Cova da Beira	0	100	0
ULS Entre Douro e Vouga	35	25	40
ULS Estuário do Tejo	0	20	80
ULS Gaia / Espinho	37,5	41,7	20,8
ULS Guarda	25	50	25
ULS Lezíria	45,5	54,5	0
ULS Lisboa Ocidental	19	57,1	23,8
ULS Litoral Alentejano	100	0	0
ULS Loures / Odivelas	0	66,7	33,3
ULS Matosinhos	0	16,7	83,3
ULS Médio Ave	0	60	40
ULS Médio Tejo	33,3	33,3	33,3
ULS Nordeste	12,5	12,5	75
ULS Oeste	66,7	33,3	0
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	0	33,3	66,7
ULS Região de Aveiro	21,1	52,6	26,3
ULS Região de Leiria	17,4	17,4	65,2
ULS Santa Maria	20	50	30
ULS Santo António	23,5	35,3	41,2
ULS São João	15,8	52,6	31,6
ULS São José	16,7	50	33,3
ULS Tâmega e Sousa	58,3	25	16,7
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	23,1	61,5	15,4
ULS Viseu Dão-Lafões	21,4	35,7	42,9

A3.11 – Por ULS - Satisfação em relação à Comissão Clínica e de Saúde da ULS em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	12,5	75	12,5
ULS Algarve	17,6	70,6	11,8
ULS Almada / Seixal	0	80	20
ULS Alto Alentejo	0	100	0
ULS Alto Ave	47,1	35,3	17,6
ULS Alto Minho	9,1	9,1	81,8
ULS Amadora / Sintra	10,5	36,8	52,6
ULS Arco Ribeirinho	22,2	33,3	44,4
ULS Arrábida	16,7	83,3	0
ULS Baixo Alentejo	0	0	100
ULS Baixo Mondego	12,5	62,5	25
ULS Barcelos / Esposende	7,7	15,4	76,9
ULS Braga	37,5	37,5	25
ULS Castelo Branco	50	50	0
ULS Coimbra	3,7	66,7	29,6
ULS Cova da Beira	0	100	0
ULS Entre Douro e Vouga	5	45	50
ULS Estuário do Tejo	0	100	0
ULS Gaia / Espinho	28,6	47,6	23,8
ULS Guarda	0	50	50
ULS Lezíria	9,1	45,5	45,5
ULS Lisboa Ocidental	13	52,2	34,8
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	0	100	0
ULS Matosinhos	0	66,7	33,3
ULS Médio Ave	0	57,1	42,9
ULS Médio Tejo	16,7	50	33,3
ULS Nordeste	0	42,9	57,1
ULS Oeste	50	0	50
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	0	37,5	62,5
ULS Região de Aveiro	17,6	64,7	17,6
ULS Região de Leiria	0	26,1	73,9
ULS Santa Maria	11,1	77,8	11,1
ULS Santo António	21,7	34,8	43,5
ULS São João	33,3	27,8	38,9
ULS São José	12,5	56,3	31,3
ULS Tâmega e Sousa	18,2	60,6	21,2
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	25	66,7	8,3
ULS Viseu Dão-Lafões	0	21,4	78,6

A3.12 – Por ULS - Satisfação em relação à(s) Unidade(s) de Gestão da ULS em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	25	50	25
ULS Algarve	62,5	12,5	25
ULS Almada / Seixal	5,9	35,3	58,8
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	35,3	23,5	41,2
ULS Alto Minho	18,2	18,2	63,6
ULS Amadora / Sintra	13,6	27,3	59,1
ULS Arco Ribeirinho	22,2	33,3	44,4
ULS Arrábida	14,3	42,9	42,9
ULS Baixo Alentejo	0	50	50
ULS Baixo Mondego	25	62,5	12,5
ULS Barcelos / Esposende	15,4	15,4	69,2
ULS Braga	44	32	24
ULS Castelo Branco	25	50	25
ULS Coimbra	7,7	65,4	26,9
ULS Cova da Beira	33,3	66,7	0
ULS Entre Douro e Vouga	23,8	19,0	57,1
ULS Estuário do Tejo	0	60	40
ULS Gaia / Espinho	21,7	26,1	52,2
ULS Guarda	12,5	37,5	50
ULS Lezíria	9,1	27,3	63,6
ULS Lisboa Ocidental	33,3	54,2	12,5
ULS Litoral Alentejano	0	100	0
ULS Loures / Odivelas	0	83,3	16,7
ULS Matosinhos	0	16,7	83,3
ULS Médio Ave	7,1	57,1	35,7
ULS Médio Tejo	33,3	33,3	33,3
ULS Nordeste	0	37,5	62,5
ULS Oeste	50	25	25
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	0	25	75
ULS Região de Aveiro	20	40	40
ULS Região de Leiria	0	16	84
ULS Santa Maria	30	50	20
ULS Santo António	13	21,7	65,2
ULS São João	40	35	25
ULS São José	37,5	43,8	18,8
ULS Tâmega e Sousa	37,1	45,7	17,1
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	23,1	46,2	30,8
ULS Viseu Dão-Lafões	7,1	42,9	50

Satisfação com outras estruturas por ULS (A3.13–A3.15)

A3.13 – Por ULS - Satisfação em relação ao SNS24 em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	33,3	66,7	0
ULS Algarve	56	28	16
ULS Almada / Seixal	33,3	44,4	22,2
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	70,6	11,8	17,6
ULS Alto Minho	33,3	16,7	50
ULS Amadora / Sintra	34,8	30,4	34,8
ULS Arco Ribeirinho	60	30	10
ULS Arrábida	25	50	25
ULS Baixo Alentejo	50	50	0
ULS Baixo Mondego	75	12,5	12,5
ULS Barcelos / Esposende	53,8	30,8	15,4
ULS Braga	68	28	4
ULS Castelo Branco	50	25	25
ULS Coimbra	60,7	21,4	17,9
ULS Cova da Beira	33,3	66,7	0
ULS Entre Douro e Vouga	57,1	28,6	14,3
ULS Estuário do Tejo	66,7	16,7	16,7
ULS Gaia / Espinho	41,7	33,3	25
ULS Guarda	33,3	55,6	11,1
ULS Lezíria	63,6	18,2	18,2
ULS Lisboa Ocidental	50,0	30,8	19,2
ULS Litoral Alentejano	100	0	0
ULS Loures / Odivelas	50	33,3	16,7
ULS Matosinhos	83,3	16,7	0
ULS Médio Ave	40	26,7	33,3
ULS Médio Tejo	16,7	50	33,3
ULS Nordeste	37,5	62,5	0
ULS Oeste	83,3	0	16,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	66,7	0	33,3
ULS Região de Aveiro	55	15	30
ULS Região de Leiria	44	32	24
ULS Santa Maria	36,4	36,4	27,3
ULS Santo António	60,9	30,4	8,7
ULS São João	70	15	15
ULS São José	72,2	11,1	16,7
ULS Tâmega e Sousa	72,2	19,4	8,3
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	25	50	25
ULS Viseu Dão-Lafões	92,9	0	7,1

A3.14 – Por ULS - Satisfação em relação à Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN) em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	12,5	12,5	75
ULS Algarve	0	16,7	83,3
ULS Almada / Seixal	0	44,4	55,6
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	13,3	33,3	53,3
ULS Alto Minho	0	25	75
ULS Amadora / Sintra	0	33,3	66,7
ULS Arco Ribeirinho	10	30	60
ULS Arrábida	0	28,6	71,4
ULS Baixo Alentejo	0	0	100
ULS Baixo Mondego	0	71,4	28,6
ULS Barcelos / Esposende	0	30,8	69,2
ULS Braga	12	40	48
ULS Castelo Branco	0	0	100
ULS Coimbra	11,5	7,7	80,8
ULS Cova da Beira	0	66,7	33,3
ULS Entre Douro e Vouga	4,8	61,9	33,3
ULS Estuário do Tejo	0	16,7	83,3
ULS Gaia / Espinho	0	29,2	70,8
ULS Guarda	12,5	50	37,5
ULS Lezíria	9,1	18,2	72,7
ULS Lisboa Ocidental	4,3	13	82,6
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	0	50	50
ULS Matosinhos	0	33,3	66,7
ULS Médio Ave	0	53,3	46,7
ULS Médio Tejo	0	16,7	83,3
ULS Nordeste	0	33,3	66,7
ULS Oeste	0	40	60
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	22,2	55,6	22,2
ULS Região de Aveiro	5,3	15,8	78,9
ULS Região de Leiria	0	8	92
ULS Santa Maria	10	20	70
ULS Santo António	9,1	36,4	54,5
ULS São João	15	35	50
ULS São José	0	29,4	70,6
ULS Tâmega e Sousa	8,3	55,6	36,1
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	15,4	53,8	30,8
ULS Viseu Dão-Lafões	0	21,4	78,6

A3.15 – Por ULS - Satisfação em relação ao Poder Local (municípios e freguesias) em termos gerais: (%)

	Muito insatisfeito /Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	33,3	11,1	55,6
ULS Algarve	32	24	44
ULS Almada / Seixal	38,9	44,4	16,7
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	31,3	25	43,8
ULS Alto Minho	18,2	54,5	27,3
ULS Amadora / Sintra	39,1	26,1	34,8
ULS Arco Ribeirinho	30	40	30
ULS Arrábida	25	50	25
ULS Baixo Alentejo	0	100	0
ULS Baixo Mondego	37,5	25	37,5
ULS Barcelos / Esposende	23,1	30,8	46,2
ULS Braga	52	24	24
ULS Castelo Branco	25	0	75
ULS Coimbra	35,7	25	39,3
ULS Cova da Beira	33,3	33,3	33,3
ULS Entre Douro e Vouga	42,9	28,6	28,6
ULS Estuário do Tejo	50	33,3	16,7
ULS Gaia / Espinho	54,2	29,2	16,7
ULS Guarda	44,4	22,2	33,3
ULS Lezíria	45,5	9,1	45,5
ULS Lisboa Ocidental	30,8	15,4	53,8
ULS Litoral Alentejano	100	0	0
ULS Loures / Odivelas	16,7	50	33,3
ULS Matosinhos	20	0	80
ULS Médio Ave	26,7	20	53,3
ULS Médio Tejo	33,3	16,7	50
ULS Nordeste	25	50	25
ULS Oeste	16,7	16,7	66,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	22,2	22,2	55,6
ULS Região de Aveiro	25	20	55
ULS Região de Leiria	24	12	64
ULS Santa Maria	30	40	30
ULS Santo António	52,4	38,1	9,5
ULS São João	45	25	30
ULS São José	52,9	29,4	17,6
ULS Tâmega e Sousa	66,7	8,3	25
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	35,7	21,4	42,9
ULS Viseu Dão-Lafões	28,6	14,3	57,1

A leitura territorial confirma que a avaliação das estruturas varia tanto com a proximidade funcional como com a realidade de cada ULS. Deve evitar-se uma interpretação linear dos valores extremos, sobretudo nas ULS com poucos respondentes, privilegiando o padrão agregado e os contrastes mais robustos.

Nas estruturas centrais, a insatisfação com o Ministério da Saúde é generalizada: atinge 100% nas ULS Arco Ribeirinho, Baixo Alentejo, Litoral Alentejano e Oeste, 92,3% na Lisboa Ocidental e 90,9% na Lezíria. Apenas a ULS Guarda apresenta saldo positivo (44,4% de satisfação contra 33,3% de insatisfação). A ACSS e a DE-SNS reproduzem um padrão semelhante, com saldos negativos na grande maioria das ULS.

Os SPMS apresentam níveis particularmente elevados de insatisfação nas ULS Baixo Alentejo, Litoral Alentejano e Matosinhos (100%), Santo António (91,3%) e Coimbra e Viseu Dão-Lafões (85,7%). A DGS tem um perfil mais equilibrado: além do resultado positivo da ULS Alto Alentejo, destacam-se Amadora/Sintra (43,5% de satisfação), Santa Maria (40,0%) e Barcelos/Esposende e Lisboa Ocidental (38,5%).

Na avaliação da respetiva ULS, Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Litoral Alentejano registam 100% de satisfação, seguidas por Nordeste (87,5%), Coimbra (82,1%), Arco Ribeirinho e Região de Leiria (80,0%). Os valores mais altos de insatisfação surgem em Alto Ave (88,2%), Trás-os-Montes e Alto Douro (85,7%), Algarve (84,0%) e Médio Tejo (83,3%). Os Conselhos de Administração apresentam um desenho territorial muito semelhante.

Os Diretores Clínicos dos CSP alcançam 100% de satisfação em Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Barcelos/Esposende, Litoral Alentejano, Matosinhos e Região de Leiria, e 92,6% em Coimbra. A insatisfação concentra-se sobretudo em Alto Ave (88,2%) e Cova da Beira (66,7%). Os adjuntos apresentam um padrão ainda mais favorável, com 100% de satisfação em Barcelos/Esposende, Litoral Alentejano e Região de Leiria e uma insatisfação máxima de 47,1% em Alto Ave.

A avaliação dos Enfermeiros Diretores é muito heterogénea: Baixo Alentejo (100%), Barcelos/Esposende (84,6%), Matosinhos (83,3%) e Estuário do Tejo (80,0%) apresentam os maiores níveis de satisfação; Litoral Alentejano (100% de insatisfação), Baixo Mondego (87,5%) e Alto Ave (82,4%) situam-se no extremo oposto.

As Comissões Clínicas e de Saúde obtêm os melhores resultados no Baixo Alentejo e Litoral Alentejano (100% de satisfação), Alto Minho (81,8%), Viseu Dão-Lafões (78,6%) e Barcelos/Esposende (76,9%). Nas Unidades de Gestão, destacam-se Alto Alentejo (100%), Região de Leiria (84,0%), Matosinhos (83,3%) e Póvoa de Varzim/Vila do Conde (75,0%); a maior insatisfação ocorre no Algarve (62,5%).

O SNS24 mantém uma avaliação negativa em grande parte do território, com 100% de insatisfação no Litoral Alentejano, 92,9% em Viseu Dão-Lafões e 83,3% em Matosinhos e Oeste.

Em contraste, a USF-AN apresenta saldo não negativo em todas as ULS e 100% de satisfação no Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Castelo Branco e Litoral Alentejano, além de 92,0% na Região de Leiria. As mais insatisfeitas são Póvoa Varzim / Vila Conde (22,2%), Trás-os-Montes e Alto Douro (15,4%) e Alto Ave (13,3%).

A avaliação do Poder Local é igualmente heterogénea. Destacam-se Alto Alentejo (100% de satisfação), Matosinhos (80,0%), Castelo Branco (75,0%), Oeste (66,7%) e Região de Leiria (64,0%). A maior insatisfação verifica-se no Litoral Alentejano (100%), Tâmega e Sousa (66,7%), Gaia/Espinho (54,2%), São José (52,9%), Santo António (52,4%) e Braga (52,0%).

No conjunto, a análise territorial confirma que a proximidade só gera confiança quando é acompanhada por resposta efetiva e relações de governação consistentes.

B. Identificação de Necessidades

B1 (Geral) – Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF? (%)

(Cotação entre 1 - menos importante para ser resolvido e 5 - mais importante)

	2025/26	Média	Desvio Padrão
1	Conciliação entre atividades na USF e a vida pessoal e familiar	4,28	1,03
2	Interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF	4,19	1,07
3	Referenciação hospitalar	4,09	1,04
4	Políticas de priorização dos CSP	4,08	1,03
5	Dimensão da lista de utentes	4,07	1,08
6	Incentivos Institucionais	3,99	1,11
7	Condições digitais essenciais à atividade regular da USF.	3,97	1,11
8	Modelo de incentivos, compensações e suplementos associados ao desempenho, à complexidade e à dimensão das listas	3,96	1,10
9	Instalações e de equipamento essenciais à atividade regular da USF.	3,94	1,19
10	Conciliação de consultas presenciais e atividades não presenciais	3,91	1,14
11	Violência sobre os profissionais de saúde	3,87	1,19
12	Contratualização	3,86	1,01
13	Apoio à Governação Clínica na unidade	3,83	1,02
14	Relação da USF com a governação da ULS como um todo	3,81	1,07
15	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	3,78	1,07
16	IDE - Índice de Desempenho da Equipa	3,76	1,12
17	Gestão das ausências prolongadas dos profissionais da equipa da USF	3,73	1,37
18	Gestão das solicitações por e-mail	3,72	1,15
19	Regras de recrutamento e mobilidade dos profissionais para as Unidades Funcionais	3,72	1,18
20	Ausência de abertura de concursos para recrutamento de secretários clínicos para o SNS	3,55	1,30
21	ICU - Índice Complexidade Utentes	3,53	1,23
22	Articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares para urgências verdes e azuis da triagem de Manchester nos serviços de urgência hospitalares	3,50	1,19
23	Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres)	3,45	1,25
24	O atendimento de utentes inscritos na ULS a que pertence a USF mas sem equipa de saúde familiar atribuída ou com equipa de saúde atribuída em Unidade Funcional distinta da ULS a que pertence	3,45	1,27
25	Concurso para Recrutamento de novos médicos de família	3,42	1,24
26	Equipa Nacional de Apoio (ENA)	3,41	1,17
27	Ausência de abertura de concursos para recrutamento de enfermeiros especialistas na área da enfermagem de saúde familiar para o SNS	3,38	1,25
28	Projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”	3,33	1,24
29	Atendimento de utentes esporádicos / realização de atos esporádicos	3,10	1,33
30	Acesso a programa de Acreditação	2,74	1,18

A **identificação das necessidades das equipas que trabalham no terreno** é essencial para orientar prioridades, alocação de recursos e medidas de melhoria. Os problemas são classificados numa escala de 1 (menos importante) a 5 (mais importante). A média traduz a intensidade da prioridade e o desvio-padrão ajuda a perceber o grau de consenso: quanto menor, mais homogénea é a avaliação entre as USF; quanto maior, mais distintas são as experiências locais.

Em 2025/2026 foram identificadas cinco áreas críticas com média igual ou superior a 4, menos uma do que na edição anterior. O topo mantém problemas estruturais e persistentes, com alterações na ordem relativa, mas sem uma redução material da sua importância:

I. **Conciliação entre atividades na USF e a vida pessoal e familiar** (média: 4,28; desvio-padrão: 1,03): mantém-se como o problema mais prioritário e uma das que há maior consenso. A estabilidade face a 2024/2025 (4,29) confirma que a pressão sobre o tempo, a carga assistencial e a sustentabilidade pessoal das equipas continuam sem resposta suficiente.

II. **Interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF** (média: 4,19; desvio-padrão: 1,07): sobe do terceiro para o segundo lugar e agrava-se face ao ano anterior (4,16). Na verdade, a fragmentação dos sistemas continua a gerar duplicação de registos, perda de tempo e obstáculos à continuidade dos cuidados.

III. **Referenciação hospitalar** (média: 4,09; desvio-padrão: 1,04): passa do quarto para o terceiro lugar, apesar de uma ligeira descida do valor médio (4,14 para 4,09). A prioridade atribuída demonstra que a integração assistencial entre níveis de cuidados prometida pelo modelo ULS ainda não é sentida de forma suficiente pelas USF.

IV. **Políticas de priorização dos Cuidados de Saúde Primários** (média: 4,08; desvio-padrão: 1,03): descem do segundo para o quarto lugar e de 4,18 para 4,08, mas com um grande consenso. O valor permanece muito elevado e revela consenso quanto à necessidade de colocar os CSP no centro da organização e das decisões e investimento do SNS.

V. **Dimensão da lista de utentes** (média: 4,07; desvio-padrão: 1,08): regressa ao grupo dos cinco principais problemas, subindo de 4,01 para 4,07. A inversão da tendência de descida mostra que a dimensão das listas continua a pressionar a acessibilidade, a qualidade e a capacidade de resposta das equipas.

VI. **Os incentivos institucionais** ocupam agora o sexto lugar (3,99; desvio-padrão: 1,11), imediatamente abaixo do limiar de 4. A ligeira descida face a 2024/2025 não significa resolução do problema: o acesso efetivo aos incentivos continua a condicionar a formação, a inovação e a autonomia das USF.

Entre 3,80 e 3,99 surgem ainda oito áreas de elevada prioridade: condições digitais essenciais (3,97), modelo de incentivos, compensações e suplementos (3,96), instalações e equipamentos essenciais (3,94), conciliação entre consultas presenciais e atividades não presenciais (3,91), violência sobre os profissionais (3,87), contratualização (3,86, a que tem maior consenso), apoio à governação clínica (3,83, igualmente com um grande consenso) e relação da USF com a governação global da ULS (3,81).

VII. **O bloco associado a incentivos, remuneração e contratualização permanece, portanto, muito relevante.** A proximidade dos valores - incentivos institucionais 3,99, modelo de incentivos e suplementos 3,96 e contratualização 3,86 - mostra que o problema não é isolado, mas abrange regras, previsibilidade, execução e reconhecimento do desempenho.

VIII. **As condições digitais e materiais também assumem peso elevado.** As condições digitais essenciais obtêm 3,97 e as instalações e equipamentos 3,94, reforçando o impacto da infraestrutura na atividade regular. A interoperabilidade, já em segundo lugar, completa um padrão de forte insatisfação com o suporte às equipas, quer tecnológico, quer de outra natureza.

IX. **A conciliação entre consultas presenciais e atividades não presenciais (3,91)** evidencia que a organização do tempo de trabalho continua demasiado centrada no contacto presencial e não reconhece adequadamente tarefas como renovação de receituário, análise de exames, relatórios, teleconsultas e resposta a solicitações digitais, uma verdadeira segunda agenda sem espaço correspondente no horário dos profissionais.

X. **A violência sobre os profissionais de saúde** mantém-se em 3,87, tal como em 2024/2025, e passa da 10.ª para a 11.ª posição e continua a exigir prevenção, proteção e resposta organizacional. A estabilização da média, após as descidas dos anos anteriores, não permite concluir que o problema esteja resolvido, apenas que perdeu alguma prioridade relativa perante outras pressões.

XI. **O apoio à governação clínica na unidade (3,83) e a relação da USF com a governação global da ULS (3,81)** mostram que a consolidação do modelo ULS depende de estruturas de

apoio claras, próximas e capazes de articular decisões clínicas e organizacionais e otimizar investimentos.

XII. **Logo abaixo deste grupo surgem o desenvolvimento da carreira de secretário clínico (3,78), o IDE (3,76), a gestão das ausências prolongadas (3,73), a gestão das solicitações por e-mail (3,72) e as regras de recrutamento e mobilidade (3,72).** São problemas relevantes, mesmo quando já não integram o topo da classificação.

O conjunto dos resultados revela uma agenda coerente: proteger a sustentabilidade pessoal das equipas, reduzir a fragmentação digital, melhorar a integração entre níveis de cuidados, priorizar os CSP e adequar a dimensão das listas. Sem intervenção nestes eixos, as restantes medidas terão impacto limitado.

Comparativamente às edições anteriores, mantém-se uma forte persistência das preocupações. Os valores variam e a ordem muda, mas os mesmos problemas regressam sistematicamente ao topo, indicando respostas políticas e organizacionais ainda insuficientes.

O top 5 de 2025/2026 é composto pela conciliação entre atividade e vida pessoal/familiar (4,28), interoperabilidade informática (4,19), referenciação hospitalar (4,09), políticas de priorização dos CSP (4,08) e dimensão da lista de utentes (4,07).
Face a 2024/2025, a interoperabilidade sobe ao segundo lugar, a referenciação hospitalar ao terceiro e a dimensão das listas regressa ao top 5. As políticas de priorização dos CSP descem para quarto e os incentivos institucionais passam de quinto para sexto lugar, com 3,99.
Os menores desvios-padrão entre as prioridades mais elevadas surgem na contratualização (1,01), no apoio à governação clínica (1,02) e na conciliação entre atividade e vida pessoal/familiar e nas políticas de priorização dos CSP (1,03), revelando maior consenso. A maior dispersão verifica-se na gestão das ausências prolongadas (1,37), no atendimento de atos esporádicos (1,33) e na ausência de concursos para secretários clínicos (1,30), sugerindo realidades locais mais assimétricas.

A repetição dos mesmos problemas evidencia estagnação na capacidade de resposta do sistema. A prioridade estratégica deve ser transformar estes resultados em medidas com responsáveis, prazos e avaliação, evitando que a identificação anual das necessidades se limite a confirmar dificuldades já conhecidas.

Problemas (média)	1º mais relevante	2º mais relevante	3º mais relevante	4º mais relevante	5º mais relevante
2020/2021	Conciliação da resposta à COVID-19 e cumprimento da carteira básica de serviços da USF (4,71)	Dimensão da lista de utentes* (4.46)	Conciliação de consultas presenciais/não presenciais (4,46)	Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres* (4.46)	Políticas de priorização dos CSP (4,43)
2021/2022	Políticas de priorização dos CSP (4,35)	Dimensão da lista de utentes (4,33)	Interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF (4,3)	Incentivos Institucionais (4,26)	Substituição de profissionais em ausência prolongada (4,25)
2022/2023	Conciliação entre atividades na USF e a vida pessoal e familiar (4,55)	Políticas de priorização dos CSP (4,44)	Dimensão da lista de utentes (4,43)	Interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF (4,38)	Incentivos Institucionais (4,34)
2023/2024	Conciliação entre atividades na USF e a vida pessoal e familiar (4,45)	Políticas de priorização dos CSP(4,29)	Interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF(4,26)	Dimensão da lista de utentes (4,22)	Regras claras e funcionais de recrutamento e mobilidade dos profissionais para as Unidades Funcionais (4,14)
2024/2025	Conciliação entre atividades na USF e a vida pessoal e familiar (4,29)	Políticas de priorização dos CSP (4,18)	Interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF (4,16)	Referenciação Hospitalar (4,14)	Incentivos Institucionais (4,08)
2025/2026	**Conciliação entre atividades na USF e a vida pessoal e familiar (4,28)**	**Interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF (4,19)**	**Referenciação hospitalar (4,09)**	**Políticas de priorização dos CSP (4,08)**	**Dimensão da lista de utentes (4,07)**

Tabela B1 (Geral) – *Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários portugueses? (Cotação entre 1 - menos importante para ser resolvido e 5 - mais importante) Os cinco problemas principais ao longo dos anos.*

A comparação temporal confirma a estabilidade do núcleo de problemas. Quatro dos cinco temas de 2024/2025 permanecem no top 5 de 2025/2026: conciliação entre atividade e vida pessoal/familiar, interoperabilidade, referenciação hospitalar e políticas de priorização dos CSP. A dimensão das listas regressa ao quinto lugar e substitui os incentivos institucionais, que passam para sexto.

A conciliação ocupa o primeiro lugar pelo quarto ano consecutivo. A interoperabilidade sobe de 4,16 para 4,19 e passa ao segundo lugar; a referenciação desce ligeiramente de 4,14 para 4,09, mas sobe ao terceiro; as políticas de priorização recuam de 4,18 para 4,08 e para o quarto lugar; e a dimensão das listas aumenta de 4,01 para 4,07. As mudanças de posição não alteram a conclusão central: os problemas estruturais persistem em níveis muito elevados.

A manutenção deste núcleo no topo exige uma resposta integrada. Não basta atuar isoladamente sobre recursos humanos, sistemas de informação ou acesso hospitalar: a sustentabilidade das USF depende da articulação entre condições de trabalho, governação, tecnologia, dimensão das listas e efetiva prioridade política dos CSP.

De seguida, estão duas tabelas comparativas de todos os problemas avaliados neste estudo e no do ano passado.

Tabela comparativa de todos os problemas, mais importantes, avaliados neste estudo e no do ano passado. (%)

2024/25				2025/26		
Item	**Média**	**Desvio Padrão**		**Item**	**Média**	**Desvio Padrão**
Conciliação entre atividades na USF e a vida pessoal e familiar.	4,29	1,07	1	Conciliação entre atividades na USF e a vida pessoal e familiar	4,28	1,03
Políticas de priorização dos CSP.	4,18	1,00	2	Interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF	4,19	1,07
Interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF.	4,16	1,07	3	Referenciação hospitalar	4,09	1,04
Referenciação hospitalar.	4,14	1,02	4	Políticas de priorização dos CSP	4,08	1,03
Incentivos Institucionais.	4,08	1,12	5	Dimensão da lista de utentes	4,07	1,08
Dimensão da lista de utentes.	4,01	1,23	6	Incentivos Institucionais	3,99	1,11
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico.	3,93	1,11	7	Condições digitais essenciais à atividade regular da USF.	3,97	1,11
Conciliação de consultas presenciais e atividades não presenciais.	3,91	1,15	8	Modelo de incentivos, compensações e suplementos associados ao desempenho, à complexidade e à dimensão das listas	3,96	1,10
Software (programas informáticos de apoio à atividade e de registo).	3,91	1,14	9	Instalações e equipamento essenciais à atividade regular da USF.	3,94	1,19

Violência sobre os profissionais de saúde.	3,87	1,23	10	Conciliação de consultas presenciais e atividades não presenciais	3,91	1,14
Gestão das ausências prolongadas dos profissionais da equipa da USF.	3,85	1,36	11	Violência sobre os profissionais de saúde	3,87	1,19
Equipamentos clínicos.	3,84	1,21	12	Contratualização	3,86	1,01
Apoio à Governação Clínica na unidade.	3,76	1,06	13	Apoio à Governação Clínica na unidade	3,83	1,02
Regras claras e funcionais de recrutamento e mobilidade dos profissionais para as Unidades Funcionais.	3,76	1,32	14	Relação da USF com a governação da ULS como um todo	3,81	1,07
Compensação associada ao IDE para os secretários clínicos.	3,75	1,25	15	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	3,78	1,07
IDE - Índice de Desempenho da Equipa.	3,75	1,18	16	Índice de Desempenho da Equipa	3,76	1,12
Instalações.	3,73	1,33	17	Gestão das ausências prolongadas dos profissionais da equipa da USF	3,73	1,37
Ausência de abertura de concursos para recrutamento de secretários clínicos para o SNS.	3,72	1,34	18	Gestão das solicitações por e-mail	3,72	1,15
Compensação associada ao IDE para os enfermeiros.	3,71	1,26	19	Regras de recrutamento e mobilidade dos profissionais para as Unidades Funcionais	3,72	1,18
Limitações da estrutura física do edifício	3,71	1,36	20	Ausência de abertura de concursos para recrutamento de secretários clínicos para o SNS	3,55	1,30
Gestão das solicitações por e-mail.	3,71	1,19	21	Índice Complexidade Utentes	3,53	1,23
Concurso para Recrutamento de novos médicos de família.	3,7	1,36	22	Articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares para urgências verdes e azuis da triagem de Manchester nos serviços de urgência hospitalares	3,50	1,19
Contratualização.	3,68	1,16	23	Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres)	3,45	1,25
Suplemento associado à dimensão de lista para os secretários clínicos.	3,67	1,27	24	O atendimento de utentes inscritos na ULS a que pertence a USF mas sem equipa de saúde familiar atribuída ou com equipa de saúde atribuída em Unidade Funcional distinta da ULS a que pertence	3,45	1,27
Suplemento associado à dimensão de lista para os enfermeiros.	3,65	1,26	25	Concurso para Recrutamento de novos médicos de família	3,42	1,24
Compensação associada ao IDE para os médicos.	3,64	1,28	26	Equipa Nacional de Apoio (ENA)	3,41	1,17
Atribuição pela Ordem dos Enfermeiros, aos enfermeiros especialistas a exercerem funções numa USF, a devida certificação de competências no âmbito da enfermagem de saúde familiar, reconhecendo o contexto de trabalho em USF, formação profissional/investigação.	3,58	1,25	27	Ausência de abertura de concursos para recrutamento de enfermeiros especialistas na área da enfermagem de saúde familiar para o SNS	3,38	1,25
Comunicação da ULS com a USF.	3,57	1,22	28	Projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”	3,33	1,24
Projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”	3,54	1,28	29	Atendimento de utentes esporádicos / realização de atos esporádicos	3,10	1,33
ICU - Índice Complexidade Utentes.	3,53	1,32	30	Acesso a programa de Acreditação	2,74	1,18

Análise de algumas destas prioridades numa perspetiva temporal.

Dificuldade em conciliar a atividade na USF com a vida pessoal e familiar:

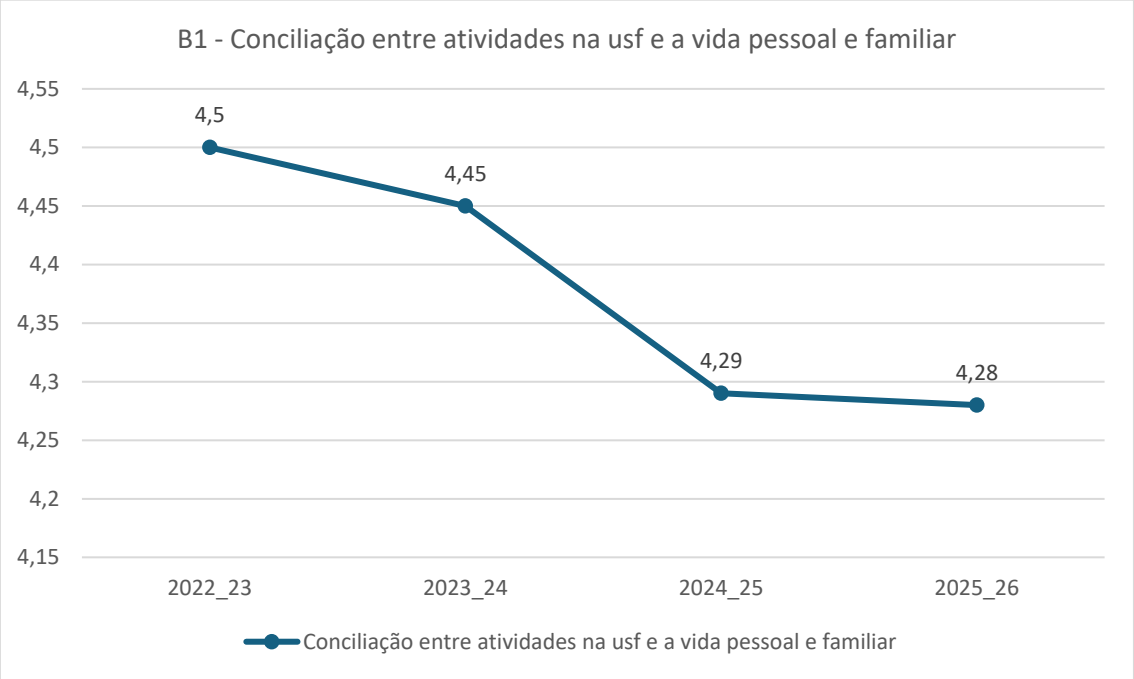


Gráfico 21 *- Evolução temporal da priorização dos principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses – Conciliação entre atividades na USF e a vida pessoal e familiar (Cotação entre 1 – menos importante para ser resolvido e 5 – mais importante).*

A dificuldade em conciliar a atividade na USF com a vida pessoal e familiar mantém-se no primeiro lugar pelo quarto ano consecutivo. A média estabilizou em 4,28, praticamente igual a 2024/2025 (4,29), depois de 4,55 em 2022/2023 e 4,45 em 2023/2024. A pequena descida não representa resolução: o valor continua muito próximo do máximo e traduz um risco persistente de exaustão, perda de profissionais e menor sustentabilidade do SNS.

Falta de interoperabilidade entre programas informáticos:

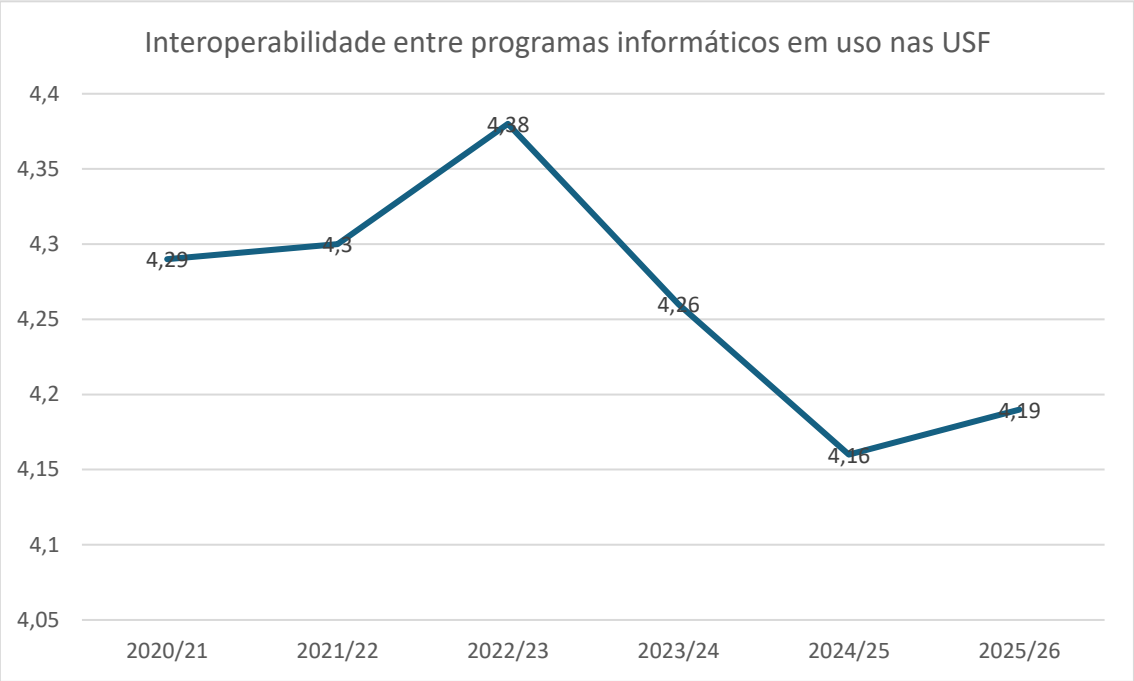


***Gráfico 22** - Evolução temporal da priorização dos principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses – Interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF (Cotação entre 1 – menos importante para ser resolvido e 5 – mais importante).*

A prioridade atribuída aos sistemas informáticos agrava-se em 2025/2026: a média da interoperabilidade entre programas informáticos sobe de 4,16 para 4,19, interrompendo a descida registada desde o máximo de 4,38 em 2022/2023, e passa para o segundo lugar geral. A fragmentação de aplicações, a duplicação de registos, a lentidão e as falhas de integração continuam a comprometer a eficiência clínica e administrativa das equipas.

Referenciação hospitalar:

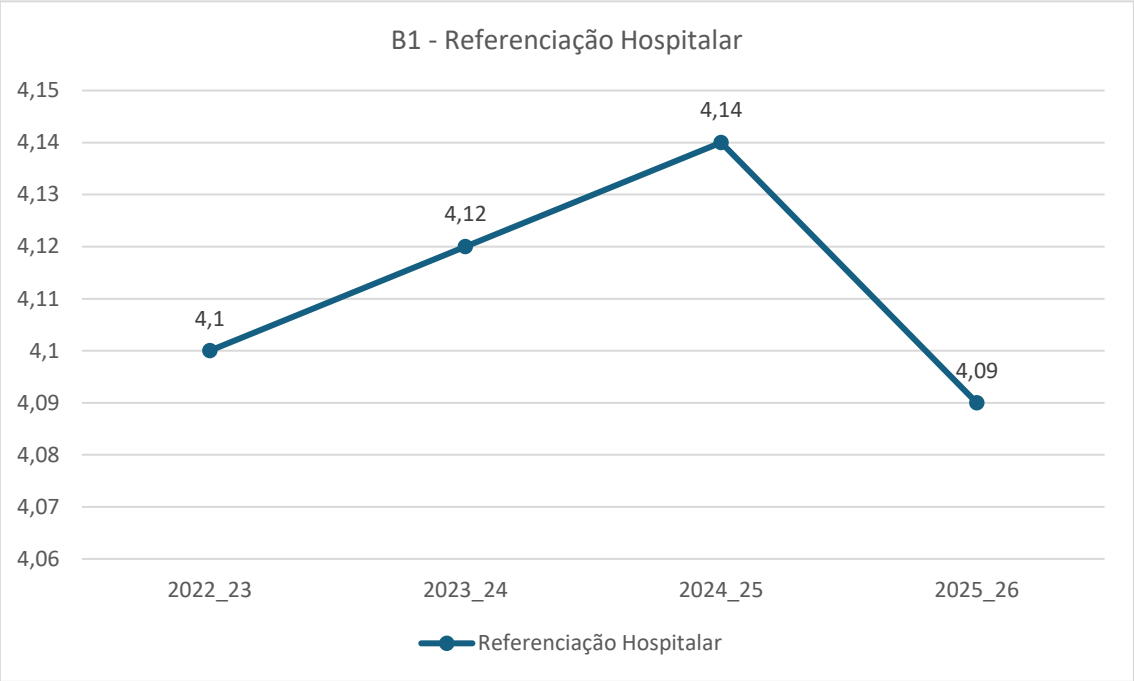


***Gráfico 23** - Evolução temporal da priorização dos principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses – Referenciação hospitalar (Cotação entre 1 – menos importante para ser resolvido e 5 – mais importante).*

A referenciação hospitalar mantém-se no topo das preocupações. A média recua ligeiramente de 4,14 para 4,09, mas o tema sobe do quarto para o terceiro lugar. O resultado demonstra que a criação das ULS ainda não assegurou, de forma homogénea, circuitos de referenciação céleres, previsíveis e verdadeiramente integrados entre cuidados de saúde primários e hospitalares.

Políticas de priorização dos Cuidados de Saúde Primários:

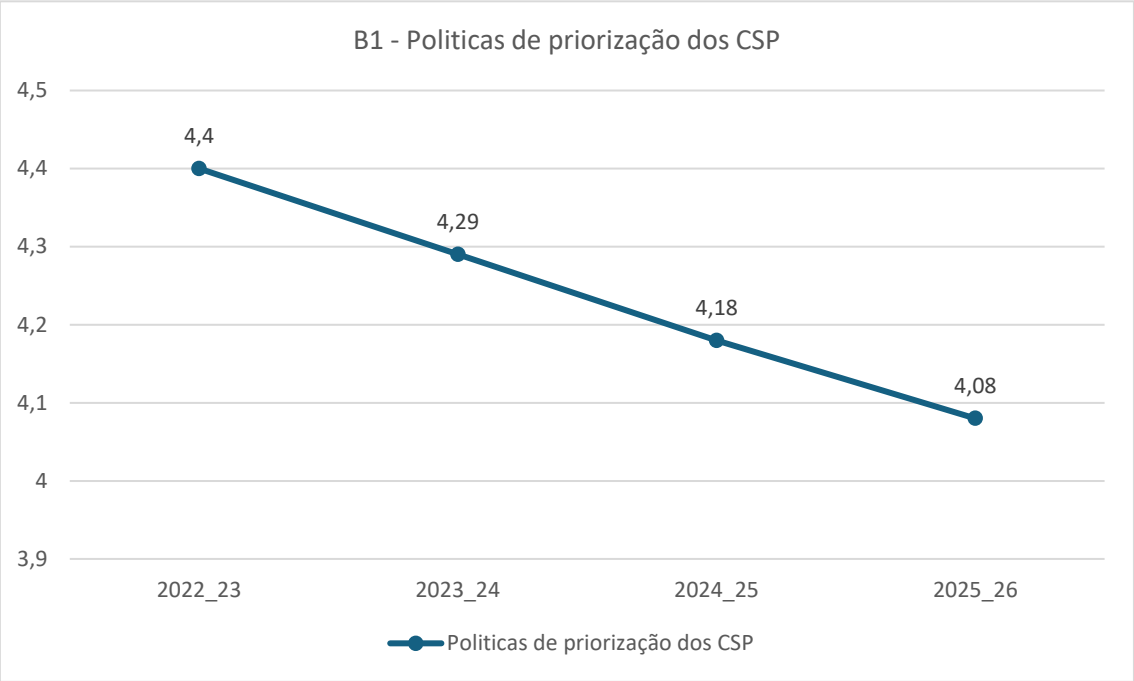


***Gráfico 24** - Evolução temporal da priorização dos principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses – Políticas de priorização dos CSP (Cotação entre 1 – menos importante para ser resolvido e 5 – mais importante).*

A falta de políticas de priorização dos CSP regista uma nova descida, de 4,18 para 4,08, após 4,44 em 2022/2023 e 4,29 em 2023/2024. Apesar de passar do segundo para o quarto lugar, mantém um valor muito elevado e um desvio-padrão baixo (1,03), revelando consenso entre os coordenadores quanto à insuficiente centralidade dos CSP nas decisões do sistema.

Dimensão das listas de utentes:

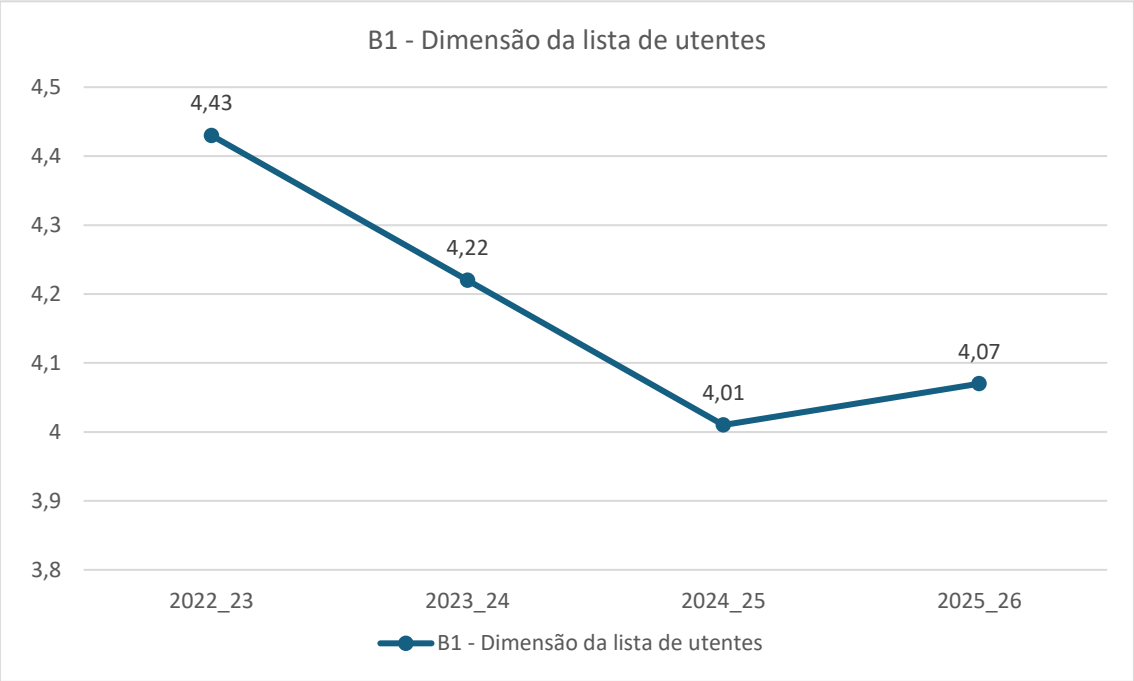


***Gráfico 25** - Evolução temporal da priorização dos principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses – Dimensão da Lista de Utente (Cotação entre 1 – menos importante para ser resolvido e 5 – mais importante).*

A dimensão das listas de utentes interrompe a tendência de descida e sobe de 4,01 para 4,07, regressando ao top 5. A sobrecarga por profissional continua a limitar o tempo disponível, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados, agravando a pressão sobre as equipas. O resultado mostra que o aumento das listas não pode ser tratado como solução de acesso sem avaliar o seu impacto na capacidade assistencial e na retenção dos profissionais.

Violência contra os profissionais de saúde:

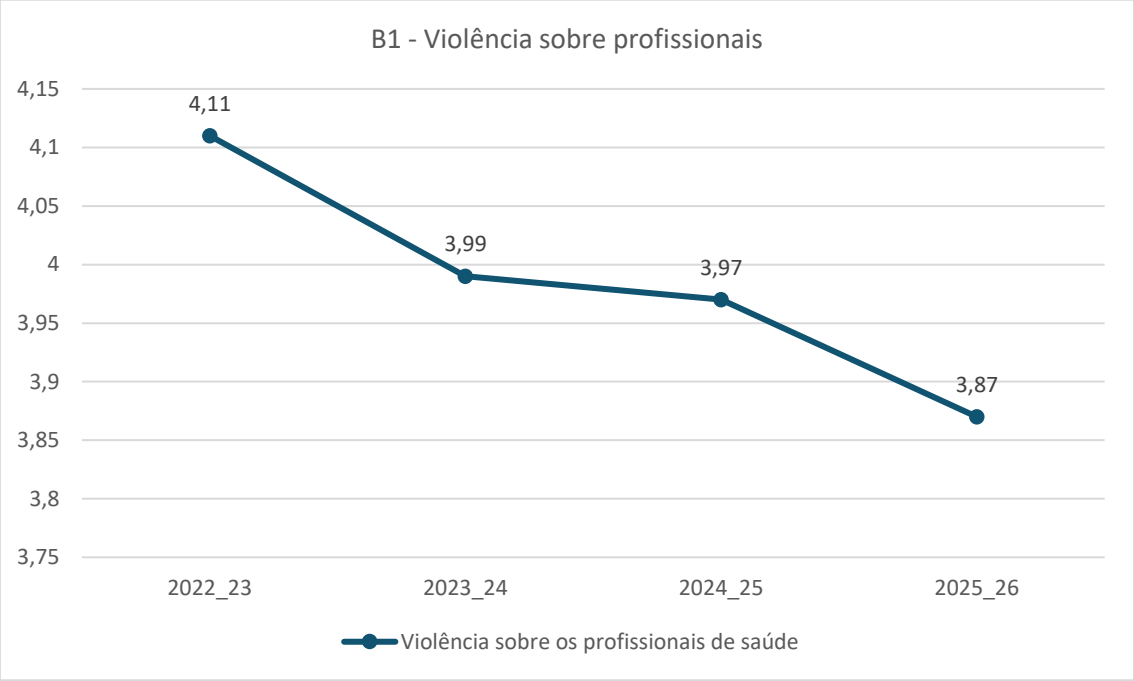


***Gráfico 28** - Evolução temporal da priorização dos principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses – Violência sobre os profissionais de saúde (Cotação entre 1 – menos importante para ser resolvido e 5 – mais importante).*

A importância atribuída à violência sobre os profissionais de saúde diminuiu de 4,11 em 2022/2023 para 4,00 em 2023/2024 e 3,87 em 2024/2025, mantendo-se em 3,87 em 2025/2026. O tema passa da 10.ª para a 11.ª posição. Esta evolução deve ser interpretada como perda de prioridade relativa, não como prova de redução dos episódios, mantendo-se necessária uma estratégia consistente de prevenção, proteção e apoio às vítimas.

Contratualização:

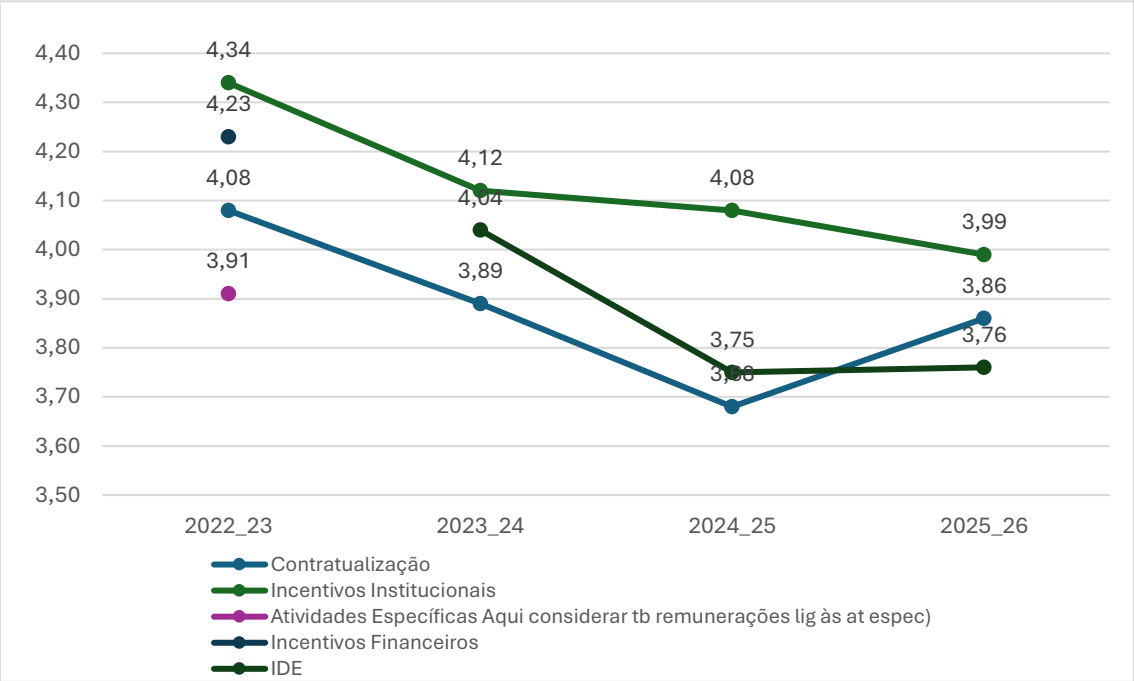


***Gráfico 29** - Evolução temporal da priorização dos principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses – Contratualização (Cotação entre 1 – menos importante para ser resolvido e 5 – mais importante).*

A contratualização inverte a descida do ano anterior e sobe de 3,68 para 3,86 em 2025/2026, ocupando a 12.ª posição. O aumento sugere renovada preocupação com a clareza, previsibilidade e adequação do processo às necessidades das equipas, num contexto em que a relação entre objetivos, recursos e autonomia continua a ser questionada.

O Índice de Desempenho da Equipa mantém-se praticamente estável, passando de 3,75 para 3,76, depois de 4,05 em 2023/2024. Embora ocupe a 16.ª posição, continua relevante pelo impacto direto na avaliação do desempenho e na remuneração dos profissionais.

A credibilidade do IDE dependerá de uma aplicação transparente, justa e compreensível, assente em indicadores clinicamente pertinentes e em fatores efetivamente controláveis pelas equipas. Devem ser prevenidos incentivos perversos e protegida a relação terapêutica, sobretudo quando custos de medicamentos e meios complementares influenciam os resultados e têm impacto nas remunerações.

Os incentivos institucionais descem de 4,08 para 3,99 e passam do quinto para o sexto lugar. Permanecem, contudo, imediatamente abaixo do limiar de 4 e continuam a ser uma prioridade elevada. A redução pode traduzir perda de expectativa, atitudes diferentes em diferentes ULS, mas não elimina a necessidade de garantir o acesso efetivo aos montantes conquistados pelas equipas em todo o SNS.

Os incentivos institucionais constituem uma ferramenta essencial de autonomia e melhoria contínua. O seu acesso deve permitir formação, desenvolvimento profissional, inovação e melhoria das condições das unidades, através de procedimentos simples, transparentes e uniformes entre ULS.

Em conjunto, contratualização, IDE e incentivos revelam um quadro misto: aumenta a preocupação com o processo de contratualização, o IDE estabiliza e os incentivos perdem ligeiramente prioridade. O problema comum continua a ser a distância entre regras formais, recursos disponíveis e capacidade real de concretização pelas USF.

Desenvolvimento de uma carreira de secretariado clínico:

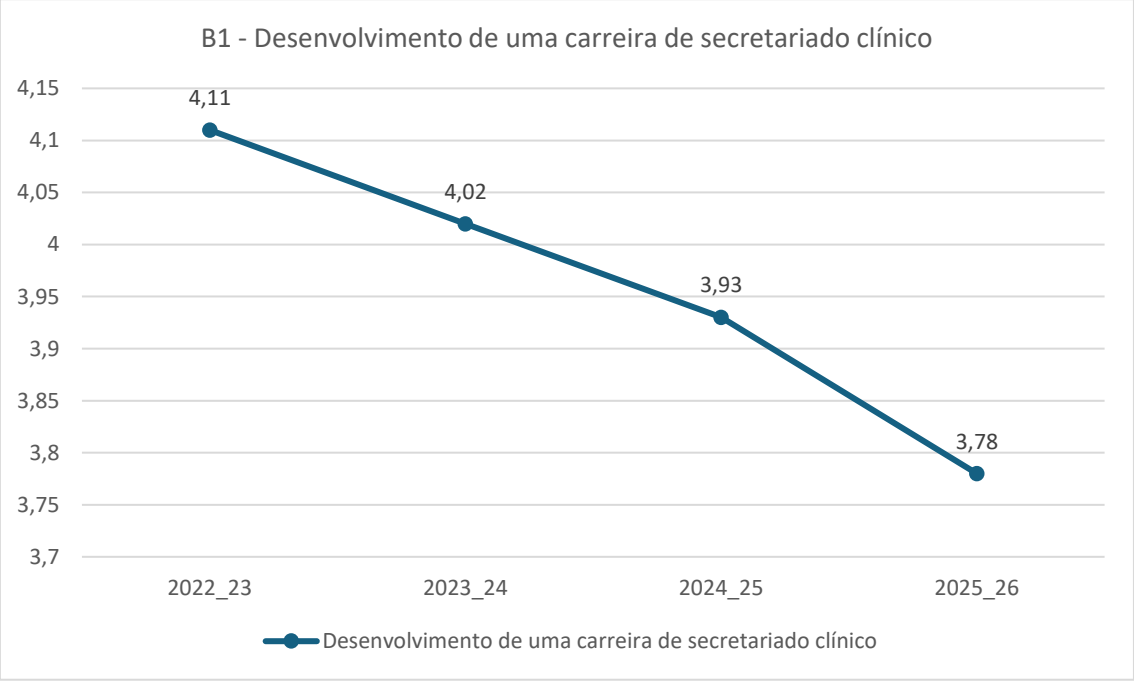


***Gráfico 27** - Evolução temporal da priorização dos principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses* – Desenvolvimento de uma carreira de secretariado clínico *(Cotação entre 1 – menos importante para ser resolvido e 5 – mais importante).*

O desenvolvimento de uma carreira de secretariado clínico mantém uma trajetória descendente na classificação: 4,11 em 2022/2023, 4,03 em 2023/2024, 3,93 em 2024/2025 e 3,78 em 2025/2026. Apesar de passar para a 15.ª posição, continua a representar uma necessidade relevante de valorização estatutária, desenvolvimento de competências e reconhecimento remuneratório de um grupo profissional essencial à organização e gestão das unidades funcionais.

Equipamento telefónico:

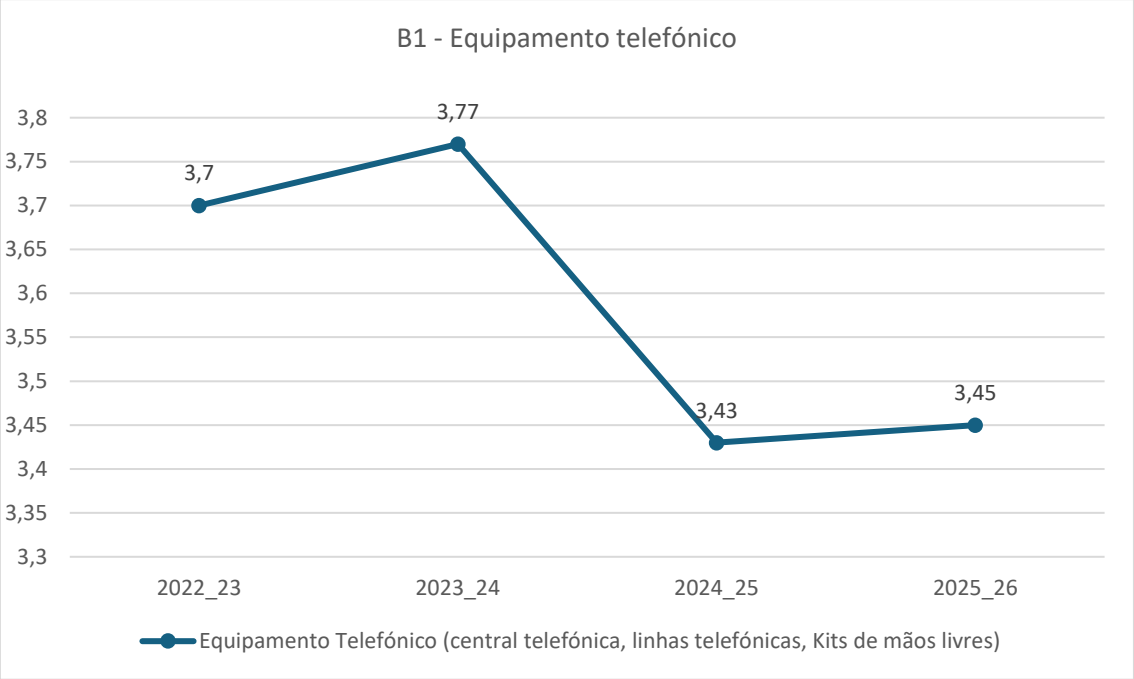


Gráfico 26 *- Evolução temporal da priorização dos principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses – Equipamentos (Cotação entre 1 – menos importante para ser resolvido e 5 – mais importante)*

O equipamento telefónico mantém uma prioridade bastante inferior à observada no início da série: 3,70 em 2022/2023, 3,76 em 2023/2024, 3,43 em 2024/2025 e 3,45 em 2025/2026. A ligeira subida deste ano não altera a tendência global de melhoria, provavelmente associada à adoção de sistemas de atendimento automático. Ainda assim, a pontuação de 3,45 e as diferenças entre territórios mostram que a solução não está plenamente generalizada nem uniformemente consolidada.

C. Evolução Das Políticas

A secção **"Evolução das Políticas"** reflete as perceções dos coordenadores das USF relativamente às alterações políticas recentes, bem como às medidas planeadas ou em discussão. Este capítulo foca-se essencialmente em aspetos relacionados com a remuneração, contratualização, carreiras profissionais e a organização do SNS.

Organização do trabalho, Remuneração e Contratualização

C1 - Por favor, indique o seu grau de concordância com os seguintes eixos de política de saúde para os CSP: (%)

1 - Valorização no IDE da satisfação e participação dos utentes e da comunidade.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
23,0	26,0	51,0

2 - A possibilidade de parte ou totalidade do horário dedicado a atividade assistencial não presencial ou a atividade não assistencial, em regime de isenção horária, com possibilidade de execução à distância com recurso a VPN.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
10,6	15,8	73,6

3 - Possibilidade de adoção da semana de 4 dias, mas sem redução de carga horária semanal com concentração de toda a carga horária semanal em quatro dias.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
16,7	19,0	64,3

4 - Possibilidade de adoção da semana de 4 dias, mas sem redução de carga horária semanal com a totalidade da carga assistencial em 4 dias e a atividade assistencial não presencial e atividade não assistencial à distância no 5.º dia da semana, em regime de isenção de horário.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
15,9	16,7	67,4

No que respeita à **organização do trabalho**, a **semana de 4 dias** (sem redução de horas) recolhe apoio substancial nos dois formatos perguntados, com níveis de concordância de 64,3% e 67,4%, respetivamente, nas duas modalidades consideradas. É igualmente expressivo o apoio à possibilidade de realização de parte do horário em regime de **atividade assistencial não presencial e/ou de atividade não assistencial à distância, através de VPN**, opção que reúne 73,6% de concordância. Estes resultados, alinhados com os obtidos no questionário do biénio anterior, convergem para um modelo de **organização de trabalho mais flexível** mantendo o compromisso assistencial e da prestação de cuidados.

Carreiras Profissionais

C1 - Por favor, indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações sobre alterações recentes das políticas em relação a várias áreas: (%) – Carreiras Profissionais (Geral)

1 - Criação da carreira especial de técnico de secretariado clínico

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
0,9	6,2	92,9

A **criação da carreira especial de técnico de secretariado clínico** recolhe **92,9%** de concordância — um dos pontos mais consensuais de todo o inquérito — sublinhando a urgência de reconhecer e profissionalizar esta função crítica para o funcionamento das USF.

Política da Saúde e Organização do SNS

C1 - Por favor, indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações sobre alterações recentes das políticas em relação a várias áreas: (%) – Política da Saúde e Organização do SNS (Geral)

1 - Constituição de uma bolsa de profissionais que não trabalhem nas unidades funcionais da ULS (ou que quando trabalhem nestas unidades se voluntariem para este trabalho em regime de trabalho extraordinário) para que cada ULS que possa assegurar as ausências de profissionais das unidades funcionais com ausências superiores a duas semanas.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
3,2	7,9	88,9

2 - Alocação de tempo específico para investigação no horário de trabalho.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
7,2	18,4	74,3

3 - Alocação de tempo específico para estudo/formação pessoal no horário de trabalho.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
5,8	9,1	85,2

4 - Necessidade de existir um modelo de avaliação DIOR-CSP.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
17,4	27,8	54,8

5 - Criação de Centros de Rastreio para cancro colorretal, da mama e do colo do útero no SNS com equipas próprias, libertando assim as USF das tarefas associadas.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
15,8	11,1	73,0

6 - Criação de Centros para atestado para Carta de Condução e outros atestados similares no SNS com equipas próprias, libertando assim as USF das tarefas associadas.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
1,6	4,5	94,0

7 - Criação de Centros de atendimento para episódios agudos/contactos esporádicos nas ULS com equipas próprias, libertando assim as USF das tarefas associadas.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
13,2	11,6	75,2

8 - Criação de Equipas de apoio médico a ERPI - estrutura residencial para pessoas idosas no SNS com equipas próprias, libertando assim as USF das tarefas associadas.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
6,7	10,8	82,5

9 - Criação de Equipas de acompanhamento individual pontual/temporário para utentes que não queiram inscrição numa USF ou UCSP no SNS com equipas próprias, libertando assim as USF das tarefas associadas.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
9,6	13,7	76,7

10 - Deixar de existir listas de utentes e os profissionais das unidades funcionais passarem a ser responsáveis por todos os utentes inscritos nessa unidade sem listas constituídas.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
79,2	12,0	8,8

11 - Impacto do SNS24, "Ligue Antes, Salve Vidas" e Centros de Atendimento Clínico na procura dirigida às USF.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
18,3	30,7	51,0

12 - Existência de Centros de Atendimento Clínico.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
12,8	35,0	52,2

13 - Implementação das USF modelo C.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
49,2	35,4	15,4

A implementação de medidas que **retiram tarefas administrativas/repetitivas das USF** e criam respostas especializadas continua a registar um elevado grau de concordância:

- **Centros para Atestado de Carta de Condução e similares**: **94,0%** de acordo.
- **Equipas de apoio médico a ERPI**: 82,5%.
- **Centros de atendimento para episódios agudos/contactos esporádicos**: 75,2%.
- **Centros de rastreio oncológico (cancros colo-rectal, mama e colo do útero)** com equipas próprias: 73,0%.
- **Equipas de acompanhamento individual pontual/temporário** para utentes sem inscrição em USF: 76,7%.
- **Bolsa de profissionais** para cobrir ausências superior a 2 semanas ao nível da ULS: 88,9%.

Medidas que promovam a qualidade organizacional e dos cuidados também recolhem aprovação:

- **Tempo específico para estudo/formação** no horário de trabalho: 85,2%; **tempo para investigação**: 74,3%.
- **Modelos de garantia/melhoria da qualidade**: **avaliação DIOR-CSP** (**54,8% - resultado menos expressivo comparativamente ao biénio anterior, onde se registou 63,3% de concordância**).

No **âmbito do projeto SNS24, "Ligue Antes, Salve Vidas" e dos Centros de Atendimento Clínico na procura dirigida às USF**, a maioria dos coordenadores reconhece o seu impacto (51%), registando-se 18,3% de discordância. O mesmo se verifica na existência de **Centros de Atendimento Clínico** (com 52,2% de concordância).

Em contrapartida, a implementação das USF modelo C reúne menor concordância entre os coordenadores: 49,2% manifestam discordância e apenas 15,4% concordam com a sua implementação - resultados que sugerem uma menor adesão a este modelo organizacional, quando comparado com as restantes alternativas apresentadas.

Em suma, a análise dos dados evidencia um padrão consistente: há **forte apoio** a medidas que aliviam tarefas administrativas e reforçam a autonomia e a profissionalização das equipas, e há **rejeição marcada** de soluções que fragilizam a qualidade clínica ou impõem reorganizações estruturais sem evidência.

ULS

C2 - Por favor, indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações sobre alterações recentes das políticas em relação a várias áreas: (%)

1 - Manter as ULS, mas com duas áreas, com equipas de gestão e orçamentos separados e com o mesmo nível de autonomia: CSP e Hospitais.

Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
4,9	19,7	75,3

Quanto a cenários alternativos, 75,3% dos coordenadores inquiridos concordam em manter as ULS, mas com duas áreas separadas e com o mesmo nível de autonomia (CSP e hospitais). Este resultado evidencia uma preferência significativa por um modelo que, mantendo a integração no âmbito das ULS, promova uma maior simetria na autonomia atribuída aos dois níveis de cuidados.

Sumário

As perceções dos coordenadores das USF evidenciam uma **preferência clara por medidas que reforcem a autonomia, a profissionalização das equipas, a flexibilidade na organização do trabalho e a concentração das USF na atividade assistencial**.

Destaca-se o elevado consenso relativamente à **criação da carreira especial de técnico de secretariado clínico (92,9%)** e ao desenvolvimento de respostas que retirem das USF tarefas administrativas, nomeadamente os **Centros para Atestados de Carta de Condução (94,0%)**, as **bolsas de profissionais para cobertura de ausências superiores a duas semanas (88,9%)** e as **equipas de apoio médico a ERPI (82,5%)**. Também a disponibilização de tempo para **estudo e formação (85,2%)** reúne elevada concordância.

No domínio da **organização do trabalho**, verifica-se apoio significativo a modelos mais flexíveis, designadamente à **semana de quatro dias sem redução de horas** e à realização de parte do trabalho à distância (73,6%), em continuidade com as tendências identificadas no biénio anterior.

Em sentido contrário, observa-se **menor adesão à implementação das USF Modelo C**. Relativamente à organização do SNS, **75,3% dos coordenadores apoiam a manutenção das ULS com duas áreas distintas — CSP e hospitais — e níveis de autonomia equivalentes**, sugerindo uma preferência por um modelo que preserve a integração das ULS, mas assegure maior simetria na autonomia dos dois níveis de cuidados.

D. Contratualização

Na caracterização do processo de contratualização 56,6% dos respondentes está de acordo ou muito de acordo que este processo é um estímulo para trabalhar com maior qualidade, uma descida face aos 64,5% obtidos no ano passado. Entre 2018/19 e 2024/25, com exceção de 2022/23 (58,4%), mais de 60% dos respondentes esteve de acordo ou muito de acordo com essa afirmação. De realçar as ULS em que mais de 85% das USF consideram um estímulo para trabalhar com maior qualidade: ULS Alto Alentejo 100 (n=1), ULS Castelo Branco 100, ULS Região de Leiria 96,0, ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde 88,9. No extremo oposto as ULS em quem a percentagem de coordenadores está de acordo ou muito de acordo que é um estímulo para trabalhar com maior qualidade é inferior a 50%; ULS Alentejo Central 44,4, ULS Algarve 44,0, ULS Amadora/Sintra 47,8, ULS Barcelos/Esposende 46,2, ULS Braga 40,0, ULS Entre Douro e Vouga 38,1, ULS Loures/Odivelas 16,7, ULS Médio Tejo 16,7, ULS Nordeste 25,0, ULS Tâmega e Sousa 33,3, ULS Trás-os-Montes Alto Douro 42,9, ULS Cova da Beira 0 e ULS Litoral Alentejano 0.

Em termos históricos, podemos observar 3 fases:

- 2009-2013 em que taxa de acordo ou muito de acordo variou entre 65% e os 73% e que corresponde à fase inicial do modelo com 3 eixos e metas negociadas entre USF e o ACES com referencial da ACSS;
- 2013-2017 em que taxa de acordo ou muito de acordo baixou para 51%-54%, fase em que o modelo iniciado na fase anterior se tornou prejudicial pelo valor das metas desfasado da realidade e sempre a subir que era exigido às unidades;
- 2018-2023 em que a taxa de acordo ou muito de acordo recuperou para 58-64% e que se relaciona com o novo modelo de contratualização, em que passaram a ser contratualizados mais de 80 indicadores, sendo incluídas nessa contratualização áreas como a qualidade organizacional, formação e serviços, com metas com intervalos esperados e margens de variação aceitável.

Em 2024 mantém-se o foco nas estratégias para alcançar os resultados desejáveis, mas existiu uma transição do IDG e Atividades Específicas para tabela dos incentivos institucionais e IDE. Essa transição diminuiu o número de indicadores em comparação

com IDG, mas aumentou a complexidade e âmbito em comparação com as Atividades Específicas.

D1 – Por favor, indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações sobre a contratualização: (%) (Comparativo com anos anteriores)

A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade:

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	17,5	23,3	23	16,5	19,2	22,6
Nem de acordo/ Nem em desacordo	19,2	15,6	18,6	19,2	16,2	20,9
De acordo ou Muito de acordo	63,3	61,1	58,4	64,3	64,5	56,6

A contratualização é uma negociação transparente:

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	43,3	52,1	54,2	41	35,6	38,3
Nem de acordo/ Nem em desacordo	29,9	25	23,1	25,8	28	24,8
De acordo ou Muito de acordo	26,9	23	22,7	33,3	36,4	36,9

O processo de contratualização cumpre os prazos estabelecidos para a sua concretização:

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	78,3	78,5	74,8	82,2	81,3	80,9
Nem de acordo/ Nem em desacordo	14	11,3	13,8	8,9	10,4	10,2
De acordo ou Muito de acordo	7,8	10,2	11,4	8,9	8,3	8,9

O processo de contratualização, em termos globais, tem vindo a melhorar ao longo dos anos:

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	32,5	35	35,6	36,5	37,9	53,3
Nem de acordo/ Nem em desacordo	27,3	25,3	27,3	28,6	27,5	23,1
De acordo ou Muito de acordo	40,2	39,7	37,1	35	34,6	23,6

O acompanhamento no processo de contratualização tem vindo a melhorar:

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	-	-	-	-	45,1	47,7
Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	25,1	25,6
De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	29,8	26,7

De entre os coordenadores, 38,3% não concordam que a contratualização seja uma **negociação transparente**, valor superior aos 35,6% verificados no estudo do ano passado, correspondendo a um agravamento de 2,7 pontos percentuais. Ainda assim, este resultado mantém-se abaixo dos 41,0% observados no estudo anterior a esse e dos 54,2% verificados em 2022/23. Por ULS, os níveis mais elevados de concordância observam-se na ULS Alto Alentejo (100,0%, N=1), na ULS Região de Leiria (96,0%), na ULS Guarda (66,7%), na ULS Médio Tejo (66,7%) e na ULS Coimbra (64,3%). Nos casos da ULS Alto Alentejo, a leitura deve ser particularmente prudente pela base de resposta muito reduzida. As percentagens mais elevadas de desacordo registam-se na ULS Alto Ave (88,2%), ULS Alto Minho (66,7%), ULS Algarve (56,0%), ULS Barcelos / Esposende (53,8%), ULS Entre Douro e Vouga (52,4%) e ULS Braga (52,0%), sugerindo que a perceção de falta de transparência continua a ser expressiva em várias ULS.

Relativamente ao **cumprimento dos prazos**, 80,9% discordam que o processo **cumpra os prazos estabelecidos**, muito semelhante ao valor do estudo do ano anterior (81,3%). Esta continua a ser a afirmação do capítulo relativo à contratualização que menos acordo gera. A percentagem de coordenadores que concordam ou concordam muito com o cumprimento dos prazos é de 8,9%, ligeiramente superior aos 8,3%

verificados no estudo anterior, mas ainda assim mantendo-se num patamar muito baixo. Na análise por ULS, os valores de concordância são nulos em várias unidades, designadamente ULS Alto Minho, ULS Amadora / Sintra, ULS Baixo Alentejo, ULS Cova da Beira, ULS Estuário do Tejo, ULS Gaia / Espinho, ULS Lisboa Ocidental, ULS Litoral Alentejano, ULS Loures / Odivelas, ULS Matosinhos, ULS Oeste, ULS Santa Maria e ULS Viseu Dão-Lafões. Em algumas destas ULS a base de resposta é reduzida, mas a amplitude do desacordo confirma que o cumprimento dos prazos permanece como uma fragilidade transversalmente reconhecida.

No que se refere ao processo de **contratualização em termos globais ter vindo a melhorar ao longo dos anos**, apenas 23,6% dos coordenadores estão de acordo ou muito de acordo, com 53,3% em desacordo ou muito em desacordo, uma deterioração face à leitura do ano anterior, e que reforça a trajetória descendente desta perceção. Destacam-se pela positiva a ULS Região de Leiria (56,0%) e a ULS Guarda (55,6%); no polo oposto, a ULS Baixo Alentejo apresenta 100% de discordância (N=2) e as ULS Alto Ave (88,2% discordam) e Braga (80,0% discordam) surgem igualmente muito críticas. A dispersão destes resultados reforça a ideia de que a perceção de melhoria do processo se encontra fragilizada em grande parte das ULS.

Quanto ao **acompanhamento no processo de contratualização ter vindo a melhorar**, 26,7% dos respondentes concordam, com 47,7% em desacordo ou muito em desacordo. A ULS Viseu Dão-Lafões (57,1%) e a ULS Guarda (55,6%) são as mais favoráveis; a ULS Baixo Alentejo e a ULS Litoral Alentejano registam 100% de discordância (N=2 e N=1, respetivamente).

Por favor, indique o seu grau de concordância com a seguinte afirmação sobre a contratualização: **A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade**:(%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
ULS Alentejo Central	44,4	11,1	44,4
ULS Algarve	40	16	44
ULS Almada / Seixal	0	33,3	66,7
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	35,3	11,8	52,9
ULS Alto Minho	16,7	0	83,3
ULS Amadora / Sintra	34,8	17,4	47,8
ULS Arco Ribeirinho	20	20	60
ULS Arrábida	25	25	50
ULS Baixo Alentejo	50	0	50
ULS Baixo Mondego	0	25	75
ULS Barcelos / Esposende	15,4	38,5	46,2
ULS Braga	40	20	40
ULS Castelo Branco	0	0	100
ULS Coimbra	14,3	21,4	64,3
ULS Cova da Beira	66,7	33,3	0
ULS Entre Douro e Vouga	28,6	33,3	38,1
ULS Estuário do Tejo	0	16,7	83,3
ULS Gaia / Espinho	12,5	25	62,5
ULS Guarda	0	22,2	77,8
ULS Lezíria	18,2	27,3	54,5
ULS Lisboa Ocidental	15,4	23,1	61,5
ULS Litoral Alentejano	100	0	0
ULS Loures / Odivelas	50	33,3	16,7
ULS Matosinhos	0	33,3	66,7
ULS Médio Ave	33,3	6,7	60
ULS Médio Tejo	16,7	66,7	16,7
ULS Nordeste	12,5	62,5	25
ULS Oeste	33,3	16,7	50
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	0	11,1	88,9
ULS Região de Aveiro	15	20	65
ULS Região de Leiria	0	4	96
ULS Santa Maria	45,5	0	54,5
ULS Santo António	17,4	17,4	65,2
ULS São João	35	10	55
ULS São José	16,7	5,6	77,8
ULS Tâmega e Sousa	36,1	30,6	33,3
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	28,6	28,6	42,9
ULS Viseu Dão-Lafões	14,3	35,7	50

Por favor, indique o seu grau de concordância com a seguinte afirmação sobre a contratualização: **O processo de contratualização, em termos globais, tem vindo a melhorar ao longo dos anos**. (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Muito em desacordo/ Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo/ Muito de acordo
ULS Alentejo Central	33,3	33,3	33,3
ULS Algarve	52	20	28
ULS Almada / Seixal	27,8	38,9	33,3
ULS Alto Alentejo	0	100	0
ULS Alto Ave	88,2	11,8	0
ULS Alto Minho	58,3	25	16,7
ULS Amadora / Sintra	52,2	30,4	17,4
ULS Arco Ribeirinho	60	30	10
ULS Arrábida	25	62,5	12,5
ULS Baixo Alentejo	100	0	0
ULS Baixo Mondego	50	25	25
ULS Barcelos / Esposende	38,5	15,4	46,2
ULS Braga	80	20	0
ULS Castelo Branco	25	25	50
ULS Coimbra	42,9	21,4	35,7
ULS Cova da Beira	66,7	33,3	0
ULS Entre Douro e Vouga	71,4	14,3	14,3
ULS Estuário do Tejo	50	16,7	33,3
ULS Gaia / Espinho	60,9	17,4	21,7
ULS Guarda	11,1	33,3	55,6
ULS Lezíria	72,7	9,1	18,2
ULS Lisboa Ocidental	48	36	16
ULS Litoral Alentejano	0	100	0
ULS Loures / Odivelas	16,7	66,7	16,7
ULS Matosinhos	50	16,7	33,3
ULS Médio Ave	60	20	20
ULS Médio Tejo	33,3	33,3	33,3
ULS Nordeste	50	12,5	37,5
ULS Oeste	50	16,7	33,3
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	66,7	11,1	22,2
ULS Região de Aveiro	35	25	40
ULS Região de Leiria	28	16	56
ULS Santa Maria	72,7	27,3	0
ULS Santo António	56,5	17,4	26,1
ULS São João	70	15	15
ULS São José	47,1	23,5	29,4
ULS Tâmega e Sousa	61,1	22,2	16,7
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	61,5	23,1	15,4
ULS Viseu Dão-Lafões	64,3	14,3	21,4

D2 – Por favor, indique o seu grau de concordância com os seguintes elementos: (%) (Comparativo com anos anteriores)

Comissão Técnica Nacional para apuramento de valores de referência nacional e avaliação da qualidade dos bilhetes de identidade (BI) dos indicadores contratualizados.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	11,6	11,4	12,2	9	11,5	28,9
Nem de acordo/ Nem em desacordo	28,2	26,6	24,7	27,1	23,7	32,1
De acordo ou Muito de acordo	60,3	62	63,1	63,9	64,8	39

Não se contratualizarem indicadores relacionados com os custos dos cuidados (com medicamentos ou meios complementares de diagnóstico e terapêutica) com repercussão no vencimento dos profissionais de saúde.

	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	9,3	9,3
Nem de acordo/ Nem em desacordo	10,1	9,1
De acordo ou Muito de acordo	80,6	81,6

Implementação do Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial (IPDA)].

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	-	7,8	3,5	5,4	6,2	3
Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	22,9	15,7	17,7	17,7	20,5
De acordo ou Muito de acordo	-	69,3	80,8	76,9	76,1	76,5

Tornar mais claro a compensação do impacto de ausências prolongadas de profissionais das equipas nos resultados das metas contratualizadas.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	-	-	-	-	1,2	0,9
Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	6,6	5,9
De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	92,3	93,2

Substituir na ponderação das listas dos utentes as unidades ponderadas pela idade pelo ICU - Índice de Complexidade dos utentes.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	-	-	-	-	38,2	25,5
Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	28,7	29,8
De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	33,1	44,7

Incorporação de indicadores de desempenho específicos do secretariado clínico no IDE - Índice de Desempenho da Equipa.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	-	-	-	-	6,4	7
Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	20	19,3
De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	73,6	73,7

A possibilidade de **substituir, na ponderação das listas de utentes, as unidades ponderadas pela idade pelo Índice de Complexidade dos Utentes** apresenta uma percentagem de acordo de 44,7% e de desacordo de 25,5%, uma melhoria expressiva face aos 33,1% de acordo e 38,2% de desacordo do estudo anterior. Analisando os dados por ULS, as ULS com maior percentagem de acordo com esta substituição são a ULS Oeste (83,3%), a ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde (77,8%) e a ULS Lezíria (72,7%). Por outro lado, a ULS Braga apresenta a maior percentagem de desacordo

(52,2%), seguida das ULS Baixo Alentejo, Baixo Mondego, Castelo Branco e Estuário do Tejo (50,0% cada).

73,7% dos respondentes concorda com a incorporação de **indicadores de desempenho específicos do secretariado clínico no Índice de Desempenho da Equipa**, valor estável face aos 73,6% do estudo anterior.

Quanto à existência de uma **Comissão Técnica Nacional para apuramento de valores de referência nacional e avaliação da qualidade dos bilhetes de identidade dos indicadores contratualizados**, apenas 39,0% dos coordenadores estão de acordo ou muito de acordo, uma quebra acentuada face aos 64,8% do estudo anterior, a tendência de ligeira subida que se vinha a observar nas últimas edições inverteu-se de forma expressiva este ano.

D3. A sua USF tem incentivos institucionais em dívida ou ainda não disponibilizados para utilização pela equipa? (%) (Comparativo com anos anteriores)

A sua USF tem incentivos institucionais em dívida ou ainda não disponibilizados para utilização pela equipa?

	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	78,9	77,1	78,6	85,6	85,7
Não	21,1	22,9	21,4	14,4	14,3

Relativamente à existência de **incentivos institucionais em dívida** ou ainda não disponibilizados para utilização pela equipa, 85,7% das USF reportam tê-los, valor semelhante aos 85,6% do estudo anterior, mantendo-se numa tendência elevada e persistente ao longo dos últimos anos. Na análise por ULS, há este ano dez ULS em que 100% dos coordenadores referem ter incentivos institucionais em dívida: ULS Alentejo Central, ULS Alto Alentejo, ULS Alto Minho, ULS Arrábida, ULS Baixo Alentejo, ULS Gaia/Espinho, ULS Litoral Alentejano, ULS Loures/Odivelas, ULS Santa Maria e ULS Tâmega e Sousa, um perfil muito semelhante ao do estudo anterior, em que nove ULS registavam igualmente 100%.

A sua ULS confirmou que iria disponibilizar em 2026 os incentivos institucionais ganhos na contratualização de 2025?

	2024/25	2025/26
Sim	54,1	63,6
Não	45,9	36,4

A sua USF tem Incentivos Institucionais em dívida? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim	Não
ULS Alentejo Central	100	0
ULS Algarve	95,8	4,2
ULS Almada / Seixal	88,2	11,8
ULS Alto Alentejo	100	0
ULS Alto Ave	93,8	6,3
ULS Alto Minho	100	0
ULS Amadora / Sintra	81	19
ULS Arco Ribeirinho	80	20
ULS Arrábida	100	0
ULS Baixo Alentejo	100	0
ULS Baixo Mondego	87,5	12,5
ULS Barcelos / Esposende	92,3	7,7
ULS Braga	96	4
ULS Castelo Branco	25	75
ULS Coimbra	78,6	21,4
ULS Cova da Beira	50	50
ULS Entre Douro e Vouga	78,9	21,1
ULS Estuário do Tejo	50	50
ULS Gaia / Espinho	100	0
ULS Guarda	37,5	62,5
ULS Lezíria	80	20
ULS Lisboa Ocidental	84	16
ULS Litoral Alentejano	100	0
ULS Loures / Odivelas	100	0
ULS Matosinhos	83,3	16,7
ULS Médio Ave	92,9	7,1
ULS Médio Tejo	66,7	33,3
ULS Nordeste	50	50
ULS Oeste	80	20
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	66,7	33,3
ULS Região de Aveiro	95	5
ULS Região de Leiria	66,7	33,3
ULS Santa Maria	100	0
ULS Santo António	77,3	22,7
ULS São João	94,1	5,9
ULS São José	94,4	5,6
ULS Tâmega e Sousa	100	0
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	69,2	30,8
ULS Viseu Dão-Lafões	92,3	7,7

Quando questionados se a ULS confirmou que iria disponibilizar em 2026 os incentivos institucionais ganhos na contratualização de 2025, 63,6% dos respondentes confirmaram que sim, uma subida face aos 54,1% do estudo anterior, uma evolução positiva, ainda que mais de um terço (36,4%) dos coordenadores refira que a ULS não deu essa garantia às suas equipas.

D4 – Por favor, indique o seu grau de satisfação com os seguintes instrumentos: (%) (Comparativo com anos anteriores)

A plataforma BI-CSP - Self-service.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito/a	2,5	3,4	4,4	2,3	2,8	3,5
Insatisfeito/a	14,6	16,4	18,8	15,9	15,6	15,2
Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	25,9	25,5	19,2	19,2	19,4	21,4
Satisfeito/a	51,6	48,2	49,6	53,2	52,3	50,1
Muito satisfeito/a	5,4	6,5	8,1	9,5	10	9,8

BI-CPS-PAUF - plataforma eletrónica que suporta a construção do Plano de Ação pelas Unidades Funcionais.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito/a	5,4	5	6,2	3,5	5,3	4,8
Insatisfeito/a	24,1	23	27,1	22,8	22,9	26,6
Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	24,1	26,6	22,8	23,5	22,6	24,8
Satisfeito/a	43,2	40,8	40,4	45,3	44,4	38,4
Muito satisfeito/a	3,2	4,7	3,5	4,9	4,9	5,4

Estrutura atual do Plano de Ação das unidades funcionais.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito/a	5,8	5	6	4,2	6,1	4,5
Insatisfeito/a	27,5	29,6	31,2	27,1	25,8	27,9
Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	32,3	30,9	29,1	32,3	28,2	33,3
Satisfeito/a	32,5	31,4	31,4	33,3	36,8	30,1
Muito satisfeito/a	2	3,2	2,3	3,1	3,1	4,1

MIM@UF – Sistema de monitorização das unidades funcionais.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito/a	7,4	11,1	8,5	8,7	8,3	7,8
Insatisfeito/a	26,8	32,6	29,9	29,9	32,5	27,0
Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	29,8	22,4	25,3	22,1	22,7	26,1
Satisfeito/a	34	31,4	34,2	37,1	33,8	34,0
Muito satisfeito/a	2	2,5	2,1	2,3	2,6	5,2

SDM - Sistema de Dados Mestre.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito/a	9	10,2	9,8	7,5	9,6	8,1
Insatisfeito/a	25,1	28,5	27,8	18,7	25,9	22,7
Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	39	33,6	34,4	30,7	26,1	28,1
Satisfeito/a	24,6	23,9	25,7	39,2	34,6	35,7
Muito satisfeito/a	2,3	3,7	2,3	3,9	3,8	5,4

Quanto ao grau de satisfação com os instrumentos de contratualização, a plataforma **BI-CSP – self-service** regista 59,9% de coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos, uma descida face aos 62,3% do estudo anterior.

A plataforma **BI-CSP-PAUF**, que suporta a construção do Plano de Ação pelas Unidades Funcionais, desce também para 43,8% de satisfeitos ou muito satisfeitos (vs. 49,3% no estudo anterior).

A estrutura atual do Plano de Ação das Unidades Funcionais leva a que 34,2% dos coordenadores fiquem satisfeitos ou muito satisfeitos, valor próximo dos 32,4% de insatisfeitos ou muito insatisfeitos, uma descida face aos 39,9% de satisfeitos do estudo anterior.

O **MIM@UF** inverte a tendência do ano anterior: existem agora 39,2% de coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos, superando os insatisfeitos ou muito insatisfeitos (34,8%), quando no estudo anterior a relação era oposta (36,4% vs. 40,8%).

O **SDM – Sistema de Dados Mestre** acompanha esta inversão positiva, com 41,1% de satisfeitos ou muito satisfeitos (acima dos 38,4% do estudo anterior) e uma redução dos insatisfeitos ou muito insatisfeitos para 30,8% (face aos 35,5% anteriores).

E. Informatização

Os resultados obtidos este ano apontam para uma taxa de satisfação ou muita satisfação com a aplicação SClínico Central (Quadro D1) inferior à do ano passado (28,4% em 2025/26 vs 36,1% em 2024/25), situando-se mesmo abaixo do valor registado em 2023/24 (31,0%). A recuperação assinalada na edição anterior, que associámos à estabilização do funcionamento da aplicação central, não se consolidou. Em sentido inverso, a insatisfação sobe para 48,5% (43,2% em 2024/25): praticamente um em cada dois coordenadores está insatisfeito ou muito insatisfeito com a única ferramenta de apoio à consulta ao seu dispor (importa aqui recordar que a taxa de satisfação desta ferramenta desenvolvida pelos SPMS nunca se aproximou dos valores obtidos pelas aplicações alternativas anteriormente existentes).

E1 - Em relação à aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua USF, e de um modo geral, considera que está: (%) (Geral)

	2025/26
Muito insatisfeito /insatisfeito	48,5
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	23,0
Satisfeito/ Muito satisfeito	28,4

Tendo em conta que a estabilidade do seu funcionamento também depende de infraestruturas locais, não surpreende a diferença de resultados entre ULS – excluídas as ULS com menos de cinco respostas, a taxa de satisfação (satisfeito ou muito satisfeito) varia de 75,0% (ULS Arrábida) a 4,3% (ULS Santo António), esta última pelo segundo ano consecutivo na última posição.

No quadro seguinte podemos verificar que existem apenas cinco ULS com nível de satisfação igual ou superior a 50% (ULS Arrábida – 75,0%; ULS Lezíria – 54,5%; ULS Baixo Mondego, ULS Estuário do Tejo e ULS Médio Tejo – 50,0%), quando no ano passado, com o mesmo critério, eram oito. Por outro lado, aumentou de forma expressiva o número de ULS com insatisfação igual ou superior a 60%, contando-se agora dez (ULS São João – 80,0%; ULS Santo António – 78,3%; ULS São José – 72,2%; ULS Braga – 68,0%;

ULS Guarda e ULS Póvoa de Varzim / Vila do Conde – 66,7%; ULS Região de Leiria – 64,0%; ULS Nordeste – 62,5%; ULS Coimbra – 60,7%; ULS Médio Ave – 60,0%). As quedas mais acentuadas registaram-se na ULS Guarda (-33,4 pontos percentuais), ULS Região de Leiria (-28,0), ULS Nordeste (-25,0), ULS Braga (-23,3) e ULS Santa Maria (-22,7). Em sentido contrário, e ainda que partindo de valores baixos, registaram-se subidas na ULS Arrábida (+25,0), ULS Arco Ribeirinho (+21,8), ULS Baixo Mondego (+16,7), ULS Viseu Dão-Lafões (+16,5) e ULS Póvoa de Varzim / Vila do Conde (+15,1).

As promessas de integração de resultados analíticos dentro das ULS continuam por cumprir na maioria das realidades, e mantêm-se os erros de integração de resultados realizados em clínicas convencionadas, nalgumas situações com riscos para a prestação de cuidados. Passados mais de três anos sobre a transição para o SClínico Central, e perante a inversão dos resultados este ano observada, é imperativo exigir que a evolução dos sistemas seja devidamente testada previamente à sua introdução, e que sejam prontamente corrigidos os desvios e erros comunicados pelos profissionais.

E1 - Em relação à aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua USF, e de um modo geral, considera que está: (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Muito insatisfeito/ Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	33,3	33,3	33,3
ULS Algarve	52	12	36
ULS Almada / Seixal	38,9	27,8	33,3
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	47,1	11,8	41,2
ULS Alto Minho	18,2	36,4	45,5
ULS Amadora / Sintra	34,8	34,8	30,4
ULS Arco Ribeirinho	20	40	40
ULS Arrábida	25	0	75
ULS Baixo Alentejo	0	50	50
ULS Baixo Mondego	37,5	12,5	50
ULS Barcelos / Esposende	38,5	23,1	38,5
ULS Braga	68	16	16
ULS Castelo Branco	0	50	50
ULS Coimbra	60,7	17,9	21,4
ULS Cova da Beira	0	0	100
ULS Entre Douro e Vouga	23,8	28,6	47,6
ULS Estuário do Tejo	50	0	50
ULS Gaia / Espinho	58,3	25	16,7
ULS Guarda	66,7	0	33,3
ULS Lezíria	27,3	18,2	54,5
ULS Lisboa Ocidental	50	34,6	15,4
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	33,3	33,3	33,3
ULS Matosinhos	50	33,3	16,7
ULS Médio Ave	60	26,7	13,3
ULS Médio Tejo	16,7	33,3	50
ULS Nordeste	62,5	12,5	25
ULS Oeste	16,7	66,7	16,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	66,7	0	33,3
ULS Região de Aveiro	31,6	36,8	31,6
ULS Região de Leiria	64	16	20
ULS Santa Maria	27,3	45,5	27,3
ULS Santo António	78,3	17,4	4,3
ULS São João	80	5	15
ULS São José	72,2	5,6	22,2
ULS Tâmega e Sousa	52,8	27,8	19,4
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	42,9	42,9	14,3
ULS Viseu Dão-Lafões	46,2	23,1	30,8

E2 - Em relação às aplicações informáticas listadas no quadro abaixo, e de um modo geral, considera que está: (%) (Comparativo com anos anteriores)

Quando avaliamos a satisfação com as diferentes aplicações informáticas em uso, somente três apresentam uma taxa de satisfação (satisfeito ou muito satisfeito) superior a 50%: Conta Office 365 (69,0% VS 62,5% do ano passado), Software de Comunicação Interna (54,1% VS 51,2%) e RSE (52,1% VS 57,3%). No ano anterior eram quatro, integrando então este grupo o eVacinas.

eVacinas	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	7	6,1	5,1	7,4	7,4	28,2
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	27,9	29,2	30,1	29,2	30,7	28
Satisfeito ou Muito satisfeito	65,1	64,7	64,8	63,4	61,9	43,7

O eVacinas merece este ano particular destaque, pelas piores razões. Historicamente a aplicação mais bem avaliada de todas as que constam do estudo, com taxas de satisfação sempre superiores a 60% desde 2020/21, regista agora uma queda de 61,9% para 43,7% (-18,2 pontos percentuais) – o maior recuo alguma vez registado nesta série. Apesar de não estar discriminado neste estudo, acreditamos que a queda esteja relacionada também com a introdução do eVacinas 2.0 em abril de 2026, uma plataforma há muito esperada, mas cujo arranque não foi isento de percalços.

A PEM interrompe a recuperação assinalada no ano passado. Depois de ter atingido em 2023/24 o valor mais baixo desde 2020/21 (38,5%), na sequência da controversa implementação do novo modelo de registo de posologia, e de ter recuperado para 48,4% em 2024/25, volta agora a descer para 43,6%, com a insatisfação a subir para 37,3%. Os ganhos obtidos com a maior estabilidade nos registos da medicação habitual não se mantiveram, e pelo contrário continua a ser uma plataforma pouco flexível, pouco adaptada ao dia-a-dia dos médicos, pouco inteligente e pouco centrada nas reais necessidades dos utentes.

PEM	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	26,9	25,9	36,4	40,3	33	37,3
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	19,3	22,3	20	21,2	18,6	19
Satisfeito ou Muito satisfeito	53,8	51,8	43,6	38,5	48,4	43,6

O ALERT P1 atinge o valor mais baixo de toda a série, com apenas 15,5% de satisfeitos ou muito satisfeitos (25,2% no ano passado). Importa referir que quase metade dos respondentes assinalou a opção não aplicável (n=257; 47,5%), o que reflete a progressiva substituição desta ferramenta, mas não retira gravidade à avaliação de quem continua a utilizá-la.

GESTCARE (RNCCI)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	37,9	37,2	42,1	57,7	55,7	55,9
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	45,2	45,6	42,4	24,2	26,1	26,4
Satisfeito ou Muito satisfeito	16,9	17,2	15,5	18	18,2	17,7

Algumas das aplicações avaliadas continuam a apresentar uma taxa de satisfação (satisfeito ou muito satisfeito) muito baixa (abaixo dos 30%) e que, portanto, deveriam ser alvo de uma reavaliação por parte da DE/SPMS de forma a irem de encontro às necessidades dos profissionais. São exemplo disto o GestCare (17,7% VS 18,2% no ano passado), as Plataformas de gestão de pedidos internos (25,3% VS 21,3%) e a Plataforma de Assiduidade (29,4% VS 27,1%).

Quanto à insatisfação (insatisfeitos e muito insatisfeitos) há a destacar o GestCare, única aplicação com valores superiores a 50% (55,9% VS 55,7% em 2024/25), mantendo-se na última posição pelo segundo ano consecutivo. A Plataforma de Assiduidade, que no ano passado acompanhava o GestCare neste grupo, regista uma melhoria de 5,8 pontos percentuais (45,6% vs 51,4%). Recorde-se que a implementação das ULS condicionou na maioria das vezes o abandono da aplicação de assiduidade habitualmente utilizada nos

cuidados de saúde primários, substituída pela aplicação utilizada nos centros hospitalares, com um aumento indesejável da sua complexidade e totalmente desnecessária face àquilo que são as necessidades dos cuidados de saúde primários. A redução da insatisfação observada nos dois últimos anos poderá traduzir a progressiva adaptação das equipas ao novo contexto.

Em sentido positivo, destaque para a Página de Internet/Intranet da ULS, que sobe de 25,7% para 38,5% de satisfação (+12,8 pontos percentuais), com uma redução equivalente da insatisfação, e para a Conta Office 365, que atinge o melhor resultado de sempre.

Página de Internet/ Intranet da ULS

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	-	-	-	32,9	21,5
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	-	41,4	40
Satisfeito ou Muito satisfeito	-	-	-	-	25,7	38,5

Alert P1	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	33,5	40	47,8	43,7	46,3	41,5
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	26,7	27,1	24,8	32,9	28,5	43
Satisfeito ou Muito satisfeito	39,9	32,9	27,4	23,4	25,2	15,5

SIGA SNS	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	-	-	-	38,7	37,0
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	-	27,1	26,1
Satisfeito ou Muito satisfeito	-	-	-	-	34,3	37,0

RSE (antigo PDS)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	21	18,6	25,3	27,3	20,2	23,6
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	20,5	25,6	22,6	22,7	22,6	24,3
Satisfeito ou Muito satisfeito	58,6	55,9	52,1	50	57,3	52,1

Siima Rastreios

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	33	32	37,3	33,2	30	27,8
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	26,3	23,4	20,7	21,4	24,5	25,9
Satisfeito ou Muito satisfeito	40,8	44,6	41,9	45,4	45,5	46,3

SDM@SNS	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	31	26,2	33,1	22,9	28,4	30
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	41,3	40,8	35,1	34,5	28,4	30,2
Satisfeito ou Muito satisfeito	27,7	33	31,7	42,6	43,2	39,7

Conta do Office 365 e as aplicações básicas a que pode aceder (word, Excel, Power Point, Outlook, Forms e Power BI)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	-	18,7	16,5	15,7	11,3
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	21,8	22,7	21,9	19,7
Satisfeito ou Muito satisfeito	-	-	59,5	60,8	62,5	69

SINAVE	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	22,8	18,7	13,1	12,6	13
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	36,8	37,6	45,7	44,4	45,4
Satisfeito ou Muito satisfeito	-	40,4	43,7	41,2	43	41,7

SICO	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	9,6	11,8	10,5	22,1	18,2
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	44,7	39	45,3	40,4	43,1
Satisfeito ou Muito satisfeito	-	45,7	49,2	44,2	37,4	38,7

SGTD	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	22,5	24	23,9	29,9	28,3
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	39,1	35,9	36,9	32,4	33,9
Satisfeito ou Muito satisfeito	-	38,4	40,1	39,2	37,7	37,8

NOTIFICA	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	28,6	28,6	28,1	28,4	25,1
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	44,9	40,1	45,4	43,6	44,9
Satisfeito ou Muito satisfeito	-	26,5	31,3	26,5	28	30

Plataforma de Assiduidade

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	48,1	47,6	61,3	51,4	45,6
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	27,8	23,9	19,9	21,5	25
Satisfeito ou Muito satisfeito	-	24,2	28,5	18,8	27,1	29,4

Plataformas de gestão de pedidos internos

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	-	-	45,7	36,9	39,2
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	39,8	41,8	35,5
Satisfeito ou Muito satisfeito	-	-	-	14,5	21,3	25,3

WebRHV	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	-	-	21,1	17,8	18
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	40,8	42,1	38,1
Satisfeito ou Muito satisfeito	-	-	-	38,1	40,1	43,9

Software de comunicação interna (chat interno da unidade)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	-	-	-	24,5	21,3
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	-	24,3	24,6
Satisfeito ou Muito satisfeito	-	-	-	-	51,2	54,1

E3 - A USF onde trabalha apresenta os itens listados em condições para a atividade dos profissionais de saúde: (%)

Computadores/Terminais	2025/26
Muito em desacordo / Em desacordo	18
Nem de acordo / Nem em desacordo	9,1
De acordo / Muito de acordo	73

Software para a atividade dos profissionais de saúde	2025/26
Muito em desacordo / Em desacordo	26,4
Nem de acordo / Nem em desacordo	22,3
De acordo / Muito de acordo	51,3

Pela primeira vez, o estudo avalia de forma autónoma as condições informáticas de que as USF dispõem para o exercício da atividade profissional (Quadro D3). Os resultados permitem distinguir com clareza aquilo que já está resolvido daquilo que continua por resolver. O parque de equipamento é o único item que reúne concordância folgada: 73,0% dos coordenadores consideram que a USF dispõe de computadores e terminais em condições. O equipamento base deixou, aparentemente, de constituir o principal estrangulamento.

Os restantes resultados são consideravelmente menos favoráveis.

A interoperabilidade – o modo como as várias aplicações se articulam entre si – é o pior item avaliado, com apenas 22,0% de concordância e 58,1% de discordância. Não se trata de um resultado isolado: na Secção B, a interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF surge como o segundo problema mais valorizado a nível nacional, com uma média de 4,19 em 5.

Interoperabilidade (o modo como as várias aplicações se articulam entre si)	**2025/26**
Muito em desacordo / Em desacordo	58,1
Nem de acordo / Nem em desacordo	19,8
De acordo / Muito de acordo	22

Estamos, portanto, perante um problema simultaneamente reconhecido pelos coordenadores como prioritário desde há 5 anos e que continua a ser sentido no seu quotidiano. A dispersão entre ULS confirma-o: em vinte das trinta e quatro ULS com cinco ou mais respostas a discordância ultrapassa os 50% (e é de exatamente 50% em mais quatro), atingindo 77,8% na ULS Póvoa de Varzim / Vila do Conde e na ULS Tâmega e Sousa. Merecem análise as exceções – ULS Barcelos / Esposende (69,2% de concordância), ULS Guarda (55,6%) e ULS Arrábida (50,0%) – no sentido de perceber que soluções locais explicam resultados tão distintos.

Material necessário para vídeoconsultas	**2025/26**
Muito em desacordo / Em desacordo	56,4
Nem de acordo / Nem em desacordo	13,4
De acordo / Muito de acordo	30,1

Merece igualmente destaque o material necessário para a realização de vídeoconsultas, com 56,4% de discordância e apenas 30,1% de concordância. Continua a exigir-se às equipas o desenvolvimento de atividade não presencial sem que estejam asseguradas as condições materiais mínimas para a realizar.

Segurança dos dados informáticos	**2025/26**
Muito em desacordo / Em desacordo	28,8
Nem de acordo / Nem em desacordo	35,6
De acordo / Muito de acordo	35,6

Por fim, a comparação entre o apoio técnico de proximidade e o apoio central é particularmente esclarecedora: o apoio técnico informático prestado pela ULS reúne 53,7% de concordância em relação à sua adequação para a atividade, enquanto o apoio do Servicedesk dos SPMS fica-se pelos 28,5%, com 46,9% de discordância.

Apoio técnico informático na ULS	**2025/26**
Muito em desacordo / Em desacordo	26,6
Nem de acordo / Nem em desacordo	19,7
De acordo / Muito de acordo	53,7

Sendo os mesmos profissionais a avaliar, no mesmo período e sobre a mesma infraestrutura, dois níveis distintos de suporte, uma diferença desta ordem constitui um argumento sólido a favor **do reforço das equipas de apoio informático de proximidade nas ULS.**

Apoio do Servicedesk da SPMS	**2025/26**
Muito em desacordo / Em desacordo	46,9
Nem de acordo / Nem em desacordo	24,6
De acordo / Muito de acordo	28,5

Em resumo, e ao contrário do que sucedeu na edição anterior, não é possível identificar sinais de melhoria consistente. As duas aplicações mais utilizadas – SClínico Central e PEM – recuam ambas, o eVacinas regista a maior queda alguma vez observada nesta série, e a interoperabilidade entre sistemas afirma-se como o principal estrangulamento informático identificado pelos coordenadores. **Continuamos, por isso, longe de poder considerar estas aplicações como verdadeiras ferramentas de apoio ao trabalho** nas USF, fiáveis, inteligentes, adaptadas ao normal fluxo de trabalho dos profissionais e não disruptivas.

De acordo com os respondentes, este ano a totalidade das USF apresentou momentos de indisponibilidade das aplicações informáticas nos últimos 12 meses, e em 91,2% três ou mais vezes. Trata-se de um facto inédito na série: em 2011/12, o melhor resultado histórico, 7,8% das USF referiam não ter tido qualquer indisponibilidade ao longo de um ano; em 2024/25 esse valor era já de apenas 0,4%; este ano nenhuma das 541 unidades respondentes assinalou a opção «Não», que se manteve disponível no questionário.

E4 - Durante os anos em análise, a sua USF ficou alguma vez sem acesso às aplicações informáticas? (%) (Comparativo com anos anteriores):

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim, uma a duas vezes	7,1	4,2	2,5	9,1	8,4	8,9
Sim, três a dez vezes	41,6	27,5	26,5	34,6	36,9	37,2
Sim, onze a cinquenta vezes*	33,7	44,7	44,7	37,6	39,1	38,3
Sim, mais de cinquenta vezes**	16	23,5	26,3	18,3	15,2	15,7
Não	1,5	0	0	0,4	0,4	0

Não existe hoje em Portugal uma única USF que trabalhe um ano completo sem perder o acesso às aplicações informáticas.

Em qualquer área de trabalho a disponibilidade das aplicações informáticas é fundamental; na área da saúde esta necessidade é crítica, quer pelo impacto no trabalho das equipas quer, principalmente, pelo impacto na segurança dos cuidados prestados

ao utente, condicionando o acesso ao processo clínico, à informação clínica existente ao nível hospitalar, à possibilidade de realizar prescrições informáticas ou ao acesso a resultados de exames. Para além disso, o impacto das falhas informáticas perturba também a obtenção de cuidados por parte dos cidadãos, que muitas vezes recebem cuidados de pior qualidade nestas circunstâncias, e por vezes nem os recebem.

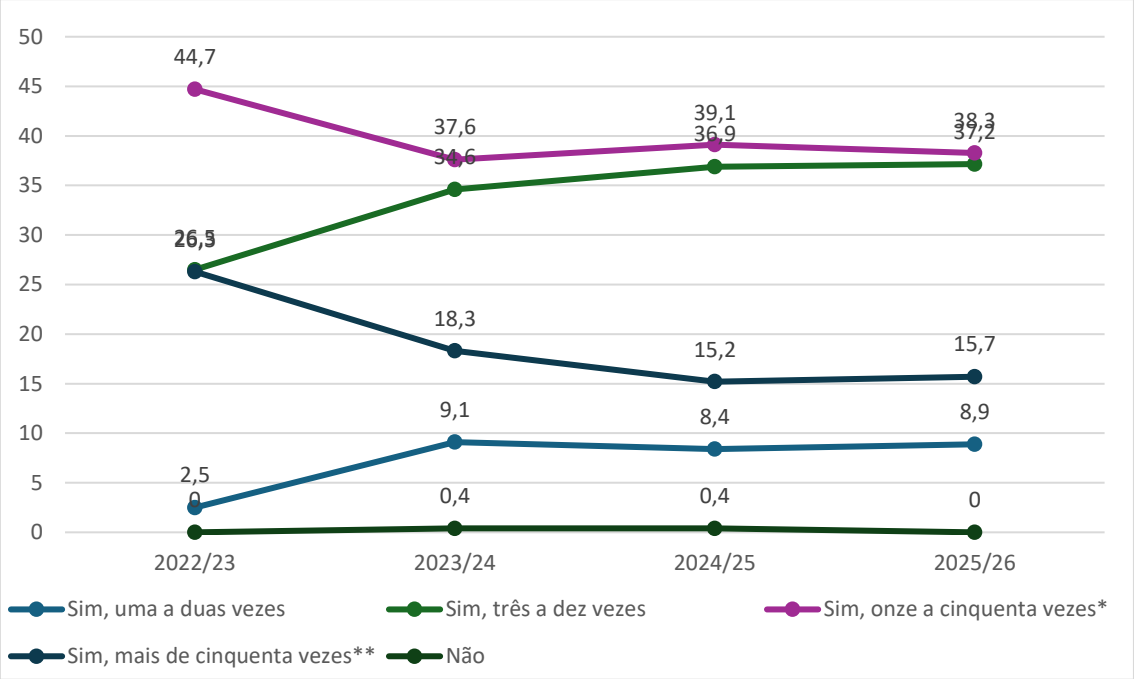


Gráfico 30 *– Analise durante os anos em que as USF ficaram algumas vezes sem acesso às aplicações informáticas.*

As falhas aconteceram mais de onze ou mais vezes em 54,0% das USF (54,3% no ano anterior). Englobadas nestas últimas, em 15,7% das USF as falhas foram «mais de cinquenta» no último ano, valor praticamente idêntico ao do ano passado (15,2%).

Analisando as falhas por ULS, verificamos que em três ULS ocorreram «mais de cinquenta falhas» no último ano em mais de 30% das USF (ULS São José – 38,9%, ULS Gaia / Espinho – 37,5%, ULS Lisboa Ocidental – 34,6%). A ULS Gaia / Espinho é a única que transita da lista do ano passado, o que poderá indicar problemas estruturais por resolver, sendo ainda de assinalar que nesta ULS 95,8% das USF registaram onze ou mais falhas. Em sentido inverso, a ULS Matosinhos, que liderava a lista em 2024/25 com 42,9%, apresenta agora 16,7%.

E4.1 - Se SIM, na maioria das vezes, em quanto tempo o problema foi resolvido: (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
No mesmo dia e sem atrasos importantes	10	10,2	13,4	6,9
No mesmo dia, mas com atrasos importantes	77,4	78,1	76,6	77,4
No dia seguinte	8,5	7	8,1	12
48h ou mais	4,2	4,7	1,9	3,7

Quanto à resolução da indisponibilidade, na maioria das vezes esta continua a ocorrer no mesmo dia, mas com atrasos importantes (77,4%). Contudo, a capacidade de resolução degradou-se de forma clara: a resolução no próprio dia e sem atrasos importantes cai de 13,4% para 6,9%, o valor mais baixo da série, enquanto a resolução no dia seguinte sobe de 8,1% para 12,0% e a que só ocorre passadas 48 horas ou mais praticamente duplica, de 1,9% para 3,7%. No conjunto, 15,7% das USF esperam mais de um dia pela reposição do acesso, quando no ano passado eram 10,0%.

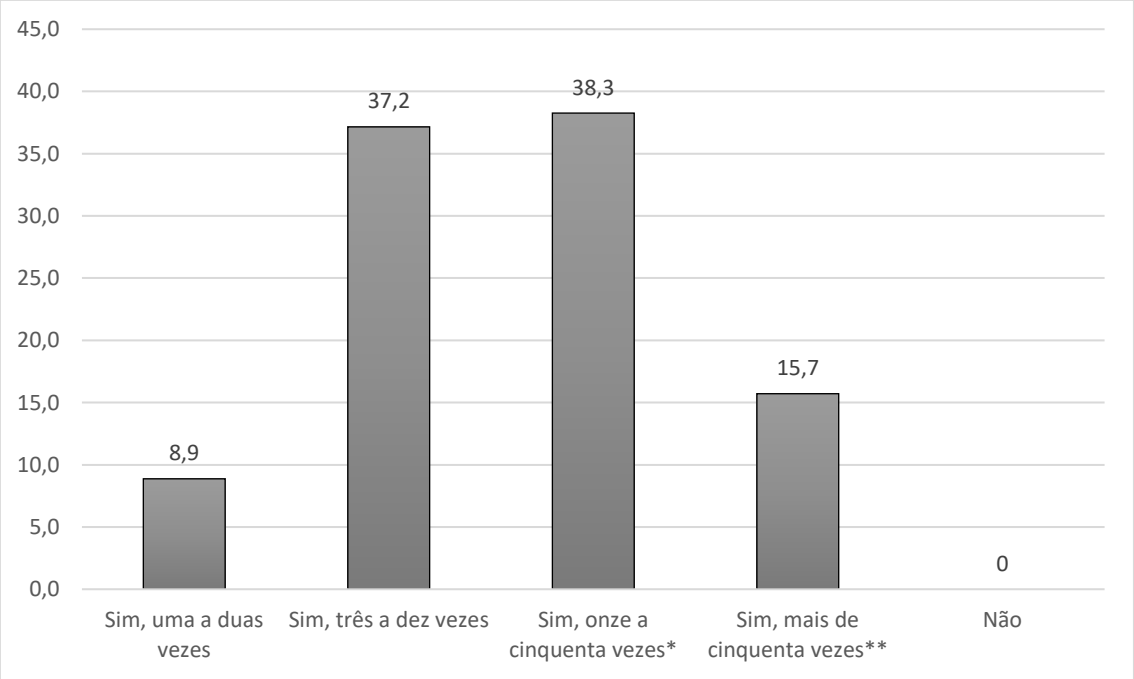


Gráfico 31 *– Representativo do número de vezes, nos últimos 12 meses, em que as USF ficaram sem acesso às aplicações informáticas.*

E4.2 – Não ter tido acesso às aplicações informáticas perturbou a qualidade dos cuidados que a USF prestou? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	96,2	94,6	96,5	97,5	97,2	98,7
Não	3,8	5,4	3,5	2,5	2,8	1,3

A indisponibilidade das aplicações informáticas perturbou a qualidade dos cuidados prestados em 98,7% das USF – o valor mais elevado de toda a série. Um problema crónico, com respostas afirmativas sempre superiores a 94% desde 2020, resultado da pouca resistência das aplicações a falhas de hardware ou software, da ausência de sistemas locais de redundância, bem como da frágil rede de internet disponível nas unidades.

A conjugação destes três indicadores – universalidade das falhas, agravamento dos tempos de resolução e impacto assistencial no máximo histórico – constitui, a nosso ver, o resultado mais preocupante deste capítulo e exige uma resposta que não pode continuar a ser adiada.

E4.3 - Durante os anos em análise, a sua USF ficou alguma vez sem acesso às aplicações informáticas? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim, uma a duas vezes	Sim, três a dez vezes	Sim, onze a cinquenta vezes	Sim, mais de cinquenta vezes
ULS Alentejo Central	0	44,4	44,4	11,1
ULS Algarve	24	44	20	12
ULS Almada / Seixal	5,6	22,2	61,1	11,1
ULS Alto Alentejo	100	0	0	0
ULS Alto Ave	0	35,3	52,9	11,8
ULS Alto Minho	8,3	50	33,3	8,3
ULS Amadora / Sintra	0	52,2	39,1	8,7
ULS Arco Ribeirinho	0	40	60	0
ULS Arrábida	12,5	25	37,5	25
ULS Baixo Alentejo	0	50	50	0
ULS Baixo Mondego	0	37,5	62,5	0
ULS Barcelos / Esposende	23,1	23,1	38,5	15,4
ULS Braga	8	48	36	8
ULS Castelo Branco	25	75	0	0
ULS Coimbra	3,6	42,9	35,7	17,9
ULS Cova da Beira	0	100	0	0
ULS Entre Douro e Vouga	19,0	38,1	23,8	19,0
ULS Estuário do Tejo	16,7	50	16,7	16,7
ULS Gaia / Espinho	0	4,2	58,3	37,5
ULS Guarda	22,2	44,4	33,3	0
ULS Lezíria	18,2	27,3	36,4	18,2
ULS Lisboa Ocidental	3,8	26,9	34,6	34,6
ULS Litoral Alentejano	0	100	0	0
ULS Loures / Odivelas	0	50	33,3	16,7
ULS Matosinhos	0	0	83,3	16,7
ULS Médio Ave	20	66,7	6,7	6,7
ULS Médio Tejo	16,7	50	16,7	16,7
ULS Nordeste	50	25	12,5	12,5
ULS Oeste	33,3	16,7	50	0
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	11,1	22,2	55,6	11,1
ULS Região de Aveiro	10	20	50	20
ULS Região de Leiria	0	28	48	24
ULS Santa Maria	27,3	45,5	27,3	0
ULS Santo António	0	30,4	43,5	26,1
ULS São João	0	35	40	25
ULS São José	0	27,8	33,3	38,9
ULS Tâmega e Sousa	5,6	55,6	33,3	5,6
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	7,1	35,7	42,9	14,3
ULS Viseu Dão-Lafões	14,3	50	35,7	0

F. Qualidade

Atendendo à atual reforma do SNS, importa compreender o peso efetivo que a representação dos Cuidados de Saúde Primários tem nas Comissões de Qualidade e Segurança das Unidades Locais de Saúde.

A Comissão de Qualidade e Segurança continua a assumir-se como um eixo central da melhoria contínua, e a presença de profissionais dos CSP nestas estruturas é decisiva para apoiar as equipas no terreno, promovendo uma cultura de rigor, aprendizagem e evolução sustentada.

F1 - A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente na sua ULS tem na sua composição profissionais dos CSP? (%) (Geral)

	2024/25	2025/26
Sim	45,8	44,3
Não	4,4	3,7
Desconheço	49,8	52,0

Em 2025/2026, 44,3% dos coordenadores referem que a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente da sua ULS integra profissionais dos CSP, 3,7% indicam que não integra e mais de metade (52,0%) desconhece a sua composição, valores muito próximos dos de 2024/2025 (45,8%, 4,4% e 49,8%, respetivamente). Considerando apenas quem conhece a composição da Comissão, a presença de profissionais dos CSP é referida por 92,2% dos coordenadores, em linha com os 91,2% de 2024/2025. Contudo, o elevado desconhecimento mostra que a atividade destas Comissões é ainda pouco visível para as equipas no terreno, e a verdadeira plenitude só será alcançada quando a presença dos CSP for universal e conhecida, refletindo o princípio de que a qualidade e a segurança em saúde não podem ser construídas sem a visão e a prática dos cuidados de proximidade.

Olhando para os resultados comparativos entre ULS (quadro seguinte), os resultados de 2025/2026 mostram que as respostas negativas são residuais (em 25 das 39 ULS nenhum coordenador refere que a Comissão não integra profissionais dos CSP), o que

demonstra a afirmação progressiva do papel dos cuidados de proximidade na governação clínica das ULS; no entanto, em 17 ULS mais de metade dos coordenadores desconhece a composição da Comissão.

F1 - A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente na sua ULS tem na sua composição profissionais dos CSP? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim	Não	Desconheço
ULS Alentejo Central	44,4	0	55,6
ULS Algarve	45,8	0	54,2
ULS Almada / Seixal	44,4	0	55,6
ULS Alto Alentejo	100	0	0
ULS Alto Ave	17,6	5,9	76,5
ULS Alto Minho	16,7	0	83,3
ULS Amadora / Sintra	65,2	0	34,8
ULS Arco Ribeirinho	60	10	30
ULS Arrábida	62,5	0	37,5
ULS Baixo Alentejo	50	50	0
ULS Baixo Mondego	50	12,5	37,5
ULS Barcelos / Esposende	100	0	0
ULS Braga	52	8	40
ULS Castelo Branco	75	0	25
ULS Coimbra	33,3	0	66,7
ULS Cova da Beira	66,7	0	33,3
ULS Entre Douro e Vouga	76,2	0	23,8
ULS Estuário do Tejo	33,3	16,7	50
ULS Gaia / Espinho	62,5	4,2	33,3
ULS Guarda	66,7	0	33,3
ULS Lezíria	50	0	50
ULS Lisboa Ocidental	42,3	0	57,7
ULS Litoral Alentejano	100	0	0
ULS Loures / Odivelas	33,3	0	66,7
ULS Matosinhos	33,3	16,7	50
ULS Médio Ave	60	6,7	33,3
ULS Médio Tejo	66,7	0	33,3
ULS Nordeste	0	0	100
ULS Oeste	16,7	0	83,3
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	44,4	22,2	33,3
ULS Região de Aveiro	20	0	80
ULS Região de Leiria	72	0	28
ULS Santa Maria	27,3	0	72,7
ULS Santo António	31,8	13,6	54,5
ULS São João	15	10	75
ULS São José	44,4	5,6	50
ULS Tâmega e Sousa	30,6	5,6	63,9
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	21,4	0	78,6
ULS Viseu Dão-Lafões	21,4	0	78,6

Apenas em Barcelos/Esposende (13 respostas) todos os coordenadores referem a presença de profissionais dos CSP na Comissão, o mesmo sucedendo no Alto Alentejo e no Litoral Alentejano, mas com uma única resposta cada. Seguem-se Entre Douro e Vouga (76,2%), Castelo Branco (75,0%) e Região de Leiria (72,0%). No extremo oposto, o desconhecimento é muito elevado em ULS como Nordeste (100%), Alto Minho e Oeste (83,3% cada), Região de Aveiro (80,0%), Trás-os-Montes e Alto Douro e Viseu Dão-Lafões (78,6% cada), Alto Ave (76,5%) e São João (75,0%). As respostas negativas mais expressivas surgem no Baixo Alentejo (50,0%, com apenas 2 respostas) e na Póvoa de Varzim/Vila do Conde (22,2%).

Importa aqui reconhecer que esta pergunta, a par da ampla divulgação dos resultados do "Momento Atual", poderá ter funcionado como potenciador de mudança, alertando para a necessidade de reforçar a presença dos CSP nestas estruturas.

Este retrato revela duas realidades complementares: por um lado, um avanço estrutural claro, que coloca os CSP no centro da agenda da qualidade e segurança; por outro, a persistência de zonas de fragilidade que não podem ser ignoradas. O desafio que se coloca é, portanto, o da equidade organizacional: garantir que em todas as ULS, sem exceção, a voz dos CSP está presente e ativa, reconhecendo que sem esta participação não existe melhoria sustentada nem verdadeira integração de cuidados.

F2 - A sua USF realizou ou iniciou o processo de acreditação? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	26,9	27,5	27,2	24,9	24,8	23,4
Não	73,1	72,5	72,8	75,1	75,2	76,6

A análise da evolução histórica do processo de acreditação das USF permite uma leitura exigente. Apesar da sua relevância para a consolidação da qualidade, as taxas de adesão permanecem estagnadas nos últimos anos, fixando-se em 23,4% em 2025/2026, depois de 24,9% em 2023/2024 e 24,8% em 2024/2025. Comparando com o percurso desde 2013/2014, percebe-se que houve momentos de crescimento e de retração, mas nunca

um movimento consolidado que permitisse escalar significativamente os processos de acreditação. O dado é preocupante: três em cada quatro USF continuam fora desta dinâmica, o que fragiliza a consistência e a visibilidade da qualidade intrínseca que muitas já praticam.

F2 – A sua USF realizou ou iniciou o processo de acreditação? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim	Não
ULS Alentejo Central	22,2	77,8
ULS Algarve	44	56
ULS Almada / Seixal	27,8	72,2
ULS Alto Alentejo	0	100
ULS Alto Ave	47,1	52,9
ULS Alto Minho	16,7	83,3
ULS Amadora / Sintra	31,8	68,2
ULS Arco Ribeirinho	30	70
ULS Arrábida	12,5	87,5
ULS Baixo Alentejo	50	50
ULS Baixo Mondego	12,5	87,5
ULS Barcelos / Esposende	15,4	84,6
ULS Braga	16	84
ULS Castelo Branco	0	100
ULS Coimbra	25	75
ULS Cova da Beira	0	100
ULS Entre Douro e Vouga	42,9	57,1
ULS Estuário do Tejo	33,3	66,7
ULS Gaia / Espinho	25	75
ULS Guarda	11,1	88,9
ULS Lezíria	27,3	72,7
ULS Lisboa Ocidental	19,2	80,8
ULS Litoral Alentejano	0	100
ULS Loures / Odivelas	33,3	66,7
ULS Matosinhos	20	80
ULS Médio Ave	13,3	86,7
ULS Médio Tejo	50	50
ULS Nordeste	0	100
ULS Oeste	16,7	83,3
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	66,7	33,3
ULS Região de Aveiro	15	85
ULS Região de Leiria	20	80
ULS Santa Maria	36,4	63,6
ULS Santo António	26,1	73,9
ULS São João	10	90
ULS São José	16,7	83,3
ULS Tâmega e Sousa	19,4	80,6
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	0	100
ULS Viseu Dão-Lafões	7,1	92,9

A análise por ULS mostra que, em praticamente todas, a maioria das unidades ainda não avançou para este processo. Há, contudo, alguns destaques positivos: ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde (66,7%), Baixo Alentejo e Médio Tejo (50,0% cada), bem como valores intermédios no Alto Ave (47,1%), Algarve (44,0%) e Entre Douro e Vouga (42,9%). Em contrapartida, existem ULS onde nenhuma unidade deu início ao processo: Alto Alentejo, Castelo Branco, Cova da Beira, Litoral Alentejano, Nordeste e Trás-os-Montes e Alto Douro.

Neste contexto, é fundamental reforçar políticas de incentivo, apoio técnico e simplificação processual, permitindo que a acreditação não seja vista como um fardo burocrático, mas assumida como um instrumento estratégico de afirmação da excelência dos CSP. A sua concretização é uma garantia de confiança para os cidadãos e um reconhecimento justo para as equipas que todos os dias procuram elevar os padrões de qualidade em saúde.

No entanto, salienta-se que a relação entre acreditação e resultados assistenciais não é linear. Para além da acreditação, outras ferramentas de gestão da qualidade, como a aplicação de processos Lean ou a utilização sistemática de Mapas de Risco para resolução de problemas, podem e devem ser valorizadas, constituindo vias complementares para a melhoria contínua da organização e dos cuidados prestados.

F3 – A sua USF tem Manuais de Boas Práticas/Manual de Procedimentos? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim, para todas as áreas importantes	54,3	56,1	66	59,3	55,5	55,6
Sim, para a maioria das áreas importantes	27,8	29,5	26,3	30	32	31,8
Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes	15,5	12,2	6,8	9,9	9,9	11,7
Não, não tem nenhum	2,5	2,3	0,8	0,8	2,6	0,9

Em 2025/2026, a proporção de USF que afirmam dispor de manuais de boas práticas abrangendo todas as áreas importantes mantém-se estável (55,6%, face a 55,5% em 2024/2025), interrompendo a descida registada desde o pico de 2022/2023 (66,0%). A proporção das que referem possuir manuais para a maioria das áreas manteve-se praticamente inalterada (31,8%, face a 32,0%), enquanto aumentou a percentagem das que dispõem de documentação limitada a um pequeno número de áreas relevantes (11,7%, face a 9,9%). Em sentido positivo, a percentagem de USF que não possuem qualquer manual de boas práticas ou procedimentos voltou a descer (0,9%, face a 2,6% em 2024/2025).

Estes resultados, embora estáveis face a 2024/2025, mantêm-se claramente abaixo dos de 2022/2023, o que sugere uma erosão da importância atribuída a este instrumento estruturante de qualidade, que anteriormente era condição para a transição de modelo A para modelo B. A Generalização do Modelo B, bem como a perceção de que os manuais não são atualmente determinantes para a contratualização, poderão estar a contribuir para este afastamento. Esta tendência merece reflexão importante, uma vez que a existência e a atualização regular de manuais constituem um suporte essencial à padronização, segurança e melhoria contínua dos cuidados.

É fundamental assegurar que a generalização do modelo B não conduza a uma desvalorização da dimensão organizacional das equipas, e que seja de igual forma garantida a existência de procedimentos e manuais estruturados.

Em 2025/2026, observa-se uma heterogeneidade significativa entre ULS no que respeita à existência de manuais de boas práticas ou de procedimentos. Em 38 das 39 ULS, a maioria das unidades dispõe de manuais que abrangem todas ou a maior parte das áreas importantes (a exceção é Castelo Branco, com 25,0%).

F3 – A sua USF tem Manuais de Boas Práticas/Manual de Procedimentos (em %)? (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim, para todas as áreas importantes	Sim, para a maioria das áreas importantes	Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes	Não, não tem nenhum
ULS Alentejo Central	44,4	33,3	22,2	0
ULS Algarve	48	36	16	0
ULS Almada / Seixal	50	27,8	22,2	0
ULS Alto Alentejo	0	100	0	0
ULS Alto Ave	82,4	17,6	0	0
ULS Alto Minho	75	16,7	8,3	0
ULS Amadora / Sintra	52,2	43,5	4,3	0
ULS Arco Ribeirinho	70	30	0	0
ULS Arrábida	37,5	37,5	25	0
ULS Baixo Alentejo	50	50	0	0
ULS Baixo Mondego	25	62,5	12,5	0
ULS Barcelos / Esposende	69,2	23,1	7,7	0
ULS Braga	76	24	0	0
ULS Castelo Branco	0	25	25	50
ULS Coimbra	40,7	37	18,5	3,7
ULS Cova da Beira	0	100	0	0
ULS Entre Douro e Vouga	76,2	23,8	0	0
ULS Estuário do Tejo	83,3	16,7	0	0
ULS Gaia / Espinho	62,5	25	12,5	0
ULS Guarda	44,4	33,3	22,2	0
ULS Lezíria	60	10	20	10
ULS Lisboa Ocidental	46,2	42,3	11,5	0
ULS Litoral Alentejano	0	100	0	0
ULS Loures / Odivelas	66,7	33,3	0	0
ULS Matosinhos	83,3	16,7	0	0
ULS Médio Ave	66,7	26,7	6,7	0
ULS Médio Tejo	66,7	16,7	16,7	0
ULS Nordeste	12,5	50	37,5	0
ULS Oeste	66,7	16,7	16,7	0
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	44,4	55,6	0	0
ULS Região de Aveiro	50	35	15	0
ULS Região de Leiria	56	24	20	0
ULS Santa Maria	54,5	27,3	18,2	0
ULS Santo António	65,2	34,8	0	0
ULS São João	75	15	10	0
ULS São José	50	38,9	11,1	0
ULS Tâmega e Sousa	58,3	33,3	8,3	0
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	28,6	28,6	35,7	7,1
ULS Viseu Dão-Lafões	21,4	57,1	21,4	0

Destacam-se no quartil superior as ULS Matosinhos e Estuário do Tejo (83,3% cada), Alto Ave (82,4%), Entre Douro e Vouga (76,2%), Braga (76,0%), Alto Minho e São João (75,0% cada), onde mais de 70% das USF afirmam possuir manuais que cobrem todas as áreas relevantes, reforçando uma cultura organizacional sólida e consistente. No extremo oposto, persistem realidades menos estruturadas, com particular destaque para as ULS Alto Alentejo, Castelo Branco, Cova da Beira e Litoral Alentejano (0%), Nordeste (12,5%), Viseu Dão-Lafões (21,4%), Baixo Mondego (25,0%) e Trás-os-Montes e Alto Douro (28,6%), onde nenhuma ou uma reduzida proporção das unidades dispõe de manuais completos.

Importa ainda realçar alguns casos singulares: em Castelo Branco, metade das unidades respondentes refere não dispor de qualquer manual, havendo também unidades sem manual na Lezíria (10,0%), em Trás-os-Montes e Alto Douro (7,1%) e em Coimbra (3,7%); já no Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Cova da Beira e Litoral Alentejano, todas as unidades respondentes referem possuir manuais para todas ou para a maioria das áreas, embora com um número muito reduzido de respostas.

Este retrato confirma a necessidade de reforçar políticas de apoio e monitorização que assegurem a manutenção da componente organizacional em todas as ULS, evitando desigualdades territoriais e garantindo padrões uniformes de qualidade e segurança em todo o país.

A questão relativa à existência de um manual de articulação mantém-se particularmente relevante no atual contexto de generalização do modelo ULS.

F4 - A sua ULS tem Manual de Articulação? (%) (Geral)

	2023/24	2024/25	2025/26
Sim, para todas as áreas importantes	23,8	26,4	25,2
Sim, para a maioria das áreas importantes	17	26,2	27,7
Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes	11,8	12,9	15,4
Não, não tem nenhum	47,4	34,4	31,6

Em 2025/2026, mantém-se a evolução positiva face aos anos anteriores, embora de forma mais moderada: a proporção de USF que referem a existência de manual de articulação abrangendo todas as áreas importantes desce ligeiramente (25,2%, face a 26,4% em 2024/2025), mas aumenta a das que referem manual para a maioria das áreas (27,7%, face a 26,2%) ou apenas para um número limitado de áreas (15,4%, face a 12,9%). Continua a reduzir-se a percentagem das que declaram não dispor de qualquer manual (31,6%, face a 34,4% em 2024/2025 e 47,4% em 2023/2024).

Apesar desta evolução, continua a ser preocupante que quase um terço das USF (31,6%) indiquem não ter manual de articulação, instrumento essencial para uniformizar procedimentos, clarificar responsabilidades e promover uma integração efetiva entre cuidados. A existência destes manuais reveste-se de especial importância na integração dos novos elementos das equipas e pode constituir um suporte relevante para a monitorização da articulação interinstitucional, nomeadamente através de indicadores específicos.

Esta questão foi colocada pela primeira vez em 2023/2024 pela necessidade de uma articulação mais efetiva no contexto da generalização do modelo ULS. É preocupante perceber que quase um terço das USF não tem manual onde se definam as regras de interação entre as instituições dentro da ULS, e esta era uma obrigatoriedade das ULS e o grande objetivo avançado para as ULS: a integração dos cuidados.

O manual de articulação assume particular importância no contexto da generalização das ULS, constituindo um instrumento essencial para uniformizar e clarificar procedimentos, apoiar a integração de novos elementos nas equipas e servir de base para a monitorização da articulação interinstitucional. No entanto, os dados de 2025/2026 evidenciam uma realidade desigual no território, marcada por grandes contrastes.

F4 –A sua ULS tem Manual de Articulação? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim, para todas as áreas importantes	Sim, para a maioria das áreas importantes	Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes	Não, não tem nenhum
ULS Alentejo Central	44,4	11,1	33,3	11,1
ULS Algarve	13	30,4	26,1	30,4
ULS Almada / Seixal	38,9	44,4	16,7	0
ULS Alto Alentejo	0	100	0	0
ULS Alto Ave	50	50	0	0
ULS Alto Minho	41,7	33,3	16,7	8,3
ULS Amadora / Sintra	14,3	19	4,8	61,9
ULS Arco Ribeirinho	10	20	10	60
ULS Arrábida	75	12,5	12,5	0
ULS Baixo Alentejo	0	50	50	0
ULS Baixo Mondego	12,5	12,5	12,5	62,5
ULS Barcelos / Esposende	53,8	38,5	7,7	0
ULS Braga	8,7	8,7	8,7	73,9
ULS Castelo Branco	0	0	0	100
ULS Coimbra	25	28,6	14,3	32,1
ULS Cova da Beira	0	0	100	0
ULS Entre Douro e Vouga	66,7	19	14,3	0
ULS Estuário do Tejo	0	0	0	100
ULS Gaia / Espinho	18,2	18,2	31,8	31,8
ULS Guarda	22,2	22,2	22,2	33,3
ULS Lezíria	12,5	25	0	62,5
ULS Lisboa Ocidental	8	60	28	4
ULS Litoral Alentejano	0	0	100	0
ULS Loures / Odivelas	0	50	16,7	33,3
ULS Matosinhos	83,3	16,7	0	0
ULS Médio Ave	20	33,3	13,3	33,3
ULS Médio Tejo	0	16,7	16,7	66,7
ULS Nordeste	50	37,5	12,5	0
ULS Oeste	16,7	0	16,7	66,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	33,3	44,4	11,1	11,1
ULS Região de Aveiro	6,25	6,25	0	87,5
ULS Região de Leiria	27,3	59,1	9,1	4,5
ULS Santa Maria	18,2	0	18,2	63,6
ULS Santo António	15	30	35	20
ULS São João	65	30	5	0
ULS São José	22,2	33,3	33,3	11,1
ULS Tâmega e Sousa	11,8	8,8	5,9	73,5
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	0	21,4	21,4	57,1
ULS Viseu Dão-Lafões	21,4	50	14,3	14,3

Destacam-se positivamente as ULS Matosinhos (83,3%), Arrábida (75,0%), Entre Douro e Vouga (66,7%), São João (65,0%) e Barcelos/Esposende (53,8%), onde a maioria das USF afirma dispor de manual abrangendo todas as áreas importantes (no Alto Ave e no Nordeste, metade). Em contrapartida, há ULS onde nenhuma unidade refere possuir manual completo, nomeadamente Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Castelo Branco, Cova da Beira, Estuário do Tejo, Litoral Alentejano, Loures/Odivelas, Médio Tejo e Trás-os-Montes e Alto Douro. Em 13 ULS, a maioria das unidades indica não dispor de qualquer manual, com destaque para Castelo Branco e Estuário do Tejo (100%), Região de Aveiro (87,5%), Braga (73,9%) e Tâmega e Sousa (73,5%).

Apesar da evolução global verificada este ano, com aumento das USF que reportam manual de articulação para a maioria das áreas importantes (27,7%) e redução das que não possuem nenhum (31,6%, face a 34,4% em 2024/2025 e 47,4% em 2023/2024), continua a ser preocupante que quase um terço das unidades não disponha de qualquer instrumento formal de articulação.

A análise sugere que subsistem problemas de comunicação e definição, nomeadamente quanto ao que deve ser entendido como “manual de articulação”. Em alguns contextos, a ausência de resposta pode refletir desconhecimento da sua existência por parte das USF, o que é igualmente revelador da fragilidade da articulação interna. Acresce que a diversidade territorial exige soluções adaptadas: enquanto em zonas de elevada densidade populacional a uniformização de manuais pode ser eficaz, em territórios dispersos ou de baixa densidade um mesmo manual poderá revelar-se inadequado, impondo a necessidade de maior flexibilidade e contextualização.

estes resultados reforçam a urgência de clarificar orientações nacionais, promover a efetiva comunicação entre ULS e unidades funcionais e assegurar que a integração dos cuidados se concretiza de forma equitativa e sustentada.

A avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais continua a ser uma dimensão central para a promoção do bem-estar e da motivação no trabalho. Em 2025/2026 consolida-se a evolução particularmente importante registada no ano anterior: a

avaliação externa (realizada por ARS, ACeS ou outras entidades) atinge 72,7% das USF, acima dos 69,7% de 2024/2025 e muito acima dos 42,3% de 2023/2024.

F5 - Na sua USF foi realizada em 2025 alguma avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra)	10,3	28,3	43,6	42,3	69,7	72,7
Avaliação interna (pela própria USF)	34,4	50,6	61,9	67,8	66,6	62,6

Esta subida vem associada à criação do Indicador 483 do SDM, que tornou obrigatória a monitorização da satisfação no trabalho dos profissionais pelas ULS, incluindo a implementação de questionários, análise de resultados e discussão com as equipas.

Apesar deste enquadramento formal, importa sublinhar que nem todas as ULS cumpriram integralmente a obrigação, o que explica a persistência de uma proporção relevante de unidades sem qualquer avaliação realizada.

Já a avaliação interna, promovida pelas próprias USF, regista uma ligeira descida (62,6%, face a 66,6% em 2024/2025 e 67,8% em 2023/2024), mantendo-se, ainda assim, elevada e confirmando a consolidação de uma prática autónoma das equipas desde 2021.

A conjugação destes dois níveis de avaliação, o interno, pela iniciativa das USF, e o externo, agora impulsionado pela valorização em sede de contratualização, constitui uma oportunidade para um conhecimento mais aprofundado da satisfação profissional e para o desenho de medidas de melhoria mais robustas. No entanto, a falta de cumprimento integral por parte de algumas ULS revela falhas de responsabilização e reforça a necessidade de maior consistência na aplicação das políticas de monitorização da satisfação no trabalho.

F5 – Na sua USF foi realizada em 2025 alguma avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais - Avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra)? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim	Não
ULS Alentejo Central	77,8	22,2
ULS Algarve	95,7	4,3
ULS Almada / Seixal	100	0
ULS Alto Alentejo	100	0
ULS Alto Ave	6,2	93,8
ULS Alto Minho	100	0
ULS Amadora / Sintra	90,5	9,5
ULS Arco Ribeirinho	0	100
ULS Arrábida	100	0
ULS Baixo Alentejo	100	0
ULS Baixo Mondego	62,5	37,5
ULS Barcelos / Esposende	100	0
ULS Braga	12	88
ULS Castelo Branco	0	100
ULS Coimbra	25	75
ULS Cova da Beira	0	100
ULS Entre Douro e Vouga	95,2	4,8
ULS Estuário do Tejo	33,3	66,7
ULS Gaia / Espinho	79,2	20,8
ULS Guarda	66,7	33,3
ULS Lezíria	100	0
ULS Lisboa Ocidental	100	0
ULS Litoral Alentejano	0	100
ULS Loures / Odivelas	50	50
ULS Matosinhos	83,3	16,7
ULS Médio Ave	93,3	6,7
ULS Médio Tejo	0	100
ULS Nordeste	57,1	42,9
ULS Oeste	66,7	33,3
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	100	0
ULS Região de Aveiro	15,8	84,2
ULS Região de Leiria	88	12
ULS Santa Maria	100	0
ULS Santo António	95,7	4,3
ULS São João	90	10
ULS São José	94,4	5,6
ULS Tâmega e Sousa	80,6	19,4
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	69,2	30,8
ULS Viseu Dão-Lafões	92,9	7,1

F5 – Na sua USF foi realizada em 2025 alguma avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais - Avaliação interna (pela própria USF)? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim	Não
ULS Alentejo Central	55,6	44,4
ULS Algarve	69,6	30,4
ULS Almada / Seixal	44,4	55,6
ULS Alto Alentejo	100	0
ULS Alto Ave	94,1	5,9
ULS Alto Minho	58,3	41,7
ULS Amadora / Sintra	72,7	27,3
ULS Arco Ribeirinho	100	0
ULS Arrábida	62,5	37,5
ULS Baixo Alentejo	0	100
ULS Baixo Mondego	100	0
ULS Barcelos / Esposende	69,2	30,8
ULS Braga	47,8	52,2
ULS Castelo Branco	75	25
ULS Coimbra	85,7	14,3
ULS Cova da Beira	100	0
ULS Entre Douro e Vouga	73,7	26,3
ULS Estuário do Tejo	100	0
ULS Gaia / Espinho	58,3	41,7
ULS Guarda	77,8	22,2
ULS Lezíria	27,3	72,7
ULS Lisboa Ocidental	32	68
ULS Litoral Alentejano	100	0
ULS Loures / Odivelas	100	0
ULS Matosinhos	66,7	33,3
ULS Médio Ave	86,7	13,3
ULS Médio Tejo	100	0
ULS Nordeste	75	25
ULS Oeste	50	50
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	0	100
ULS Região de Aveiro	100	0
ULS Região de Leiria	28	72
ULS Santa Maria	54,5	45,5
ULS Santo António	18,2	81,8
ULS São João	30	70
ULS São José	55,6	44,4
ULS Tâmega e Sousa	72,2	27,8
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	61,5	38,5
ULS Viseu Dão-Lafões	92,9	7,1

Os resultados de 2025/2026 confirmam a evolução relevante face ao panorama de 2023/2024, mas continuam a espelhar uma acentuada falta de uniformização na avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais.

Em 2025, apesar de, como se disse, esta avaliação ter passado a ser contratualizada, nem todas as ULS cumpriram cabalmente este requisito. No domínio da avaliação externa, observou-se um crescimento expressivo da sua implementação, atingindo 72,7% das USF, mas com grandes assimetrias: 10 das 39 ULS asseguraram cobertura plena (Almada/Seixal, Alto Minho, Arrábida, Barcelos/Esposende, Lezíria, Lisboa Ocidental, Póvoa de Varzim/Vila do Conde e Santa Maria, bem como Alto Alentejo e Baixo Alentejo, com uma e duas respostas), enquanto em 5 persistiu ausência total (Arco Ribeirinho, Castelo Branco, Cova da Beira, Litoral Alentejano e Médio Tejo). Já a avaliação interna, da responsabilidade das próprias USF, manteve valores elevados, ainda que ligeiramente inferiores aos do ano anterior (62,6% em 2025/26 e 66,6% em 2024/2025), embora também com disparidades significativas entre ULS.

Estes resultados reforçam a ideia de que, apesar da introdução de um indicador formal no SDM para monitorizar a avaliação da satisfação dos profissionais, a sua implementação continua heterogénea e incompleta.

A par da satisfação no trabalho dos profissionais, a avaliação da satisfação dos utentes constitui igualmente uma condição essencial na procura da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Com efeito, foi também criado o indicador 482 “Avaliação da Satisfação dos Utentes”, que estabelece a monitorização da implementação de questionários de satisfação como função obrigatória das ULS, cabendo às USF a sua divulgação, análise, discussão e tradução em medidas de melhoria.

F6 - Na sua USF foi realizada em 2025 alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra)	10,6	44,1	77,1	68,1	72,1	78,9
Avaliação interna (pela própria USF)	30,3	53,3	65,2	68	60,4	54,5

Os resultados de 2025 revelam uma evolução distinta nos dois tipos de avaliação. A avaliação externa sobe para 78,9% (72,1% em 2024/2025 e 68,1% em 2023/2024), ultrapassando o anterior máximo de 77,1% alcançado em 2022/2023. Já a avaliação interna, conduzida pelas próprias USF, desce para 54,5%, face a 60,4% em 2024/2025 e 68,0% em 2023/2024. Provavelmente a subida de uma estará relacionada com a descida da outra.

Tal como no caso da satisfação dos profissionais, também aqui se observa uma marcada heterogeneidade entre ULS, o que aponta para falhas na uniformização e consistência da avaliação.

A discrepância entre a obrigatoriedade estabelecida pela contratualização e os resultados efetivamente obtidos confirma que a criação de indicadores, por si só, não garante a sua concretização plena. A ausência de mecanismos de responsabilização mais eficazes compromete a utilização de uma ferramenta fundamental para a gestão participada e para a promoção de uma cultura de qualidade nos cuidados de saúde primários.

No que se refere à avaliação da satisfação dos cidadãos por região, observa-se que a sua implementação ainda apresenta grande heterogeneidade entre as ULS.

Relativamente à avaliação externa, conduzida por ARS, ACES ou outras entidades, 15 ULS apresentam 100% das suas USF a realizar esta avaliação: Almada/Seixal, Alto

Alentejo, Alto Minho, Arrábida, Baixo Alentejo, Barcelos/Esposende, Lezíria, Lisboa Ocidental, Médio Ave, Oeste, Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Santa Maria, Santo António, São João e São José. Por outro lado, diversas ULS apresentam valores muito reduzidos ou mesmo nulos, como Alto Ave, Arco Ribeirinho, Castelo Branco, Cova da Beira e Litoral Alentejano (0%), Região de Aveiro (5,6%), Baixo Mondego (25,0%), Loures/Odivelas e Médio Tejo (33,3%) ou Viseu Dão-Lafões (38,5%), refletindo lacunas na implementação ou na comunicação sobre a realização das avaliações externas.

F6 - Na sua USF foi realizada em 2025 alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF - Avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra)? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim	Não
ULS Alentejo Central	88,9	11,1
ULS Algarve	77,3	22,7
ULS Almada / Seixal	100	0
ULS Alto Alentejo	100	0
ULS Alto Ave	0	100
ULS Alto Minho	100	0
ULS Amadora / Sintra	95,5	4,5
ULS Arco Ribeirinho	0	100
ULS Arrábida	100	0
ULS Baixo Alentejo	100	0
ULS Baixo Mondego	25	75
ULS Barcelos / Esposende	100	0
ULS Braga	84	16
ULS Castelo Branco	0	100
ULS Coimbra	75	25
ULS Cova da Beira	0	100
ULS Entre Douro e Vouga	90	10
ULS Estuário do Tejo	83,3	16,7
ULS Gaia / Espinho	87,5	12,5
ULS Guarda	66,7	33,3
ULS Lezíria	100	0
ULS Lisboa Ocidental	100	0
ULS Litoral Alentejano	0	100
ULS Loures / Odivelas	33,3	66,7
ULS Matosinhos	83,3	16,7
ULS Médio Ave	100	0
ULS Médio Tejo	33,3	66,7
ULS Nordeste	57,1	42,9
ULS Oeste	100	0
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	100	0
ULS Região de Aveiro	5,6	94,4
ULS Região de Leiria	92	8
ULS Santa Maria	100	0
ULS Santo António	100	0
ULS São João	100	0
ULS São José	100	0
ULS Tâmega e Sousa	80,6	19,4
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	76,9	23,1
ULS Viseu Dão-Lafões	38,5	61,5

F6 - Na sua USF foi realizada em 2025 alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF - Avaliação interna (pela própria USF)? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim	Não
ULS Alentejo Central	55,6	44,4
ULS Algarve	87,5	12,5
ULS Almada / Seixal	22,2	77,8
ULS Alto Alentejo	100	0
ULS Alto Ave	100	0
ULS Alto Minho	58,3	41,7
ULS Amadora / Sintra	52,4	47,6
ULS Arco Ribeirinho	100	0
ULS Arrábida	62,5	37,5
ULS Baixo Alentejo	0	100
ULS Baixo Mondego	100	0
ULS Barcelos / Esposende	23,1	76,9
ULS Braga	26,1	73,9
ULS Castelo Branco	75	25
ULS Coimbra	67,9	32,1
ULS Cova da Beira	100	0
ULS Entre Douro e Vouga	73,7	26,3
ULS Estuário do Tejo	100	0
ULS Gaia / Espinho	33,3	66,7
ULS Guarda	66,7	33,3
ULS Lezíria	9,1	90,9
ULS Lisboa Ocidental	11,5	88,5
ULS Litoral Alentejano	100	0
ULS Loures / Odivelas	100	0
ULS Matosinhos	16,7	83,3
ULS Médio Ave	60	40
ULS Médio Tejo	100	0
ULS Nordeste	75	25
ULS Oeste	33,3	66,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	11,1	88,9
ULS Região de Aveiro	100	0
ULS Região de Leiria	24	76
ULS Santa Maria	40	60
ULS Santo António	18,2	81,8
ULS São João	30	70
ULS São José	44,4	55,6
ULS Tâmega e Sousa	77,8	22,2
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	53,8	46,2
ULS Viseu Dão-Lafões	100	0

No que respeita à avaliação interna, realizada pelas próprias USF, verifica-se igualmente uma grande disparidade entre ULS. Algumas unidades atingem a totalidade de USF com avaliação interna. Outras ULS apresentam percentagens significativamente mais baixas.

Estes resultados revelam que, apesar de o indicador tornar obrigatória a monitorização da satisfação dos utentes, nem todas as ULS e USF o implementaram de forma integral. A variabilidade observada pode dever-se a diferenças na gestão, no interesse ou na sensibilização das equipas, ou ainda a lacunas de comunicação entre ULS e USF. A consolidação deste processo continua a ser um desafio crítico, uma vez que a avaliação sistemática da satisfação dos cidadãos é fundamental para orientar melhorias nos serviços e promover a qualidade e a equidade nos cuidados de saúde primários e conduzir a uma verdadeira integração entre estruturas de cuidados.

F7 - Para a realização/início do processo de acreditação teve o apoio da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente da sua ULS? (%) (Geral)

	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	31,2	46,8	50
Não	68,8	53,2	50

Em 2025/2026, metade (50,0%) das USF referem ter tido apoio da Comissão de Qualidade e Segurança da sua ULS no processo de acreditação, valor superior aos registados em 2024/2025 (46,8%) e em 2023/2024 (31,2%). A outra metade continua, assim, a desenvolver este percurso sem suporte direto destas estruturas.

Esta questão foi introduzida recentemente e muitas destas Comissões de Qualidade e Segurança são ainda estruturas recentes, pelo que os resultados deverão ser lidos à luz desta fase inicial de implementação e consolidação.

No entanto, este resultado levanta duas leituras possíveis: por um lado, pode refletir a resiliência e autonomia das equipas, que avançam independentemente do apoio formal; por outro, pode traduzir ainda um défice de articulação que fragiliza a ligação entre as

comissões e as unidades no terreno. Em ambos os casos, torna-se claro que deverá ser fomentada a proximidade e o envolvimento ativo das Comissões de Qualidade como determinante para acelerar e consolidar o processo de acreditação nos CSP.

F7 - Para a realização/início do processo de acreditação teve o apoio da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente da sua ULS? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim	Não
ULS Alentejo Central	100	0
ULS Algarve	36,4	63,6
ULS Almada / Seixal	75	25
ULS Alto Alentejo	*s/dados*	*s/dados*
ULS Alto Ave	57,1	42,9
ULS Alto Minho	50	50
ULS Amadora / Sintra	28,6	71,4
ULS Arco Ribeirinho	0	100
ULS Arrábida	0	100
ULS Baixo Alentejo	100	0
ULS Baixo Mondego	100	0
ULS Barcelos / Esposende	100	0
ULS Braga	0	100
ULS Castelo Branco	*s/dados*	*s/dados*
ULS Coimbra	57,1	42,9
ULS Cova da Beira	*s/dados*	*s/dados*
ULS Entre Douro e Vouga	37,5	62,5
ULS Estuário do Tejo	50	50
ULS Gaia / Espinho	100	0
ULS Guarda	100	0
ULS Lezíria	66,7	33,3
ULS Lisboa Ocidental	100	0
ULS Litoral Alentejano	*s/dados*	*s/dados*
ULS Loures / Odivelas	0	100
ULS Matosinhos	100	0
ULS Médio Ave	100	0
ULS Médio Tejo	66,7	33,3
ULS Nordeste	*s/dados*	*s/dados*
ULS Oeste	0	100
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	83,3	16,7
ULS Região de Aveiro	0	100
ULS Região de Leiria	20	80
ULS Santa Maria	100	0
ULS Santo António	16,7	83,3
ULS São João	0	100
ULS São José	66,7	33,3
ULS Tâmega e Sousa	*40*	*60*
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	s/dados	s/dados
ULS Viseu Dão-Lafões	0	100

s/dados - Sem Resposta, por não haver processos de acreditação nessas ULS.

A análise por ULS revela uma grande heterogeneidade no apoio dado pelas Comissões de Qualidade e Segurança às USF, devendo ser lida com cautela, dado o reduzido número de respostas em cada ULS. Em alguns casos, todas as unidades referem ter tido apoio, como em Gaia/Espinho, Lisboa Ocidental e Santa Maria (4 respostas cada), Barcelos/Esposende (2) ou Alentejo Central, Baixo Alentejo, Baixo Mondego, Guarda, Matosinhos e Médio Ave (1 resposta cada). Noutras, o cenário é exatamente o oposto, com ausência completa de suporte, como em Arco Ribeirinho, Braga e Região de Aveiro (3 respostas cada), Loures/Odivelas (2) ou Arrábida, Oeste, São João e Viseu Dão-Lafões (1 resposta cada).

Entre estes extremos, surgem realidades intermédias que mostram esforço parcial de acompanhamento, sinalizando que, quando há envolvimento das comissões, este pode alcançar níveis bastante significativos.

Este retrato reforça a ideia de que as Comissões de Qualidade, ainda recentes em muitas ULS, têm desempenhos muito distintos consoante o contexto local. Para os CSP, o desafio está em transformar estas estruturas em aliados consistentes e estratégicos, capazes de apoiar todas as unidades no percurso da acreditação e da melhoria contínua, garantindo equidade em todo o país.

Considerações Finais

A qualidade é um eixo estruturante e inadiável da reforma do Serviço Nacional de Saúde. E, neste domínio, os Cuidados de Saúde Primários assumem um papel absolutamente central: pela proximidade às populações, pela sua visão longitudinal e pela capacidade de articular respostas.

1. Comissão de Qualidade e Segurança das ULS

Em 2025/2026, entre os coordenadores que conhecem a composição da Comissão de Qualidade e Segurança da sua ULS, 92,2% referem a presença de profissionais dos CSP (91,2% em 2024/2025 e 77,4% em 2023/2024). Esta evolução é prova de que os cuidados de proximidade são capazes de conquistar o seu lugar na governação clínica

das ULS. Contudo, mais de metade dos coordenadores (52,0%) desconhece a composição destas comissões, o que revela falta de visibilidade e de comunicação. Só haverá verdadeira qualidade e equidade quando esta presença for universal e conhecida, sem lacunas nem exceções. A integração plena dos CSP nestas comissões é uma exigência estratégica para garantir rigor, segurança e evolução sustentada em saúde.

2. Acreditação das USF

Aqui, o retrato é mais preocupante: apenas 1 em cada 4 USF iniciou ou concluiu o processo de acreditação. O valor permanece estagnado há vários anos, revelando um bloqueio estrutural. É certo que a acreditação não é sinónimo automático de melhores resultados clínicos, mas é um selo de confiança para cidadãos e um instrumento de valorização para as equipas. Hoje, três quartos das USF permanecem fora deste percurso. E isso é uma fragilidade séria para o SNS.

3. Manuais de Boas Práticas e Procedimentos

A tendência é de erosão. Em 2022/23, 66% das USF tinham manuais completos; em 2024/25, esse valor caiu para 55,5% e, em 2025/26, mantém-se nos 55,6%. Embora a percentagem de USF sem qualquer manual tenha voltado a descer (0,9%, face a 2,6% em 2024/25), aumentou a das que só dispõem de manuais para um pequeno número de áreas (11,7%, face a 9,9%). Este dado revela um problema estrutural: a generalização do Modelo B fez perder o peso organizacional dos manuais, antes condição obrigatória. Hoje, muitos já não os veem como essenciais para a contratualização. É urgente voltar a dar valor aos instrumentos organizacionais como processos críticos para garantir padronização, segurança e melhoria contínua.

4. Manuais de Articulação nas ULS

A situação é preocupante. Quase um terço das USF (31,6%) declaram que a sua ULS não tem manual de articulação. E isto, precisamente no momento em que a integração de cuidados é anunciada como grande bandeira da reforma que levou à generalização das ULS - Unidades Locais de Saúde.

Como pode existir integração sem regras escritas, claras e monitorizadas? O manual de articulação é o instrumento básico para garantir comunicação, coordenação e equidade entre as várias instituições da ULS.

5. Satisfação no trabalho dos Profissionais

Apesar da melhoria da avaliação externa, da cultura de avaliação já enraizada nas equipas e da criação do indicador obrigatório de monitorização, mesmo assim, várias ULS falharam na sua responsabilidade. As equipas mantêm o compromisso de ouvir e melhorar, mas sem o cumprimento institucional, a avaliação perde força. Não pode ser aceitável que, mesmo com indicações claras, ainda haja ULS que não as seguem.

6. Satisfação dos Utentes

A escuta ativa dos cidadãos é essencial para a qualidade, mas também aqui se confirma o incumprimento de várias ULS, apesar da obrigatoriedade de responsabilidade no respetivo indicador (482). As equipas continuam empenhadas em avaliar e melhorar, mas falta ainda alguma responsabilidade ao nível das ULS. Avaliar a satisfação é uma obrigação ética e um pilar da confiança no SNS.

7. Apoio das Comissões de Qualidade

Outro dado preocupante é que apenas metade (50,0%) das USF receberam apoio das Comissões de Qualidade e Segurança no processo de acreditação. Em muitas ULS, o apoio é inexistente. As comissões existem para apoiar, mas em metade dos casos não cumprem esse papel. É urgente perceber porquê e transformá-las em verdadeiros aliados estratégicos, assegurando equidade e consistência em todo o território.

G. Condições Técnicas para a atividade dos profissionais de saúde nas ULS

Nesta secção, pede-se aos coordenadores que indiquem, numa escala de cinco pontos (entre "muito em desacordo" e "muito de acordo"), o seu grau de concordância quanto ao facto de a USF onde trabalham apresentar, em condições adequadas, os itens listados para a atividade dos profissionais de saúde. Quando um coordenador manifesta discordância, isso significa que considera que os itens em análise não se encontram em condições adequadas para a atividade dos profissionais.

Os dados deste capítulo dedicado às instalações, equipamentos e apoio à atividade das USF vão ser apresentados em cinco secções:

G1 - Instalações

G1 – A USF onde trabalha apresenta os itens listados em condições para a atividade dos profissionais de saúde? – **Instalações** (%) (Comparativo com anos anteriores)

Instalações adequadas

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	40,2	45,9	45	43,8	43,9	41,8
Nem de acordo/ Nem em desacordo	8,8	9,6	6,4	9	8,9	10,6
De acordo ou Muito de acordo	51	44,5	48,6	47,2	47,1	47,6

Possibilidade física de realizar circuitos diferenciados para doença aguda / consulta programada

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	63,1	70,1	67,6	68,8	71,9	67,8
Nem de acordo/ Nem em desacordo	12,3	13,3	12,7	11,8	9,9	12,1
De acordo ou Muito de acordo	24,6	16,6	19,7	19,4	18,2	20,1

Sistema de climatização

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	49,1	53,7	51	55	49,2	46,1
Nem de acordo/ Nem em desacordo	9,5	7,1	8,3	7,4	8,9	7
De acordo ou Muito de acordo	41,3	39	40,7	37,6	41,9	46,9

Sala de espera

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	39,1	37,5	39,9	38	39,7	34,7
Nem de acordo/ Nem em desacordo	16,1	20	9,5	11,6	12,8	16,3
De acordo ou Muito de acordo	44,7	42,4	50,6	50,4	47,5	49,0

Gabinetes

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	29,3	35,7	40,1	39,1	37,4	37,7
Nem de acordo/ Nem em desacordo	18,8	14,3	8,5	11,1	11,4	10,8
De acordo ou Muito de acordo	51,8	50	51,4	49,8	51,2	51,6

Higiene e Limpeza da USF

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	32	31	25,2	27,3	27,2	30,1
Nem de acordo/ Nem em desacordo	20,8	19	18,8	16,1	15,6	14,7
De acordo ou Muito de acordo	47,2	50	56	56,5	57,2	55,3

Podemos verificar uma ligeira melhoria da satisfação na maioria dos pontos questionados, no entanto, mantém-se elevada a percentagem de coordenadores que consideram que a sua USF não dispõe de instalações adequadas ao exercício das atividades profissionais de saúde (41,8%), face ao ano 2024/25 (43,9%). Uma grande maioria de coordenadores continua a referir **não ter a possibilidade física de realizar circuitos diferenciados para doença aguda/consulta programada** (67,8%), valor mais baixo do que 2024/25(71,9%) e 2023/24 (68,8%).

Relativamente ao **sistema de climatização,** 46,1% dos coordenadores consideram que não têm sistema de climatização em condições adequadas, valor relativamente inferior a 2024/25 (49,2%), valor sensivelmente igual aos que consideram que possuem sistemas de climatização em condições adequadas (46,9%).

À semelhança dos anos anteriores, apenas cerca de **metade dos coordenadores** consideram ter **gabinetes** (51,6%) e **salas de espera adequados** (49%).

Quanto à **higiene e limpeza**, nota-se um decréscimo **na adequação da mesma às necessidades da unidade**. Numa área onde seria expectável atingir 100%, a satisfação diminuiu para 55,3% em relação a 2024/25 (57,2%).

G1 – A USF onde trabalha apresenta os itens listados em condições para a atividade dos profissionais de saúde – **Instalações adequadas**? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Em desacordo ou muito em desacordo	Nem em acordo nem em desacordo	De acordo ou muito de acordo
ULS Alentejo Central	33,3	11,1	55,6
ULS Algarve	64	4	32
ULS Almada / Seixal	50	11,1	38,9
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	43,75	6,25	50
ULS Alto Minho	50	0	50
ULS Amadora / Sintra	34,8	17,4	47,8
ULS Arco Ribeirinho	50	0	50
ULS Arrábida	12,5	12,5	75
ULS Baixo Alentejo	0	50	50
ULS Baixo Mondego	75	0	25
ULS Barcelos / Esposende	46,2	7,7	46,2
ULS Braga	32	8	60
ULS Castelo Branco	50	0	50
ULS Coimbra	50	7,1	42,9
ULS Cova da Beira	66,7	33,3	0
ULS Entre Douro e Vouga	42,9	14,3	42,9
ULS Estuário do Tejo	66,7	0	33,3
ULS Gaia / Espinho	50	12,5	37,5
ULS Guarda	44,4	0	55,6
ULS Lezíria	63,6	0	36,4
ULS Lisboa Ocidental	26,9	11,5	61,5
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	16,7	0	83,3
ULS Matosinhos	33,3	0	66,7
ULS Médio Ave	33,3	13,3	53,3
ULS Médio Tejo	66,7	0	33,3
ULS Nordeste	12,5	12,5	75
ULS Oeste	33,3	0	66,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	11,1	44,4	44,4
ULS Região de Aveiro	40	15	45
ULS Região de Leiria	40	12	48
ULS Santa Maria	18,2	27,3	54,5
ULS Santo António	47,8	13,0	39,1
ULS São João	31,6	15,8	52,6
ULS São José	58,8	5,9	35,3
ULS Tâmega e Sousa	50	19,4	30,6
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	28,6	7,1	64,3
ULS Viseu Dão-Lafões	28,6	0	71,4

A análise destes dados por ULS revela que, em cerca de 36% das ULS, a maioria das USF respondentes se mostra insatisfeita ou muito insatisfeita com a adequação das suas instalações, registando valores iguais ou superiores a 50% de insatisfação. Se em 2024/25 era a ULS Cova da Beira que apresentava o maior grau de insatisfação (100%), em 2025/26 esse lugar passa para a ULS Baixo Mondego (75%), seguida da ULS Cova da Beira, da ULS Estuário do Tejo e da ULS Médio Tejo (todas com 66,7%).

Em sentido inverso, em cerca de 54% das ULS a maioria das USF respondentes revela-se satisfeita ou muito satisfeita com a adequação das suas instalações, destacando-se os valores mais elevados na ULS Alto Alentejo e na ULS Litoral Alentejano (ambas com 100%), seguidas da ULS Loures/Odivelas (83,3%), da ULS Arrábida e da ULS Nordeste (ambas com 75%) e da ULS Viseu Dão-Lafões (71,4%).

Apesar da ligeira melhoria registada entre 2024/25 e 2025/26 na perceção global sobre a adequação das instalações (de 43,9% para 41,8% de insatisfação), o panorama por ULS revela uma realidade mais heterogénea e, nalguns casos, agravada — como demonstra o facto de a ULS Baixo Mondego ter suplantado a ULS Cova da Beira como a unidade com maior grau de insatisfação, evidenciando que a evolução positiva a nível nacional não se reflete de forma uniforme em todo o território.

G2 - Equipamento Clínico e outro e apoio à atividade

G2 – A USF onde trabalha apresenta os itens listados em condições para a atividade dos profissionais de saúde – **Equipamento Clínico e outro apoio à atividade**? (%) (Comparativo com anos anteriores)

Equipamento clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros…).

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	55	64	55	57	54	40,9
Nem de acordo/ Nem em desacordo	15	14	14	16	14	15,7
De acordo ou Muito de acordo	29	22	31	27	32	43,3

Consumíveis para procedimentos (soros, apósitos, compressas, seringas etc.)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	45	47	44	44	24	12,8
Nem de acordo/ Nem em desacordo	19	17	18	20	22	16,7
De acordo ou Muito de acordo	36	36	38	37	54	70,5

Consumíveis para procedimentos correntes (não clínicos): papel, toner, material de secretariado

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	-	60	49	40	27	20,8
Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	16	20	21	20	14,8
De acordo ou Muito de acordo	-	24	31	39	53	64,4

Material de uso clínico e farmacêutico (contracetivos, vacinas, medicamentos em geral etc.)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	36	55	44	48	28	14,7
Nem de acordo/ Nem em desacordo	21	18	19	16	20	15,2
De acordo ou Muito de acordo	43	28	37	37	52	70,1

Resposta da ULS aos problemas que dependem da intervenção deste

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	-	-	-	59	51	50,0
Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	26	27	25,2
De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	15	22	24,8

Possibilidade de realizar análises rápidas/point of care na USF

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	-	-	80	82	78	78,8
Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	12	13	15	11,6
De acordo ou Muito de acordo	-	-	8	5	8	9,6

Apesar de se verificar uma melhoria em relação a 2024/25 (54%), **um número ainda elevado de coordenadores mostra-se insatisfeito com os recursos materiais clínicos disponibilizados pela administração**, com um valor de discordância relativa à adequação do equipamento clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros, entre outros) na ordem dos 40,9%.

Quanto aos consumíveis para procedimentos (soros, apósitos, compressas, seringas, entre outros), **a grande maioria dos coordenadores (70,5%) considera-os adequados** - uma subida no que se refere à concordância com a sua adequação face aos biénios anteriores. Cenário semelhante no que respeita ao **material de uso clínico e farmacêutico** (contracetivos, vacinas, medicamentos em geral, entre outros), com **a maioria dos coordenadores (70,1%) a considerá-los adequados (versus os 52% registados no biénio anterior).**

Relativamente aos consumíveis para procedimentos correntes não clínicos (papel, toner, material de secretariado, entre outros), **a maioria dos coordenadores considera-os adequados (64,4%)** – um aumento face ao resultado do biénio anterior (53%).

Quanto à **resposta por parte das ULS aos problemas que dependem da sua intervenção, a maioria dos coordenadores (50%) considera que esta não é adequada**, com apenas 24,8% dos coordenadores a concordar com a sua adequação (um discreto aumento face ao biénio anterior em que esta percentagem foi de 22%). Estes números mostram que o modelo ULS continua a falhar numa das áreas que os seus mentores afirmavam que iria facilitar: o aumento da agilidade do aprovisionamento e da capacidade de resposta a problemas.

Foi ainda considerado o item "**possibilidade de realizar análises rápidas/point of care na USF**" (análises de execução rápida efetuadas na própria unidade), introduzido no estudo de 2022/23 atendendo à potencialidade destes meios complementares de diagnóstico, tendo-se verificado que **apenas 9,6% das USF afirmam que existe essa possibilidade na sua USF** (notando-se um ligeiro aumento em relação a 2024/25)**, com a grande maioria (78,8%) a referir que não têm esse recurso**.

Analisando estes dados por ULS (quadro seguinte), verifica-se que em cerca de 28% das ULS, a maioria das USF respondentes se encontra insatisfeita ou muito insatisfeita com a adequação do equipamento clínico existente – atingindo-se valores superiores a 70% na ULS Algarve (76%), seguindo-se a ULS Loures/Odivelas e ULS Guarda (ambas com 66,7%), a ULS Barcelos/Esposende (61,5%) e a ULS Tâmega e Sousa e a ULS São José (ambas com 61,1%).

Em contrapartida, verifica-se um aumento dos valores de concordância, sendo que em 46% das ULS, a maioria das USF respondentes, manifestam satisfação com este item. Verificam-se mesmo valores de 100% na ULS Baixo Alentejo e ULS Litoral Alentejano. Segue-se a ULS Matosinhos (83,3%), a ULS Arrábida (75%) e a ULS Arco Ribeirinho (70%).

G2 – A USF onde trabalha apresenta os itens listados em condições para a atividade dos profissionais de saúde – **Equipamento clínico** (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros…) na ULS? (%) (Comparativo por ULS):

2025/26	Em desacordo ou muito em desacordo	Nem em acordo nem em desacordo	De acordo ou muito de acordo
ULS Alentejo Central	22,2	22,2	55,6
ULS Algarve	76	8	16
ULS Almada / Seixal	55,6	11,1	33,3
ULS Alto Alentejo	0	100	0
ULS Alto Ave	23,5	17,6	58,8
ULS Alto Minho	41,7	25	33,3
ULS Amadora / Sintra	39,1	17,4	43,5
ULS Arco Ribeirinho	20	10	70
ULS Arrábida	12,5	12,5	75
ULS Baixo Alentejo	0	0	100
ULS Baixo Mondego	37,5	12,5	50
ULS Barcelos / Esposende	61,5	15,4	23,1
ULS Braga	48	20	32
ULS Castelo Branco	25	0	75
ULS Coimbra	60,7	10,7	28,6
ULS Cova da Beira	0	100	0
ULS Entre Douro e Vouga	33,3	19,0	47,6
ULS Estuário do Tejo	0	33,3	66,7
ULS Gaia / Espinho	25	16,7	58,3
ULS Guarda	66,7	0	33,3
ULS Lezíria	36,4	9,1	54,5
ULS Lisboa Ocidental	53,8	7,7	38,5
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	66,7	16,7	16,7
ULS Matosinhos	0	16,7	83,3
ULS Médio Ave	53,3	6,7	40
ULS Médio Tejo	16,7	50	33,3
ULS Nordeste	0	25	75
ULS Oeste	50	16,7	33,3
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	11,1	33,3	55,6
ULS Região de Aveiro	15	30	55
ULS Região de Leiria	28	12	60
ULS Santa Maria	18,2	18,2	63,6
ULS Santo António	34,8	21,7	43,5
ULS São João	47,4	5,3	47,4
ULS São José	61,1	11,1	27,8
ULS Tâmega e Sousa	61,1	13,9	25
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	42,9	21,4	35,7
ULS Viseu Dão-Lafões	42,9	0	57,1

G3 - Falta de material considerado básico

G3 – Durante o ano de 2025 faltou, na sua USF, material que considera básico para a atividade normal de uma USF? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim, uma a duas vezes	17	12	13	20	24	28,8
Sim, três a dez vezes	36	28	33	33	37	31,1
Sim, mais de dez vezes	38	52	50	41	30	22,7
Não	8,6	8,1	4,4	6	10	17,4

Os valores relativos a **faltas de material básico para a atividade da USF mantêm-se elevados**, com 82,6% das unidades a terem falta de material considerado básico para a atividade normal de uma USF durante o ano, sendo que em 22,7% das USF estas faltas foram registadas mais de 10 vezes, em 31,1% das USF registadas 3 a 10 vezes e em 28,8% das USF registadas uma a duas vezes.

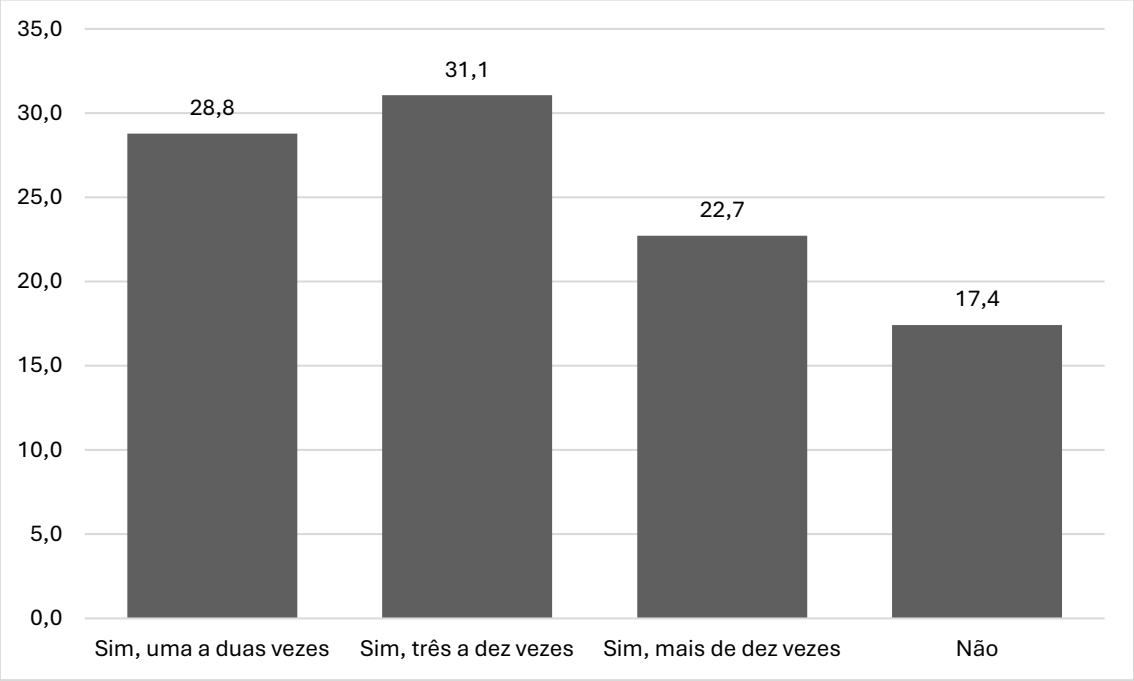


Gráfico 32 *– Referente à falta de material, na USF, considerado básico para a atividade normal de uma USF.*

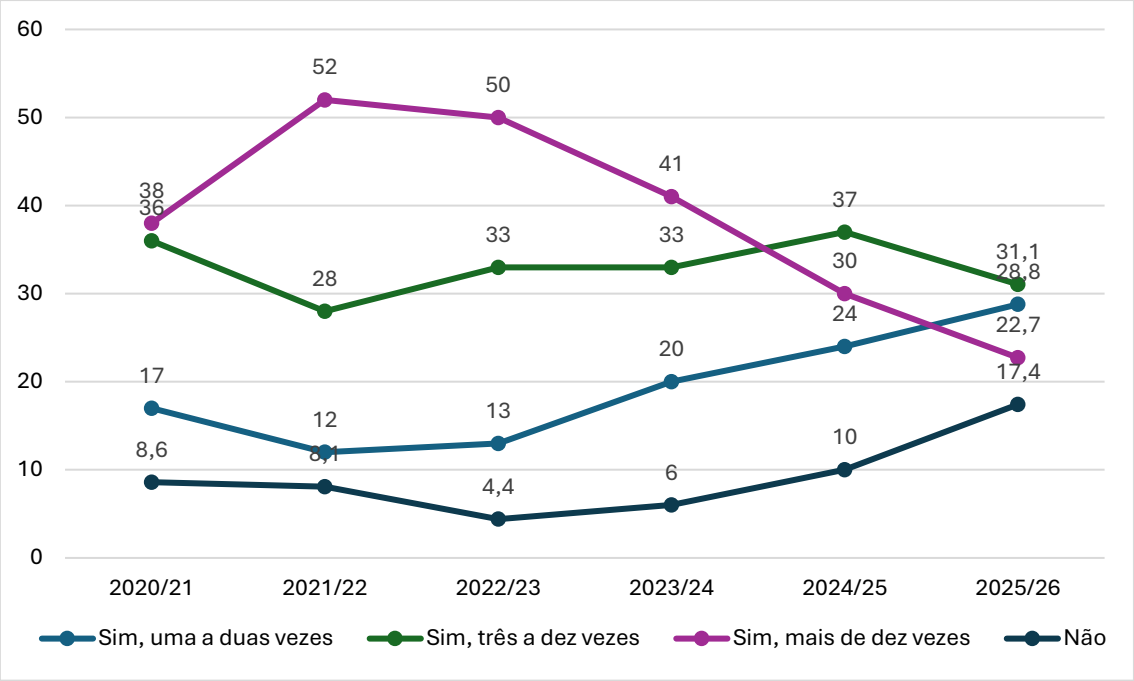


***Gráfico 33** – Referente à falta de material, na USF, considerado básico para a atividade normal de uma USF.*

G3.1 - Se SIM, na maioria das vezes, em quanto tempo o problema foi resolvido? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
No mesmo dia e sem atrasos importantes	7,5	3,4	1,1	3	4	5,1
No mesmo dia, mas com atrasos importantes	9,4	9,2	6,8	5	7	7,5
No dia seguinte	43	51	12	8	12	18,7
48h ou mais	40	36	80	84	77	68,6

Quanto à **rapidez de reposição dessas falhas**, só em 5,1% das USF é que esta reposição ocorreu, para a maioria dos casos, no mesmo dia e sem atrasos importantes – valor, que apesar de ligeiramente superior ao registado no biénio anterior (4%), continua a demonstrar a falência das estruturas de apoio às necessidades dos utentes e dos profissionais por parte das estruturas da administração. Em 2021/22 o valor da reposição com 48 horas ou mais de atraso tinha caído para 36%, o valor mais baixo registado nos últimos biénios. Nos biénios seguintes os valores aumentaram muito (atingindo em 2023/24 o pior valor de sempre - 84%), tendo voltado a registar-se um

decréscimo em 2024/25 (77%). Neste estudo, registou-se uma descida para 68,6%. **Ainda assim, os resultados não são satisfatórios e poderão implicar um tempo de espera de pelo menos 48h (por parte dos utentes e profissionais) para a prestação de cuidados adequados por falta de material**, cujo fornecimento é da responsabilidade das ULS – um cenário inadmissível e que condiciona a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

Analisando estes resultados por ULS (quadro seguinte), não houve nenhuma ULS em que todas as USF que a constituem não tivessem registado pelo menos um episódio de falta de material considerado básico. Os resultados mais positivos registaram-se na ULS Estuário do Tejo, em que 83,3% das USF respondentes refere não ter tido faltas de material, seguida pela ULS Nordeste (62,5%) e da ULS Baixo Alentejo (50%). Por outro lado, estas faltas ocorreram 10 ou mais vezes na maioria das USF respondentes da ULS Loures/Odivelas (50%), ULS Gaia/Espinho (45,8%) e ULS Almada/Seixal (44,4%).

Ocorreram ainda, em 2025/26, faltas de material básico três a dez vezes na maioria das USF respondentes da ULS Oeste (66,7%), ULS Baixo Mondego (57,1%), ULS Loures/ Odivelas (50%), ULS Cova da Beira (50%) e ULS Matosinhos (50%). Na ULS Alto Alentejo e na ULS Litoral Alentejano, 100% das USF respondentes referem que ficaram sem material pelo menos uma a duas vezes.

Como balanço geral, **estes dados demonstram a incapacidade de resposta do sistema de aprovisionamento dos cuidados de saúde primários, que apesar de apresentar números ligeiramente melhorados em relação a anos anteriores, continua a ser um problema que não está resolvido com o modelo ULS.** Em 77% das ULS as USF respondentes registam faltas de material mais de dez vezes no ano e apenas 17,4% das USF não tiveram nenhuma falha, tendo o tempo para resolução da falha melhorado ligeiramente, mas ainda com 68,6% dos coordenadores das USF a reportar atrasos de 48h ou mais.

G3.2 – Durante o ano de 2025 faltou, na sua USF, material que considera básico para a atividade normal de uma USF? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim, uma a duas vezes	Sim, três a dez vezes	Sim, mais de dez vezes	Não
ULS Alentejo Central	66,7	0	11,1	22,2
ULS Algarve	36	32	28	4
ULS Almada / Seixal	22,2	27,8	44,4	5,6
ULS Alto Alentejo	100	0	0	0
ULS Alto Ave	17,6	35,3	17,6	29,4
ULS Alto Minho	25	33,3	25	16,7
ULS Amadora / Sintra	27,3	27,3	22,7	22,7
ULS Arco Ribeirinho	50	10	10	30
ULS Arrábida	37,5	25	0	37,5
ULS Baixo Alentejo	50	0	0	50
ULS Baixo Mondego	14,3	57,1	14,3	14,3
ULS Barcelos / Esposende	45,5	36,4	18,2	0
ULS Braga	24	48	28	0
ULS Castelo Branco	50	25	0	25
ULS Coimbra	32,1	28,6	17,9	21,4
ULS Cova da Beira	50	50	0	0
ULS Entre Douro e Vouga	33,3	28,6	19,0	19,0
ULS Estuário do Tejo	0	0	16,7	83,3
ULS Gaia / Espinho	12,5	41,7	45,8	0
ULS Guarda	33,3	11,1	11,1	44,4
ULS Lezíria	54,5	9,1	27,3	9,1
ULS Lisboa Ocidental	16	32	40	12
ULS Litoral Alentejano	100	0	0	0
ULS Loures / Odivelas	0	50	50	0
ULS Matosinhos	50	50	0	0
ULS Médio Ave	13,3	33,3	33,3	20
ULS Médio Tejo	66,7	16,7	0	16,7
ULS Nordeste	25	0	12,5	62,5
ULS Oeste	16,7	66,7	16,7	0
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	44,4	11,1	11,1	33,3
ULS Região de Aveiro	31,6	36,8	31,6	0
ULS Região de Leiria	24	40	12	24
ULS Santa Maria	50	10	20	20
ULS Santo António	19,0	42,9	23,8	14,3
ULS São João	20	30	15	35
ULS São José	17,6	23,5	41,2	17,6
ULS Tâmega e Sousa	30,6	27,8	25	16,7
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	23,1	46,2	7,7	23,1
ULS Viseu Dão-Lafões	38,5	46,2	0	15,4

G4 - Equipa Profissional

G4 – A USF onde trabalha apresenta os itens listados em condições para a atividade dos profissionais de saúde? – **Equipa Profissional** (%) (Comparativo com anos anteriores)

Composição da equipa profissional (em termos de número de enfermeiros, secretários clínicos e médicos)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	33	31	37	32	26	23,5
Nem de acordo/ Nem em desacordo	13	10	9	11	14	12,1
De acordo ou Muito de acordo	53	59	54	57	60	64,4

Relativamente à **composição da equipa profissional** (em termos de número de enfermeiros, secretários clínicos e médicos), **64,4% dos coordenadores considera ter a equipa de acordo com as necessidades,** uma ligeira subida face ao biénio anterior (onde se registou um valor de concordância de 60%), mas ainda assim, estes números continuam a evidenciar a má gestão geral dos profissionais de saúde no SNS.

Analisando os **resultados relativos à adequação da composição da equipa profissional das USF por ULS** (quadro seguinte), as ULS Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Estuário do Tejo, Litoral Alentejano e Nordeste apresentam os melhores resultados com uma concordância de 100%, seguidas pela ULS Arco Ribeirinho (90%) e ULS Tâmega e Sousa (80,6%). Com valores de concordância acima de 70% encontram-se ainda a ULS Almada/Seixal, ULS Alto Minho, ULS Amadora/Sintra, ULS Guarda, ULS Póvoa Varzim / Vila Conde, ULS Região de Leiria e ULS Viseu Dão-Lafões.

Por sua vez, a ULS Lisboa Ocidental apresenta o maior nível de discordância (53,8%), seguida pela ULS Santo António (47,8%).

G4.1 – A USF onde trabalha apresenta os itens listados em condições para a atividade dos profissionais de saúde? – **Equipa Profissional** (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Em desacordo ou muito em desacordo	Nem em acordo nem em desacordo	De acordo ou muito de acordo
ULS Alentejo Central	22,2	22,2	55,6
ULS Algarve	26,1	17,4	56,5
ULS Almada / Seixal	23,5	5,9	70,6
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	23,5	11,8	64,7
ULS Alto Minho	8,3	16,7	75
ULS Amadora / Sintra	17,4	4,3	78,3
ULS Arco Ribeirinho	10	0	90
ULS Arrábida	25	12,5	62,5
ULS Baixo Alentejo	0	0	100
ULS Baixo Mondego	37,5	25	37,5
ULS Barcelos / Esposende	30,8	15,4	53,8
ULS Braga	28	8	64
ULS Castelo Branco	25	25	50
ULS Coimbra	25,9	11,1	63,0
ULS Cova da Beira	0	33,3	66,7
ULS Entre Douro e Vouga	23,8	19,0	57,1
ULS Estuário do Tejo	0	0	100
ULS Gaia / Espinho	17,4	13,0	69,6
ULS Guarda	11,1	11,1	77,8
ULS Lezíria	36,4	0	63,6
ULS Lisboa Ocidental	53,8	7,7	38,5
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	16,7	16,7	66,7
ULS Matosinhos	16,7	16,7	66,7
ULS Médio Ave	35,7	7,1	57,1
ULS Médio Tejo	33,3	33,3	33,3
ULS Nordeste	0	0	100
ULS Oeste	33,3	0	66,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	0	22,2	77,8
ULS Região de Aveiro	15	15	70
ULS Região de Leiria	16	8	76
ULS Santa Maria	27,3	18,2	54,5
ULS Santo António	47,8	4,3	47,8
ULS São João	17,6	17,6	64,7
ULS São José	33,3	16,7	50
ULS Tâmega e Sousa	8,3	11,1	80,6
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	35,7	21,4	42,9
ULS Viseu Dão-Lafões	14,3	14,3	71,4

G5 - Central Telefónica

G5 – A USF onde trabalha apresenta os itens listados em condições para a atividade dos profissionais de saúde? – **Central Telefónica** (%) (Comparativo com anos anteriores)

Central telefónica	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Em desacordo ou muito em desacordo	85,4	52	48	44,7	39	30,2
Nem de acordo/ Nem em desacordo	5,9	13	11	12,8	16	14,2
De acordo ou Muito de acordo	8,7	35	42	42,5	45	55,7

Relativamente à **central telefónica** (entendida como a solução existente para gerir o atendimento telefónico), de uma forma geral, os coordenadores consideram que esta se encontra adequada à atividade dos profissionais de saúde (55,7%), um aumento face ao resultado do biénio anterior (45%), estando sempre a subir desde 2020/21, que apresentava valores muito reduzidos (8,7%).

G5.1 – A sua USF tem instalada a solução TeleQ/SARA 2.0 - em substituição da central telefónica? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim - Teleq	58,6	14,9	18,2	15,0
Sim – SARA 2.0	-	60,1	60,8	71,9
Não	41,4	25%	21	13,1

Importa referir que 86,9% das USF inquiridas já têm um sistema alternativo à Central Telefónica tradicional (um aumento de quase 8% face ao biénio anterior), mas ainda existem 13,1% sem acesso a este sistema de apoio e interface telefónico entre a unidade e os utentes.

G5.2. – Enquanto coordenador de uma USF como classifica a satisfação da sua equipa em relação à solução existente na sua USF? (%)

2025/26	SARA 2.0	TeleQ
Muito insatisfeito/a	5,7	3,8
Insatisfeito/a	11,7	12,7
Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	17,1	17,7
Satisfeito/a	43,3	46,8
Muito satisfeito/a	22,3	19,0

Em relação ao sistema TeleQ, a maioria dos coordenadores mantém-se satisfeita (65,8%), uma percentagem ligeiramente superior a 2024/25 (64,6%). Esta satisfação assume um valor semelhante em relação ao sistema SARA 2.0. com 65,6% dos coordenadores satisfeitos (64,3% no biénio anterior) e cerca de 17,4% insatisfeitos com o seu funcionamento.

Importa, mais uma vez, questionar as causas para a ausência de disseminação do sistema TeleQ a todas as USF (melhorando as condições de trabalho dos profissionais e de acesso dos utentes). No caso das USF que já dispõem do sistema TeleQ ou SARA 2.0., tendo em conta a pouca variação dos valores em relação ao biénio anterior, urge compreender os motivos que estão na base da insatisfação reportada, de modo a serem definidas estratégias para os colmatar.

Sumário executivo:

A insatisfação com as instalações físicas mantém-se elevada, ainda que em ligeira melhoria. 41,8% dos coordenadores consideram-nas inadequadas (vs. 43,9% em 2024/25). A ULS Baixo Mondego ultrapassa a Cova da Beira como a unidade com maior insatisfação (75%). A impossibilidade de circuitos diferenciados para doença aguda/consulta programada continua a afetar 67,8% das USF, e a climatização é considerada inadequada por 46,1%. A higiene e limpeza registaram uma descida para 55,3% de adequação (vs. 57,2%).

Há sinais claros de melhoria no que concerne aos equipamentos e material. 70,5% consideram adequados os consumíveis clínicos e 70,1% o material clínico/farmacêutico

(subida acentuada face a 2024/25, com 54% e 52%, respetivamente). Ainda assim, o equipamento clínico continua a gerar insatisfação em 40,9% dos casos, e apenas 9,6% das USF têm a possibilidade de efetuar análises rápidas/point of care.

Apenas 24,8% dos coordenadores consideram adequada a resposta das ULS aos problemas da sua competência — evidência de que o modelo ULS não trouxe a agilidade prometida. As faltas de material básico continuam generalizadas: 82,6% das USF registaram falhas durante o ano, e 68,6% dos coordenadores reportam atrasos de reposição de 48h ou mais (uma melhoria face aos 77% de 2024/25, mas ainda longe do aceitável).

64,4% dos coordenadores consideram a composição da equipa adequada às necessidades (subida face aos 60% do biénio anterior). ULS Lisboa Ocidental (53,8%) e ULS Santo António (47,8%) destacam-se pelos maiores deficits de profissionais.

A satisfação com a solução de central telefónica apresenta uma melhoria consistente. 55,7% consideram a central telefónica adequada (vs. 45% no biénio anterior), com 86,9% das USF já a dispor de sistema alternativo à central telefónica tradicional. TeleQ e SARA 2.0 mantêm níveis de satisfação semelhantes (~65-66%).

Os dados mostram uma tendência de melhoria pontual em várias dimensões (equipamentos, telefone, composição das equipas), mas persistem problemas estruturais graves — sobretudo no aprovisionamento e na capacidade de resposta das ULS para fazer face ao que é necessário—com forte heterogeneidade regional que mascara, a nível nacional, realidades locais mais críticas.

H. Condições Laborais dos profissionais de saúde na USF

Carência de profissionais

H1 – Na USF onde trabalho, em relação ao número de profissionais previsto para a USF, em média faltam: (Comparativo com anos anteriores)

Media	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Médicos	1,2	1,3	1,1	1,16	0,88	0,91
Enfermeiros	1,1	1,1	0,9	0,85	0,68	0,79
Secretários Clínicos	1,3	1,1	1,0	0,87	0,67	0,71

Em 2025/26, faltam, em média, 0,91 médicos, 0,79 enfermeiros e 0,71 secretários clínicos por USF, valores que representam uma inversão da tendência de redução observada até 2024/25, sobretudo entre enfermeiros e secretários clínicos. Nos médicos, a carência aumenta de 0,88 para 0,91 profissionais por USF; nos enfermeiros, de 0,68 para 0,79; e nos secretários clínicos, de 0,67 para 0,71.

A leitura temporal é, portanto, menos favorável do que poderia sugerir a comparação com 2020/21. A redução das carências verificada nos últimos anos não se consolidou em 2025/26, registando-se novamente um agravamento nos três grupos profissionais. Mantém-se, assim, um défice médio próximo de um profissional por grupo em cada USF, particularmente relevante no caso dos médicos, grupo em que a insuficiência de recursos assume maior expressão.

Esta situação deve ser interpretada como um importante fator com impacto direto na capacidade de resposta das equipas. Uma USF que funciona estruturalmente abaixo da dotação prevista fica mais dependente da capacidade de compensação dos profissionais existentes, aumentando a pressão assistencial, dificultando a conciliação entre atividade presencial e não presencial e entre atividade trabalho e vida pessoal/familiar reduzindo a margem para formação, governação clínica, investigação e outras atividades necessárias ao funcionamento de uma equipa madura.

Os processos de contratação nas ULS são burocráticos, morosos e pouco eficientes, enquanto a atratividade e capacidade de retenção de profissionais no SNS permanecem

muito insuficientes, fazendo com que as USF continuem a funcionar aquém dos recursos humanos de que necessitam.

H2. - O tempo de trabalho que é realizado para além do horário oficial para dar resposta às necessidades da população (até ao máximo das 40h definidas na lei) é contabilizado no balanço de horas (saldo de horas)? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	34,2	32,1	32,2	38,8	44,3	40,6
Não	65,8	67,9	67,8	61,2	55,7	59,4

Em 59,4% das USF, o trabalho realizado para além do horário oficial, para dar resposta às necessidades da população, não é considerado para compensação futura.

A evolução do trabalho realizado para além do horário oficial revela uma situação particularmente relevante. Em 2025/26, **40,6% das USF referem contabilizar esse tempo no balanço de horas, enquanto 59,4% continuam a não o poder contabilizar**. Estes valores pioram, face aos registados em 2024/25, interrompendo a melhoria observada entre 2022/23 e 2024/25.

Assim, **mais de metade das USF continua a realizar trabalho adicional que não gera qualquer compensação futura**.

Este dado ganha particular significado quando articulado com os restantes resultados da secção. A existência de equipas incompletas, associada à necessidade de responder a uma procura assistencial que não diminui, pode levar os profissionais a prolongar o seu período de trabalho para assegurar a continuidade dos cuidados. Quando esse esforço não é reconhecido ou contabilizado, cria-se um mecanismo de compensação informal da insuficiência de recursos humanos: **as necessidades do sistema acabam por ser absorvidas pelo tempo dos profissionais**.

A não contabilização sistemática do trabalho efetivamente realizado, para além do impacto remuneratório, contribuiu para a erosão da motivação, para a dificuldade de

conciliação entre vida profissional e pessoal/familiar e para o desgaste acumulado das equipas.

Sem surpresa, a conciliação entre a atividade na USF e a vida pessoal e familiar continua a ser a primeira das preocupações identificadas pelos coordenadores no estudo.

Existe, assim, uma coerência importante entre os diferentes capítulos do estudo: **a pressão sobre os profissionais não é uma perceção isolada e encontra expressão em diferentes dimensões do funcionamento das USF**.

H3 - Na sua USF nos últimos 12 meses, houve algum profissional com ausência ao trabalho superior a 30 dias? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	86,3	87,1	85,7	82,3	81,4	85
Não	13,7	12,9	14,3	17,7	18,6	15

H3 - Na sua USF nos últimos 12 meses, houve algum profissional com ausência ao trabalho superior a 30 dias? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim	Não
ULS Alentejo Central	88,9	11,1
ULS Algarve	84	16
ULS Almada / Seixal	88,9	11,1
ULS Alto Alentejo	100	0
ULS Alto Ave	76,5	23,5
ULS Alto Minho	75	25
ULS Amadora / Sintra	86,4	13,6
ULS Arco Ribeirinho	70	30
ULS Arrábida	87,5	12,5
ULS Baixo Alentejo	100	0
ULS Baixo Mondego	87,5	12,5
ULS Barcelos / Esposende	92,3	7,7
ULS Braga	88	12
ULS Castelo Branco	75	25
ULS Coimbra	82,1	17,9
ULS Cova da Beira	0	100
ULS Entre Douro e Vouga	85,7	14,3
ULS Estuário do Tejo	100	0
ULS Gaia / Espinho	91,7	8,3
ULS Guarda	77,8	22,2
ULS Lezíria	90,9	9,1
ULS Lisboa Ocidental	80,8	19,2
ULS Litoral Alentejano	100	0
ULS Loures / Odivelas	50	50
ULS Matosinhos	66,7	33,3
ULS Médio Ave	93,3	6,7
ULS Médio Tejo	83,3	16,7
ULS Nordeste	75	25
ULS Oeste	100	0
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	100	0
ULS Região de Aveiro	90	10
ULS Região de Leiria	79,2	20,8
ULS Santa Maria	81,8	18,2
ULS Santo António	82,6	17,4
ULS São João	75	25
ULS São José	94,4	5,6
ULS Tâmega e Sousa	91,7	8,3
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	92,9	7,1
ULS Viseu Dão-Lafões	92,9	7,1

H3.1. Se sim. Como foi feita a sua substituição? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Intersubstituição pelos profissionais da equipa	69,1	65,6	65,9	63,8	58,2	55,6
Substituição por profissional fora da equipa	3,4	5,1	6,3	11,8	9,2	10,2
Intersubstituição pelos profissionais da equipa e substituição por profissional fora da equipa	27,4	32,3	31,8	24,4	32,6	34,2
Não responde	0	0	0	-	0	0

Os dados evidenciam que as ausências prolongadas de profissionais continuam a constituir um problema estrutural das USF. Em 2025/26, **85,0% das USF referiram ter tido, nos 12 meses anteriores, pelo menos um profissional ausente por período superior a 30 dias**, representando um aumento face aos 81,4% registados em 2024/25. Este valor interrompe a tendência de redução observada desde 2021/22 e aproxima novamente a realidade atual dos níveis de ausências prolongadas de profissionais observados em 2020/2021.

A elevada prevalência destas ausências é particularmente relevante porque o seu impacto não depende apenas da ocorrência da ausência, mas também da capacidade de a organização, neste caso a ULS - Unidade Local de Saúde, assegurar uma substituição adequada e atempada. Quando esta não existe, a resposta tende a ser assegurada pela própria equipa, transferindo para os profissionais presentes uma parte significativa da carga assistencial e organizacional do profissional ausente.

Com efeito, **55,6% das USF referem assegurar a substituição exclusivamente através da intersubstituição pelos profissionais da própria equipa**. Em 34,2% das unidades é utilizada uma solução combinada, recorrendo simultaneamente aos profissionais da equipa e a profissionais externos, enquanto apenas 10,2% referem uma substituição exclusivamente por profissional externo. Estes resultados mostram que, perante uma ausência prolongada, **a resposta continua a assentar predominantemente na capacidade interna das equipas**, o que pode garantir a continuidade dos cuidados no

imediato, mas dificilmente constitui uma solução sustentável quando as equipas funcionam com défices crónicos de profissionais.

A evolução temporal reforça esta leitura. Relativamente ao ano anterior, houve uma redução ligeira da intersubstituição exclusivamente interna (de 58,2% para 55,6%). Esta alteração poderá traduzir uma maior mobilização de recursos externos, mas **não permite concluir que exista uma resposta estruturada e generalizada para a substituição das ausências prolongadas**. Pelo contrário, a persistência de uma elevada dependência da intersubstituição interna evidencia a vulnerabilidade das equipas perante ausências prolongadas.

A análise por ULS revela ainda uma **acentuada heterogeneidade territorial**. Em algumas ULS, a totalidade das USF respondentes refere ter tido pelo menos uma ausência superior a 30 dias (Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Estuário do Tejo, Oeste, Litoral Alentejano, Póvoa Varzim / Vila Conde) enquanto noutras essa situação é muito menos frequente. Ainda assim, a amplitude dos resultados sugere que **a capacidade de resposta às ausências prolongadas não é homogénea no território**.

A existência de mecanismos organizados para assegurar substituições constitui, neste contexto, uma dimensão relevante da capacidade de gestão das ULS. A criação de bolsas de profissionais destinadas a responder a ausências prolongadas poderá representar uma resposta adequada a este problema, desde que estas estruturas disponham de profissionais suficientes, tenham regras de ativação simples e céleres e sejam capazes de responder efetivamente às necessidades das unidades. A existência de soluções pontuais ou dependentes da capacidade de cada ULS não deverá, contudo, substituir uma política nacional e previsível de gestão das ausências.

A **ausência prolongada sem substituição adequada constitui um problema de sustentabilidade das equipas**. A transferência sistemática da carga de trabalho para os profissionais presentes aumenta a pressão assistencial, dificulta a realização das atividades e compromete o equilíbrio entre vida profissional e pessoal. Num modelo de organização baseado em equipas multiprofissionais estáveis, a ausência prolongada de

um elemento tem consequências sobre o funcionamento de toda a equipa e sobre a acessibilidade e continuidade dos cuidados prestados à população.

H4 - Considera que na sua USF é possível que os profissionais mantenham um equilíbrio saudável entre trabalho e vida pessoal e familiar? (%)

	2025/26
Sempre	1,7
Sim, na maior parte do tempo	57,3
Não, na maior parte do tempo	38,2
Nunca	2,8
Não responde	0

A perceção dos coordenadores relativamente à possibilidade de manter um equilíbrio saudável entre trabalho e vida pessoal e familiar confirma a existência de uma pressão laboral relevante. Apenas **1,7%** consideram que esse equilíbrio é possível *sempre*, enquanto **57,3%** entendem que é possível *na maior parte do tempo*. Em sentido contrário, **38,2%** consideram que não é possível na maior parte do tempo e **2,8%** respondem que nunca é possível. Ou seja, **98,3%** dos coordenadores das USF **não reconhecem, na sua realidade, a existência sempre de um equilíbrio saudável entre trabalho e vida pessoal e familiar, sendo que 41,0% consideram que esse equilíbrio não é possível na maior parte do tempo ou nunca**.

Os resultados deste grupo devem ser lidos de forma integrada. A elevada frequência de ausências prolongadas, associada à predominância da intersubstituição interna e aos factos de que apenas 1,7% dos coordenadores considerarem que existe sempre uma boa conciliação entre trabalho e vida pessoal e familiar na equipa e **quatro em cada dez identificarem dificuldades muito frequentes ou permanentes nessa conciliação**, aponta para uma pressão laboral que não pode ser resolvida através do esforço adicional das equipas.

Esta dificuldade de conciliação não pode, contudo, ser atribuída exclusivamente à insuficiência de profissionais. **Resulta de uma sobrecarga multidimensional,** que

combina pressão assistencial, necessidade de assegurar a resposta perante ausências, trabalho realizado para além do horário, exigências burocráticas e organizacionais e a acumulação de atividades assistenciais e não assistenciais, frequentemente com reduzida margem para gerir o próprio tempo de trabalho.

Em síntese, os dados apontam para a necessidade de garantir capacidade de substituição efetiva, previsível e atempada e de assegurar condições de trabalho que não façam depender a resposta do SNS do esforço adicional e da disponibilidade pessoal dos profissionais. Sem essa capacidade, a continuidade dos cuidados é assegurada à custa da disponibilidade das próprias equipas, colocando em risco a saúde dos profissionais e a sua vida pessoal e familiar, a sustentabilidade do trabalho, a qualidade organizacional das USF e a capacidade de retenção dos profissionais no SNS.

Conclusões:

Os resultados desta secção revelam uma realidade de **pressão laboral persistente**, em que a subida quantitativa dos recursos humanos observada nos últimos anos não se tem traduzido em equipas plenamente constituídas nem numa proteção adequada do tempo e do bem-estar dos profissionais.

A evolução de 2025/26 é particularmente preocupante: **a carência média de profissionais voltou a aumentar nos três grupos profissionais**, verificando-se a falta, em média, de 0,91 médicos, 0,79 enfermeiros e 0,71 secretários clínicos nas USF, 85% das USF registaram pelo menos uma ausência superior a 30 dias e, perante essas ausências, **a resposta continua a depender maioritariamente da capacidade de intersubstituição das próprias equipas**. Paralelamente, 59,4% das USF não podem contabilizar o trabalho realizado para além do horário oficial, enquanto apenas 1,7% dos coordenadores diz que é sempre possível ter um bom equilíbrio entre vida profissional e pessoal/familiar e 41% dos coordenadores consideram que este equilíbrio não é possível na maior parte do tempo ou nunca.

Em conjunto, estes resultados sugerem que **uma parte significativa da capacidade de resposta dos CSP continua a ser assegurada através do esforço adicional das equipas e dos seus profissionais para além aquilo que é contratualmente exigido**, funcionando as equipas como mecanismo informal de compensação das insuficiências de recursos e das ausências prolongadas. Esta solução pode garantir resposta no curto prazo, mas é dificilmente sustentável e pode comprometer, a prazo, a qualidade organizacional, a motivação, a saúde dos profissionais e a capacidade de retenção no SNS.

A prioridade deverá, por isso, passar de uma lógica de **compensação interna das carências para uma verdadeira gestão da capacidade das equipas**: contratação célere e eficaz, substituição atempada das ausências prolongadas e reconhecimento efetivo de todo o trabalho realizado. **Não é sustentável pedir às equipas que sejam simultaneamente a solução para a falta de profissionais e o amortecedor das falhas do sistema.**

I. Perceção Sobre o Desempenho da USF

Pelo terceiro ano consecutivo resolveu-se fazer uma abordagem à perceção da melhoria do desempenho por parte das equipas. Deste modo é possível delinear um caminho comparativo no espaço temporal.

I1 - A qualidade dos serviços que a equipa ajuda a prestar é atualmente a melhor de sempre.

	2023/24	2024/25	2025/26
Muito em desacordo	1,7	2,1	0,9
Em desacordo	14	12,8	15,2
Nem em acordo nem em desacordo	24,9	20,5	22,2
De acordo	41,4	39,6	40,4
Muito de acordo	18	25	21,3

NI - Estamos a receber menos reclamações sobre o nosso trabalho.

	2023/24	2024/25	2025/26
Muito em desacordo	2,5	1,9	1,9
Em desacordo	14	10,9	11,6
Nem em acordo nem em desacordo	23,5	21,4	22,2
De acordo	41,5	40	42,7
Muito de acordo	18,5	25,8	21,6

I3 - Globalmente, o nível de segurança dos utentes nesta unidade está a melhorar.

	2023/24	2024/25	2025/26
Muito em desacordo	1,3	3	1,3
Em desacordo	10,1	8,7	10
Nem em acordo nem em desacordo	28,5	21,6	25,1
De acordo	48,2	49	48,3
Muito de acordo	11,9	17,6	15,2

I4 - A qualidade geral do serviço nesta instalação está a melhorar.

	2023/24	2024/25	2025/26
Muito em desacordo	2,5	1,7	0,6
Em desacordo	9,1	5,1	7,8
Nem em acordo nem em desacordo	21,1	15,7	17,6
De acordo	50,4	50,5	50,6
Muito de acordo	16,9	26,9	23,5

I5 - A dimensão atual das listas de utentes condiciona a capacidade da equipa em garantir o acesso atempado aos cuidados e a resposta às necessidades dos utentes.

	2025/26
Muito em desacordo	2,6
Em desacordo	8,2
Nem em acordo nem em desacordo	13,2
De acordo	34,1
Muito de acordo	41,9

No período 2025/2026, a perceção de desempenho das Unidades de Saúde Familiar (USF) reflete uma ligeira contração face ao otimismo acentuado que havia sido registado no ano transato (2024/2025). Ao analisar o somatório das respostas de concordância ("De acordo" e "Muito de acordo") nas quatro dimensões centrais, verifica-se um abrandamento transversal.

Qualidade do Serviço e Nível de Segurança

Enquanto no biénio 2024/2025 houve um aumento substancial na perceção de que "a qualidade dos serviços é atualmente a melhor de sempre" (atingindo 64,6% de respostas favoráveis), os dados de 2025/2026 demonstram um recuo para 61,7% (40,4% de acordo e 21,3% muito de acordo). Em sentido inverso, a discordância direta ("Em desacordo" e "Muito em desacordo") nesta variável subiu de 14,9% (2024/25) para 16,1% em 2025/2026.

A perceção da "qualidade geral do serviço nas instalações", que havia registado em 2024/25 o maior salto (77,4% de aprovação), sofreu igualmente uma quebra no atual período, baixando para 74,1% (50,6% de acordo e 23,5% muito de acordo).

A trajetória descendente estendeu-se ao indicador de segurança dos utentes. A concordância de que "o nível de segurança está a melhorar", que atingiu 66,6% no período anterior, recuou agora para 63,5%.

Gestão de Reclamações e Pressão Assistencial

No que diz respeito à afirmação "estamos a receber menos reclamações sobre o nosso trabalho", a concordância que em 2024/2025 se fixara em 65,8%, caiu ligeiramente em 2025/2026 para 64,3% (42,7% de acordo e 21,6% muito de acordo) e a discordância com esta melhoria aumentou de 12,8% no ano passado para 13,5% no presente relatório.

O questionário introduz, no presente ano de 2025/2026, uma nova dimensão fundamental para a compreensão desta quebra de desempenho percecionado: o impacto da dimensão das listas. Quando questionados se "a dimensão atual das listas de utentes condiciona a capacidade da equipa em garantir o acesso atempado", uma esmagadora maioria de 76,0% dos coordenadores manifestou concordância (34,1% de acordo e 41,9% muito de acordo). Apenas 10,8% (2,6% muito em desacordo e 8,2% em desacordo) consideram que o tamanho das listas não prejudica a resposta atempada aos utentes.

Conclusão Global

Em súmula, os dados de 2025/2026 evidenciam um arrefecimento na evolução positiva da perceção de desempenho nas USF. Apesar de a maioria das equipas continuar a manter uma avaliação globalmente favorável da qualidade, segurança e volume de reclamações, o recuo nos indicadores face aos picos de 2024/2025 e a forte concordância (76%) relativa ao estrangulamento provocado pelas listas de utentes sobredimensionadas sugerem que o modelo assistencial se encontra sob forte pressão e que essa pressão pode estar a limitar a qualidade assistencial.

J. Funcionamento das USF no modelo ULS

J1 – O plano de ação da sua USF para 2026 foi discutido com a Direção Clínica dos CSP, Unidade de Gestão ou Conselho de Administração da ULS a que a sua USF pertence? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	68,3	85,6	86	85,1	88	79,2
Não	31,7	14,4	14	14,9	12	20,8

Houve uma quebra importante, para o valor mais baixo desde 2020/2021 – 8,8 pontos percentuais, neste indicador, descendo para 79,2% a percentagem de USF que discutiram o seu plano de ação com os órgãos de gestão. É uma área que vai ficar debaixo do foco nos próximos anos para verificar se a tendência se mantém.

Analisando os dados por ULS (quadro seguinte), verifica-se apenas que 9 ULS garantiram que todas as suas USF discutiram o plano de ação com os órgãos de gestão. Estas unidades são: Alentejo Central, Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Baixo Mondego, Estuário do Tejo, Litoral Alentejano, Matosinhos, Médio Ave e Oeste. Por outro lado, as ULS Castelo Branco e Cova da Beira apresentam 100% de respostas negativas, indicando total ausência de articulação neste indicador.

De salientar, no entanto, que a percentagem de ULS com 50% ou mais de USF a discutirem os seus planos de ação é de 87,2%, o que corresponde a 34 em 39 ULS respondentes. Mesmo assim um valor inferior ao registado no ano transato (36 em 39).

É preocupante que apenas em 9 das 39 ULS (23%) a totalidade das USF tenham discutido o plano de ação em 2025/2026 contra 21/39 (54%) ULS em 2024/2025 pois poderá indicar uma perda de interesse dos Conselhos de Administração das ULS no modelo ULS, não dando importância à discussão dos planos de ação das suas USF para alinhar objetivos da ULS com a da USF e alocar os recursos necessários.

J1 – O plano de ação da sua USF para 2026 foi discutido com a Direção Clínica dos CSP, Unidade de Gestão ou Conselho de Administração da ULS a que a sua USF pertence? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim	Não
ULS Alentejo Central	100	0
ULS Algarve	75	25
ULS Almada / Seixal	94,4	5,6
ULS Alto Alentejo	100	0
ULS Alto Ave	50	50
ULS Alto Minho	45,5	54,5
ULS Amadora / Sintra	21,1	78,9
ULS Arco Ribeirinho	80	20
ULS Arrábida	87,5	12,5
ULS Baixo Alentejo	100	0
ULS Baixo Mondego	100	0
ULS Barcelos / Esposende	69,2	30,8
ULS Braga	87,5	12,5
ULS Castelo Branco	0	100
ULS Coimbra	89,3	10,7
ULS Cova da Beira	0	100
ULS Entre Douro e Vouga	94,7	5,3
ULS Estuário do Tejo	100	0
ULS Gaia / Espinho	87,5	12,5
ULS Guarda	75	25
ULS Lezíria	90,9	9,1
ULS Lisboa Ocidental	92,3	7,7
ULS Litoral Alentejano	100	0
ULS Loures / Odivelas	83,3	16,7
ULS Matosinhos	100	0
ULS Médio Ave	100	0
ULS Médio Tejo	83,3	16,7
ULS Nordeste	71,4	28,6
ULS Oeste	100	0
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	88,9	11,1
ULS Região de Aveiro	77,8	22,2
ULS Região de Leiria	96	4
ULS Santa Maria	50	50
ULS Santo António	95,7	4,3
ULS São João	77,8	22,2
ULS São José	94,4	5,6
ULS Tâmega e Sousa	62,5	37,5
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	8,3	91,7
ULS Viseu Dão-Lafões	91,7	8,3

J1.1 Em relação à discussão do plano de ação da sua USF, com o órgão de gestão da sua ULS, como Coordenador de uma USF, ficou: (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito	3,3	3,7	3	6,4	4,4	3,2
Insatisfeito	21,7	15,7	17,6	18,2	11,5	10,4
Nem satisfeito nem insatisfeito	29,8	29,6	22,6	24,1	22,7	25,4
Satisfeito	42,3	45,3	50,8	44,3	46,8	48,8
Muito satisfeito	2,9	5,6	6	6,9	14,6	12,2

Os dados do período 2025/26 confirmam a manutenção da estabilidade para o grau de satisfação quanto à discussão do plano de ação, registando um total de 61% de respostas positivas (48,8% satisfeitos e 12,2% muito satisfeitos). De salientar ainda que a insatisfação global desceu para 13,6% em 2025/26 (3,2% muito insatisfeitos e 10,4% insatisfeitos) vs 15,9% em 2024/2025. Ou seja, quando aconteceu, a grande maioria das USF não ficou insatisfeita.

A análise detalhada dos dados da tabela E1.1 (relativos à satisfação dos Coordenadores de USF com a discussão do plano de ação em 2025/26) revela um cenário de forte assimetria entre as várias Unidades Locais de Saúde (ULS). Em 4 ULS, a totalidade das respostas dos coordenadores refletiu satisfação plena com o processo de negociação do plano de ação: Alto Alentejo, Alto Minho, Guarda e Trás-os-Montes e Alto Douro.

Em ULS como Litoral Alentejano (100%), Loures / Odivelas (80%), Oeste (66,7%), Algarve (50%), Amadora / Sintra (50%), Baixo Alentejo (50%) e Estuário do Tejo (50%), metade ou mais dos respondentes posicionou-se no patamar "Nem satisfeito / Nem insatisfeito", traduzindo uma negociação burocrática sem ganho percetível. A ULS Alto Ave apresenta o pior índice do país, com 57,1% dos coordenadores na categoria "Muito insatisfeito / Insatisfeito", seguida pela ULS Arrábida (42,9%) e ULS Baixo Mondego (37,5%).

J1.1 Em relação à discussão do plano de ação da sua USF, com o órgão de gestão da sua ULS, como Coordenador de uma USF, ficou: (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Muito insatisfeito/ Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito/ Muito satisfeito
ULS Alentejo Central	33,3	22,2	44,4
ULS Algarve	27,8	50	22,2
ULS Almada / Seixal	5,9	5,9	88,2
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	57,1	28,6	14,3
ULS Alto Minho	0	0	100
ULS Amadora / Sintra	0	50	50
ULS Arco Ribeirinho	0	37,5	62,5
ULS Arrábida	42,9	28,6	28,6
ULS Baixo Alentejo	0	50	50
ULS Baixo Mondego	37,5	25	37,5
ULS Barcelos / Esposende	0	33,3	66,7
ULS Braga	9,5	23,8	66,7
ULS Castelo Branco	*s/dados*	*s/dados*	*s/dados*
ULS Coimbra	0	8	92
ULS Cova da Beira	*s/dados*	*s/dados*	*s/dados*
ULS Entre Douro e Vouga	33,3	16,7	50
ULS Estuário do Tejo	16,7	50	33,3
ULS Gaia / Espinho	14,3	42,9	42,9
ULS Guarda	0	0	100
ULS Lezíria	30	20	50
ULS Lisboa Ocidental	8,3	37,5	54,2
ULS Litoral Alentejano	0	100	0
ULS Loures / Odivelas	20	80	0
ULS Matosinhos	0	16,7	83,3
ULS Médio Ave	7,7	30,8	61,5
ULS Médio Tejo	0	20	80
ULS Nordeste	20	0	80
ULS Oeste	0	66,7	33,3
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	0	25	75
ULS Região de Aveiro	14,3	14,3	71,4
ULS Região de Leiria	12,5	8,3	79,2
ULS Santa Maria	20	40	40
ULS Santo António	27,3	27,3	45,5
ULS São João	7,1	21,4	71,4
ULS São José	5,9	17,6	76,5
ULS Tâmega e Sousa	5	25	70
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	0	0	100
ULS Viseu Dão-Lafões	10	20	70

s/dados - Sem Resposta, por nenhuma das USF respondentes dessas ULS ter discutido o plano de ação (J1).

J2 – Considera que o nível de autonomia que os órgãos de gestão dos CSP têm para gerir a atividade ao nível dos CSP deveria ser? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
O atual	6,3	4,9	7,2	8,2	11,2	13,2
Maior que o atual	88,6	90,9	89,3	89,1	85,5	84,5
Menor que o atual	5	4,2	3,5	2,7	3,3	2,3

J3 – Considera que o nível de autonomia da Direção Clínica dos CSP e das estruturas de governação dos CSP na ULS deveria ser? *

	2025/26
O atual	11,6
Maior que o atual	83,2
Menor que o atual	5,1

Os resultados indicam que a esmagadora maioria dos coordenadores exige níveis de autonomia superiores aos vigentes.

Em 2025/26, 84,5% consideram que a autonomia dos órgãos de gestão dos CSP deveria ser maior e 83,2% defendem o mesmo para a Direção Clínica. Os resultados mostram-se estáveis relativamente ao ano anterior. No entanto tem-se demonstrado uma redução ligeira da necessidade de haver mais autonomia desde 2021/2022.

J4 – Considera que o nível de autonomia financeira da ULS para contratar profissionais e serviços necessários aos CSP deveria ser? (%) (Geral)

	2023/24	2024/25	2025/26
O atual	5	6,8	5,1
Maior que o atual	94,1	92,6	93,9
Menor que o atual	0,9	0,6	1

No que respeita à autonomia financeira da ULS para contratação de profissionais e serviços, o valor de 2025/26 reforça a exigência, com 93,9% a considerar que deveria ser maior (uma subida face aos 92,6% de 2024/25).

J5 – Considera que a sua ULS respeita a autonomia organizativa, técnica e funcional da sua USF? (%) (Geral)

	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	45,5	55,3	55,6
Não	54,5	44,7	44,4

Em 2025/26, o panorama estabilizou quanto à sensação de respeito demonstrado pela ULS pela autonomia das USF: 55,6% das USF sentem a sua autonomia respeitada e 44,4% continuam a responder negativamente. Apenas duas ULS (Alto Alentejo e Castelo Branco, com uma e duas respostas, respetivamente) atingiram os 100% de respeito pela autonomia; entre as ULS com mais respostas destacam-se Coimbra (92,6%), Região de Aveiro (88,2%) e Região de Leiria (88,0%). No espetro oposto, as ULS Litoral Alentejano e Cova da Beira (com uma e duas respostas) registam 100% de respostas negativas, seguidas pelas ULS Alto Ave (93,8%) e Algarve (90,5%).

J5 – Considera que a sua ULS respeita a autonomia da sua USF? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim	Não
ULS Alentejo Central	75	25
ULS Algarve	9,5	90,5
ULS Almada / Seixal	57,1	42,9
ULS Alto Alentejo	100	0
ULS Alto Ave	6,2	93,8
ULS Alto Minho	41,7	58,3
ULS Amadora / Sintra	81	19
ULS Arco Ribeirinho	66,7	33,3
ULS Arrábida	25	75
ULS Baixo Alentejo	50	50
ULS Baixo Mondego	33,3	66,7
ULS Barcelos / Esposende	69,2	30,8
ULS Braga	38,1	61,9
ULS Castelo Branco	100	0
ULS Coimbra	92,6	7,4
ULS Cova da Beira	0	100
ULS Entre Douro e Vouga	27,8	72,2
ULS Estuário do Tejo	66,7	33,3
ULS Gaia / Espinho	42,1	57,9
ULS Guarda	57,1	42,9
ULS Lezíria	57,1	42,9
ULS Lisboa Ocidental	40	60
ULS Litoral Alentejano	0	100
ULS Loures / Odivelas	83,3	16,7
ULS Matosinhos	83,3	16,7
ULS Médio Ave	50	50
ULS Médio Tejo	20	80
ULS Nordeste	87,5	12,5
ULS Oeste	16,7	83,3
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	87,5	12,5
ULS Região de Aveiro	88,2	11,8
ULS Região de Leiria	88	12
ULS Santa Maria	60	40
ULS Santo António	47,4	52,6
ULS São João	63,2	36,8
ULS São José	70,6	29,4
ULS Tâmega e Sousa	51,5	48,5
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	53,8	46,2
ULS Viseu Dão-Lafões	38,5	61,5

K. Atendimento, organização do trabalho e USF do futuro

Neste contexto, reforça-se a necessidade de orientar as políticas públicas e as estratégias de planeamento em saúde para a criação de condições estruturais, tecnológicas, gestionárias e humanas que viabilizem a concretização de melhores condições para atividade das USF.

K1 - No futuro considera que o trabalho na USF deveria prever … (Comparativo com anos anteriores)

,,, muito mais consultas presenciais (em pessoa, na unidade) do que consultas à distância (por e-mail, telefone ou videochamada).

2020/21		2021/22		2022/23		2023/24		2024/25		2025/26	
Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%
84	21,1	115	26,9	89	19,7	72	16,1	80	16,2	70	13,9

,,, mais consultas presenciais (em pessoa, na unidade) do que consultas à distância (por e-mail, telefone ou videochamada).

2020/21		2021/22		2022/23		2023/24		2024/25		2025/26	
Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%
231	58	214	50,1	271	60,1	248	55,5	269	54,3	281	56,0

,,, o mesmo número de consultas presenciais (em pessoa, na unidade) e de consultas à distância (por e-mail, telefone ou videochamada).

2020/21		2021/22		2022/23		2023/24		2024/25		2025/26	
Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%
58	14,6	75	17,6	66	14,6	97	21,7	110	22,2	115	22,9

,,, menos consultas presenciais (em pessoa, na unidade) do que consultas à distância (por e-mail, telefone ou videochamada).

2020/21		2021/22		2022/23		2023/24		2024/25		2025/26	
Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%
24	6	18	4,2	22	4,9	23	5,1	33	6,7	32	6,4

,,, muito menos consultas presenciais (em pessoa, na unidade) do que consultas à distância (por e-mail, telefone ou videochamada).

2020/21		2021/22		2022/23		2023/24		2024/25		2025/26	
Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%
1	0,3	5	1,2	3	0,7	7	1,6	3	0,6	4	0,8

…não sei/ não respondo.

2020/21		2021/22		2022/23		2023/24		2024/25		2025/26	
Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%	Contag.	%
13		21		33		48		43		39	

A transformação digital na saúde e os novos desafios no acesso aos cuidados de saúde conduziram a uma reflexão acerca do que poderia ser o atendimento na USF do Futuro, assente na promoção de projetos de gestão integrada dos percursos dos cidadãos no SNS, reforçando a continuidade e os mecanismos de integração dos cuidados, mas também em novas formas de interação entre utentes, profissionais e instituições de saúde.

Sendo as USF organizações dinâmicas, positivas, orientadas para a inovação e aprendizagem contínua, importa fomentar o desenvolvimento de estratégias de articulação e cooperação com a comunidade. Nesse enquadramento, e com o propósito de avaliar a viabilidade de novos modelos de interação no contexto da prestação de cuidados de saúde, manteve-se a relevância de conhecer a perspetiva dos

coordenadores das USF relativamente à proporção futura entre consultas presenciais e consultas realizadas à distância; bem como acerca de outros determinantes associados ao funcionamento da USF do Futuro.

Os resultados demonstram que **69,9% dos coordenadores continuam a preferir mais consultas presenciais do que consultas à distância**, ligeiramente abaixo dos 70,5% registados em 2024/25 e mantendo a tendência descendente face a 2023/24 (71,6%), 2022/23 (79,8%), 2021/22 (77%) e 2020/21 (79,1%). A preferência por modelos com predominância de consultas à distância representa **7,2%**, valor praticamente estável face aos 7,3% do estudo anterior. Por sua vez, **22,9% preferem um modelo híbrido equilibrado**, acima dos 22,2% em 2024/25, 21,7% em 2023/24 e 14,6% em 2022/23.

Adicionalmente**, a maioria dos coordenadores considera que a USF do futuro deveria:**

- **ter menos burocracia (99,4%);**
- **ter maior envolvimento dos utentes na vida da USF (69,4%);**
- **ter maior proximidade com os utentes (84,4%);**
- **ter maior conciliação entre vida privada/familiar (98,9%);**
- **ter maior flexibilidade de horários (96,8%);**
- **ser mais digital (75,6%);**
- **ter mais apoio da Inteligência Artificial (85,3%);**
- **ter mais secretários clínicos do que tem atualmente (58,6%);**
- **ter outras profissões da saúde na USF (87,9%).**

Estes resultados evidenciam uma visão consistente por parte dos coordenadores das USF relativamente às **prioridades para o desenvolvimento da USF do Futuro**. Verifica-se uma quase unanimidade na importância atribuída à **redução da burocracia** e à **promoção de uma maior conciliação entre a vida profissional e pessoal** dos profissionais de saúde, fatores considerados determinantes para o aumento da eficiência organizacional e da satisfação no trabalho.

De igual modo, os coordenadores valorizam o **reforço da proximidade e do envolvimento dos utentes na dinâmica da USF**, a **integração de outras profissões de saúde e o apoio da Inteligência Artificial**, bem como a digitalização. O reforço do número de secretários clínicos reúne um apoio mais moderado, embora maioritário (58,6%). Esta visão articula inovação, interdisciplinaridade e capacidade organizacional.

K2 - A USF do Futuro deveria: (%)

Ter menos burocracia:	2025/26
Sim	99,4
Não	0,6

Ter maior envolvimento dos utentes na vida da USF:	2025/26
Sim	69,4
Não	30,6

Ter maior proximidade com os utentes:	2025/26
Sim	84,4
Não	15,6

Ter maior conciliação entre vida privada/familiar:	2025/26
Sim	98,9
Não	1,1

Ter maior flexibilidade de horários:	2025/26
Sim	96,8
Não	3,2

Ser mais digital:	2025/26
Sim	75,6
Não	24,4

Ter mais apoio da Inteligência Artificial:	2025/26
Sim	85,3
Não	14,7

Ter mais secretários clínicos do que tem atualmente:	2025/26
Sim	58,6
Não	41,4

Ter outras profissões da saúde:	2025/26
Sim	87,9
Não	12,1

Assim, a **USF do Futuro** assenta na simplificação administrativa, conciliação entre a vida profissional e a pessoal e a familiar e valorização profissional, flexibilidade organizacional, proximidade e participação dos utentes, reforço das equipas e do apoio administrativo e transformação digital apoiada pela Inteligência Artificial.

Sumário executivo

- A visão dos coordenadores para a USF do Futuro mantém-se **fortemente assente no atendimento presencial**: 69,9% defendem a predominância de consultas presenciais.
- O **modelo híbrido equilibrado** continua a crescer, atingindo 22,9%, enquanto apenas 7,2% preferem um modelo predominantemente à distância.
- A principal prioridade é a **redução da burocracia** (99,4%), seguida da conciliação entre vida profissional e pessoal (98,9%) e da flexibilidade de horários (96,8%).
- Existe amplo apoio ao reforço das equipas com **outras profissões da saúde** (87,9%), à utilização de **Inteligência Artificial** (85,3%) e a uma maior proximidade com os utentes (84,4%).
- A digitalização é valorizada por 75,6%, mas os resultados não sustentam a substituição generalizada do contacto presencial por consultas remotas.
- O envolvimento dos utentes reúne 69,4% de concordância. O reforço de secretários clínicos apresenta o apoio mais moderado, embora maioritário (58,6%).

Em síntese, os coordenadores defendem uma USF **menos burocrática, mais flexível, multidisciplinar e tecnologicamente apoiada**, mas sem abdicar da centralidade da relação presencial com os utentes.

L. USF em Zonas Rurais ou de Baixa Densidade Populacional

Esta é uma área de análise nova. A finalidade é tentar compreender melhor a realidade de USF a exercer em Zonas Rurais ou de Baixa Densidade Populacional para adequar as propostas da USF-AN.

L1 - Trabalha numa USF com algum polo numa zona rural ou de baixa densidade populacional? (%) (Geral)

	Total
Sim	24
Não	76

L1.1 - Trabalha numa USF com algum polo numa zona rural ou de baixa densidade populacional? (%) (Respostas de 2025/2026, comparativo entre unidades pelo ano em que iniciaram atividade)

	até 2011	2012-2020	2021-2023	2024-2026
Sim	13,0	18,6	46,3	52,0
Não	87,0	81,4	53,7	48,0

Para a definição de USF zona de baixa densidade populacional considere os seguintes critérios demográficos e geográfico[2].

Podemos verificar que 24% das USF respondentes tem um polo numa zonal rural ou de baixa densidade populacional. Vemos também que esta percentagem vai aumentando entre as USF que foram constituídas mais recentemente. De entre as USF que iniciaram atividade desde 2024 52% têm um polo rural contra 13% das que foram constituídas até 2011 ou 18,6 das que foram constituídas entre 2012 e 2020. Estes polos representam um papel essencial na equidade do SNS. A sua implementação nestes territórios traz dinâmicas muito específicas, com proximidade e acessibilidade de populações frequentemente envelhecidas e de mobilidade reduzida e em situações de isolamento.

[2]
- Densidade populacional < 100 hab/km^2
- Índice de envelhecimento > 200
- Distância > 20 km ou >30 min ao hospital de referência
- Polo satélite a >10 km entre si
- Transporte público inexistente ou irregular

Em paralelo, apresentam desafios estruturais e operacionais para as USF, especialmente no que concerne à gestão das equipas multidisciplinares, uma vez que garantir a cobertura de todos os polos de forma permanente por secretariado clínico, enfermagem e médicos, assim como a realização de cuidados domiciliários, por vezes a várias dezenas de km das unidades e com maus acessos, exige uma logística complexa e penaliza as equipas e USF que têm de fazer face a estas realidades.

L2 - Qual é o principal fator que caracteriza a sua USF como rural? (%)

	2025/26
Envelhecimento acentuado da população	39,4
Dispersão geográfica dos utentes	18,1
Dificuldade de transportes públicos	13,4
Distância elevada ao hospital ou serviços diferenciados	9,4
Baixa densidade populacional	7,9
Outro	7,1
Dificuldade em fixar profissionais	2,4
Isolamento social dos utentes	2,4

O envelhecimento acentuado da população (39,4%) e a dispersão geográfica dos utentes (18,1%) surgem destacados, acumulando quase 60% das respostas, quando se pergunta “qual é o principal fator que caracteriza a sua USF como rural?”. A baixa densidade populacional pura regista apenas 7,9%. Uma interpretação pode ser que, para as equipas de saúde, a "ruralidade" não é percecionada primariamente como uma métrica geográfica ou estatística (densidade hab/km²), mas sim como um perfil epidemiológico e demográfico de elevada vulnerabilidade. O envelhecimento populacional traduz-se em multipatologia, perda de autonomia e maior necessidade de acompanhamento e visitas domiciliárias. De salientar o valor atribuído à dispersão geográfica (18,1%) que por sua vez impõe desafios operacionais diretos às equipas (deslocações longas, dispersão por múltiplos polos), agravando a complexidade da prestação de cuidados.

L3 - Qual é a principal barreira de acesso dos utentes à sua USF? (%)

	2025/26
Falta de transporte	40,2
Baixa literacia em saúde ou digital da população	24,4
Distância física à unidade ou polos	11,8
Não existem barreiras relevantes	9,4
Dificuldade de contacto telefónico/digital	7,1
Barreiras económicas indiretas	2,4
Falta de profissionais	2,4
Outro	2,4

A falta de transporte (40,2%) e a baixa literacia em saúde ou digital da população (24,4%) constituem, em conjunto, quase dois terços (64,6%) das barreiras identificadas. A distância física isolada representa 11,8%. A barreira do acesso nas zonas rurais não resulta unicamente da distância em quilómetros, mas da impossibilidade de superar essa distância (ausência ou ineficácia de transportes públicos) combinada com a incapacidade de usar canais alternativos (literacia digital/saúde reduzida em populações idosas). De alguma forma pode explicar menor controlo de patologia crónica nos doentes com maior dificuldade de acessibilidade aos serviços. Teria de haver uma comparação com dados de morbimortalidade para averiguar esta relação.

L4 - Qual é o principal problema de recursos humanos na sua USF? (%)

	2025/26
Não existe problema relevante de recursos humanos	32,3
Ausências prolongadas sem substituição	30,7
Falta de médicos	12,6
Elevada rotatividade de profissionais	8,7
Falta de assistentes técnicos	7,9
Dificuldade em atrair novos profissionais	3,9
Outro	3,1
Falta de enfermeiros	0,8

Resultados interessantes, pois, o facto de 32,3% referirem não ter problemas graves de recursos humanos contrasta com os 30,7% que apontam as ausências prolongadas sem substituição como o grande estrangulamento. Provavelmente existirá uma falta de bolsa de recrutamento efetivo para suplantar ausências não havendo propriamente falta de

recursos humanos permanentes. Em equipas pequenas e com polos satélites, a ausência não coberta de um profissional sobrecarrega de imediato a equipa restante

L5 - Que medidas seriam mais importantes para fixar profissionais em USF rurais? (%)

2025/26	Sim	Não
Incentivo remuneratório específico	65,4	34,6
Majoração associada à ruralidade	48,8	51,2
Redução ou ajustamento da dimensão das listas	45,7	54,3
Compensação por deslocações	27,6	72,4
Apoio à habitação ou alojamento	21,3	78,7
Maior autonomia organizativa	21,3	78,7
Valorização curricular/carreira	16,5	83,5
Viaturas de serviço	7,9	92,1
Reforço de secretariado clínico	5,5	94,5
Tempo protegido para formação	3,9	96,1

A fixação de profissionais é vista pelas equipas como sendo mais dependente de compensação financeira direta (65,4%), sendo inclusive o único ponto de concordância relativamente às diferentes afirmações. Esta avaliação coloca o foco aparente na renumeração especifica como principal perceção de impacto na fixação de profissionais.

L6 - Considera que os indicadores atualmente utilizados penalizam as USF rurais? (%)

2025/26	
Sim, muito	47,2
Sim, moderadamente	40,2
Não	6,3
Não sei	6,3

Esta questão revela uma clara convergência entre a perceção do terreno e o argumento de que os indicadores atuais não estão adequados às unidades nas zonas de baixa densidade populacional. A maioria dos coordenadores de USF com polo rural (87,4%) considera que os indicadores atualmente utilizados penalizam as USF rurais, 47,2% muito e 40,2% moderadamente; apenas 6,3% considera que não penalizam e outros 6,3% não sabe avaliar. Apesar da perceção dos coordenadores ser favorável à necessidade de revisão dos indicadores seria preciso juntar os resultados de indicadores que gerem valor em saúde e do próprio IDE para perceber se na realidade existe.

Análise das Assimetrias territoriais do modelo USF

A consolidação do modelo das Unidades de Saúde Familiar (USF) representou um marco transformacional nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, alicerçado na autonomia organizativa e na contratualização de resultados. Contudo, a avaliação contínua destas equipas tem esbarrado num desafio estrutural crítico: a profunda assimetria territorial do país. A aplicação de métricas de desempenho e matrizes de contratualização estandardizadas, desenhadas frequentemente sob uma ótica urbana de elevada densidade populacional, falha em captar a realidade e a singularidade da prestação de cuidados em zonas rurais e do interior.

Nestas geografias, as equipas de saúde familiar enfrentam uma realidade demográfica e epidemiológica ímpar. O envelhecimento acentuado da população, a elevada prevalência de pluripatologias, o isolamento social e a forte dispersão geográfica exigem um modelo de governação clínica distinto. Estes fatores traduzem-se na necessidade de mais tempo clínico por consulta, num maior desgaste e investimento de tempo nas visitas domiciliárias, e numa gestão das vulnerabilidades sociais e das limitações de transporte dos utentes. Consequentemente, a medição do esforço e o cálculo da carga de trabalho não podem ser um mero exercício aritmético focado apenas na dimensão das listas de utentes inscritos; têm de integrar obrigatoriamente as diferenças do contexto e o peso do território.

Neste sentido, a diferenciação territorial na análise de desempenho das USF não é apenas uma questão de justiça avaliativa, mas um imperativo estratégico para a sustentabilidade e coesão do Serviço Nacional de Saúde. O desenvolvimento de fórmulas matemáticas de ponderação ajustadas à realidade demográfica e a implementação de modelos de incentivos (financeiros e institucionais) sensíveis à ruralidade são ferramentas de gestão indispensáveis. Só através desta adaptação das métricas será possível estruturar políticas efetivas de atração e fixação de profissionais de saúde nestes territórios, garantindo que a equidade no acesso a cuidados de excelência seja uma garantia nacional, independentemente da distância aos grandes centros urbanos.

Ao longo do presente ano, a USF-AN já havia salientado esta problemática (ver comunicado). A recolha de informações via estudo do Momento Atual surgiu como oportunidade de começar a perceber as diferenças entre unidades localizadas em zonas de baixa densidade e as unidades localizadas em zonas de maior densidade populacional. Não obstante não existirem critérios ainda totalmente definidos para classificar em baixa densidade utilizamos uma das questões para fazer uma análise comparativa entre as unidades com polos rurais/baixa densidade e as unidades de contexto "padrão" (sem polos rurais). A distinção entre estas duas realidades baseou-se na apreciação individual de cada coordenador segundo os pressupostos da própria questão. Após esta divisão optámos por escolher a análise de seis questões deste questionário, dando a respetiva explicação pela escolha de cada uma:

1 - Adequação da composição da equipa — G4

A carga efetiva de doença e de trabalho pode condicionar a qualidade da prestação de cuidados, especialmente face à escassez de profissionais.

2 - Trabalho adicional não contabilizado — H2

Se a carga de trabalho não estiver de acordo com o número adequado de profissionais disponíveis para a fazer e, nas ausências pontuais de profissionais, a necessidade de aumento de trabalho adicional pode acontecer com mais frequência.

3 - Substituição exclusivamente pela própria equipa — H3.1

Em zonas de baixa densidade e com menor atração e fixação de profissionais a substituição poderá ser feita na maior parte do tempo pelo próprios profissionais da equipa visto ser difícil garantir a disponibilidade contínua de bolsas de substituição.

4 - Conciliação entre trabalho e vida pessoal/familiar — H4

A desadequação da carga de trabalho efetiva para o número de profissionais e a ausência de substituição através de bolsas de profissionais (nos casos de ausência) aumenta o risco de maior necessidade de trabalho adicional com a respetiva diminuição de tempo pessoal disponível.

5 - Melhoria percebida da qualidade geral da prestação de cuidados à população — I4

A perceção da melhoria é crucial para entender se os possíveis problemas associados às zonas de baixa densidade/rural condicionam a qualidade da prestação de cuidados prestadas à população.

6 - Condicionamento do acesso pela dimensão das listas — I5

O atual modelo de cálculo da carga de trabalho omite o impacto das distâncias geográficas. Este facto, conjugado com listas de dimensão desajustada, o envelhecimento e a falta de mobilidade das populações em zonas de baixa densidade, poderá colocar em risco a equidade e a qualidade dos cuidados de saúde prestados."

No que respeita à adequação da composição profissional das equipas — englobando médicos, enfermeiros e secretários clínicos (questão G4) —, regista-se uma perceção desfavorável ligeiramente superior nas USF com polo rural, onde 25,60% dos profissionais (32 em 125) sinalizam uma falta de adequação da composição das equipas, comparativamente a 22,78% (90 em 395) nas restantes unidades. Esta divergência praticamente desaparece quando se analisa a contabilização do tempo de trabalho adicional (questão H2): enquanto nas USF sem polo rural 59,52% dos inquiridos (225 em 378) reportam que o esforço extra realizado para além do horário oficial não é contabilizado no saldo de horas, essa percentagem é de 60,33% (73 em 121) nas unidades com polo rural, um valor praticamente igual.

Esta sobrecarga operacional reflete-se diretamente nas respostas institucionais perante ausências prolongadas superiores a 30 dias (questão H3.1). A intersubstituição assegurada exclusivamente pelos restantes elementos da equipa interna — sem recurso a profissionais externos — constitui a realidade em 63,37% dos casos nas USF com polo rural (64 em 101) e em 53,47% nas unidades sem polo rural (185 em 346). Este modelo de substituição endógena sobrecarrega os profissionais remanescentes. No plano da conciliação entre a atividade laboral e a vida pessoal/familiar (questão H4), as USF sem polo rural registam uma taxa de dificuldade ligeiramente superior (42,53%,

correspondente a 168 inquiridos que afirmam não conseguir esse equilíbrio na maior parte do tempo ou nunca) em relação ao contexto rural (37,30%, ou 47 inquiridos), o que pode decorrer de dinâmicas específicas locais da vida pessoal e familiar dos profissionais em USF com polos rurais, em linha com relatos de maior proximidade e facilidade de entreajuda de familiares e amigos nestas zonas.

Apesar destes desafios operacionais e organizacionais profundos, os dados revelam um forte consenso transversal quanto à evolução positiva da qualidade geral dos serviços prestados (questão I4): 77,17% dos profissionais nas USF rurais (98 em 127) e 73,63% nas unidades padrão (296 em 402) avaliam favoravelmente a melhoria contínua da qualidade assistencial nas suas unidades. Contudo, este reconhecimento de qualidade colide frontalmente com um fator crítico de estrangulamento no acesso (questão I5): cerca de 78,40% dos inquiridos em ambiente rural (98 em 125) e 76,31% nas restantes unidades (306 em 401) concordam que a atual dimensão das listas de utentes condiciona severamente e de forma desfavorável a capacidade da equipa para garantir uma resposta atempada e de proximidade.

Indo em maior profundidade na análise, resolveu-se aplicar testes estatísticos.

Cálculo para cada questão os IC, Teste χ2 e Teste Exato de Fisher.

Pergunta	USF com Polo Rural n/N (%)	USF sem Polo Rural n/N (%)	Diferença Absoluta (p.p.)	IC 95% da Diferença	Teste χ2 (χ2; p-valor)	Teste Exato de Fisher (p-valor)
G4: Adequação da Equipa (Desfavorável)	32 / 125 (25,60%)	90 / 395 (22,78%)	+2,82 p.p.	[-5,88; +11,51]	$\chi^2 = 0{,}419 p = 0{,}517$	$p = 0{,}545$
H2: Trabalho Não Contabilizado (Desfavorável)	73 / 121 (60,33%)	225 / 378 (59,52%)	+0,81 p.p.	[-9,22; +10,83]	$\chi^2 = 19{,}0440{,}025; 0{,}875 p < 0{,}001$	$p <0{,}915$
H3.1: Substituição Exclusiva Interna (Desfavorável)	64 / 101 (63,37%)	185 / 346 (53,47%)	+9,90 p.p.	[-0,87; +20,66]	$\chi^2 = 3{,}1043{,}104; p = 0{,}078$	$p = 0{,}088$
H4: Dificuldade na Conciliação (Desfavorável)	47 / 126 (37,30%)	168 / 395 (42,53%)	-5,23 p.p.	[-14,98; +4,52]	$\chi^2 = 1{,}0781{,}078; p = 0{,}299$	$p = 0{,}350$
I4: Melhoria Percebida da Qualidade (Favorável)	98 / 127 (77,17%)	296 / 402 (73,63%)	+3,53 p.p.	[-4,94; +12,01]	$\chi^2 = 0{,}634; p = 0{,}426$	$p = 0{,}484$
I5: Listas Condicionam Acesso (Desfavorável)	98 / 125 (78,40%)	306 / 401 (76,31%)	+2,09 p.p.	[-6,24; +10,42]	$\chi^2 = 0{,}234; p = 0{,}629$	$p = 0{,}716$

Relativamente a esta análise, nenhuma das diferenças é estatisticamente significativa: todos os intervalos de confiança a 95% incluem o zero. No trabalho adicional não contabilizado (G2), a diferença é de apenas +0,81 p.p. (60,33% vs. 59,52%; IC 95% [-9,22 p.p.; +10,83 p.p.]; χ^2=0,025; p=0,87).

Importa salientar que a principal fragilidade desta análise reside na definição de USF de baixa densidade. O facto de haver polos pode não ser só por si indicativo de ruralidade nem indicativo de impossibilidade legal de ganhar incentivos na sua plenitude.

Em suma, embora as equipas mantenham um elevado compromisso com a qualidade e a melhoria contínua dos cuidados de saúde primários, persistem vulnerabilidades estruturais críticas — transversais às USF com e sem polo rural, sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (a maior diferença, na intersubstituição exclusivamente interna, +9,90 p.p., não atinge significância: χ^2=3,10; p=0,078) —, destacando-se a invisibilidade do trabalho extraordinário, a forte dependência de modelos de intersubstituição estritamente internos e o impacto obstrutivo das grandes listas de utentes sobre a acessibilidade efetiva.

M. Segurança e Bem-Estar dos profissionais

A segurança e bem-estar dos profissionais de saúde é uma área crucial para o desempenho do Serviço Nacional de Saúde. De acordo com a OMS:

"Nenhum país, hospital ou instituição de saúde pode manter seus pacientes seguros a menos que preserve a segurança de seus profissionais de saúde".

A Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde e a Direção-Geral da Saúde assumiram a prevenção da violência contra profissionais do Serviço Nacional de Saúde como uma prioridade.

Apesar da entrada em vigor em 18 de abril de 2025 da Lei n.º 26/2025, que reforça o quadro penal relativo a crimes de agressão contra os profissionais da área da saúde, no exercício das suas funções ou por causa delas, a violência sobre profissionais de saúde continua a apresentar números extremamente preocupantes.

M1 – Na sua USF registou-se nos últimos 12 meses, algum caso de violência sobre profissionais de saúde (%) (Geral)

	2025/26
Sim	54,0
Não	46,0

Mais de metade das USF, 54%, tiveram pelo menos um episódio de violência durante o último ano (esta questão foi formulada pela primeira vez deste modo este ano pelo que não há comparativo histórico, anteriormente só se perguntava pelos vários tipos de violência e não genericamente). Estes resultados demonstram que as alterações ao quadro penal não se revelam suficientes para a resolução desta questão.

M2 – Na sua USF registou-se nos últimos 12 meses, algum caso de: (%) ((a)valor calculado em relação às USF que registaram algum caso de violência e depois (b)recalculado para todas as USF).

	2025/26 (a)	2025/26 (b)
Violência física[3] sobre profissionais de saúde na USF	17,1	9,2
Violência contra a propriedade pessoal[4] dos profissionais de saúde na USF	13,0	7,0
Violência Psicológica[5] sobre profissionais de saúde na USF	95,8	51,5
Violência sexual[6] sobre profissionais de saúde na USF	1,8	0,9

(a) % de tipo de violência referida apenas nas USF que reportaram pelo menos um caso de violência.
(b) % recalculada para o total das USF (tendo em conta também as que referiram não ter tido nenhum caso – razão pela qual a soma não dá 100%)

As percentagens atuais de cada tipo de violência também não são diretamente comparáveis com as do ano anterior porque se referem apenas ao total de USF que reportaram ter tido pelo menos um episódio de violência no ano em análise pelo que se optou por não colocar a evolução histórica e iniciar uma nova série.

Assim, nestes últimos 12 meses, a tipologia de violência nas USF onde esta aconteceu é maioritariamente violência psicológica - 95,8% das USF que tiveram um caso de violência

[3] Entende-se por Violência física, o uso intencional da força física contra outra pessoa ou contra um grupo que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em morte, dano físico ou psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação); são considerados todos os casos, incluindo os cometidos por utentes ou seus familiares, outros profissionais ou outras pessoas.

[4] Entende-se por Violência Contra a Propriedade Pessoal, a violência exercida sobre as coisas da vítima como meio indireto de agressão física ou como meio de pressão psicológica Por exemplo: Danos à viatura própria, roubo de objetos pessoais, assalto ao cacifo; são considerados todos os casos, incluindo os cometidos por utentes ou seus familiares, outros profissionais ou outras pessoas.

[5] Entende-se por Violência Psicológica, o uso intencional de poder, real ou sob a forma de ameaça, contra outra pessoa ou grupo que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em morte, dano físico ou psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação. Engloba agressão verbal, ameaça, coação, difamação, discriminação, injúria e perseguição; por favor considere todos os casos, incluindo os cometidos por utentes ou seus familiares, outros profissionais ou outras pessoas).

[6] Entende-se Violência Sexual todo o ato sexual, ou tentativa de realizá-lo, comentário ou insinuação de conotação sexual indesejados, atividade de tráfico ou prática perpetrada por alguém contra a sexualidade de outrem usando coação, independentemente da relação tida com a vítima e do contexto em que ocorre; inclui assédio sexual – o comportamento indesejado de carácter sexual, sob forma verbal, não verbal ou física, com o objetivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador - e a violação; por favor considere todos os casos, incluindo os cometidos por utentes ou seus familiares, outros profissionais ou outras pessoas).

tiveram pelo um caso de violência psicológica. Segue-se a violência física com 17,1%, a violência contra a propriedade pessoal com 13% e a violência sexual com 1,8%.

Recalculando sobre o total de USF respondentes (tendo em conta também as que referiram não ter tido nenhum caso – razão pela qual a soma não dá 100% - para haver uma base equivalente à dos anos anteriores), todos os tipos de violência diminuíram face a 2024/25: a violência física passou de 18,5% para 9,2%, a violência contra a propriedade pessoal de 11,9% para 7,0%, a violência psicológica de 61,9% para 51,5% e a violência sexual de 1,5% para 0,9%.

M3 – Existe algum procedimento na sua USF para abordar a violência sobre os profissionais de saúde? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	78,5	84,8	83,2	78,5	76,6
Não	21,5	15,2	16,8	21,5	23,4

76,6% dos respondentes refere existir na USF um procedimento elaborado para abordar a violência sobre os profissionais de saúde, um número que tem vindo a diminuir desde 2022/23 (84,8%), o que se revela preocupante.

M3.1. Se sim, como classifica a sua satisfação em relação ao procedimento existente na sua USF para abordar a violência: (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Muito insatisfeito/a	4,8	2,9	1,9	3,9	2,6
Insatisfeito/a	12,4	8,8	10,8	12,9	10,3
Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	32	30,1	33,1	32,6	34,8
Satisfeito/a	44,7	49,9	48,4	46,3	48,5
Muito satisfeito/a	6	8,3	5,8	4,4	3,7

Em relação ao procedimento em si, 52,2% considera-se satisfeito e muito satisfeito com o mesmo, um número ligeiramente superior a 2024/25 (50,6%) mas ainda inferior a 2023/24, em que 54,2% estavam satisfeitos ou muito satisfeitos. Verifica-se uma ligeira

diminuição do número de muito insatisfeitos (2,6%) em relação ao ano anterior (3,9%), concluindo-se que houve um ligeiro aumento na satisfação com os procedimentos implementados pela própria USF.

M4 - Conhece o Plano para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde e o modo como está implementado na sua ULS? (%)

	2025/26
Sim	51,2
Não	48,8

M5– Quanto ao Plano para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, quanto à sua capacidade de dar resposta aos seus objetivos, considera que está: (%) (este ano só se aceitaram as respostas dos coordenadores que afirmaram conhecer o Plano em causa, o que não aconteceu nos anteriores anos)

	2025/26
Muito insatisfeito/	9,8
Insatisfeito/a	19,9
Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	39,0
Satisfeito/a	30,1
Muito satisfeito/a	1,2

Relativamente ao Plano de Prevenção da Violência no Setor da Saúde, verifica-se que 29,7 % está muito insatisfeito/insatisfeito com o mesmo, um valor muito abaixo dos 51.9% do ano anterior. 39% responderam “nem satisfeito nem insatisfeito”, estando acima do valor do ano transato, de 32,3%. Apenas 1,2% referiu estar “muito satisfeito”, valor muito discretamente superior a 2024/25, tendo a resposta “satisfeito” ficado com 30,1%, um aumento face aos 14,7% do ano anterior. Estes resultados poderão demonstrar maior conhecimento e adequação do plano pelas ULS, apesar de 48,8 % dos coordenadores que responderam a este inquérito referir que desconhece o Plano de Prevenção da Violência no Sector da Saúde e o modo como este está implementado na sua ULS.

M6 – Na sua USF registou-se algum acidente no seu local de trabalho relacionado com o desempenho da atividade profissional na USF, nos últimos 12 meses? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	29,5	36,7	39,7	34,1	37,7	37,1

Verifica-se, ainda, que 37,1% dos coordenadores refere ter existido pelo menos um acidente no seu local de trabalho relacionado com a sua atividade profissional nos últimos 12 meses, valor semelhante ao do ano anterior, em que 37,7% respondeu de forma afirmativa a esta questão, e inferior ao máximo de 39,7% registado em 2022/23.

N. Opinião sobre as ULS

N1. Opinião sobre as ULS? (%) (Comparativo por ULS)

A implementação das ULS traz melhorias para a saúde das populações? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Em desacordo ou muito em desacordo	Nem em acordo nem em desacordo	De acordo ou muito de acordo
ULS Alentejo Central	33,3	44,4	22,2
ULS Algarve	75	20,8	4,2
ULS Almada / Seixal	22,2	61,1	16,7
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	70,6	5,9	23,5
ULS Alto Minho	16,7	16,7	66,7
ULS Amadora / Sintra	39,1	39,1	21,7
ULS Arco Ribeirinho	20	30	50
ULS Arrábida	37,5	25	37,5
ULS Baixo Alentejo	0	0	100
ULS Baixo Mondego	37,5	62,5	0
ULS Barcelos / Esposende	15,4	53,8	30,8
ULS Braga	50	33,3	16,7
ULS Castelo Branco	0	50	50
ULS Coimbra	22,2	44,4	33,3
ULS Cova da Beira	33,3	66,7	0
ULS Entre Douro e Vouga	57,1	23,8	19,0
ULS Estuário do Tejo	16,7	50	33,3
ULS Gaia / Espinho	41,7	25	33,3
ULS Guarda	0	66,7	33,3
ULS Lezíria	36,4	27,3	36,4
ULS Lisboa Ocidental	46,2	38,5	15,4
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	0	50	50
ULS Matosinhos	0	16,7	83,3
ULS Médio Ave	21,4	35,7	42,9
ULS Médio Tejo	50	33,3	16,7
ULS Nordeste	0	25	75
ULS Oeste	33,3	50	16,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	44,4	44,4	11,1
ULS Região de Aveiro	26,3	52,6	21,1
ULS Região de Leiria	28	60	12
ULS Santa Maria	9,1	72,7	18,2
ULS Santo António	65,2	30,4	4,3
ULS São João	60	40	0
ULS São José	27,8	50	22,2
ULS Tâmega e Sousa	45,7	34,3	20
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	71,4	28,6	0
ULS Viseu Dão-Lafões	28,6	42,9	28,6

N1. Opinião sobre as ULS? (%) (Geral)

A implementação das ULS traz melhorias para a saúde das populações?	2025/26
Muito em desacordo/ Em desacordo	37,9
Nem em acordo nem em desacordo	38,3
De acordo/ Muito de acordo	23,7

A implementação das ULS leva a uma melhoria na articulação entre os diferentes serviços da ULS?	2025/26
Muito em desacordo/ Em desacordo	41
Nem em acordo nem em desacordo	28,5
De acordo/ Muito de acordo	30,4

A implementação das ULS leva a uma melhoria na coordenação com os diferentes serviços de apoio à atividade clínica (farmácia, armazéns, etc.)?	2025/26
Muito em desacordo/ Em desacordo	40,5
Nem em acordo nem em desacordo	29,1
De acordo/ Muito de acordo	30,4

A implementação das ULS leva a uma maior integração e coordenação dos serviços de saúde na região?	2025/26
Muito em desacordo/ Em desacordo	39,8
Nem em acordo nem em desacordo	30,6
De acordo/ Muito de acordo	29,6

A implementação das ULS leva a uma maior partilha de práticas e recursos entre USF e outros serviços da ULS?	2025/26
Muito em desacordo/ Em desacordo	37,4
Nem em acordo nem em desacordo	27,4
De acordo/ Muito de acordo	35,2

A implementação das ULS leva a um melhor acesso à informação clínica?	2025/26
Muito em desacordo/ Em desacordo	35,9
Nem em acordo nem em desacordo	33,1
De acordo/ Muito de acordo	30,9

As lideranças das ULS estão a dar a devida importância aos CSP?	2025/26
Muito em desacordo/ Em desacordo	57,4
Nem em acordo nem em desacordo	22
De acordo/ Muito de acordo	20,7

N1. Opinião sobre as ULS? (%) (Comparativo por ULS)

As lideranças das ULS estão a dar a devida importância aos CSP? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Em desacordo ou muito em desacordo	Nem em acordo nem em desacordo	De acordo ou muito de acordo
ULS Alentejo Central	55,6	33,3	11,1
ULS Algarve	88	0	12
ULS Almada / Seixal	22,2	50	27,8
ULS Alto Alentejo	0	0	100
ULS Alto Ave	88,2	11,8	0
ULS Alto Minho	33,3	25	41,7
ULS Amadora / Sintra	56,5	26,1	17,4
ULS Arco Ribeirinho	30	20	50
ULS Arrábida	50	25	25
ULS Baixo Alentejo	0	0	100
ULS Baixo Mondego	75	25	0
ULS Barcelos / Esposende	46,2	30,8	23,1
ULS Braga	69,6	17,4	13,0
ULS Castelo Branco	25	25	50
ULS Coimbra	35,7	32,1	32,1
ULS Cova da Beira	66,7	33,3	0
ULS Entre Douro e Vouga	66,7	14,3	19,0
ULS Estuário do Tejo	50	16,7	33,3
ULS Gaia / Espinho	83,3	4,2	12,5
ULS Guarda	11,1	44,4	44,4
ULS Lezíria	54,5	27,3	18,2
ULS Lisboa Ocidental	76,9	11,5	11,5
ULS Litoral Alentejano	0	0	100
ULS Loures / Odivelas	0	50	50
ULS Matosinhos	50	33,3	16,7
ULS Médio Ave	57,1	21,4	21,4
ULS Médio Tejo	66,7	33,3	0
ULS Nordeste	25	0	75
ULS Oeste	83,3	0	16,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	44,4	22,2	33,3
ULS Região de Aveiro	45	40	15
ULS Região de Leiria	32	20	48
ULS Santa Maria	54,5	45,5	0
ULS Santo António	87,0	4,3	8,7
ULS São João	60	40	0
ULS São José	38,9	33,3	27,8
ULS Tâmega e Sousa	65,7	17,1	17,1
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	92,9	7,1	0
ULS Viseu Dão-Lafões	64,3	21,4	14,3

A implementação generalizada das Unidades Locais de Saúde, em janeiro de 2024, foi apresentada como uma reforma orientada para a integração dos cuidados e para uma melhor articulação entre os diferentes níveis de prestação. Os resultados de 2025/26 reiteram, contudo, que essa promessa não se traduz numa perceção maioritariamente favorável entre os coordenadores das USF.

Apenas **23,7%** consideram que a implementação das ULS trouxe melhorias para a saúde das populações, enquanto **37,9% discordam** e **38,3% mantêm uma posição intermédia**. Este resultado demonstra que **a maioria dos coordenadores não identifica uma melhoria clara para as populações decorrente da reorganização em ULS**.

Esta reserva mantém-se quando são analisadas as diferentes dimensões da integração. Apenas **30,4%** reconhecem uma melhoria na articulação entre os diferentes serviços da ULS, face a **41,0% que discordam**. Na coordenação com os serviços de apoio à atividade clínica, os resultados são semelhantes: **30,4% identificam melhorias**, enquanto **40,5% não as reconhecem**. Também relativamente a uma maior integração e coordenação dos serviços de saúde na região, apenas **29,6%** percecionam ganhos, contra **39,8% que discordam**.

Os resultados sugerem, assim, que **a integração organizacional não se traduziu, para uma parte muito importante dos coordenadores de USF, numa integração funcional percecionada no quotidiano das equipas**. A existência de uma estrutura comum de gestão, um Conselho de Administração comum a cuidados de saúde primários e hospitais, não parece estar, por si só, a produzir uma experiência generalizada de maior articulação, coordenação ou partilha. Um telhado comum, não faz a casa.

A perceção sobre a partilha de práticas e recursos é relativamente mais favorável, embora continue sem alcançar uma maioria: **35,2%** reconhecem melhorias, enquanto **37,4% discordam**. Mesmo neste domínio, permanece evidente a ausência de uma perceção consolidada de benefício.

O resultado mais expressivo de toda esta dimensão surge, contudo, na avaliação das lideranças. **57,4% dos coordenadores consideram que as lideranças das ULS não estão**

a dar a devida importância aos Cuidados de Saúde Primários, enquanto apenas **20,7% têm uma opinião favorável**. A diferença entre estas posições é particularmente significativa e constitui um sinal claro sobre a forma como os CSP estão a percecionar o seu lugar no novo modelo de governação.

Este resultado desloca a discussão de uma avaliação puramente organizacional das ULS para uma questão central de **liderança e governação**. Os dados sugerem que o desafio não é só criar mecanismos de integração entre serviços, mas garantir que os CSP têm **voz, influência e reconhecimento efetivo na definição e implementação das políticas e decisões das ULS**.

Dois anos após a implementação generalizada das ULS, os coordenadores das USF não identificam ainda ganhos na saúde das populações, na articulação entre serviços ou na coordenação dos cuidados. Mais preocupante é a perceção de que os CSP continuam a não ocupar, na governação das ULS, o lugar que lhes deveria corresponder.

Os números traduzem um sentimento de desvalorização e falta de reconhecimento institucional. As equipas dos CSP, as mesmas que sustentaram o SNS nas fases mais críticas, sentem-se agora afastadas dos processos de decisão e desprovidas de voz na estrutura que deveria reforçar o seu papel.

As **ULS nasceram com a promessa de integração, mas continuam a funcionar com lógicas de separação**. A integração de cuidados não se concretiza apenas através da integração de serviços numa mesma estrutura organizacional. **Exige integração das equipas, dos processos, das decisões e das responsabilidades.** E, para que exista verdadeira integração, os CSP **têm de participar na sua governação e estar no centro da construção do modelo assistencial.**

O desafio para os próximos anos é, por isso, passar de uma **integração formal para uma integração efetiva**, capaz de produzir ganhos reconhecidos pelas equipas e, sobretudo, resultados concretos para as populações.

N2 - A sua ULS tem: (%)

2025/26	Sim	Não	Desconheço
Conselho Clínico e de Saúde	81,4	11,3	7,3
Unidade de Gestão	93	2,8	4,1
Adjuntos do Diretor Clínico CSP	93,8	3,2	3

N2 - A sua ULS tem Conselho Clínico e de Saúde? (%) (Comparativo por ULS)

2025/26	Sim	Não	Desconheço
ULS Alentejo Central	88,9	0	11,1
ULS Algarve	66,7	8,3	25
ULS Almada / Seixal	94,1	5,9	0
ULS Alto Alentejo	100	0	0
ULS Alto Ave	76,5	11,8	11,8
ULS Alto Minho	100	0	0
ULS Amadora / Sintra	65,2	21,7	13
ULS Arco Ribeirinho	80	10	10
ULS Arrábida	42,9	42,9	14,3
ULS Baixo Alentejo	100	0	0
ULS Baixo Mondego	100	0	0
ULS Barcelos / Esposende	100	0	0
ULS Braga	84	8	8
ULS Castelo Branco	25	75	0
ULS Coimbra	100	0	0
ULS Cova da Beira	33,3	33,3	33,3
ULS Entre Douro e Vouga	100	0	0
ULS Estuário do Tejo	50	50	0
ULS Gaia / Espinho	83,3	12,5	4,2
ULS Guarda	44,4	55,6	0
ULS Lezíria	90	0	10
ULS Lisboa Ocidental	84,6	3,8	11,5
ULS Litoral Alentejano	0	100	0
ULS Loures / Odivelas	100	0	0
ULS Matosinhos	40	60	0
ULS Médio Ave	93,3	6,7	0
ULS Médio Tejo	83,3	16,7	0
ULS Nordeste	71,4	28,6	0
ULS Oeste	50	33,3	16,7
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	88,9	11,1	0
ULS Região de Aveiro	75	10	15
ULS Região de Leiria	84	8	8
ULS Santa Maria	70	10	20
ULS Santo António	95,7	4,3	0
ULS São João	80	20	0
ULS São José	77,8	11,1	11,1
ULS Tâmega e Sousa	77,1	8,6	14,3
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	71,4	14,3	14,3
ULS Viseu Dão-Lafões	100	0	0

N2.1 - Se não tem Conselho Clínico e de Saúde, considera que deveria existir? (%)

	2025/26
Sim	84,3
Não	15,7

N2.2 - Se não tem Unidade de Gestão, considera que deveria existir? (%)

	2025/26
Sim	96,3
Não	3,7

N2.3 - Se não tem Adjuntos do Diretor Clínico CSP, considera que deveria existir? (%)

	2025/26
Sim	81
Não	19

A consolidação das Unidades Locais de Saúde pressupõe a existência de estruturas de governação capazes de assegurar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados e de garantir uma representação efetiva dos Cuidados de Saúde Primários nos processos de decisão. Os resultados de 2025/26 mostram que estas estruturas estão hoje amplamente presentes nas ULS, embora persistam diferenças relevantes na sua existência e, sobretudo, no seu reconhecimento pelas equipas.

A estrutura com maior presença é a dos **Adjuntos do Diretor Clínico para os Cuidados de Saúde Primários**, reconhecida por **93,8% dos respondentes**. Segue-se a **Unidade de Gestão**, identificada por **93,0%**.

O **Conselho Clínico e de Saúde** apresenta uma presença ligeiramente inferior: **81,4%** dos respondentes afirmam que a sua ULS dispõe desta estrutura, enquanto **11,3% indicam que não existe** e **7,3% desconhecem a sua existência**.

Estes resultados mostram que, no conjunto das ULS, **as estruturas formais de governação estão hoje maioritariamente instaladas**, particularmente aquelas diretamente relacionadas com a gestão e a representação dos CSP. Contudo, a existência formal não deve ser confundida com uma integração efetiva na governação. O facto de **7,3% dos respondentes desconhecerem a existência do Conselho Clínico e de Saúde**, e de **4,1% desconhecerem a Unidade de Gestão**, revela que ainda existem

oportunidades de melhoria na liderança interna e na aproximação entre as estruturas de governação e as equipas que representam.

A análise das respostas dos profissionais pertencentes a ULS que não dispõem destas estruturas reforça a sua relevância. **84,3% consideram que deveria existir um Conselho Clínico e de Saúde**, **96,3% defendem a existência de uma Unidade de Gestão** e **81,0% consideram que deveria existir a figura de Adjuntos do Diretor Clínico para os CSP**.

É particularmente expressivo o resultado relativo à **Unidade de Gestão**: praticamente todos os respondentes que não dispõem desta estrutura consideram que ela deveria existir. Este resultado sugere que estas estruturas são percecionadas pelas equipas como **instrumentos necessários à capacidade de gestão, representação e coordenação dos CSP dentro das ULS**.

Heterogeneidade entre ULS

Apesar da elevada prevalência global destas estruturas, a análise por ULS revela uma **heterogeneidade muito significativa**, particularmente no que respeita ao Conselho Clínico e de Saúde.

Em 9 das 39 ULS, **100% dos respondentes reconhecem a existência de um Conselho Clínico e de Saúde**, nomeadamente Alto Alentejo, Alto Minho, Baixo Alentejo, Baixo Mondego, Barcelos/Esposende, Coimbra, Entre Douro e Vouga, Loures/Odivelas e Viseu Dão-Lafões e numa, Litoral Alentejano, todas dizem que não existe. Também se observam níveis muito elevados de reconhecimento em Santo António (**95,7%**), Almada/Seixal (**94,1%**), Médio Ave (**93,3%**) e Lezíria (**90,0%**).

No extremo oposto, existem ULS onde o reconhecimento desta estrutura é significativamente mais baixo. No **Litoral Alentejano, nenhum dos respondentes identifica a existência de um Conselho Clínico e de Saúde**. Em Castelo Branco, apenas **25,0%** reconhecem a sua existência, face a **75,0% que respondem que não existe**. Na Cova da Beira, apenas **33,3%** respondem afirmativamente, enquanto outros **33,3%**

indicam que não existe e **33,3% desconhecem**. Também em Matosinhos o reconhecimento é reduzido, com **40,0% de respostas afirmativas e 60,0% negativas**.

A dimensão do desconhecimento merece igualmente atenção. Sendo estruturas transversais a toda a ULS, o desconhecimento da sua existência por parte de alguns coordenadores das USF, observado em 18 das ULS, revela que estas estruturas podem existir formalmente sem serem suficientemente conhecidas pelas equipas dos CSP. O valor mais elevado verifica-se na **Cova da Beira (33,3%)**, seguido do Algarve (**25,0%**), Santa Maria (**20,0%**), Oeste (**16,7%**), Região de Aveiro (**15,0%**) e Arrábida (**14,3%**). Nestes casos, a questão pode não ser exclusivamente a inexistência da estrutura, mas também **a visibilidade e a comunicação da governação junto dos profissionais dos CSP**.

Esta variabilidade é relevante porque, num modelo que pretende assegurar integração entre níveis de cuidados, **não é indiferente que a arquitetura de governação seja reconhecida de forma tão desigual pelas equipas**. A existência de estruturas de governação clínica e de representação dos CSP deve ser acompanhada por clareza sobre o seu papel, competências, canais de comunicação, instrumentos de participação e relação com as equipas.

A mensagem particularmente relevante

Os dados permitem retirar uma conclusão que ultrapassa a descrição da existência destas estruturas: **os CSP reconhecem a necessidade de estruturas de liderança de proximidade e de estar representados e envolvidos na governação das ULS**.

A elevada concordância com a existência de uma Unidade de Gestão (**96,3%** entre os que não a têm), de um Conselho Clínico e de Saúde (**84,3%**) e de Adjuntos do Diretor Clínico para os CSP (**81,0%**) demonstra que existe uma expectativa clara de que a integração seja acompanhada por **estruturas de liderança, representação e decisão próximas dos CSP**.

É necessário garantir que **essas estruturas são conhecidas, acessíveis e efetivamente capazes de representar os CSP nos processos de decisão da ULS**.

Quando comparamos estes resultados com a perceção expressa na secção anterior, na qual **57,4% dos coordenadores consideram que as lideranças das ULS não estão a dar a devida importância aos CSP**, a conclusão é particularmente significativa: existem estruturas formais de governação e representação dos CSP na maioria das ULS, mas uma parte expressiva dos seus representantes continua a não sentir que os CSP tenham o peso correspondente na governação.

A questão central passa, portanto, da existência para a autonomia e efetividade.

Não basta que os CSP estejam representados na estrutura da ULS. **É necessário que essa representação tenha voz, influência e capacidade de decisão**.

Em síntese, os resultados de 2025/26 mostram **uma consolidação significativa das estruturas de governação das ULS, mas também uma heterogeneidade que não deve ser ignorada**. O próximo passo deverá ser garantir que esta arquitetura é uniforme nos seus princípios, clara para as equipas e, sobretudo, **efetiva na participação dos Cuidados de Saúde Primários na governação das ULS**.

A integração precisa de estruturas. Mas, para ser efetiva, precisa de representação com voz e de governação com influência.

Conclusões

A análise dos resultados de 2025/26 evidencia a seguinte conclusão central: **as ULS estão hoje mais estruturadas, mas a integração continua por demonstrar no terreno. As estruturas estão a aparecer, mas a integração ainda não é sentida. Ou seja, o problema já não é apenas "construir a arquitetura"; é fazer com que essa arquitetura tenha efeito real na governação e na prática clínica.**

Dois anos após a implementação generalizada das ULS, **a maioria dos coordenadores das USF continua sem identificar ganhos claros decorrentes da reforma**. Apenas **23,7%** reconhecem melhorias na saúde das populações, enquanto **37,9% discordam** e **38,3% permanecem numa posição intermédia**. A perceção de melhoria mantém-se

igualmente minoritária nas diferentes dimensões da integração: apenas **30,4%** identificam melhorias na articulação entre serviços, **30,4%** na coordenação com os serviços de apoio à atividade clínica e **29,6%** numa maior integração e coordenação dos serviços de saúde na região.

Estes resultados são particularmente relevantes porque mostram que **a integração administrativa ainda não se converteu, de forma generalizada, em integração funcional**. A criação de uma estrutura organizacional comum não está, por si só, a produzir uma experiência de maior articulação, coordenação ou benefício para as populações.

A dimensão mais preocupante encontra-se, contudo, na governação. **57,4% dos coordenadores consideram que as lideranças das ULS não estão a dar a devida importância aos Cuidados de Saúde Primários**, enquanto apenas **20,7%** têm uma perceção favorável. Este resultado constitui um sinal inequívoco: **o principal défice percecionado já não é apenas de organização, mas de reconhecimento, participação e influência dos CSP na governação das ULS.**

Em paralelo, os dados mostram que **a arquitetura formal de governação se encontra hoje maioritariamente instalada**. São reconhecidos Adjuntos do Diretor Clínico para os CSP em **93,8%** das respostas e Unidades de Gestão em **93,0%**, enquanto **81,4%** identificam a existência de um Conselho Clínico e de Saúde. Entre os que não dispõem destas estruturas, a sua necessidade é expressamente reconhecida: **96,3% defendem a existência de uma Unidade de Gestão, 84,3% de um Conselho Clínico e de Saúde e 81,0% de Adjuntos do Diretor Clínico para os CSP.**

O contraste entre estes dois resultados mostra que **as estruturas existem, mas a sua existência ainda não se traduz numa perceção correspondente de influência dos CSP.**

É aqui que se encontra o principal desafio da próxima fase das ULS. **Não basta criar órgãos ou estruturas de representação. É necessário garantir que têm competências claras, capacidade de intervenção, canais efetivos comunicação com as equipas no terreno e de participação e influência real sobre as decisões.**

A heterogeneidade observada entre ULS reforça esta necessidade. O reconhecimento da existência do Conselho Clínico e de Saúde varia de **0% no Litoral Alentejano a 100% em várias ULS**, com diferenças igualmente expressivas noutras regiões. Esta variabilidade revela diferentes modelos organizacionais, mas pode também revelar **diferentes graus de visibilidade, comunicação e integração da governação junto das equipas dos CSP**.

As ULS não serão avaliadas pela dimensão da sua estrutura, mas pela capacidade de essa estrutura **melhorar a vida das pessoas, aproximar profissionais, facilitar a continuidade dos cuidados e tornar a decisão mais integrada**.

Depois de uma primeira fase marcada pela criação e reorganização das estruturas, é necessário entrar numa nova etapa: **a da demonstração de resultados e da efetividade da governação. Só haverá verdadeira integração quando esta for sentida por quem trabalha nela e, sobretudo, por quem dela depende.**

O. Semáforo das ULS na Avenida das USF

A presente análise reúne um conjunto de indicadores, já discutidos anteriormente neste relatório, que avaliam a forma como as ULS se estão a estruturar e a posicionar-se face aos Cuidados de Saúde Primários, numa altura em que a integração dos cuidados assume um papel determinante na sustentabilidade e qualidade do Serviço Nacional de Saúde. Estes indicadores permitem aferir a maturidade organizacional das ULS, a coerência das suas lideranças e o grau de envolvimento e reconhecimento das USF como estruturas nucleares do sistema.

Metodologia

Foram selecionados os indicadores que considerámos mais relevantes para a atividade das USF de todos os capítulos anteriores e da relação destas com a ULS, que pudessem avaliar de forma global cada ULS. Escolhemos opções de percentagem como coordenadores satisfeitos/muito satisfeitos, percentagem sem faltas de material, sem incentivos institucionais em falta, entre outras. Nalguns indicadores compostos por vários subitens (por exemplo, as condições da USF para a atividade dos profissionais) foi calculada a média das percentagens de todos os subitens, de forma a obter um único valor por ULS. Foram ainda incorporados alguns indicadores da pergunta B1 (principais problemas que carecem de resolução), cuja escala foi invertida para manter a coerência de leitura com os restantes indicadores: a percentagem apresentada corresponde às respostas que classificaram esse problema como pouco importante/preocupante, e não o inverso. No final fez-se uma média dessas percentagens e obteve-se um score por área (ver abaixo) e um score global. Basicamente é um ranking comparativo das ULS em áreas importantes para os CSP/USF, orientado para a melhoria.

Áreas de avaliação das ULS

A análise está organizada em cinco grandes áreas: governação e liderança; comunicação e articulação; autonomia, planeamento e contratualização; condições operacionais e recursos; e recursos humanos e condições de trabalho.

ULS	Score Global (%)	Área 1 — Governação e Liderança	Área 2 — Comunicação e Articulação	Área 3 — Autonomia, Planeamento e Contratualização	Área 4 — Condições Operacionais e Recursos	Área 5 — Recursos Humanos e Condições de Trabalho
ULS Baixo Alentejo	**69,6%**	79,2%	64,3%	66,7%	38,1%	100,0%
ULS Alto Alentejo	**68,4%**	72,7%	42,9%	100,0%	26,2%	100,0%
ULS Região de Leiria	**60,7%**	66,3%	45,5%	91,9%	35,4%	64,5%
ULS Nordeste	**60,3%**	61,6%	59,9%	50,2%	53,1%	76,4%
ULS Litoral Alentejano	**59,5%**	66,7%	42,9%	33,3%	54,8%	100,0%
ULS Matosinhos	**58,7%**	59,6%	71,4%	75,0%	26,6%	61,1%
ULS Estuário do Tejo	**57,2%**	43,3%	33,3%	69,4%	63,9%	75,9%
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	**55,1%**	58,7%	42,9%	80,8%	34,5%	58,6%
ULS Guarda	**53,6%**	51,6%	36,5%	73,2%	44,7%	62,2%
ULS Coimbra	**53,1%**	52,8%	30,1%	80,5%	26,1%	76,1%
ULS Alto Minho	**50,9%**	55,2%	59,1%	55,6%	31,0%	53,6%
ULS Barcelos / Esposende	**50,3%**	69,9%	49,5%	60,9%	25,5%	45,7%
ULS Médio Ave	**48,5%**	46,9%	39,0%	61,9%	30,2%	64,6%
ULS Viseu Dão-Lafões	**48,3%**	49,4%	42,9%	60,1%	31,0%	57,9%
ULS Arco Ribeirinho	**47,7%**	54,7%	28,6%	63,2%	34,0%	57,8%
ULS Amadora / Sintra	**46,9%**	50,7%	37,6%	46,7%	30,9%	68,4%
ULS Alentejo Central	**46,2%**	33,2%	38,1%	63,8%	37,6%	58,3%
ULS Castelo Branco	**46,0%**	39,6%	17,9%	70,0%	33,3%	69,4%
ULS São João	**45,9%**	39,4%	38,6%	66,0%	38,3%	47,4%
ULS Santo António	**45,1%**	36,2%	31,4%	64,7%	25,3%	67,9%
ULS Almada / Seixal	**45,0%**	44,0%	41,6%	74,1%	25,5%	40,0%
ULS Lezíria	**44,6%**	42,7%	40,4%	61,8%	23,4%	54,5%
ULS São José	**43,8%**	42,1%	34,9%	69,1%	25,5%	47,5%
ULS Santa Maria	**43,3%**	30,6%	44,2%	37,1%	24,0%	80,6%
ULS Entre Douro e Vouga	**43,1%**	50,5%	41,1%	48,6%	30,1%	45,0%
ULS Lisboa Ocidental	**41,5%**	35,7%	35,5%	57,6%	24,3%	54,4%
ULS Tâmega e Sousa	**40,7%**	36,8%	24,8%	45,2%	26,3%	70,7%
ULS Loures / Odivelas	**39,6%**	35,3%	45,2%	44,4%	13,9%	59,3%
ULS Arrábida	**39,5%**	30,8%	51,8%	39,5%	40,8%	34,7%
ULS Região de Aveiro	**38,5%**	37,9%	13,0%	65,8%	31,0%	45,1%
ULS Alto Ave	**37,3%**	20,6%	35,7%	35,2%	41,0%	54,2%
ULS Médio Tejo	**37,0%**	31,9%	19,0%	55,6%	21,0%	57,4%
ULS Baixo Mondego	**36,4%**	27,1%	19,6%	59,4%	20,2%	55,6%
ULS Gaia / Espinho	**35,9%**	33,5%	32,6%	46,3%	27,7%	39,4%
ULS Cova da Beira	**34,6%**	8,3%	28,6%	26,7%	20,6%	88,9%
ULS Algarve	**33,3%**	27,5%	30,9%	44,4%	16,3%	47,4%
ULS Oeste	**32,6%**	29,9%	23,8%	45,6%	19,4%	44,4%
ULS Braga	**32,1%**	29,2%	16,5%	49,7%	21,1%	43,9%
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	**32,1%**	15,9%	19,1%	37,7%	33,6%	54,1%

Nota de leitura: várias das ULS no topo e na base da tabela (nomeadamente Baixo Alentejo, Alto Alentejo, Matosinhos, Médio Tejo e Cova da Beira) assentam em amostras muito reduzidas (entre 1 e 6 respondentes), pelo que os seus valores devem ser lidos tendo isso em conta.

1. Governação e Liderança

Indicadores (numeração em relação com os capítulos em que foram discutidos):

- **A3.6** – Satisfação com a ULS a que pertence a minha USF
- **A3.7** – Satisfação com o Conselho de Administração da ULS
- **A3.8** – Satisfação com o Diretor(a) Clínico(a) dos CSP
- **A3.9** – Satisfação com os Adjuntos do Diretor Clínico dos CSP
- **A3.10** – Satisfação com o Enfermeiro(a) Diretor(a) da ULS
- **A3.11** – Satisfação com a Comissão Clínica e de Saúde da ULS
- **A3.12** – Satisfação com a(s) Unidade(s) de Gestão da ULS
- **B1.2** – Relação da USF com a governação da ULS como um todo
- **N2** – Existência de Conselho Clínico e de Saúde
- **N1.1** – A implementação das ULS traz melhorias para a saúde das populações
- **N1.7** – As lideranças das ULS estão a dar a devida importância aos CSP
- **F1** – A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente da ULS integra profissionais dos CSP

A área da governação clínica e organizacional é central para o funcionamento integrado das ULS. Estes indicadores permitem avaliar se as lideranças estão a garantir proximidade, coerência estratégica e valorização efetiva dos CSP.

A satisfação com a ULS no seu todo, com o Conselho de Administração e com o Diretor Clínico para os CSP traduz o grau de **alinhamento e confiança** entre a gestão e as equipas operacionais, sendo determinante para a coesão institucional. Este ano alargou-se esta avaliação a outras figuras e órgãos de liderança com que as USF interagem diretamente — os Adjuntos do Diretor Clínico, o Enfermeiro(a) Diretor(a) da ULS, a Comissão Clínica e de Saúde e a(s) Unidade(s) de Gestão —, permitindo uma leitura mais completa e granular de onde, dentro da estrutura de liderança da ULS, a relação com os CSP está mais ou menos consolidada.

A existência e funcionamento efetivo de um **Conselho Clínico e de Saúde** reflete o compromisso com a governação participada, baseada em critérios técnicos e éticos, e a integração de profissionais dos CSP na Comissão de Qualidade e Segurança do Doente reforça este mesmo princípio de participação ao nível da segurança do doente.

A perceção da relação da USF com a governação da ULS como um todo, e da forma como a implementação das ULS está, ou não, a trazer melhorias para a saúde das populações, acrescentam uma leitura mais direta e concreta sobre os efeitos percebidos do modelo de governação em curso.

Finalmente, a perceção de que as lideranças atribuem ou não importância aos CSP constitui um indicador sintético da **visão estratégica da ULS**, podendo revelar desequilíbrios estruturais na integração entre níveis de cuidados. A última coluna indica o número mínimo de respondentes às questões utilizadas na tabela (dado que em todas as questões existe a opção "não responde" o número de respondentes pode não ser igual em todas as questões).

ULS (%)	A3.6	A3.7	A3.8	A3.9	A3.10	A3.11	A3.12	B1-2	N2	N1[7]	N1[1]	F1	Score da Área	N mín.
ULS Baixo Alentejo	100	100	100	50	100	100	50	0	100	100	100	50	79,2	2
ULS Alto Alentejo	100	100	100	-	0	0	100	0	100	100	100	100	72,7	0
ULS Barcelos / Esposende	69,2	76,9	100	100	84,6	76,9	69,2	7,7	100	23,1	30,8	100	69,9	13
ULS Litoral Alentejano	100	100	100	100	0	100	0	0	0	100	100	100	66,7	1
ULS Região de Leiria	80	60	100	100	65,2	73,9	84	16	84	48	12	72	66,3	23
ULS Nordeste	87,5	87,5	85,7	50	75	57,1	62,5	12,5	71,4	75	75	0	61,6	6
ULS Matosinhos	66,7	66,7	100	75	83,3	33,3	83,3	33,3	40	16,7	83,3	33,3	59,6	4
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	77,8	88,9	55,6	88,9	66,7	62,5	75	11,1	88,9	33,3	11,1	44,4	58,7	8
ULS Alto Minho	66,7	50	75	75	16,7	81,8	63,6	8,3	100	41,7	66,7	16,7	55,2	11
ULS Arco Ribeirinho	80	60	80	77,8	20	44,4	44,4	10	80	50	50	60	54,7	9
ULS Coimbra	82,1	51,9	92,6	82,1	40,7	29,6	26,9	28,6	100	32,1	33,3	33,3	52,8	26
ULS Guarda	77,8	66,7	88,9	71,4	25	50	50	0	44,4	44,4	33,3	66,7	51,6	6
ULS Amadora / Sintra	56,5	59,1	78,3	77,3	43,5	52,6	59,1	13,0	65,2	17,4	21,7	65,2	50,7	19
ULS Entre Douro e Vouga	42,9	57,1	61,9	63,2	40	50	57,1	19,0	100	19,0	19,0	76,2	50,5	19
ULS Viseu Dão-Lafões	50	57,1	71,4	71,4	42,9	78,6	50	7,1	100	14,3	28,6	21,4	49,4	14
ULS Médio Ave	26,7	40	66,7	80	40	42,9	35,7	13,3	93,3	21,4	42,9	60	46,9	14
ULS Almada / Seixal	44,4	44,4	66,7	83,3	22,2	20	58,8	5,6	94,1	27,8	16,7	44,4	44,0	15
ULS Estuário do Tejo	66,7	50	83,3	33,3	80	0	40	16,7	50	33,3	33,3	33,3	43,3	4
ULS Lezíria	45,5	45,5	54,5	45,5	0	45,5	63,6	18,2	90	18,2	36,4	50	42,7	10
ULS São José	27,8	38,9	83,3	83,3	33,3	31,3	18,8	16,7	77,8	27,8	22,2	44,4	42,1	16
ULS Castelo Branco	50	50	50	25	50	0	25	25	25	50	50	75	39,6	2
ULS São João	55	50	84,2	57,9	31,6	38,9	25	35	80	0	0	15	39,4	18
ULS Região de Aveiro	40	30	84,2	75	26,3	17,6	40	10	75	15	21,1	20	37,9	17
ULS Tâmega e Sousa	41,7	30,6	77,8	83,3	16,7	21,2	17,1	8,3	77,1	17,1	20	30,6	36,8	33
ULS Santo António	17,4	21,7	30,4	69,6	41,2	43,5	65,2	4,3	95,7	8,7	4,3	31,8	36,2	17
ULS Lisboa Ocidental	23,1	3,8	92,3	80,8	23,8	34,8	12,5	3,8	84,6	11,5	15,4	42,3	35,7	21
ULS Loures / Odivelas	33,3	33,3	33,3	40	33,3	0	16,7	0	100	50	50	33,3	35,3	4
ULS Gaia / Espinho	16,7	16,7	34,8	45,8	20,8	23,8	52,2	0	83,3	12,5	33,3	62,5	33,5	21
ULS Alentejo Central	44,4	22,2	66,7	50	0	12,5	25	11,1	88,9	11,1	22,2	44,4	33,2	8
ULS Médio Tejo	16,7	16,7	50	33,3	33,3	33,3	33,3	0	83,3	0	16,7	66,7	31,9	6
ULS Arrábida	50	50	0	33,3	0	0	42,9	25	42,9	25	37,5	62,5	30,8	6
ULS Santa Maria	18,2	27,3	63,6	72,7	30	11,1	20	9,1	70	0	18,2	27,3	30,6	9
ULS Oeste	16,7	16,7	83,3	33,3	0	50	25	33,3	50	16,7	16,7	16,7	29,9	2
ULS Braga	28	16	40	20	24	25	24	8	84	13,0	16,7	52	29,2	23
ULS Algarve	8	8	72	62,5	13,6	11,8	25	0	66,7	12	4,2	45,8	27,5	17
ULS Baixo Mondego	25	25	50	37,5	0	25	12,5	0	100	0	0	50	27,1	8
ULS Alto Ave	11,8	11,8	11,8	23,5	5,9	17,6	41,2	5,9	76,5	0	23,5	17,6	20,6	17
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	7,1	7,1	14,3	15,4	15,4	8,3	30,8	0	71,4	0	0	21,4	15,9	12
ULS Cova da Beira	0	0	0	0	0	0	0	0	33,3	0	0	66,7	8,3	3

N mín. - (indicador) Na questão A3.9 – Satisfação com os Adjuntos do Diretor Clínico dos CSP) não obtivemos nenhuma resposta das USF da ULS do Alto Alentejo, pelo que essa questão não foi considerada para os cálculos dessa ULS.

Nota: A3.6 – Satisfação com a ULS a que pertence a minha USF | A3.7 – Satisfação com o Conselho de Administração da ULS |A3.8 – Satisfação com o Diretor(a) Clínico(a) dos CSP |A3.9 – Satisfação com os Adjuntos do Diretor Clínico dos CSP |A3.10 – Satisfação com o Enfermeiro(a) Diretor(a) da ULS |A3.11 – Satisfação com a Comissão Clínica e de Saúde da ULS |A3.12 – Satisfação com a(s) Unidade(s) de Gestão da ULS |B1.2 – Relação da USF com a governação da ULS como um todo |N2 – Existência de Conselho Clínico e de Saúde |N1.1 – A implementação das ULS traz melhorias para a saúde das populações |N1.7 – As lideranças das ULS estão a dar a devida importância aos CSP |F1 – A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente da ULS integra profissionais dos CSP.

2. Comunicação e Articulação

Indicadores:

- **F4** – Existência de Manual de Articulação
- **B1.7** – Articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares para urgências verdes e azuis da triagem de Manchester
- **B1.8** – Referenciação hospitalar
- **F5** – Realização, em 2025, de avaliação externa da satisfação no trabalho dos profissionais
- **N1.2** – Melhoria na articulação entre os diferentes serviços da ULS
- **N1.3** – Melhoria na coordenação com os serviços de apoio à atividade clínica (farmácia, armazéns, entre outros)
- **N1.6** – Melhor acesso à informação clínica

A comunicação e a articulação constituem o eixo operacional da integração de cuidados. Uma comunicação deficiente fragiliza a confiança entre estruturas e compromete a eficácia das respostas.

Estes indicadores avaliam se existem mecanismos formais e funcionais de articulação, nomeadamente o **Manual de Articulação**, instrumento essencial para definir fluxos, responsabilidades e circuitos de comunicação entre os CSP e os restantes níveis de cuidados.

A **articulação com os hospitais de referência**, agora avaliada através da referenciação hospitalar e da articulação para urgências verdes e azuis da triagem de Manchester, permite medir o grau de integração real das equipas e o sucesso na transição de cuidados, aspeto fulcral para a continuidade assistencial e para a experiência do cidadão no sistema de saúde. Os novos indicadores de articulação hospitalar e de coordenação entre serviços da ULS (M1.2, M1.3, M1.6) procuram cobrir, de forma mais granular, a dimensão de comunicação e proximidade entre a ULS e a USF.

A perceção de que a implementação das ULS está a melhorar a articulação entre serviços, a coordenação com os serviços de apoio à atividade clínica e o acesso à informação clínica são indicadores complementares e diretos da eficácia operacional

desta integração. A realização de **avaliações externas de satisfação no trabalho dos profissionais** constitui, por fim, um indicador de maturidade organizacional da ULS enquanto entidade preocupada com a monitorização sistemática do bem-estar das suas equipas.

ULS (%)	F4	B1-7	B1-8	F5	N1[2]	N1[3]	N1[6]	Score da Área	N mín.
ULS Matosinhos	100	16,7	16,7	83,3	100	100	83,3	71,4	6
ULS Baixo Alentejo	50	0	0	100	100	100	100	64,3	2
ULS Nordeste	87,5	25	25	57,1	75	75	75	59,9	7
ULS Alto Minho	75	16,7	8,3	100	66,7	63,6	83,3	59,1	11
ULS Arrábida	87,5	25	12,5	100	37,5	62,5	37,5	51,8	8
ULS Barcelos / Esposende	92,3	7,7	0	100	61,5	38,5	46,2	49,5	13
ULS Região de Leiria	86,4	20	4	88	44	32	44	45,5	22
ULS Loures / Odivelas	50	16,7	0	50	83,3	33,3	83,3	45,2	6
ULS Santa Maria	18,2	36,4	18,2	100	36,4	63,6	36,4	44,2	11
ULS Alto Alentejo	100	0	0	100	0	0	100	42,9	1
ULS Litoral Alentejano	0	0	0	0	100	100	100	42,9	1
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	77,8	11,1	11,1	100	22,2	44,4	33,3	42,9	9
ULS Viseu Dão-Lafões	71,4	0	21,4	92,9	28,6	28,6	57,1	42,9	14
ULS Almada / Seixal	83,3	16,7	0	100	33,3	41,2	16,7	41,6	17
ULS Entre Douro e Vouga	85,7	14,3	14,3	95,2	25	20	33,3	41,1	20
ULS Lezíria	37,5	27,3	18,2	100	45,5	27,3	27,3	40,4	8
ULS Médio Ave	53,3	13,3	6,7	93,3	46,7	26,7	33,3	39,0	15
ULS São João	95	40	25	90	5	10	5	38,6	20
ULS Alentejo Central	55,6	22,2	11,1	77,8	33,3	22,2	44,4	38,1	9
ULS Amadora / Sintra	33,3	30,4	4,3	90,5	39,1	43,5	21,7	37,6	21
ULS Guarda	44,4	11,1	0	66,7	44,4	44,4	44,4	36,5	9
ULS Alto Ave	100	35,3	17,6	6,3	17,6	35,3	37,5	35,7	16
ULS Lisboa Ocidental	68	15,4	11,5	100	15,4	19,2	19,2	35,5	25
ULS São José	55,6	11,1	5,6	94,4	27,8	22,2	27,8	34,9	18
ULS Estuário do Tejo	0	33,3	0	33,3	33,3	83,3	50	33,3	5
ULS Gaia / Espinho	36,4	8,3	8,3	79,2	33,3	25	37,5	32,6	22
ULS Santo António	45	30,4	4,3	95,7	8,7	22,7	13,0	31,4	20
ULS Algarve	43,5	16	0	95,7	12,5	16,7	32	30,9	23
ULS Coimbra	53,6	21,4	7,1	25	40,7	29,6	33,3	30,1	27
ULS Arco Ribeirinho	30	20	10	0	50	60	30	28,6	9
ULS Cova da Beira	0	66,7	66,7	0	33,3	33,3	0	28,6	1
ULS Tâmega e Sousa	20,6	19,4	2,8	80,6	19,4	19,4	11,1	24,8	34
ULS Oeste	16,7	33,3	0	66,7	16,7	0	33,3	23,8	6
ULS Baixo Mondego	25	25	12,5	62,5	0	12,5	0	19,6	8
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	21,4	21,4	0	69,2	0	7,1	14,3	19,1	13
ULS Médio Tejo	16,7	50	0	0	16,7	33,3	16,7	19,0	6
ULS Castelo Branco	0	0	0	0	50	50	25	17,9	3
ULS Braga	17,4	12	20	12	12,5	12,5	29,2	16,5	23
ULS Região de Aveiro	12,5	10	5	15,8	26,3	15,8	5,3	13,0	16

N mín. - (indicador)

|F4 – Existência de Manual de Articulação |B1.7 – Articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares para urgências verdes e azuis da triagem de Manchester |B1.8 – Referenciação hospitalar |F5 – Realização, em 2025, de avaliação externa da satisfação no trabalho dos profissionais |N1.2 – Melhoria na articulação entre os diferentes serviços da ULS |N1.3 – Melhoria na coordenação com os serviços de apoio à atividade clínica (farmácia, armazéns, entre outros) |N1.6 – Melhor acesso à informação clínica.

3. Autonomia, Planeamento e Contratualização

Indicadores:

- **J1** – O plano de ação da USF foi discutido com a Direção Clínica dos CSP, Unidade de Gestão ou Conselho de Administração da ULS
- **J1.1** – Satisfação com a forma como decorreu essa discussão do plano de ação
- **J5** – A ULS respeita a autonomia da USF
- **D1.1** – A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade
- **D1.2** – A contratualização é uma negociação transparente
- **D3.1** – A ULS confirmou que iria disponibilizar em 2026 os incentivos institucionais ganhos na contratualização de 2025

A **autonomia, o planeamento conjunto e a contratualização** são pilares da gestão moderna dos CSP.

A discussão do plano de ação com os órgãos de gestão da ULS evidencia o grau de integração estratégica entre a ULS e as suas unidades funcionais. Este ano, para além de aferir se essa discussão ocorreu, passou também a avaliar-se a satisfação dos coordenadores com a forma como a mesma decorreu, permitindo distinguir ULS onde o processo é meramente formal daquelas onde é percecionado como um exercício de facto participado e construtivo.

A **perceção de respeito pela autonomia das USF** é um indicador crítico da maturidade institucional e da confiança organizacional.

A **contratualização**, quando bem estruturada, constitui um instrumento de melhoria contínua e de motivação profissional; por isso, para além do estímulo à qualidade, passou também a avaliar-se a transparência percebida do próprio processo negocial, dimensão igualmente determinante para a legitimidade do modelo. A confirmação, pela ULS, de que os **incentivos institucionais** ganhos na contratualização de 2025 seriam disponibilizados em 2026 mede diretamente o cumprimento dos compromissos assumidos, sendo o incumprimento um fator que compromete a credibilidade de todo o sistema de incentivos.

ULS (%)	J1	J1.1	J5	D1[1]	D1[2]	D3.1	Score da Área	N mín.
ULS Alto Alentejo	100	100	100	100	100	100	100	1
ULS Região de Leiria	96	79,2	88	96	96	96	91,9	24
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	88,9	75	87,5	88,9	44,4	100	80,8	8
ULS Coimbra	89,3	92	92,6	64,3	64,3	80,8	80,5	25
ULS Matosinhos	100	83,3	83,3	66,7	16,7	100	75	5
ULS Almada / Seixal	94,4	88,2	57,1	66,7	50	88,2	74,1	14
ULS Guarda	75	100	57,1	77,8	66,7	62,5	73,2	6
ULS Castelo Branco	0	—	100	100	50	100	70	0
ULS Estuário do Tejo	100	33,3	66,7	83,3	50	83,3	69,4	6
ULS São José	94,4	76,5	70,6	77,8	55,6	40	69,1	15
ULS Baixo Alentejo	100	50	50	50	50	100	66,7	2
ULS São João	77,8	71,4	63,2	55	40	88,9	66,0	14
ULS Região de Aveiro	77,8	71,4	88,2	65	40	52,6	65,8	14
ULS Santo António	95,7	45,5	47,4	65,2	39,1	95,2	64,7	19
ULS Alentejo Central	100	44,4	75	44,4	33,3	85,7	63,8	7
ULS Arco Ribeirinho	80	62,5	66,7	60	40	70	63,2	8
ULS Médio Ave	100	61,5	50	60	35,7	64,3	61,9	10
ULS Lezíria	90,9	50	57,1	54,5	36,4	81,8	61,8	7
ULS Barcelos / Esposende	69,2	66,7	69,2	46,2	30,8	83,3	60,9	9
ULS Viseu Dão-Lafões	91,7	70	38,5	50	35,7	75	60,1	10
ULS Baixo Mondego	100	37,5	33,3	75	25	85,7	59,4	6
ULS Lisboa Ocidental	92,3	54,2	40	61,5	42,3	55	57,6	20
ULS Alto Minho	45,5	100	41,7	83,3	8,3	54,5	55,6	5
ULS Médio Tejo	83,3	80	20	16,7	66,7	66,7	55,6	5
ULS Nordeste	71,4	80	87,5	25	37,5	0	50,2	5
ULS Braga	87,5	66,7	38,1	40	24	42,1	49,7	19
ULS Entre Douro e Vouga	94,7	50	27,8	38,1	23,8	57,1	48,6	14
ULS Amadora / Sintra	21,1	50	81,0	47,8	21,7	58,8	46,7	4
ULS Gaia / Espinho	87,5	42,9	42,1	62,5	20,8	21,7	46,3	19
ULS Oeste	100	33,3	16,7	50	33,3	40	45,6	5
ULS Tâmega e Sousa	62,5	70	51,5	33,3	30,6	23,5	45,2	20
ULS Loures / Odivelas	83,3	0	83,3	16,7	33,3	50	44,4	5
ULS Algarve	75	22,2	9,5	44	24	91,7	44,4	18
ULS Arrábida	87,5	28,6	25	50	12,5	33,3	39,5	4
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	8,3	100	53,8	42,9	21,4	0	37,7	1
ULS Santa Maria	50	40	60	54,5	18,2	0	37,1	5
ULS Alto Ave	50	14,3	6,3	52,9	0	87,5	35,2	7
ULS Litoral Alentejano	100	0	0	0	0	100	33,3	1
ULS Cova da Beira	0	—	0	0	33,3	100	26,7	0

N mín. - (indicador)

|J1 – O plano de ação da USF foi discutido com a Direção Clínica dos CSP, Unidade de Gestão ou Conselho de Administração da ULS |J1.1 – Satisfação com a forma como decorreu essa discussão do plano de ação |J5 – A ULS respeita a autonomia da USF |D1.1 – A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade |D1.2 – A contratualização é uma negociação transparente |D3.1 – A ULS confirmou que iria disponibilizar em 2026 os incentivos institucionais ganhos na contratualização de 2025.

4. Condições Operacionais e Recursos

Indicadores:

- **G3** – Existência de faltas de material básico para a atividade da USF
- **G1** – Condições da USF para a atividade dos profissionais (instalações, gabinetes, equipamento, entre outras — indicador composto, média de 14 itens)
- **B1.20** – Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, kits de mãos livres)

A **disponibilidade adequada de recursos materiais** constitui a base indispensável para o bom desempenho clínico e organizacional.

A **falta de material básico nas USF** representa um indicador sensível de fragilidade logística e de descoordenação interna, com impacto direto na motivação das equipas e na qualidade dos cuidados prestados.

Este ano alargou-se esta avaliação a um indicador composto que reúne catorze condições concretas para a atividade dos profissionais:

1 – Instalações, 2 – Gabinetes, 3 - Sala de espera, 4 - Higiene e Limpeza da USF, 5 - Sistema de climatização, 6 - Possibilidade física de realizar circuitos diferenciados para doença aguda/consulta programada, 7 - Central telefónica, 8 - Equipamento clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros,…), 9 - Material de uso clínico e farmacêutico (contracetivos, vacinas, medicamentos em geral etc.), 10 - Consumíveis para procedimentos (luvas, soros, apósitos, compressas, seringas etc.), 11 - Consumíveis para procedimentos correntes (não clínicos): papel, toner, material de secretariado..., 12 - Possibilidade de realizar análises rápidas/point of care na USF, 13 - Resposta da ULS aos problemas que dependem da intervenção deste e 14 - Composição da equipa profissional (em termos de número de enfermeiros, secretários clínicos e médicos.

Ou seja, desde instalações e gabinetes a equipamento essencial, permitindo uma leitura mais fina de onde, especificamente, as condições operacionais estão mais ou menos consolidadas em cada ULS. Acrescentou-se ainda um indicador específico sobre **equipamento telefónico**, identificado como um dos principais problemas percecionados

pelas equipas, e que constitui frequentemente a porta de entrada dos utentes na USF, pelo que a sua fragilidade tem um impacto direto e imediato no acesso aos cuidados.

A sua análise deve ser acompanhada de medidas corretivas céleres, articuladas entre os serviços de logística e as direções clínicas, garantindo previsibilidade, segurança e eficiência na gestão dos recursos.

ULS (%)	B1-20	G3	G1	Score da Área	N mín.
ULS Estuário do Tejo	50	83,3	58,3	63,9	5
ULS Litoral Alentejano	100	0	64,3	54,8	1
ULS Nordeste	25	62,5	71,9	53,1	7
ULS Guarda	33,3	44,4	56,3	44,7	9
ULS Alto Ave	41,2	29,4	52,3	41,0	15
ULS Arrábida	25	37,5	59,8	40,8	8
ULS São João	30	35	49,9	38,3	17
ULS Baixo Alentejo	0	50	64,3	38,1	2
ULS Alentejo Central	33,3	22,2	57,3	37,6	8
ULS Região de Leiria	32	24	50,3	35,4	23
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	11,1	33,3	59,1	34,5	6
ULS Arco Ribeirinho	20	30	52,1	34,0	10
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	28,6	23,1	49,2	33,6	13
ULS Castelo Branco	25	25	50	33,3	3
ULS Viseu Dão-Lafões	14,3	15,4	63,3	31,0	13
ULS Região de Aveiro	35	0	58	31,0	15
ULS Alto Minho	33,3	16,7	42,9	31,0	10
ULS Amadora / Sintra	17,4	22,7	52,5	30,9	22
ULS Médio Ave	26,7	20	43,8	30,2	13
ULS Entre Douro e Vouga	23,8	19	47,4	30,1	17
ULS Gaia / Espinho	37,5	0	45,6	27,7	19
ULS Matosinhos	16,7	0	63,1	26,6	6
ULS Tâmega e Sousa	19,4	16,7	42,7	26,3	32
ULS Alto Alentejo	0	0	78,6	26,2	1
ULS Coimbra	10,7	21,4	46,2	26,1	27
ULS Almada / Seixal	27,8	5,6	43,1	25,5	17
ULS São José	22,2	17,6	36,5	25,5	17
ULS Barcelos / Esposende	23,1	0	53,3	25,5	11
ULS Santo António	17,4	14,3	44,4	25,3	20
ULS Lisboa Ocidental	15,4	12	45,6	24,3	24
ULS Santa Maria	0	20	51,9	24,0	10
ULS Lezíria	18,2	9,1	42,9	23,4	11
ULS Braga	20	0	43,3	21,1	23
ULS Médio Tejo	0	16,7	46,4	21,0	3
ULS Cova da Beira	33,3	0	28,6	20,6	2
ULS Baixo Mondego	12,5	14,3	33,9	20,2	6
ULS Oeste	16,7	0	41,7	19,4	6
ULS Algarve	8	4	37	16,3	23
ULS Loures / Odivelas	0	0	41,7	13,9	6

N mín. - (indicador)

|G3 – Existência de faltas de material básico para a atividade da USF |G1 – Condições da USF para a atividade dos profissionais (instalações, gabinetes, equipamento, entre outras — indicador composto, média de 14 itens) |B1.20 – Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, kits de mãos livres)

5. Recursos Humanos e Condições de Trabalho

Indicadores:

- **H1** – Défice de profissionais previstos (Médicos, Enfermeiros, Secretários Clínicos — indicador composto, média de 3 categorias)
- **H2** – O tempo de trabalho realizado para além do horário oficial é contabilizado no balanço de horas (saldo de horas)?
- **H4** – É possível manter um equilíbrio saudável entre trabalho e vida pessoal/familiar

Esta é uma área nova introduzida este ano, que vem complementar a análise das condições operacionais com uma leitura centrada especificamente na adequação e na sustentabilidade das equipas.

A sustentabilidade dos CSP depende, em primeiro lugar, da capacidade das ULS garantirem equipas completas e estáveis. O défice de profissionais é porventura o indicador mais direto desta fragilidade, com consequências imediatas na capacidade de resposta e na sobrecarga dos profissionais já em funções.

Essa sobrecarga materializa-se, com frequência, na necessidade de realização de horas para além do horário oficial para garantir a resposta às necessidades da população, um sinal de que os recursos disponíveis não são, na prática, suficientes para a procura existente.

Por fim, a possibilidade de as equipas manterem um equilíbrio saudável entre a atividade profissional e a vida pessoal e familiar constitui um indicador de sustentabilidade a médio prazo: equipas sem esse equilíbrio tendem a apresentar maior desgaste, absentismo e risco de saída, comprometendo a estabilidade das USF.

ULS	H1 (%)	H2 (%)	H4 (%)	Score da Área (%)	N mín. (indicador)
ULS Alto Alentejo	100	100	100	100	1
ULS Baixo Alentejo	100	100	100	100	2
ULS Litoral Alentejano	100	100	100	100	1
ULS Cova da Beira	100	100	66,7	88,9	3
ULS Santa Maria	81,8	90	70	**80,6**	10
ULS Nordeste	79,2	50	100	**76,4**	8
ULS Coimbra	76,2	80,8	71,4	**76,1**	26
ULS Estuário do Tejo	94,4	50	83,3	**75,9**	6
ULS Tâmega e Sousa	89,8	72,2	50	**70,7**	36
ULS Castelo Branco	83,3	25	100	**69,4**	4
ULS Amadora / Sintra	68,1	50	87	**68,4**	20
ULS Santo António	58	85	60,9	**67,9**	20
ULS Médio Ave	86,7	35,7	71,4	**64,6**	14
ULS Região de Leiria	84	45,5	64	**64,5**	22
ULS Guarda	85,2	12,5	88,9	**62,2**	8
ULS Matosinhos	100	16,7	66,7	**61,1**	6
ULS Loures / Odivelas	61,1	33,3	83,3	**59,3**	6
ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	70,4	50	55,6	**58,6**	8
ULS Alentejo Central	55,6	75	44,4	**58,3**	8
ULS Viseu Dão-Lafões	73,8	38,5	61,5	**57,9**	13
ULS Arco Ribeirinho	80	33,3	60	**57,8**	9
ULS Médio Tejo	55,6	66,7	50	**57,4**	6
ULS Baixo Mondego	54,2	37,5	75	**55,6**	8
ULS Lezíria	72,7	27,3	63,6	**54,5**	11
ULS Lisboa Ocidental	56,4	34,8	72	**54,4**	23
ULS Alto Ave	86,3	41,2	35,3	**54,2**	17
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	66,7	38,5	57,1	**54,1**	13
ULS Alto Minho	72,2	25	63,6	**53,6**	11
ULS São José	59,3	33,3	50	**47,5**	18
ULS Algarve	73,3	25	44	**47,4**	24
ULS São João	63,3	21,1	57,9	**47,4**	19
ULS Barcelos / Esposende	87,2	16,7	33,3	**45,7**	12
ULS Região de Aveiro	65	5,3	65	**45,1**	19
ULS Entre Douro e Vouga	65,1	20	50	**45**	20
ULS Oeste	66,7	16,7	50	**44,4**	6
ULS Braga	68	30,4	33,3	**43,9**	23
ULS Almada / Seixal	61,1	29,4	29,4	**40**	17
ULS Gaia / Espinho	55,6	12,5	50	**39,4**	24
ULS Arrábida	54,2	0	50	**34,7**	7

N mín. - (indicador)

|H1 – Défice de profissionais previstos (Médicos, Enfermeiros, Secretários Clínicos — indicador composto, média de 3 categorias) |H2 – «O tempo de trabalho realizado para além do horário oficial é contabilizado no balanço de horas (saldo de horas)? |H4 – É possível manter um equilíbrio saudável entre trabalho e vida pessoal/familiar

Síntese Final

Em conjunto, estes indicadores oferecem uma leitura abrangente do estado atual da integração dos Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde.
A sua relevância reside não apenas na avaliação quantitativa da satisfação e perceção das equipas, mas sobretudo na capacidade de **identificar áreas críticas de melhoria** em matéria de liderança, comunicação, autonomia, condições de trabalho e recursos humanos.

Análise dos Resultados – Semáforo das ULS na Avenida das USF

Os resultados revelam um **elevado grau de heterogeneidade** na perceção das USF sobre a atuação das suas ULS. **A média global situa-se nos 49,9%**, com doze ULS a ultrapassar os 50% de satisfação —Baixo Alentejo, Alto Alentejo, Região de Leiria, Nordeste, Litoral Alentejano, Matosinhos, Estuário do Tejo, Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Guarda, Coimbra, Alto Minho, Barcelos/Esposende. No fundo da tabela, abaixo dos 35%, encontram-se as ULS de Trás-os-Montes Alto Douro, Braga, Oeste, Algarve e Cova da Beira.
Este dado é particularmente relevante, uma vez que o modelo ULS foi apresentado como a estrutura de integração destinada a melhorar a coordenação, a comunicação e a eficiência do sistema. No entanto, os resultados mostram que a **integração de gestão ainda não se traduziu em ganhos percecionados pelas equipas dos CSP**, nem em melhoria consistente e ao longo de todo o território do envolvimento, da comunicação ou da articulação entre níveis de cuidados.
As **grandes discrepâncias entre ULS** — com o score global a variar entre 69,6% (Baixo Alentejo) e 32,1% (ULS de Trás-os-Montes Alto Douro) — evidenciam que o modelo por si só não consegue assegurar um mínimo de homogeneidade ao longo do território. Poderão estar em jogo **uma implementação desigual ou uma atividade fortemente dependente de condições e lideranças locais.** Isto traduz uma realidade preocupante: o **modelo ULS, sendo nacional, está a ser aplicado de forma profundamente assimétrica**.
A leitura por área mostra que as **Condições Operacionais e Recursos** (30,9% em média) e a **Comunicação e Articulação** (37,2%) são as áreas mais frágeis do conjunto, seguidas

da **Governação e Liderança** (43,5%). Em contraste, a **Autonomia, Planeamento e Contratualização** (58,4%) e, sobretudo, os **Recursos Humanos e Condições de Trabalho** (61,1%) surgem como as áreas relativamente menos penalizadas.

Na **Comunicação e Articulação**, as ULS Região de Aveiro, Braga, Castelo Branco, Médio Tejo, Trás-os-Montes Alto Douro e Baixo Mondego apresentam os valores mais baixos, sinal de que os **mecanismos formais de comunicação e de referenciação hospitalar continuam pouco consolidados** numa parte significativa do território. Nas **Condições Operacionais e Recursos**, o quadro é semelhante em ULS como Loures/Odivelas, Algarve, Oeste, Baixo Mondego e Cova da Beira, onde as **condições físicas, digitais e de equipamento essenciais à atividade das USF surgem sub-representadas**. Já na **Governação e Liderança**, é notória a fragilidade em Cova da Beira, Trás-os-Montes Alto Douro, Alto Ave, Baixo Mondego e Algarve, com valores que raramente ultrapassam os 20-30%.

É particularmente notório que estas três áreas, **condições operacionais, comunicação e governação** são, em simultâneo, as de maior fragilidade transversal, o que reforça a sensação de **afastamento entre a gestão central das ULS e a realidade das equipas de terreno**, sobretudo ao nível dos recursos e dos canais de comunicação.

Propostas de melhoria

Reforçar a comunicação bidirecional entre as ULS e as USF, criando canais formais e periódicos de partilha de informação, como por exemplo reuniões regulares de alinhamento estratégico.

Garantir a existência, atualização e implementação prática dos Manuais de Articulação, assegurando que traduzem fluxos reais e eficazes entre níveis de cuidados, com particular atenção à referenciação hospitalar.

Consolidar a estrutura organizacional das ULS, nomeadamente Conselhos Clínicos e de Saúde (e adjuntos), Comissões Clínicas e de Saúde e Unidades de Gestão, assegurando a sua representatividade e atuação transversal.

Promover formação em governação clínica integrada.

Melhorar a articulação logística entre CSP e ULS, com inventário partilhado de recursos críticos e gestão coordenada de consumíveis, das instalações e do

equipamento essencial à atividade das USF, área identificada este ano como a mais crítica do conjunto.

Garantir o pagamento atempado dos incentivos institucionais, reconhecendo o mérito e o desempenho das equipas, promovendo a sua autonomia e evitando o efeito desmotivador da sua não-utilização.

Integrar a contratualização numa lógica de melhoria contínua, com acompanhamento trimestral e reuniões de monitorização conjunta entre as USF e a ULS.

Aumentar a proximidade, a escuta ativa e o acompanhamento no terreno das USF por parte das ULS.

Fomentar uma cultura organizacional de transparência e desburocratização, promovendo a automatização de processos e a redução de barreiras administrativas.

Reforçar as políticas de gestão de recursos humanos, com atenção ao défice de profissionais, os mecanismos para a sua substituição temporária ou definitiva e à necessidade de ter em conta as horas para além do horário oficial, de forma a preservar a sustentabilidade das equipas e o equilíbrio entre vida profissional e pessoal.

P. Ligação à Comunidade

P1 – A sua USF tem instalada comissão de utentes? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2024/25	2025/26
Sim	26,4	27,9
Não	73,6	72,1

P2 – A sua USF tem instalada uma liga de amigos? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2024/25	2025/26
Sim	6,8	7,3
Não	93,2	92,7

As comissões de utentes ajudam a estabelecer pontes entre as unidades e a comunidade. Em 2025/26, 27,9% das USF têm instalada uma comissão de utentes, face a 26,4% em 2024/25, o que corresponde a um aumento de 1,5 pontos percentuais. Apesar desta evolução, 72,1% das USF continuam sem esta estrutura. As ligas de amigos mantêm uma expressão ainda mais reduzida: estão instaladas em 7,3% das USF, comparativamente a 6,8% no ano anterior, enquanto 92,7% não dispõem de uma. Os resultados revelam, assim, uma melhoria ligeira, mas ainda insuficiente, nos mecanismos formais de ligação das USF à comunidade.

Sumário executivo

- Os resultados de 2025/26 evidenciam uma **ligeira melhoria na ligação formal das USF à comunidade**, embora estas estruturas continuem pouco implementadas.
- A proporção de USF com **comissão de utentes** aumentou de **26,4% para 27,9%** (+1,5 pontos percentuais). Contudo, **72,1% continuam sem comissão instalada**.
- As **ligas de amigos** permanecem residuais: estão presentes em apenas **7,3% das USF**, face a 6,8% no período anterior (+0,5 pontos percentuais), estando ausentes em **92,7%**.
- Globalmente, a evolução é positiva, mas insuficiente. Os dados demonstram a necessidade de **reforçar mecanismos estruturados de participação dos utentes e de aproximação das USF às comunidades que servem**.

R. Para Conhecer Melhor A Sua USF

R1 - A minha USF pertence à: (%)

	2026		*2026*
ULS Alentejo Central	1,7	ULS Lezíria	2
ULS Algarve	4,6	ULS Lisboa Ocidental	4,8
ULS Almada / Seixal	3,3	ULS Litoral Alentejano	0,2
ULS Alto Alentejo	0,2	ULS Loures / Odivelas	1,1
ULS Alto Ave	3,1	ULS Matosinhos	1,1
ULS Alto Minho	2,2	ULS Médio Ave	2,8
ULS Amadora / Sintra	4,3	ULS Médio Tejo	1,1
ULS Arco Ribeirinho	1,8	ULS Nordeste	1,5
ULS Arrábida	1,5	ULS Oeste	1,1
ULS Baixo Alentejo	0,4	ULS Póvoa Varzim / Vila Conde	1,7
ULS Baixo Mondego	1,5	ULS Região de Aveiro	3,7
ULS Barcelos / Esposende	2,4	ULS Região de Leiria	4,6
ULS Braga	4,6	ULS Santa Maria	2
ULS Castelo Branco	0,7	ULS Santo António	4,3
ULS Coimbra	5,2	ULS São João	3,7
ULS Cova da Beira	0,6	ULS São José	3,3
ULS Entre Douro e Vouga	3,9	ULS Tâmega e Sousa	6,7
ULS Estuário do Tejo	1,1	ULS Trás-os-Montes Alto Douro	2,6
ULS Gaia / Espinho	4,4	ULS Viseu Dão-Lafões	2,6
ULS Guarda	1,7		

R2 - Durante o ano de 2026, na sua USF modelo B, foram aplicados incrementos de horário tendo em conta as Unidades Ponderadas ou outro critério formalmente definido? (%) (Geral)

	2024/25	2025/26
Sim	92,3	93,7
Não	7,7	6,3

A aplicação dos incrementos ajustados de horário de trabalho em 2025/26 aumentou para 93,7% em relação a 2024/25 (92,3%), refletindo uma adesão relevante, mas com espaço para uma melhoria, uma vez que 6,3% referem não o ter aplicado.

R2.1 - Se sim, qual o tempo definido? (%) (Geral)

	2024/25	2025/26
Menos de 5 minutos por Unidade Ponderada	2,5	3,8
Entre 5 e 15 minutos por Unidade Ponderada	56,6	63,4
Entre 16 e 30 minutos por Unidade Ponderada	37,9	30,8
Entre 31 e 45 minutos por Unidade Ponderada	2,3	1,8
Entre 46 e 60 minutos por Unidade Ponderada	0,6	0,2

A maior parte das USF definiu um tempo de ajuste entre os 5 e os 15 minutos por Unidade Ponderada (63,4%), seguindo-se o intervalo de tempo entre os 16 e os 30 minutos por Unidade Ponderada (30,8%). Verifica-se um aumento de USF com tempos mais curtos, como "menos de 5 minutos" para 3,8% em relação aos 2,5% do ano anterior, e uma ligeira diminuição no intervalo entre 31 e 45 minutos por Unidade Ponderada (1,8%, face a 2,3%). Assim, a tendência geral em 2025/26 foi de definir tempos de ajustamento moderados, tal como no ano anterior, centrando-se entre 5 e 30 minutos, o que indica um equilíbrio entre as exigências de tempo de trabalho e a compensação por Unidades Ponderadas, sugerindo uma tendência de maior uniformização no uso das mesmas para definir horários, o que reflete um progresso na implementação desta medida. Por outro lado, nota-se também uma maior adesão em tempos mais curtos ("menos de 5 minutos" – 3,8%) e uma menor adesão nos mais longos ("entre 31 e 45 minutos" – 1,8%, face a 2,3%) em relação a 2024/25.

R3 - A minha USF iniciou funções em: (%)

	2026		2026
2006	6,3	2016	3,4
2007	9	2017	2,5
2008	6,7	2018	5,4
2009	7,9	2019	3,8
2010	4,8	2020	1,7
2011	5,6	2021	2,7
2012	5,2	2022	2,5
2013	5,9	2023	5,4
2014	3,3	2024	8
2015	3,3	2025	5,6
		2026	1,1

Os anos negros de constituição de USF foram de 2014 a 2017 com a crise que levou à intervenção da TROIKA e a continuação com ministérios que consideravam que tinham de ir para além da TROIKA, apesar de no memorando desta, as USF modelo B serem o único serviço público que merecia elogios e diziam mesmo que deveria ser replicado em outras áreas da Função Pública. Posteriormente, só durante a pandemia se registaram valores tão baixos. Em 2024 registou-se o valor mais elevado desde 2007.

Este facto deve-se à medida governamental de generalização das USF B, reconhecidas como o modelo de organização dos CSP que melhor resposta consegue obter para as necessidades da população, conforme a USF-AN tem defendido desde a sua constituição. Em 2025 assistimos a um novo desaceleramento da implementação do modelo USF, com apenas 5,6% de USF a iniciar funções e em 2026, temos o terceiro valor mais baixo desde o início da Reforma (1,1%), mas o ano ainda não terminou.

R4 - A sua USF acolhe estágios de formação? (%) (Comparativo com anos anteriores)

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	97,1	98,4	97,5	98	97,8	97,6
Não	2,9	1,6	2,5	2	2,2	2,4

97,6% das USF acolhem estágios de formação. Um valor muito semelhante ao obtidos nos últimos estudos. Verifica-se uma estabilização face ao ano anterior em quase todas as tipologias de estágio, incluindo os estágios de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária (34,3% em 2025/26, face a 37,7% em 2024/25) e de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar (35,1%, face a 34,6%).

R4.1 – Se sim assinale quais: (%) (Comparativo com anos anteriores)

Internato de MGF.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	88,2	88,4	87	86,9	85,8	85,6
Não	11,8	11,6	13	13,1	14,2	14,4

Alunos de Medicina.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	96,2	96,6	98,1	98,3	98,1	97,3
Não	3,8	3,4	1,9	1,7	1,9	2,7

Alunos de enfermagem.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	95	94,3	96,8	95	95,4	96
Não	5	5,7	3,2	5	4,6	4

Estágios profissionais para Secretários Clínicos.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	12,6	15	15,4	11,4	10,9	11
Não	87,4	85	84,6	88,6	89,1	89

Ano Comum de Medicina.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	89,7	91,3	92,6	91,1	91	90,3
Não	10,3	8,7	7,4	8,9	9	9,7

Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	-	-	-	29,5	37,7	34,3
Não	-	-	-	70,5	62,3	65,7

Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de saúde familiar.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	-	-	-	26	34,6	35,1
Não	-	-	-	74	65,4	64,9

Outros.

	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Sim	16,1	17,3	19,6	14,8	13,8	12,7
Não	83,9	82,7	80,4	85,2	86,2	87,3

10.COMENTÁRIO OU OPINIÃO LIVRE

Apresentam-se aqui todos os comentários recolhidos nas questões de resposta aberta sem tratamento para além da anonimização.

No ponto seguinte, faz-se a sua análise.

"As ULS foi a pior coisa que podia ter acontecido."

"O poder das ULS poderem contratar médicos especialistas de MGF para uma bolsa de substituição dando a possibilidade de o colega permanecer na zona concordo agora poderem estes colegas serem incorporados nas USF por facilitismo em virtude das dificuldades de mobilidade não."

"As USF têm autonomia para escolher os profissionais e essa situação tem de ser respeitada bem como dos colegas que escolhem por concurso."

"Não é justo que um colega que não entre por concurso e fique na bolsa possa integrar uma USF sem ir a concurso."

"Grave ainda é a postura da SDM que neste momento pode colocar utentes numa USF sem ser na lista com menos UC, havendo listas com 6UC e listas com 8UC os utentes podem ser colocados nas listas com 8UC quando deveriam ir para a lista com menos UC da USF. Na pergunta sobre incrementos de horário a resposta dada refere-se às unidades contratualizadas e não às unidades ponderadas. Já não existe ano comum, mas sim formação geral."

"No interior, com a complexidade e comorbilidades associadas aos utentes (baixa literacia, dificuldade de transporte, isolamento, envelhecimento), listas a rondar os 1450 utentes, com cerca de 2100UP deveriam, sem sombra de dúvidas ter incentivos remuneratórios."

"A UAG da ULS..., durante a reunião de contratualização deu a entender que a operacionalização do Despacho n.º 3118/2026, que altera o Despacho n.º 14830/2024 (Registo Nacional de Utentes – RNU) e o Despacho n.º 40/2025 (Inscrição nos CSP), partilhada com as equipas a 09/05/2026, iria ser implementada a partir de julho nos seguinte moldes: os utentes não frequentadores e os utentes naturalidade portuguesa com morada no estrangeiro iriam ser retirados das listas dos médicos (com diminuição das UP e diretamente nas UC), iriam manter-se inscritos na USF de origem, numa lista sem médico, permanecendo nas listas de enfermagem e administrativos para efeitos de contagem de UP e que teriam direito a serviços mínimos de enfermagem e médicos."

"Uma das maiores dificuldades sentidas por mim enquanto coordenador e pela restante equipa é a conciliação entre a vida profissional e a pessoal, muito pela pressão de cumprimento dos indicadores e listas grandes com doentes complicados."

"Outra grande dificuldade é a lentificação da resposta dos CSS aos pedidos de referenciação que dificultam a gestão clínica dos doentes."

"É essencial a redução nas falhas do sistema informático, o pagamento dos incentivos, valorização da carreira do secretariado clínico, redução da burocracia."

"Respostas condicionadas por USF deslocalizada para instalações temporárias, por obras. A trabalhar sem ar condicionado com necessidade de partilha de gabinetes e instalações informáticas sempre a irem a abaixo nalguns gabinetes (isto é só um exemplo, existem inconformidades em todos os níveis)."

"Muitos parabéns pelo trabalho desenvolvido pela USF-AN."

"A transição para o modelo de ULS tem condicionado a autonomia das estruturas de governação clínica dos CSP. A centralização de decisões operacionais e burocráticas prejudica a agilidade das USF Modelo B. Apela-se à USF-AN que continue a defender intransigentemente a identidade e a independência dos CSP, garantindo que a vertente hospitalar não absorva os recursos e a atenção necessários à medicina de proximidade e prevenção."

"Nas USF com lista com elevado envelhecimento populacional, as equipas não recebem incentivo por UC - já que as listas têm mais de 1917 UP mas não perfazem mais de 1550 utentes, apesar de garantirem inscrição a todos os utentes que a solicitam. Neste sentido, unidades mais rurais/com população mais envelhecida têm maior sobrecarga assistencial associada à multipatologia, mas esta sobrecarga/maior complexidade não se reveste de incentivo remuneratório para a equipa (já que o decreto-lei diz pelo menos 1917 UP "e" 1550 utentes, e não "ou" como consideramos que deveria constar). Julgamos ser relevante que este ponto seja discutido, para que as USF nestes contextos não continuem a ser penalizadas."

"Como MF, vinda do litoral e de uma zona "privilegiada" como o Porto, a trabalhar há 10 anos numa USF "rural", com uma população muito envelhecida, grande dispersão geográfica, dificuldade no acesso a transportes e baixa literacia em saúde e ainda menor literacia digital, sinto diariamente as dificuldades dos profissionais e utentes desta realidade, com várias dificuldades e necessidades não completadas no modelo atual do SNS e USF. Desde logo a necessidade de redimensionar as listas de utentes, tendo em conta a carga de patologia crónica da população mais envelhecida, a necessidade de aumentar as VDs (inc. ERPI) tendo em consideração as distâncias necessárias percorrer e o tempo requerido para registos e prescrições no CS (idealmente em casa das pessoas, mas sem material e acesso informático disponível...), a necessidade de integração /apoio de outros profissionais de saúde, como psicólogos (isolamento social dos idosos como causa de depressão e défice cognitivo), fisioterapeutas ou enfermeiros de reabilitação. assistentes sociais, necessidade de melhor articulação com CSS, para melhor controlo de patologia crónica, evitando deslocações desnecessárias ao SU e reduzindo o número de internamentos evitáveis, aposta em atividades na comunidade como forma de reduzir o isolamento, melhorar a funcionalidade, literacia em saúde e qualidade de vida. Por outro lado, a falta de profissionais e grande rotatividade dos mesmos, com impacto na estabilidade da das equipas e seguimento dos utentes, é problemática, o que dificulta a evolução das equipas, o seu crescimento e amadurecimento, com consequente impacto na qualidade dos cuidados prestados, assim como na motivação e satisfação dos profissionais. A distância aos centros hospitalares não só tem impacto para os

utentes, mas também faz com que a administração da ULS se esqueça de locais mais pequenos e distantes, como é o caso da região onde trabalho... Por último importa referir as dificuldades acrescidas na formação, devido às deslocações, com custos acrescidos em termos financeiros e de tempo, um esforço que não é valorizado, sendo muitas vezes penalizador para os profissionais. Também nos CSP há um país a 2 velocidades ou com 2 realidades, ambas com dificuldades, mas com necessidades de respostas diferentes, só que o interior envelhecido aparece menos na comunicação social, redes sociais, etc., pelo que esta continua a ser uma realidade esquecida..."

"É urgente reequilibrar os pagamentos aos profissionais em relação a incentivos e listas, de forma que as unidades possam de facto equilibrar a dimensão das listas ao contexto e realidade atual sem prejudicar os secretários clínicos e enfermeiros a nível de ordenado. É igualmente urgente diminuir os tamanhos legais das listas, bem como estimular um ordenado mais dependente do IDE e não de listas de utentes ingeríveis que não têm como não implicar pior qualidade de cuidados. As USF necessitam de ter autonomia na escolha de profissionais, devendo haver enquadramento legal nos concursos gerais de integração de MGF na função pública para que os profissionais com convite específico para uma vaga real possam ser alocados diretamente na unidade. Deve igualmente haver forma de acelerar e simplificar as transferências entre ULS."

"Existe na minha USF uma degradação enorme das instalações, que não cumprem de o definido no quadro legal que regulamenta as condições estruturais das unidades de saúde."

"A integração em ULS não trouxe (virá a trazer, espero) a desejada proximidade entre cuidados hospitalares e cuidados primários. Pelo contrário, a articulação com serviços hospitalares de outras ULS tornou-se mais difícil, com recusas de pedidos de consulta por não cumprirem critérios de referenciação que nunca nos foram divulgados ou meramente por a USF não pertencer à ULS do Hospital de destino, em claro conflito com o direito dos utentes à livre circulação dos utentes no SNS, consagrado em texto de lei."

"A dimensão das listas de utentes continua a ser um problema que compromete de forma significativa o acesso. Deve ser garantido o acesso aos mesmos valores de incentivos com listas de utentes mais reduzidas. Só assim poderá ser garantido o tempo de investigação, estudo, partilha e evolução pessoal e da equipa que se deseja.
A implementação de USF modelo C parece estar desenhada e direcionada a grupos de saúde com dimensão relevante, impedindo as equipas de médicos previamente constituídas ou novas de se proporem ao modelo. Neste modelo, existem uma indefinição tão grande no momento, um não saber com o que se pode contar por parte da tutela, que as equipas de colegas que se juntam para se propor a trabalhar num modelo diferenciado, no espírito das primeiras USF, não se atreve a enveredar por esse caminho."

"A atual direção da USF-AN está a realizar um excelente trabalho. Obrigado."

"Para além do pouco apoio para as necessidades de material e condições físicas para trabalhar, desde início esbarramos com o não apoio da direção de enfermagem e continuamos sem enfermeiros."

"Atualmente a coordenação de uma USF é bastante exigente e o suplemento remuneratório não é suficientemente apelativo, tendo em conta a grande sobrecarga que é, fazendo com que haja muito menos disponibilidade e oferta de médicos para ocupar este lugar. Considero que o cargo de coordenação deveria ser equivalente a, por exemplo 4 UC, e que houvesse disponibilidade dentro do horário para executar as funções de coordenação.
Considero também que deveria haver uma suplementação remuneratória associada ao cargo de conselho técnico, assim como, enfermeiro responsável."

"A DE do SNS deve incentivar e intervir mais vezes nas USF espalhadas pelo país.
A presença dos elementos que constituem a Entidade acima referida em visitas às diversas USF seria uma mais-valia e um voto de confiança no trabalho que desempenhados."

"As ULS falharam em toda a linha e puseram em causa a autonomia dos CSP e também das USF."

"A questão das USF modelo C pode ser interpretada à luz do que se esperava das USF modelo C e sobre a transição de B para C com maior autonomia, mas também pode ser interpretada à luz das modelos C privadas que se estão a criar e aí a resposta é diferente. O processo de contratualização está agora a decorrer, pelos que as questões dessa parte são de difícil resposta. A USF-AN tem estado particularmente apagada nos últimos 2-3 anos. A formação tem sido reduzida e com pouca discussão sobre para onde vamos e novos modelos de organização e a mobilização confunde-se com atividade sindical. Falta à USFAN a proatividade que antes a caracterizou. Torna-se caro pagar anualmente para uma entidade que oferece cada vez menos, que une menos e que ao parecer confundir-se com os sindicatos traz poucas mais valias. O espaço de partilha de novos modelos, incluindo novas formas de integrar os doentes sem médico, formas de pagamento das carteiras adicionais ou modelos de pagamento de vigilância de utentes sem médico. Discutir formas de captação de profissionais ao privado e fixação. Insistir em formas de pagamento que não façam colidir os interesses dos profissionais de diferentes classes, nomeadamente os médicos e enfermeiros só receberem máximos pelos mesmos limites de IDE e UC. Ter atritos por discussões de dinheiro são o dia a dia das reuniões com muito mais burnout. A USFAN deixou morrer os incentivos de anos anteriores, bem como as questões dos incentivos financeiros nos subsídios de natal e férias até ao último DL das USF. Falou-se mas nem comunicado foi feito. Esta falta de apoio e união nota-se em demasia, mas é recuperável e urge revitalizar a USFAN, sobretudo porque é a única organização nos CSP que une médicos, enfermeiros e secretários e os enfermeiros sentem-se muito sub-representados. Deve ainda haver um espaço na USF-AN para a experimentação, estimulação e sobretudo divulgação de novas formas de funcionar nas USF. Temos de dar o salto a seguir. As ideias deste inquérito são as mesmas há muitos anos. Avancemos."

"A USF-AN deveria ter um papel mais ativo na defesa da USF e dos seus profissionais, particularmente reduzindo o peso da burocracia e dos procedimentos perfeitamente

anedóticos que apenas acrescentam tarefas e tempo perdido, sem qualquer ganho potencial. O peso da burocracia anula muitas vezes a nobreza da tarefa da atividade médica e de enfermagem na saúde."

"Continuem o vosso trabalho - vocês são essenciais!"

"O conflito de interesse entre todos os intervenientes do sistema minam as relações e desviam do objetivo principal. Deveria se apostar fortemente na desburocratização e tornar a MGF mais clínica. As decisões políticas não se podem sobrepor as competências da especialidade que acabam por ser "imposta" pela ausência de oposição firme e definitiva (ex. funções de peritagem: atestado multiuso, carta de condução…)"

"Façam questionários mais curtos."

"Insistir na autonomia das USF, Modelo atual de ULS ser hospital-o-cêntrico."

"É urgente avançar com o redimensionamento dos ficheiros de acordo com o ICU e ajustar os percentis do IDE, nomeadamente dos custos."

"Indicadores financeiros estão em desacordo com boas práticas clínicas e em conflito com o código deontológico."

"Vale a pena pôr em causa este fiasco!"

"Os internamentos evitáveis é um indicador muito injusto porque numa zona rural, com população muito envelhecida que não tem dinheiro para ser institucionalizada / ou não quer ser institucionalizada, mesmo com consultas domiciliárias, é impossível evitar as quedas e os profissionais é que são prejudicados com isso. A mesma coisa acontece com a insuficiência cardíaca, não há quem ajude com a toma da medicação diariamente e com as falhas eles descompensam e a penalização é para os profissionais de saúde. A pneumonia acontece mesmo nos doentes vacinados e a culpa do internamento é nossa mais uma vez e somo nós os penalizados. Isto é desmotivador e faz-nos desistir de continuar esta caminhada."

"As ULS ainda estão em organização, atendendo à mudança de CA em 2025.Seria importante aumentar o peso da equipa de enfermagem e do secretariado clínico no IDE da equipa, ao invés de ser mais atrativo o número de utentes por lista, o que condiciona listas maiores para a equipa médica e com distribuição assimétrica do trabalho, com sobrecarga para a equipa médica, quando comparado com a equipa de enfermagem e secretariado."

"A USF-AN deve defender a implementação do ICU, na ponderação das listas de utentes. A ponderação atual é "cega". Uma pessoa de 60 anos de um bairro social não tem a mesma patologia/necessidades em saúde de uma pessoa da mesma idade residente em Alvalade, na Lapa ou no Restelo."

"Penso que deveria ser considerada a criação de um horário específico para a coordenação. Atualmente, os coordenadores, para além da atividade assistencial, estão imersos em processos de gestão, substituição do papel dos recursos humanos ao fazer validação de

assiduidades em programas de péssima qualidade, webinares formativos e um número imenso de tarefas administrativas — o que, a prazo, irá fazer com que ninguém queira assumir a coordenação de uma USF."

"Para agravar a situação, há ULS que parecem confundir o papel do coordenador com o de diretor de serviço, esquecendo que continuamos a ser médicos de família com lista de utentes e agenda de consultas. Espera-se que estejamos disponíveis para reunir a qualquer hora, como se a atividade clínica fosse secundária."

"Considero fundamental clarificar junto das ULS o que é, na prática, o trabalho de um coordenador: somos médicos, não fizemos uma licenciatura em gestão nem em recursos humanos. Assumimos estas funções por sentido de responsabilidade para com as nossas equipas e utentes, mas sem formação específica, sem redução proporcional de carga assistencial e sem reconhecimento real do esforço que isso implica. Esta situação é insustentável e urge ser endereçada."

"O cálculo do IDE deveria ser completamente reformulado. Temos USF que cumprem todos os indicadores de promoção e saúde e de vigilância de doenças com score 2 e que têm um IDE de 65-70% e depois temos unidades na mesma ULS que são consideradas de referência por terem IDEs >80% em que cumprem indicadores de custos e a maioria dos indicadores com impacto na saúde da população estão por cumprir e isto não é justo. Estamos a penalizar quem trata bem os utentes em detrimento de quem gasta pouco (claramente porque não vê nem trata utentes)."

"Repliquem o modelo de funcionamento das USF existente no Norte do país, nas restantes regiões."

"Os trabalhos nas unidades de saúde familiar tem aumentado exponencialmente com o aumento da acessibilidade por diversas vias e ausência de taxas moderadoras. O utente não doente apresenta múltiplas crenças associadas ao que as redes sociais e a IA disponibiliza à população de como deve ser feita a medicina... isto associado à ausência de taxas moderadoras leva a um consumo excessivo de consultas e recursos. Coloca igualmente o médico muitas vezes em situações de desvalorização da sua profissão e empenho. Não me parece que seja um caminho a tomar numa população claramente desfavorecida na capacidade de crítica sobre tais ferramentas. Além disso os médicos das USF são os únicos profissionais que trabalham muitas horas para além do horário estabelecido, para garantir que têm as tarefas com pouco atraso... o que mostra um excesso de atividade para além do que deveriam realizar... nenhum enfermeiro ou secretário clínico trabalha assim... aliás com a introdução dos enfermeiros gestores quebrou-se o conceito de equipa e inclusivé são desrespeitadas regras internas e outros profissionais por se sentirem protegidos pelas enfermeiras gestoras. Se queriam acabar com o sentimento de equipa estão a ir no sentido certo. Lamentável!!! Também não me parece justo que sejam os médicos a levar com todo o trabalho burocrático e de governação clínica. Era necessário repensar o que realmente faz falta... será assim tão importante tantas auditorias a processos que no final não vão mudar em nada a qualidade da prestação de cuidados de saúde? Serão necessários PAIS? Não faria mais sentido a saúde pública estudar verdadeiramente os problemas populacionais e criar verdadeiros projetos de intervenção, onde

cada profissional tinha tarefas a cumprir para melhoria dos out comes... porque andamos a fazer milhentos microprojectos sem impacto nenhum... e milhentos relatórios associados. É curioso como todos dizem que o privado é que é bom... não tenho nenhum colega que faça só privado que se me tenha queixado de tantos manuais, relatórios e auditorias a fazer todos os anos... com tempo de resposta garantidos definidos não sei por quem e que não faz a mínima ideia do que é trabalhar quase sempre 50 horas por semana (no trabalho e em casa a tratar de documentos e preenchimento de plataformas de assiduidade entre outros trabalhos absurdos). Ainda hoje mesmo de férias estou de volta do email e a responder ao vosso questionário. Enfim acho que estamos a deixar que burocratas invadam a medicina e não estamos a ver os verdadeiros problemas que precisamos de resolver. Deixem ser médico quem quer se médico, com qualidade sim, orientados pelas melhores evidências sim."

"Todos os incentivos deveriam ser reformulados e majorados face à pressão de trabalho atual, mas principalmente os incentivos dos enfermeiros e secretários que proporcionalmente são muito inferiores ao que deveriam ser. Os indicadores de desempenho deveriam ser mais partilhados por todos os profissionais e deixarem de ser tão dependentes da parte médica."

"Com o nível de vida e a saúde mental da população em declínio, a exigência dos cuidados de saúde cada vez é maior. É importante proteger os profissionais e criar medidas que os retenham no SNS, mas também que previnam o burnout e o desgaste."

"Manter uma participação ativas nas melhorias para os CSP no atual modelo ULS."

"Apesar de as USF manterem a sua autonomia, existem alguns tópicos que estão sempre a ser desafiados, nomeadamente o SISQUAL de enfermagem (neste momento não está na alçada dos coordenadores)."

"Os indicadores relacionados com a despesa com MCDT e medicação deviam ser revistos, o trabalho dos CSP traduz-se a redução de custos em saúde pelo controlo adequado de patologias crónicas evitando/retardando complicações, mas para isso é necessário tratar os utentes de forma adequada, utilizando os fármacos que reduzem a mortalidade e aumentam a qualidade de vida dos utentes."

"A nova lei facilitou a progressão para Modelo B, uma vez que a DioR é excessivamente burocrática e deveria ser repensada, com os profissionais a deverem concentrar o seu dia a dia no atendimento ao utente. Contudo, o IDE que existe não faz sentido, os indicadores dos custos não deveriam valer tanto. Também a contabilização dos custos deveria abranger os exames e medicamentos FACTURADOS e não os PRESCRITOS e não levantados. Também os indicadores de acompanhamento adequado deveriam mudar - à maioria dos hipertensos chegaria bem 1 consulta médica anual, contabilizada no indicador da utilização, 2 é má gestão de um recurso escasso, que é a consulta médica. Também não faz sentido ter de convocar utentes já seguidos no privado ou que não necessitam dos nossos cuidados - deveria haver uma plataforma de exames nacional, de forma que os nossos cuidados chegassem aos utentes que deles necessitam (e não clicologia e procura de utentes que não necessitam de nós, ficando os que necessitam sem consulta como atualmente). Também é essencial que o número de subsídios e complementos da segurança social dependentes de relatório médico sejam DRASTICAMENTE

REDUZIDOS - com a informatização atual, não faz sentido nenhum 1 relatório para multiusos, outro para reforma antecipada, outro para complemento por dependência, outro para cuidador informal, outro para atribuição de subsidio adicional porque a reforma é pequena, outro para bonificação por deficiência, outro para subsídio de educação especial (porque não uma credencial de emissão rápida para terapia da fala com desconto direto do Estado e sem necessidade de relatório? Ninguém faz terapia da fala por rotina…), nada contra os subsídios, só sugiro que não sobrecarreguem os médicos de família com relatórios. É essencial que a atividade do médico seja focada NA CONSULTA a quem realmente necessita."

"As ULS continuam a trazer vantagem na articulação entre CSP e CSH."

"A qualidade da formação durante o internato complementar de MGF está comprometida pela falta de qualidade e dos estágios hospitalares dentro da ULS."

"Os programas informáticos a utilizar são cada vez mais e menos interligados, em 2026 já houve mais falhas e mais prolongadas do que no ano inteiro de 2025."

"Questionário extremamente longo."

"Apreciação dos indicadores de medida com impacto no IDE pouco aprofundada."

"As novas regras de gestão do RNU têm impactado o nosso trabalho diário. Retirar médicos de família aos utentes que têm morada no estrangeiro, mas que vivem em Portugal e recorrem aos nossos serviços regularmente, só aumenta a insatisfação dos utentes e profissionais."

"A minha USF fica em …. Três dos 4 médicos e enfermeiros não têm incentivos das UP apesar de todos terem listas com muito mais de 1917, mas não termos 1550 utentes e de na lei dizerem que poderia se aplicar algo diferente nos territórios de baixa densidade demográfica. Temos 807 km2 de território, uma sede com 4 extensões que distam entre 45 a 1 hora de distância da sede. Precisamos do apoio da USF-AN. Gostávamos de ser uma unidade piloto em algo diferenciado porque temos as dificuldades todas, dispersão geográfica, complexidade clínica, envelhecimento, isolamento social, baixa densidade demográfica… tudo. Pedimos ajuda."

"Na minha ULS, a ingerência do CA da ULS na organização e gestão da USF está a ser constante. São tomadas decisões unilaterais sem ouvir aos Coordenadores ou respeitar as decisões do Conselho Geral."

"Na pergunta C4 não existe a opção em discussão que pode representar um nº importante de ULS/ USF."

"Na Secção 0 existe um erro na pergunta 02.1 - é por OC e não UP."

"Retomar os conselhos consultivos que forma a ""aproveitar"" e envolver os profissionais na vida da associação e na sua dinamização."

Aumentar a intervenção na forma de comunicar com a população sobretudo através da televisão. "

"Unidades com maior índice de envelhecimento inevitavelmente estão associadas a maior prescrição de MCDTS e maiores gastos de terapêutica para tratamento de comorbilidades geriátricas (IC, DRC, DPOC, DM2), o que tem elevado impacto no IDE da equipa."

"Continuar a ser um veículo público das sucessivas tentativas de interferência com a autonomia das USF. Cada vez mais ser uma força consistente de reivindicação, mas também de construção de soluções que visem afirmar a marca de qualidade USF."

"O ICU é uma armadilha."

"É vergonhoso os incentivos atribuídos às unidades, nunca chegarem efetivamente à Unidade e serem usados pela ULS como lhes convém... Ainda estamos à espera de aplicar os de 2024..."

"Os gabinetes chegaram a marcar 29.7ºC no pico do calor..."

"É cada vez menor a nossa autonomia como USF, as mudanças instituídas pioraram o nosso dia-a-dia, diminuíram a nossa motivação."

"Todas as USF são niveladas por igual: por baixo!! não há distinção em função dos resultados obtidos. "

"A minha USF foi criada em dezembro de 2023, neste momento temos um IDE de 59 e não estamos a receber: incentivos, suplemento de lista, coordenação, etc.... Não recebemos porque, a partir de janeiro de 2024, existiu um fosso legal que excluiu 20 USF (não tinham, na altura da transição IDG > 60, mas foram criadas antes de Jan/24) do novo valor (IDE >50), decretando que apenas poderemos receber se IDE >65. O nível de injustiça que este fosso legal cria é gigante!! Temos USF´s criadas depois de nós, com IDE de 51 a receber..... e os nossos profissionais, que ao longo dos últimos 3 anos conseguiram atingir um valor de 59 não recebem porquê?? Os parâmetros para o cálculo são os mesmos, o país é o mesmo, questiono o porquê de se manter esta injustiça?"

"Continuamos a desenvolver o modelo de trabalho em equipa alargada, com bastante eficiência e satisfação de utentes e profissionais. Se a USF AN quiser, temos muito gosto em partilhar a nossa experiência, que pode ser útil para outras USF."

"A organização em ULS poderia trazer largos benefícios e melhoria dos cuidados de saúde, se adequadamente implementada e organizada. A absorção dos CSP foi feita sem qualquer conhecimento dos moldes do seu funcionamento e as medidas implementadas são demasiado hospital-o-cêntricas."

"Necessitamos de uma direção mais proativa, mais atualizada, mais conhecedora dos reais problemas das USF e com mais capacidade interventiva."

"A ULS.... não apoia as USF. Estamos a sentir mais que nunca o abandono e a interioridade. Não temos qualquer acompanhamento. As ausências prolongadas não têm substituição. Torna-se difícil trabalhar assim e acima de tudo ver os nossos vencimentos baixarem e serem comparados com outras realidades bem diferentes. Estamos a completar o 3º ano de USF

modelo B e tememos que entremos em incumprimento. Subimos em 2024 o nosso IDE de um valor próximo de 50 para 70%, apesar de não termos conseguido ultrapassar os 70%. Desde 2025 que temos tido ausências médicas prolongadas, nunca colmatadas pela ULS com impacto negativo no nosso IDE. Em 2025 terminamos com 68,5% e neste momento temos um desempenho sobreponível. Tem sido esgotante e desmotivador manter uma equipa em esforço máximo durante tanto tempo. Como coordenadora não sinto qualquer apoio na gestão e melhoria contínua. Agradecia apoio da vossa parte, nomeadamente no esclarecimento da minha dúvida quanto à possibilidade de pedir recálculo do IDE, com base nas ausências médicas prolongadas. Grata."

"C4 - A ULS não tem manual de articulação com os CSP (poderá ter internamente)."

"Considero que as listas de utentes são demasiado grandes que limita o acesso em tempo útil dos utentes a consultas médicas e sobrecarrega os profissionais com excesso de solicitações quer por via presencial quer por via não presencial. Cada vez mais somos solicitados para realizar tarefas burocráticas ou a atender pedidos que não são necessariamente da nossa responsabilidade mas que cedemos aos utentes, sob o risco de quebra da relação doente-utente. A população está cada vez mais envelhecida mais complexa, com múltiplas comorbilidades, e cada vez temos menos resposta por parte das Especialidades Hospitalares o que faz com que tenhamos de tentar lidar com situações que não são da nossa competência, com prescrição excessiva de exames e consumo de múltiplas consultas."

"A partilha de responsabilidades com os Municípios serve de justificação para ausência de resolução de problemas e as condições laborais são deploráveis."

"Maior trabalho em campo por parte da USF AN"

"Semanas de 4 dias de trabalho"

"Conciliar família-trabalho"

"A direção não pode esquecer o BICSP!"

"O tema da ruralidade/baixa densidade deve ser tornado prioritário dado o impacto na igualdade de acesso à saúde, redução das desigualdades já existentes, capacidade de lidar com populações em envelhecimento e isolamento. O problema (principalmente da não fixação de profissionais) começa com a não descentralização do ensino pré e pós-graduado, e pela falta de critério na distribuição de internos de especialidade de forma equilibrada também às necessidades da população, através de regras que o promovam. Ciclo vicioso - ruralidade mais penalizadora para os profissionais, menos alunos, menos internos, menos capacidade assistencial objetiva, mais rotação por insatisfação, mais instabilidade, menos capacidade de progresso no modelo USF, e de novo mais penalizadora para todos."

"Existência de diferenciação territorial para as USF rurais"

"Penso que o que dificulta muito as USF rurais, mais que os indicadores, é a falta de utentes que negam os incentivos de forma automática e muitas vezes dificultam a própria abertura de uma USF que pode incentivar a contratação de novos especialistas para essas zonas."

"A comunicação eficaz da DC dos CSP da ULS Algarve é perto do nulo. Os profissionais não são ouvidos, pela dificuldade que existe em comunicar com a DC."

"Julgo que as medidas implementadas têm tido um impacto assimétrico entre os CSP´s e os terciários. A realidade na região do Algarve é que a qualidade da prestação de serviços e a sua abrangência tem aumentado, porém, a resposta hospitalar não tem evoluído no mesmo sentido. Tem havido desinvestimento nos quadros hospitalares e saída progressiva de profissionais, sendo expectável que se nada for feito se perderá a capacidade formativa da ULS Algarve e ausência de resposta no que diz respeito ao acesso aos cuidados terciários."

"Multipolaridade, dispersão de recursos, muitas dificuldades em manter acesso 8-20h na sede, agravado em tempo de ausências programadas, agravado por falta de médico."

"Deveria haver maior facilidade em contactar a USF-AN para colocação de dúvidas, independentemente de se ser sócio ou não."

"O modelo USF apresenta intervalos de Indicadores sem a devida atualização, há anos.. A população é diferente (mais envelhecida, mais emigrantes...), o custo dos medicamentos é diferente (novas terapêuticas para a Diabetes, IC, IR...), até os políticos vão mudando, não se compreende que estes intervalos não!"

"Na confirmação da assiduidade de enfermagem, o Presidente anterior da ..., decidiu que seria a nova figura de Enfermeira gestora, a gerir esta assiduidade."

"Assim a Plataforma de gestão de assiduidade, GH, não permite acesso do coordenador em relação à assiduidade de enfermagem. Claro que internamente se cumprem as regras do regulamento interno, e há comunicação de enfermagem com a gestão interna da USF (RH e coordenador)."

"Grande desagrado relativamente ao processo de integração de novo elemento de secretariado na nossa USF, estamos a aguardar há 18 meses a mobilidade de uma secretaria clínica escolhida em CG e que exerce funções nos serviços administrativos do nosso hospital. O processo tem sido extremamente burocrático e com pouco feedback sobre o motivo pelo qual a colaboradora ainda não foi mobilizada."

"A USF alertou a DC de que se aproximavam períodos de férias e que haveria uma ausência por doença programada de outra AT, pelo que a unidade não teria AT suficientes para manter a unidade aberta. Houve dias em que as AT que ficaram fizeram turnos de 12h, com períodos em que ficaram sós no atendimento (unidade com 6 medicas e 6 enfermeiras). A ULS deu uma resposta demasiado tardia, e numa fase inicial apenas com aprovação de algumas horas extraordinárias. A USF não fechou graças ao sentido de compromisso da equipa de secretariado, e a ULS ignorou a situação previamente reportada e com toda a antecedência necessária para evitar a situação. "

"Estamos a recuar. Cada vez é mais burocracia e menos autonomia. Os CSP e as USF tem cada vez menos força. Querem extinguirmos."

"O inquérito nunca aborda a ENA numa perspetiva de avaliação de satisfação. Somos USF desde 2010 e passamos a USF B desde 21-12-2023."

"Os principais problemas das USF são:

- Listas sobredimensionadas para a quantidade de profissionais, um pouco pela obrigatoriedade imposta pelo DL 103/2023 de mínimo de 1550 utentes. Mas também devido a fatores como o envelhecimento da população, a desinformação em saúde (cada famoso nas redes sociais e meios de comunicação emite a sua opinião) ou a quantidade de MCDTS disponíveis e que vêm muitas vezes solicitados por outros colegas de instituições privadas. Este excesso de utentes limita também o tempo para formação e investigação que deveria fazer parte da atividade profissional do médico.

- Falta de integração de resultados e exames no programa de apoio à consulta o que tira muito tempo de consulta (entre ler, transcrever, se o utente não o tem pronto, temos de aguardar que o encontre ou que o traga, etc.). Rastreios não são todos integrados no Sclinico. Os exames surgem no RSE e não no Sclinico e de forma imprevisível (nem sempre é possível aceder). As análises são integradas, mas de forma um pouco arcaica (urina II é transcrita de forma insuficiente, uroculturas também).

- Falta de redundância nas equipas ou na ULS - não há profissionais para colmatar ausências. Mais uma vez, listas sobredimensionadas ainda agravam este problema.

Seria interessante utilizar as ferramentas de inteligência artificial e outros automatismos (autohotkeys, por exemplo) para otimizar os registos em consulta e reduzir o tempo em consulta com processo administrativo."

"Considero fundamental a remuneração suplementar associada ao desempenho de funções de Conselho técnico nas USF's"

10.1 COMENTÁRIOS LIVRES - Síntese anonimizada das respostas

P1 — Comentário ou opinião livre. 69 comentários. Texto anonimizado: sem ULS, localidades, polos, datas, valores de IDE de unidades concretas, composição de equipas, percursos pessoais ou cargos identificáveis. Mantêm-se os critérios legais públicos.

Os comentários são maioritariamente críticos e concentram-se em três eixos: o modelo ULS e a perda de autonomia, o desenho dos incentivos e do IDE, e as condições das USF do interior. São também uma fonte de propostas concretas, algumas formuladas com precisão quase legislativa.

1. Autonomia das USF e modelo ULS (15)

É o tema mais frequente e o de tom mais duro. A integração nas ULS é descrita como uma absorção dos CSP por uma lógica hospitalar, feita "sem qualquer conhecimento dos moldes do seu funcionamento". Os coordenadores relatam:

- decisões unilaterais dos conselhos de administração sobre a organização interna das USF, sem ouvir os coordenadores e contrariando decisões do Conselho Geral;
- centralização de decisões operacionais e burocráticas, que retira agilidade às USF modelo B;
- comunicação quase inexistente com a direção clínica dos CSP em algumas ULS;
- perda de competências que eram da USF. A gestão da assiduidade de enfermagem passou para os enfermeiros gestores e o coordenador deixou de a conseguir consultar na plataforma. O mesmo sucede com as escalas de enfermagem, com perda de um pilar fundamental das USF – a auto-organização.

Articulação com os hospitais.

Para vários respondentes, a integração de cuidados prometida não aconteceu. Há pedidos de consulta recusados por critérios de referenciação nunca divulgados, ou apenas porque a USF pertence a outra ULS. Um comentário considera isto contrário ao direito de livre circulação dos utentes no SNS. Outro nota um efeito assimétrico: a

resposta dos CSP melhorou, mas a hospitalar degradou-se, com saída de profissionais e risco para a capacidade formativa.

Recrutamento e listas.

Critica-se que profissionais das bolsas de substituição das ULS possam ser integrados nas USF sem concurso, contornando a escolha dos elementos pela própria equipa. Critica-se também que novos utentes sejam colocados nas listas mais sobrecarregadas em vez de nas de menor dimensão.

Nuances.

Nem todos rejeitam o modelo. Alguns reconhecem que as ULS "poderiam trazer largos benefícios" se bem implementadas. Pedem que a USF-AN participe ativamente na melhoria do modelo e que a DE-SNS visite as unidades como sinal de confiança. Ainda assim, a expressão mais forte do grupo é inequívoca: «As ULS falharam em toda a linha e puseram em causa a autonomia dos CSP.»

2. Incentivos, IDE e indicadores (11)

A crítica ao desenho do IDE é consistente e tecnicamente fundamentada. O argumento central é que os indicadores de custos pesam de forma desproporcionada e criam incentivos perversos. Uma unidade que cumpre os indicadores de promoção da saúde e de vigilância da doença pode ficar com um IDE de 65–70%. Outra, da mesma ULS, passa por unidade de referência (IDE acima de 80%) porque cumpre os indicadores de custos, mesmo com os indicadores de saúde por cumprir. Nas palavras de um coordenador: «Estamos a penalizar quem trata bem os utentes em detrimento de quem gasta pouco.» Um comentário afirma que os indicadores financeiros entram em conflito com o código deontológico.

O IDE não reflete o contexto.

O envelhecimento das listas e as novas terapêuticas (diabetes, insuficiência cardíaca, insuficiência renal) aumentam inevitavelmente a despesa com medicamentos e MCDT, penalizando o IDE de quem trata comorbilidades geriátricas. Os intervalos dos indicadores não são atualizados há anos.

Propostas concretas:

- contabilizar os custos de exames e medicamentos faturados, e não os prescritos e não levantados;
- rever os indicadores de despesa, reconhecendo que o bom controlo da doença crónica reduz custos a prazo;
- rever os indicadores de acompanhamento (por exemplo, uma consulta médica anual chegaria para a maioria dos hipertensos);
- atualizar intervalos e percentis;
- aumentar o peso da enfermagem e do secretariado no IDE, hoje muito dependente da componente médica;
- majorar os incentivos, sobretudo os de enfermeiros e secretários clínicos.

Execução dos incentivos.

Há queixas de que os incentivos institucionais não chegam à unidade e são usados pela ULS "como lhes convém", e de que ainda há incentivos de 2024 por aplicar. É também apontada uma iniquidade legal. As USF criadas antes de janeiro de 2024 que não tinham IDG acima de 60 na transição só recebem com IDE acima de 65. As USF criadas depois recebem com IDE acima de 50. A DiOR é vista como excessivamente burocrática, embora a nova lei tenha facilitado a passagem a modelo B.

3. Interior e baixa densidade (10)

É o grupo com os textos mais extensos e mais pessoais, e o que mais pede ajuda direta à USF-AN.

A regra dos incentivos.

O ponto mais repetido é técnico: o acesso aos incentivos por UC exige 1917 UP **e** 1550 utentes em simultâneo. As listas muito envelhecidas ultrapassam largamente as UP, mas não chegam ao número de utentes, mesmo inscrevendo todos os que o pedem. Resultado: mais carga clínica e nenhum incentivo. Os coordenadores propõem que a lei diga "ou" em vez de "e", ou que se aplique a diferenciação territorial que a própria lei admite para zonas de baixa densidade. Um comentário acrescenta que a falta de

utentes chega a impedir a abertura de novas USF, que poderiam ajudar a fixar especialistas.

Indicadores desajustados.

Os internamentos evitáveis são considerados um indicador injusto em populações envelhecidas, isoladas e sem apoio familiar. Quedas, descompensações de insuficiência cardíaca por falhas na medicação e pneumonias em doentes vacinados acabam imputadas à equipa. «Isto é desmotivador e faz-nos desistir de continuar esta caminhada.»

Território.

A dispersão geográfica, as sedes com várias extensões distantes e a baixa literacia (incluindo a digital) dificultam:

- o acesso dos utentes;
- as visitas domiciliárias, feitas sem material nem acesso informático no domicílio;
- a formação, com custos de deslocação que não são compensados;
- o cumprimento do horário das 8h às 20h.

Profissionais.

A não fixação de profissionais é descrita como um círculo vicioso: ensino pré e pós-graduado pouco descentralizado, distribuição de internos desequilibrada, mais rotação, mais instabilidade e menos progressão no modelo USF. Há ausências médicas prolongadas que a ULS nunca substituiu, com impacto direto no IDE. Faltam psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros de reabilitação e assistentes sociais.

Sentimento.

Vários falam de abandono e de "um país a duas velocidades", em que o interior envelhecido é "uma realidade esquecida". Há pedidos explícitos de apoio, incluindo esclarecimento sobre a possibilidade de recálculo do IDE por ausências prolongadas, e a proposta de uma unidade-piloto para o interior.

4. Mensagens à Direção da USF-AN (9)

As mensagens dividem-se claramente. Três reconhecem e agradecem o trabalho da direção atual («vocês são essenciais»).

As restantes são críticas ou reivindicativas. O comentário mais extenso descreve uma associação "particularmente apagada nos últimos 2-3 anos": formação reduzida, pouca discussão sobre novos modelos de organização e uma mobilização que "se confunde com atividade sindical". Acusa-a de ter deixado cair reivindicações antigas sobre incentivos sem posição pública e questiona o valor da quota. Ainda assim, conclui que a situação é "recuperável", porque a USF-AN é a única organização nos CSP que une médicos, enfermeiros e secretários clínicos. Acrescenta que os enfermeiros se sentem sub-representados.

Pedidos à direção:

- ser mais proativa e mais conhecedora dos problemas reais;
- fazer mais trabalho no terreno;
- retomar os conselhos consultivos para envolver os profissionais;
- comunicar com a população, incluindo pela televisão;
- facilitar o contacto para esclarecer dúvidas, também a não sócios;
- não esquecer o BI-CSP;
- criar um espaço de experimentação e divulgação de novas formas de funcionamento.

Uma unidade oferece-se para partilhar a sua experiência de trabalho em equipa alargada. Outra sugere replicar nas outras regiões o modelo de funcionamento de uma região em particular.

5. Sobre o próprio questionário (6)

Dois comentários acham o questionário demasiado longo. Os tempos registados dão uma mediana de 23,9 minutos, mas um terço dos coordenadores demora mais de 30. Os restantes comentários identificam problemas concretos, úteis para a próxima edição:

- a pergunta sobre incrementos de horário refere UP, mas na prática os incrementos aplicam-se por UC. Dois comentários independentes assinalam-no, o que põe em causa a leitura das respostas a essa pergunta;
- a opção "Ano Comum" está desatualizada (passou a Formação Geral);
- a pergunta sobre o manual de articulação não tem a opção "em discussão", e a USF pode nem saber se a ULS o tem internamente;
- a ENA nunca é avaliada quanto à satisfação;
- a apreciação dos indicadores com impacto no IDE é considerada pouco aprofundada.

Noutro tema, um coordenador observa que "as ideias deste inquérito são as mesmas há muitos anos".

6. Listas de utentes e ICU (3)

As listas são consideradas sobredimensionadas face ao número de profissionais. A causa é, em parte, o mínimo obrigatório de 1550 utentes (DL 103/2023), agravado pelo envelhecimento, pela desinformação em saúde e por MCDT pedidos noutras instituições, incluindo privadas. As consequências apontadas:

- acesso atempado comprometido;
- excesso de pedidos presenciais e não presenciais;
- tarefas que não são da competência da USF, assumidas para não quebrar a relação com o utente;
- falta de tempo para formação e investigação.

A ponderação das listas por idade é criticada por ser "cega": duas pessoas da mesma idade, em contextos socioeconómicos diferentes, não têm as mesmas necessidades. Pede-se a implementação do ICU e o redimensionamento dos ficheiros em conformidade. A posição não é unânime: outro comentário chama ao ICU "uma armadilha".

Surgem também problemas informáticos concretos. Os resultados e exames não estão integrados no SClínico e aparecem no RSE de forma imprevisível; os rastreios também não estão integrados; e algumas análises são transcritas de forma insuficiente. Sugere-

se o recurso à inteligência artificial e a automatismos para reduzir o tempo administrativo na consulta.

7. Coordenação (3)

O cargo de coordenador é descrito como insustentável tal como está. Os coordenadores mantêm lista e agenda completas e acumulam gestão, validação de assiduidades "em programas de péssima qualidade", webinares e tarefas administrativas. Fazem-no sem formação em gestão e sem redução da carga assistencial. Algumas ULS tratam-nos como diretores de serviço e esperam que estejam disponíveis para reuniões a qualquer hora. O suplemento remuneratório é considerado pouco apelativo face à sobrecarga, e o risco apontado é que deixe de haver quem aceite o cargo.

Propostas:

- um horário específico para a coordenação (um comentário sugere o equivalente a 4 UC);
- clarificar junto das ULS qual é, na prática, o papel do coordenador;
- um suplemento remuneratório para o conselho técnico e para o enfermeiro responsável.

8. Burocracia e peso administrativo (3)

Denuncia-se a invasão da prática clínica por tarefas administrativas: auditorias, manuais, relatórios, planos e "milhentos microprojectos sem impacto". Duas outras frentes de trabalho são apontadas como desvio da atividade clínica:

- as funções de peritagem, como o atestado multiuso e a carta de condução;
- a multiplicação de relatórios médicos para prestações sociais (reforma antecipada, complemento por dependência, cuidador informal, bonificação por deficiência, educação especial).

A procura cresceu com a maior acessibilidade, o fim das taxas moderadoras e as crenças alimentadas pelas redes sociais e pela IA. Um comentário nota que os médicos

são os únicos profissionais da equipa a trabalhar sistematicamente para lá do horário, "quase sempre 50 horas por semana". Acrescenta que a introdução dos enfermeiros gestores enfraqueceu o sentido de equipa.

9. Conciliação e burnout (3)

A dificuldade de conciliar a vida profissional com a pessoal é atribuída à pressão dos indicadores e às listas grandes com doentes complexos. Soma-se a lentidão dos hospitais a responder às referenciações. Pede-se que os profissionais sejam protegidos face a uma exigência crescente, com medidas que previnam o burnout e os retenham no SNS. Um comentário propõe a semana de 4 dias.

10. Recursos humanos e equipas (2)

Um caso descreve a mobilidade de um secretário clínico, já escolhido pela equipa, que se arrasta há mais de um ano sem explicação. A equipa avisou a ULS com antecedência de que as férias e uma baixa previsível deixariam a unidade sem secretariado suficiente. Mesmo assim, houve turnos de 12 horas e períodos com um único profissional no atendimento. A resposta da ULS chegou tarde e a unidade só não fechou graças ao compromisso da equipa. Outro comentário refere falta de enfermeiros desde a abertura da unidade e falta de apoio da direção de enfermagem.

11. Instalações e informática (2)

Há unidades a funcionar em instalações provisórias durante obras, sem ar condicionado, com gabinetes partilhados e uma rede informática instável. Um comentário pede menos falhas informáticas, a par do pagamento dos incentivos, da valorização do secretariado clínico e da redução da burocracia. Noutros temas surgem referências a gabinetes acima dos 29 °C no verão e a mais falhas informáticas em 2026 do que em todo o ano de 2025.

12. RNU e inscrição de utentes (2)

A aplicação do Despacho n.º 3118/2026, que altera as regras do RNU e da inscrição nos CSP, está a ser comunicada às equipas. Os utentes não frequentadores e os de

naturalidade portuguesa com morada no estrangeiro passam a ser retirados das listas médicas, o que reduz as UP e as UC. Continuam inscritos na USF, numa lista sem médico e com direito a serviços mínimos. Os comentários preocupam-se com o impacto nas listas e na relação com utentes que, apesar da morada no estrangeiro, vivem em Portugal e usam regularmente a USF. É um tema novo, que nenhuma pergunta do questionário cobre.

Campos «Outro» da secção R (16)

- **Fator de ruralidade (9 respostas):** seis respondentes querem assinalar todos os fatores propostos, sinal de que a pergunta devia admitir escolha múltipla. Dois contestam a classificação da própria USF como rural; num dos casos, só alguns polos estão em zona rural. Outro aponta a distância ao hospital.
- **Barreira de acesso (3):** instalações em mau estado e sem plano de manutenção; excesso de utentes; "todas".
- **Problema de recursos humanos (4):** ausências médicas prolongadas por parentalidade; falta de nutricionista, fisioterapia, educação física e psicologia; necessidade de uma nova equipa; gestão da equipa entre polos.

10.2 COMENTÁRIOS LIVRES - Resposta da Direção da USF-AN

Num espírito construtivo e responsivo a estes comentários e à síntese que se decidiu deixar na sua versão original, mesmo quando existiam erros de interpretação da lei ou opiniões com as quais não concordávamos, pensamos que é útil argumentar e confrontar com a legislação (nomeadamente o DL 103/2023, a Portaria 411-A/2023, a Portaria 454-A/2023 e o Despacho 3118/2026.).

Assim, a maior parte das críticas têm fundamento. Existem, porém, alguns erros factuais que convém corrigir e que foram veiculados seguramente por desconhecimento da lei.

Erros ou imprecisões a corrigir

- **"Mínimo obrigatório de 1550 utentes (DL 103/2023)" (secção 6). Não está correto.** O mínimo legal da lista é medido em unidades ponderadas: a lista tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas. Os 1550 utentes não são um mínimo obrigatório. São apenas a condição de acesso a um suplemento.

- **"O acesso aos incentivos exige 1917 UP e 1550 utentes" → "nenhum incentivo" (secção 3). Parcialmente certo, mas exagerado.** A regra existe: se a lista do médico for igual ou superior a 1550 utentes, paga-se 130 € por cada aumento de 55 UP acima de 1917 UP, e a regra é igual para os enfermeiros. Só que isto é o suplemento de aumento de lista. A compensação pelo IDE não depende dos 1550 utentes. Dizer "nenhum incentivo" não é correto: perde-se o suplemento de lista, mas mantém-se a compensação por desempenho. Vale a pena acrescentar o contexto histórico, que reforça a queixa: a FNAM lembrou que as extintas ARS compensavam as UP acima de 1917 mesmo que a lista não chegasse aos 1550 utentes. A exigência cumulativa é, portanto, uma novidade do regime de 2023.

- **"A diferenciação territorial que a própria lei admite" (secção 3). Incorreto para este caso.** A lei admite exceções geodemográficas noutros pontos. Uma permite constituir USF fora do intervalo de 4000–18 000 inscritos, com parecer da DE-SNS e uma variação máxima de um quarto. Outra permite reduzir o horário de funcionamento. Há ainda

uma exceção na adesão individual à dedicação plena, que precisa de autorização dos ministros. Não há nenhuma derrogação territorial para a condição dos 1550 utentes. A proposta "ou em vez de e" exige por isso alteração legislativa. Não basta aplicar o que já existe.

- **O "cumprimento do horário das 8h às 20h" como dificuldade do interior.** A lei já prevê a solução: o período de funcionamento pode ser reduzido em função das características geodemográficas, da dimensão das listas e do número de profissionais. Trata-se de negociar com a ULS, não de mudar a lei.

- **"Ausências médicas prolongadas que a ULS nunca substituiu".** Atenção ao ónus. Quando a ausência ultrapassa 120 dias, é a USF que deve propor a substituição à ULS no prazo de 30 dias, salvo situações fundamentadas como a parentalidade. Se a USF não propôs, a crítica à ULS perde força. O pedido de "recálculo do IDE por ausências" também não tem base na Portaria 411-A/2023, que não prevê qualquer ajustamento desse tipo.

- **"Unidade de referência (IDE acima de 80%)".** Não é uma categoria legal. Os escalões legais são outros: abaixo de 60% não há incentivos institucionais, entre 60% e 95% atribuem-se de forma linear, e a partir de 95% atribuem-se a 100%. A compensação individual começa nos 50% de IDE e é máxima a partir dos 90%.

- **Manual de articulação: "a USF pode nem saber se a ULS o tem internamente" (secção 5).** Legalmente isso não deveria acontecer. O manual faz parte da carta de compromisso, que tem de ser publicada no site da ULS e no portal do SNS. A USF assina a carta, e o conselho geral aprova a proposta. Se não existe manual, há um incumprimento, e é esse o enquadramento a usar.

- **Despacho 3118/2026 (secção 12). Há duas imprecisões.** O critério não é a naturalidade, é a residência. Foi criado o tipo "registo atualizado não residente", aplicável a quem não reside em Portugal. A expressão "serviços mínimos" também não corresponde ao texto. Segundo a ACSS, quem não contacta o SNS há mais de cinco anos liberta a vaga na lista do médico de família, mas mantém a inscrição e o acesso aos CSP, desde que tenha "registo atualizado". A preocupação com quem vive em

Portugal mas tem morada estrangeira é legítima, mas resolve-se atualizando a morada no RNU.

Afirmações corretas que reforçamos

Iniquidade 65% vs. 50%: correta. As USF modelo A que não tinham IDG de pelo menos 60% só entram no regime remuneratório do capítulo VII a partir do mês seguinte a atingirem IDE de 65%. As restantes recebem compensação a partir dos 50%.

Peso dos custos: correto, mas o exemplo precisa de ser afinado. Na portaria, a prescrição de medicamentos pesa 8 pontos e a de MCDT pesa 10, num total de 18%. Isto tem uma consequência aritmética. Uma USF que falhe todos os indicadores de custo e cumpra tudo o resto fica com 82%. Se uma unidade "que trata bem" tem 65–70%, está também a perder pontos noutras áreas. O candidato mais provável é a integração de cuidados, que vale 17%: internamentos evitáveis com 7 e resolutividade com 10. Do lado oposto, a gestão da saúde e a gestão da doença valem juntas cerca de 45 pontos, por isso uma unidade com muitos desses indicadores falhados dificilmente passa dos 80%. A frase «penalizamos quem trata bem em detrimento de quem gasta pouco» tem fundo verdadeiro, mas o exemplo numérico é exagerado. No entanto, concorda-se que não é justa esta assimétrica valorização dos indicadores.

Novas terapêuticas fazem subir a despesa: confirmado. O relatório do Infarmed de 2024 apontava a dapagliflozina (diabetes, insuficiência cardíaca, doença renal) como o medicamento com maior aumento de despesa, e os antidiabéticos como a classe que mais subiu. Entretanto, a meta do indicador de medicamentos ficou fixa em 133 €. Os medicamentos viram a sua comparticipação aumentar todos os anos entre 2023 e 2025 entre 2,6 e 5% e um grande número de MCDT aumentou, igualmente, a sua comparticipação, com as ecografias obstétricas, exames da área cardiovascular ou mamografias, e alguns MCDT aumentaram 5 vezes o valor da sua comparticipação, mas as metas ficaram fixas neste último período de 3 anos.

"Intervalos não atualizados há anos": correto, e é intencional. Os indicadores da matriz geral são revistos anualmente, mas os do IDE ficam excluídos dessa revisão anual e valem por três anos. O triénio 2024–2026 termina este ano, por isso a revisão

para 2027 está a ser feita agora. É o momento certo para a USF-AN avançar com estas propostas.

Internamentos evitáveis. É de facto um indicador do IDE, com peso de 7. O SIM denunciou que as metas apertaram para 480/620 por 100 000, quando antes eram 650/950, mesmo sabendo-se que Portugal é dos países com uma das mais baixas taxas de internamentos evitáveis da OCDE.

Escalas e gestão de enfermagem pelos enfermeiros gestores: aqui a lei dá razão aos coordenadores. Os planos de trabalho e de férias são elaborados pelo profissional de cada grupo que integra o conselho técnico e aprovados pelo coordenador. A avaliação dos enfermeiros é feita pelo enfermeiro do conselho técnico, como único avaliador. A lei garante ainda às USF autonomia organizativa, funcional e técnica.

Integração de profissionais das bolsas sem escolha da equipa. Também tem base legal. Cabe ao conselho geral aprovar a substituição de qualquer profissional da equipa. A ULS só pode substituir diretamente quando a USF não apresenta proposta no prazo.

Incentivos institucionais "usados pela ULS como lhes convém" e verbas de 2024 por aplicar. A queixa é sólida. A aplicação segue o Plano de Aplicação dos Incentivos Institucionais elaborado pela própria USF. A ULS tem de comunicar a decisão até 30 de abril e publicar até 31 de julho um relatório de monitorização da distribuição. Os incentivos de 2024 deviam estar decididos desde abril de 2025.

Consultas recusadas por pertencer a outra ULS. O argumento está certo, mas a base legal é o Livre Acesso e Circulação, não uma "livre circulação" genérica. O LAC permite ao utente, com o médico de família, escolher qualquer hospital do SNS que tenha a especialidade. A ERS já instaurou contraordenações a hospitais por recusarem referenciações deste tipo. A via prática é a reclamação à ERS.

ICU. A lei já o prevê. O ICU devia substituir as UP a partir de 1 de janeiro de 2025 e inclui condições socioeconómicas, morbilidade e o contexto de exercício. Responde, portanto, à crítica da "ponderação cega". O prazo não foi cumprido. O comentário que

lhe chama "armadilha" também tem eco: a FNAM contestou-o por incluir variáveis como o género e a nacionalidade, e por não estar validado em populações pequenas.

"Ano Comum" desatualizado: correto, e há muito tempo. A designação mudou com o regime de 2018, que divide o internato em Formação Geral e Formação Especializada. O questionário está desatualizado há oito anos.

Coordenação. O coordenador recebe um suplemento de 910 €. A lei não prevê suplemento para o conselho técnico nem horário próprio para a coordenação, por isso essas propostas são novas e legítimas.

"Contabilizar custos faturados e não prescritos". Os indicadores chamam-se "Prescrição de medicamentos/MCDT por utente padrão", e o SIM descreve-os como despesa com medicamentos prescritos comparticipados. Repare-se também que os indicadores são "por utente padrão", ou seja, já há alguma padronização. A crítica deve ser que essa padronização não capta a morbilidade, e não que ignora a idade.

"Uma consulta anual chegaria para os hipertensos". No IDE não há nenhum indicador de frequência de consulta na hipertensão. A proposta pode referir-se à regra de cálculo da PA controlada.

UP vs. UC nos incrementos de horário. O DL 103/2023 já não usa o termo "UC". O horário cresce com incrementos ajustados ao suplemento de aumento de UP, calculados por blocos de 55 UP. O questionário e os dois comentários estão ambos meio certos, e a pergunta deve explicitar o bloco de 55 UP.

"Os médicos fazem quase sempre 50 horas por semana". É uma perceção. Não há dados no documento que a sustentem.

Por fim, a crítica de uma USF-AN "apagada" pode ser contraposta com factos recentes. Em setembro, a associação defendeu publicamente uma reforma legislativa que permita abrir USF em zonas de baixa densidade ou de grande pressão assistencial, sem perda de rendimento e com substituição garantida. É exatamente o que os coordenadores do interior pedem. Mais recentemente, reintroduziu, na agenda nacional e devido a esta sua iniciativa apenas, o tema da possibilidade de poder ser

atribuída uma equipa de saúde familiar a todos os inscritos no SNS até 2029, quando termina a atual legislatura. Uma visão geral pelos comunicados, pelas notícias, pelo impacto nos media e pela formação no site da USF-AN podem sugerir outra perceção: uma USF-AN proativa e bem viva.

11. O MAPA DE MELHORIAS

Os Cuidados de Saúde Primários têm uma história de inovação, compromisso e transformação. São, por isso, uma força essencial na construção de um SNS mais próximo, mais eficiente e mais centrado nas pessoas.

Políticas de saúde sustentáveis constroem-se com evidência, aprendizagem e capacidade de agir. É fundamental conhecer os problemas, aprender com a experiência, valorizar o que funciona e ter a coragem de mudar o que precisa de ser mudado. Foi esta cultura de aprendizagem, autonomia e responsabilidade que esteve na base da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e que permitiu às USF afirmar-se como uma das suas principais marcas.

Hoje, perante novos desafios, é necessário renovar esse compromisso. Mais do que diagnosticar, é tempo de concretizar. Mais do que identificar fragilidades, é preciso criar condições para que as equipas possam encontrar soluções, inovar e melhorar continuamente.

Os Cuidados de Saúde Primários demonstram que organizações aprendentes, profissionais envolvidos e estruturas com capacidade de decisão e apoio próximo são determinantes para a qualidade dos cuidados prestados. Preservar e desenvolver esta cultura de melhoria contínua é essencial para consolidar o papel das USF no SNS.

Neste capítulo, apresentamos um Mapa de Melhorias construído a partir dos resultados deste estudo. Para cada área são identificados os principais problemas, propostas de intervenção e resultados esperados, procurando transformar o diagnóstico em medidas concretas, monitorizáveis e orientadas para a ação.

Mais do que corrigir fragilidades, pretende-se contribuir para uma agenda de transformação dos CSP assente em autonomia, proximidade, inovação, valorização dos profissionais e qualidade dos cuidados, mantendo no centro aquilo que deu força à Reforma dos CSP: equipas motivadas, organizações responsáveis e uma resposta de saúde próxima das pessoas.

Satisfação com a reforma dos CSP

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Enquadramento da Reforma dos CSP	Em 2025/26, 46,8% dos coordenadores estão insatisfeitos com o momento atual da Reforma dos CSP e só 26,0% satisfeitos, o que interrompe a curva de melhoria observada desde 2022 (2024/25: 43,6% e 32,0%). A falta de políticas de priorização dos CSP é o 4.º problema mais prioritário. A atividade da própria USF continua a ser a principal âncora de confiança (74,9% de satisfação;), embora tenha recuado (2024/25: 80,6%).	• **Publicar um roteiro público para os CSP 2026–2028**, com metas, responsáveis, prazos e indicadores de execução para cada medida (agenda integrada para os CSP). • **Garantir a continuidade do investimento nas USF modelo B,** reconhecendo-as como organizações aprendentes e autónomas, e escalar o que já se provou que funciona. • **Valorizar a governação clínica exercida pelas equipas de saúde familiar**. • **Criar uma unidade de missão/equipa dedicada a pensar as políticas para os CSP**, com decisões baseadas em evidências.	Inversão da tendência de 2025/26: mais satisfação e menos insatisfação com o momento atual da Reforma e satisfação com a atividade da própria USF consolidada como a mais elevada do estudo.
2. Atuação dos Órgãos Centrais	Nenhuma estrutura central tem saldo positivo em 2025/26. Insatisfação com: • Ministério da Saúde 71,3% (satisfação 7,4%); • DE-SNS 69,1% (satisfação 5,3%); • ACSS 66,3% (satisfação 8,4%); • SPMS 65,6% (satisfação 13,9%) – apresentando a deterioração anual mais marcada (2024/25: 55,2%).	• **Criar um calendário trimestral de briefings conjuntos** (MS, DE-SNS, ACSS, SPMS e DGS) com perguntas e respostas e notas operacionais para as USF. • **Dar respostas concretas e calendarizadas aos problemas priorizados pelas equipas** (interoperabilidade, referenciação hospitalar, priorização dos CSP, dimensão das listas), com relatório público de execução. • **Programa de visitas da DE-SNS às USF** como sinal de proximidade e confiança. • **Governação multinível com separação explícita de papéis**: órgãos centrais → estratégia e integração; unidades funcionais → decisão micro-local e execução. • **Escolher os titulares de cargos de chefia primariamente pela competência e por concurso público**.	Redução da insatisfação com MS, DE-SNS, ACSS e SPMS e saldo não negativo da DGS..

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
3. Relação ULS–USF	Em 2025/26, as ULS têm um saldo positivo mas frágil, com 42,5% de satisfação e 34,4% de insatisfação. Os Conselhos de Administração alcançaram 38,1% de satisfação e 34,1% de insatisfação e os Enfermeiros Diretores 31,1% e 29,2%, respetivamente - ambos com evolução desfavorável face a 2024/25. Existe uma forte heterogeneidade territorial: sendo a insatisfação com a ULS de 88,2% no Alto Ave, 85,7% em Trás-os-Montes e Alto Douro, 84,0% no Algarve e 83,3% no Médio Tejo, face a 82,1% de satisfação em Coimbra e 80,0% na Região de Leiria e no Arco Ribeirinho.	• **Rondas gerenciais regulares das ULS às USF** (*CSP Walkrounds*), com registo de ações e prazos. • **Criar canais formais e periódicos de comunicação** entre o Conselho de Administração, a Direção Clínica dos CSP e os coordenadores das USF. • **Planos de melhoria da relação com as USF nas ULS** com insatisfação maioritária, acompanhados pela Direção Clínica dos CSP e pela ENA. • **Articular a direção de enfermagem com as USF** respeitando as competências legais do conselho técnico (planos de trabalho e de férias elaborados pelo elemento de cada grupo e aprovados pelo coordenador).	Melhoria do saldo de satisfação com o Conselho de Administração e o Enfermeiro Diretor e menos ULS com insatisfação maioritária.
4. Lideranças dedicadas aos CSP	As lideranças próximas e dedicadas aos CSP são as mais bem avaliadas em 2025/26: • Diretores Clínicos para os CSP com 67,0% de satisfação e 16,5% de insatisfação, Adjuntos com 65,1% e 10,8% e Unidades de Gestão com 41,3% de satisfação. O modelo não é, contudo, uniforme: a insatisfação com o Diretor Clínico dos CSP atinge 88,2% no Alto Ave, 66,7% na Cova da Beira e 56,5% em Santo António (A3.8).	• **Generalizar estruturas de gestão especificamente dedicadas aos CSP em todas as ULS** (Diretor Clínico dos CSP com adjuntos, Unidades de Gestão e, ponderando os resultados, administradores exclusivamente dedicados aos CSP), com autonomia, proximidade e capacidade de decisão. • **Estrutura de gestão, apoio e orçamento específicos para os CSP dentro de cada ULS** (financiamento protegido, não desviável para os cuidados hospitalares). • **Selecionar as lideranças intermédias por competência e conhecimento do terreno,** em contexto de concurso.	Satisfação elevada e sustentada com os Diretores Clínicos dos CSP e respetivos Adjuntos e menos ULS com insatisfação maioritária com o Diretor Clínico dos CSP.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
5. Gestão da Mudança e passagem à ação	Em 2025/26, o mesmo núcleo de problemas volta ao topo das prioridades (conciliação 4,28; interoperabilidade 4,19; referenciação 4,09; priorização dos CSP 4,08; listas 4,07), o que revela pouca capacidade de resposta: as leis e os documentos existem, mas falha a implementação. Os comentários livres denunciam a multiplicação de tarefas administrativas e de «microprojectos sem impacto».	• **Portefólio único de projetos dos CSP**, com classificação por impacto/esforço e limite de iniciativas em curso (WIP), eliminando as de baixo impacto. • **Cada medida com responsável, prazo e indicador de execução**, com reporte público anual. • **Acompanhamento independente dos processos de reforma** (por exemplo, por antropólogos e sociólogos) para registar e aprender com a implementação. • **Abordagem «glocal»: estratégias diferenciadas para realidades diferentes** (baixa densidade e zonas urbanas de grande pressão assistencial).	Saída de problemas do grupo com média ≥4 no B1 por resolução efetiva e menos tempo das equipas consumido em atividades sem impacto assistencial.
6. Transparência de Resultados	Não existe uma plataforma pública e comparável que permita às equipas e às ULS ler estes resultados e aprender com as melhores práticas. Mede-se sobretudo atividade e pouco valor em saúde.	• **Painel público de indicadores-chave dos CSP, com *benchmarking* entre ULS e narrativas de melhoria, medindo valor** (ganhos em saúde, continuidade, impacto na vida das pessoas) e não só atividade. • **Consequências claras do desempenho**: desempenho alto → reforço de autonomia/incentivos; desempenho baixo → intervenção estruturada e apoio. • Devolução anual às ULS e às Direções Clínicas dos CSP dos **resultados deste estudo por ULS, para integração nos planos de melhoria.**	*Accountability* e partilha de boas práticas; menor disparidade territorial dos resultados de satisfação.
7. Equipa Nacional de Apoio (ENA)	A ENA foi nomeada e está operacional, com coordenação designada e missão formal de apoio às equipas e às ULS.	• **Plano de ação público da ENA**, com presença no terreno, apoio à constituição de novas USF, às USF existentes e às ULS, incluindo apoio ao desenvolvimento das equipas e à resolução de conflitos. • **Incluir a ENA na lista de estruturas avaliadas** (A1) a partir da edição 2026/27.	ENA avaliada no próximo inquérito e reconhecida como estrutura de apoio de proximidade às equipas.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
8. USF-AN como parceiro de melhoria	Em 2025/26, a USF-AN mantém uma avaliação muito favorável: 62,5% de satisfação, 5,4% de insatisfação, com a menor taxa de muito insatisfeitos (2,3%).). Nos comentários livres há referência à necessidade de mais presença no terreno, mais formação, à retoma dos conselhos consultivos e mais comunicação com a população; alguns enfermeiros sentem-se sub-representados.	• **O conselho consultivo existe e já tem atividade em 2026. Reforçar o trabalho no terreno junto das USF**. • **Criar um espaço de experimentação e divulgação de novas formas de funcionamento**, aproveitando a disponibilidade de USF para partilhar experiências. • **Participar ativamente na melhoria do modelo ULS** e reforçar a comunicação pública e a **representação dos três grupos profissionais.**	Manutenção de um saldo de satisfação muito positivo com a USF-AN e menos insatisfação nas ULS onde é mais elevada.

Identificação de Necessidades

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Conciliação entre a atividade na USF e a vida pessoal e familiar	Mantém-se como o problema mais prioritário pelo quarto ano consecutivo com elevado consenso. Apenas 1,7% dos coordenadores consideram sempre possível um equilíbrio saudável entre trabalho e vida pessoal e familiar e 41,0% consideram que não o é na maior parte do tempo ou nunca; em 59,4% das USF o trabalho para além do horário não é contabilizado.	• **Contabilizar e compensar formalmente todo o trabalho realizado** para além do horário oficial. • **Generalizar modelos de organização do trabalho mais flexíveis**, sem redução do compromisso assistencial: parte do horário à distância com VPN (73,6% de acordo) e semana de quatro dias sem redução de horas de trabalho quer concentrando toda a atividade nos 4 dias ou deixando o 5º dia só para atividade não presencial (64,3% e 67,4% respetivamente. • **Criar, em todas as ULS, bolsas de profissionais** para a substituição atempada das ausências superiores a duas semanas (88,9% de acordo). • **Assegurar tempo protegido** no horário de 35 horas para **estudo/formação** (85,2%) e investigação (74,3%).	Descida da média atribuída a este problema no Quadro B1 e aumento da percentagem de coordenadores que consideram possível o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal; trabalho extra contabilizado em todas as USF.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
2. Interoperabilidade e condições digitais	A interoperabilidade entre programas informáticos sobe do terceiro para o segundo lugar e agrava-se; as condições digitais essenciais surgem em 7.º lugar (3,97). Apenas 22,0% dos coordenadores concordam que as aplicações se articulam adequadamente entre si (58,1% discordam). A fragmentação dos sistemas continua a gerar duplicação de registos, perda de tempo e obstáculos à continuidade dos cuidados.	• **Interoperabilidade efetiva entre CSP, hospital e saúde pública**, assente num **Registo de Saúde Eletrónico único** centrado na pessoa (ver área «Informatização – Sistemas de Informação»). • **Sistema de informação útil**, com base comum para todo o sistema e ferramentas adaptadas a cada nível de decisão, que permita planear e monitorizar em tempo real ou quase real (Ação A do 1.º desafio).	Descida da média atribuída à interoperabilidade no Quadro B1 e aumento da percentagem de coordenadores que consideram que as aplicações se articulam adequadamente entre si.
3. Referenciação hospitalar e integração de cuidados na ULS	A referenciação hospitalar passa do quarto para o terceiro lugar: a integração assistencial prometida pelo modelo ULS ainda não é sentida pelas USF. A relação da USF com a governação da ULS (3,81) e a articulação com os serviços de urgência para as urgências verdes e azuis (3,50) completam o quadro; 31,6% das USF referem que a sua ULS não tem manual de articulação. Os comentários livres relatam pedidos de consulta recusados por critérios não divulgados ou por a USF pertencer a outra ULS.	• **Manuais de Articulação discutidos e assimilados pelas equipas em todas as ULS**, publicados com a carta de compromisso (Ação B do 1.º desafio; resposta da Direção, 9.2). • **Indicadores partilhados entre CSP e hospitais e circuitos de referenciação com critérios públicos**. • **Fazer cumprir o Livre Acesso e Circulação na referenciação**, com reclamação à ERS quando os pedidos são recusados por a USF pertencer a outra ULS (resposta da Direção, 9.2).	Descida da prioridade atribuída à referenciação hospitalar no Quadro B1 e manual de articulação publicado em todas as ULS.
4. Políticas de priorização dos CSP	Descem do segundo para o quarto lugar, mas mantêm um valor muito elevado e grande consenso quanto à insuficiente centralidade dos CSP nas decisões do sistema. 57,4% dos coordenadores consideram que as lideranças das ULS não estão a dar a devida importância aos CSP.	• **Estrutura de gestão e de apoio e orçamento específico e protegido para os CSP nas ULS**, com governação multinível • **Manter as ULS com duas áreas separadas e o mesmo nível de autonomia — CSP e hospitais** (75,3% de acordo)	Redução da percentagem de coordenadores que consideram que as lideranças das ULS não dão a devida importância aos CSP e descida da média deste problema.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
5. Dimensão das listas de utentes e ponderação pela complexidade	A dimensão das listas interrompe a tendência de descida e regressa ao top 5; 76,0% dos coordenadores afirmam que a dimensão atual das listas condiciona o acesso atempado aos cuidados. O ICU, que a lei prevê para substituir as unidades ponderadas desde 1 de janeiro de 2025, ainda não foi aplicado (resposta da Direção, 9.2); o ICU surge com 3,53 no Quadro B1.	• Rever **o ICU na ponderação das listas, validado também em populações pequenas, e redimensionar as listas em conformidade**. • **Avaliar o impacto do aumento das listas na capacidade assistencial e na retenção dos profissionais** antes de o usar como solução de acesso. • **Atribuir uma equipa de saúde familiar a todos os inscritos no SNS até 2029** (proposta da USF-AN referida na resposta da Direção).	Redução da percentagem de coordenadores que consideram que a dimensão das listas condiciona o acesso.
6. Incentivos, IDE e contratualização	O bloco associado a incentivos, remuneração e contratualização permanece muito relevante, o problema comum é a distância entre regras formais, recursos disponíveis e capacidade real de concretização pelas USF.	Ver área «Contratualização»: **pagamento atempado e automatizado dos incentivos institucionais**, **revisão do IDE e dos valores de referência** no novo triénio e **contratualização plurianual** com **termos de referência publicados atempadamente.**	Descida conjunta das médias destes quatro itens nas prioridades de mudança e redução da percentagem de USF com incentivos institucionais em dívida.
7. Conciliação entre consultas presenciais e atividade não presencial	Com 3,91 (Quadro B1), evidencia que a **organização do tempo de trabalho continua centrada no contacto presencial e não reconhece a «segunda agenda»** (renovação de receituário, análise de exames, relatórios, teleconsultas, solicitações digitais); a gestão das solicitações por e-mail surge com 3,72. Os comentários livres apontam a multiplicação de relatórios médicos para prestações sociais.	• **Reconhecer no horário do profissional tempo específico** para a atividade assistencial não presencial e para a resposta a solicitações digitais. • **Reduzir os relatórios médicos exigidos para prestações sociais**, com acesso direto das entidades à informação clínica necessária (ver área «Contratualização», domínio Burocracia).	Tempo não presencial previsto nos horários das USF e descida da média deste item no Quadro B1.
8. Violência sobre os profissionais	Desce para 3,87 (Quadro B1, 11.º lugar), mas a perda de prioridade relativa não reflete a resolução do problema.	**Manter uma estratégia consistente de prevenção, proteção e apoio às vítimas** (ver área «Segurança e Bem-Estar dos profissionais»).	Procedimento próprio para abordar a violência em todas as USF e redução dos episódios registados.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
9. Recursos humanos: secretariado clínico, ausências e recrutamento	O desenvolvimento da carreira de secretário clínico (3,78) mantém trajetória descendente na prioridade, mas continua relevante; a gestão das ausências prolongadas (3,73) é o item com maior dispersão (DP 1,37), o que revela realidades locais assimétricas; seguem-se as regras de recrutamento e mobilidade (3,72) e a ausência de concursos para secretários clínicos (3,55).	• **Criar a carreira de secretariado clínico** • **Bolsas de profissionais nas ULS para ausências prolongadas**, com respeito pela escolha da equipa (ver domínio 1). • **Política e estratégias de recrutamento que vão além da publicação do edital do concurso** (Ação B do 2.º desafio).	Carreira especial de técnico de secretariado clínico aprovada e menor assimetria territorial na gestão das ausências prolongadas.
10. Do diagnóstico à ação	Os mesmos problemas regressam sistematicamente ao topo: quatro dos cinco temas mais prioritários de 2024/25 mantêm-se no top 5 de 2025/26 e a conciliação lidera pelo quarto ano consecutivo, o que evidencia estagnação na capacidade de resposta do sistema.	• **Transformar cada prioridade do Quadro B1 numa medida com responsável, prazo e indicador de avaliação**, acompanhada anualmente neste estudo (Sumário 2026 — mensagem-chave). •	Mapa de Melhorias com responsáveis e prazos acompanhado na edição 2026/27 e descida das médias dos cinco problemas mais prioritários.

Qualidade

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Comissão de Qualidade e Segurança do Doente (CQSD)	Mais de metade dos coordenadores (52,0%) desconhece se a CQSD da sua ULS integra profissionais dos CSP; 44,3% respondem que integra e 3,7% que não integra (F1, 2025/26). O desconhecimento chega a 100% na ULS Nordeste e a 83,3% no Alto Minho e no Oeste.	• **Garantir, em todas as ULS, uma quota mínima de representantes dos CSP na CQSD**, com agenda específica para as USF. • **Publicar e divulgar às USF a composição, o plano de atividades e as decisões da CQSD** (canal de comunicação regular entre a CQSD, a Direção Clínica para os CSP e os coordenadores). • **Designar em cada CQSD um interlocutor para os CSP** que acompanhe as USF da ULS.	Mais coordenadores a conhecer a composição da CQSD e decisões de qualidade mais próximas da realidade dos CSP.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
2. Acreditação e apoio da CQSD	Só 23,4% das USF realizaram ou iniciaram o processo de acreditação em 2025/26 (F2), um valor estagnado nos últimos anos segundo o capítulo: três em cada quatro USF estão fora do processo. Em seis ULS nenhuma USF o iniciou (Alto Alentejo, Castelo Branco, Cova da Beira, Litoral Alentejano, Nordeste, Trás-os-Montes e Alto Douro). Só metade (50,0%) das USF em processo teve apoio da CQSD (F7), e em várias ULS nenhuma o teve.	• **Plano faseado de acreditação/reauditoria por ULS**, com apoio metodológico e calendário por USF, para 2026–2028. • **Apoiar a acreditação e os instrumentos de qualidade organizacional através das Comissões de Qualidade e Segurança das ULS** (Sumário 2026), com apoio técnico e simplificação processual. • **Valorizar outras ferramentas de gestão da qualidade** (metodologia Lean, mapas de risco) como vias complementares à acreditação.	Retoma do crescimento da acreditação nenhuma ULS sem pelo menos uma USF acreditada
3. Manuais de Boas Práticas e Procedimentos	Em 2025/26, 55,6% das USF têm manuais de boas práticas para todas as áreas importantes. Os coordenadores referem também que manuais, auditorias e relatórios pesam como carga administrativa.	• **Atualizar e divulgar os manuais com formatos operacionais** (checklists, fluxogramas) e revisão periódica, sem duplicar documentos já exigidos noutros processos. • **Disponibilizar modelos e apoio das ULS/CQSD às USF** com documentação limitada, com prioridade às ULS com maior défice.	Mais USF com manuais para todas as áreas importantes e nenhuma USF sem manual, com menor variabilidade entre ULS.
4. Manual de Articulação da ULS	31,6% das USF referem que a sua ULS não tem manual de articulação. O manual integra a carta de compromisso, que deve ser publicada; a sua inexistência é um incumprimento.	• **Ter Manuais de Articulação das ULS entre todos os níveis de cuidados**, discutidos e assimilados pelas equipas (Introdução da Direção, ação B do 1.º desafio). • **Atualizar os manuais em todas as ULS e associá-los a indicadores partilhados entre CSP e hospitais** (Sumário 2026). • **Publicar o manual com a carta de compromisso no sítio da ULS e no portal do SNS** e **tratar a sua ausência como incumprimento.** •	Todas as ULS com manual de articulação publicado e conhecido pelas USF.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
5. Satisfação no trabalho dos profissionais	Em 2025/26, a avaliação externa da satisfação no trabalho abrange 72,7% das USF, apoiada no indicador 483, e a interna 62,6% (F5). A cobertura externa é muito desigual: 0% em Arco Ribeirinho, Castelo Branco, Cova da Beira, Litoral Alentejano e Médio Tejo e 6,2% no Alto Ave, contra 100% em várias ULS.	• **Garantir que todas as ULS cumprem, com questionário aplicado a todas as USF**, devolução dos resultados e discussão com as equipas. • **Ciclos regulares de avaliação com planos de ação na unidade** e acompanhamento das medidas.	Avaliação externa em todas as USF de todas as ULS e planos de melhoria discutidos com as equipas.
6. Satisfação dos utentes	Em 2025/26, a avaliação externa da satisfação dos utentes chega a 78,9% das USF e a interna a 54,5% (F6). Mantêm-se ULS sem avaliação externa (0% em Alto Ave, Arco Ribeirinho, Castelo Branco, Cova da Beira e Litoral Alentejano; 5,6% na Região de Aveiro), apesar do indicador 482.	• **Assegurar o cumprimento por todas as ULS,** com divulgação dos resultados a cada USF. • Traduzir os resultados em **planos de melhoria públicos** na unidade e **envolver as comissões de utentes** na sua discussão.	Avaliação externa da satisfação dos utentes em todas as USF e resultados usados em planos de melhoria.
7. Auditorias Internas	Falta de auditorias clínicas/organizacionais sistemáticas (o inquérito de 2025/26 não tem pergunta própria); os coordenadores apontam a multiplicação de auditorias, relatórios e microprojetos sem impacto como carga administrativa.	• **Programa anual de auditorias centrado no risco clínico e nos processos críticos** (incluindo *front office*), com instrumentos simples e integrados nos processos de acreditação e contratualização para evitar duplicações.	Melhoria contínua e segurança do doente com menor carga burocrática.

Informatização – Sistemas de Informação

Domínio	Problema identificado (evidência 2025/26)	Proposta de melhoria / intervenção estrutural	Resultado esperado
1. Disponibilidade e continuidade	Todas as USF tiveram indisponibilidades; 54,0% mais de 10 vezes no ano. Resolução no próprio dia sem atrasos em apenas 6,9%. Impacto na qualidade dos cuidados em 98,7%.	• **Plano de contingência em cada USF para quando o SClínico ou a PEM ficam indisponíveis**: acesso só de leitura a uma cópia local do processo (problemas, medicação, resultados recentes) e registo simplificado da consulta, a completar depois no processo. • **Prescrição em modo de contingência**: preparação das renovações sem ligação, com emissão automática quando o sistema regressa; receita manual pré-preenchida a partir da medicação habitual para as situações urgentes.	Os cuidados continuam quando o sistema falha; menos falhas e reposição mais rápida. **Responsáveis:** SPMS; serviços de SI das ULS **Indicador proposto:** Frequência das indisponibilidades das aplicações e

Domínio	Problema identificado (evidência 2025/26)	Proposta de melhoria / intervenção estrutural	Resultado esperado
		• **Segunda ligação de rede** (outro operador ou 4G) em todas as USF. • Monitorização da disponibilidade com tempos de reposição contratualizados e publicados. • Relatório mensal de incidentes por ULS.	tempo até à resolução, avaliados pelos coordenadores.
2. Gestão da mudança e qualidade das versões	As maiores quedas coincidem com mudanças lançadas a nível nacional de uma só vez: eVacinas (eVacinas 2.0); PEM (novo registo de posologia); SClínico Central abaixo das aplicações anteriores.	• **Rede de USF sentinela** que testa cada nova versão antes da generalização. • **Critérios explícitos** para avançar ou não, e possibilidade de reverter. • **Painel de utilizadores dos CSP** (médico, enfermeiro, secretário clínico) na definição de requisitos. • **Canal de reporte de erros** com prazo de correção publicado.	Novas versões sem perda de satisfação; erros corrigidos antes de chegarem a todas as USF. **Responsáveis:** SPMS; DE-SNS **Indicador proposto:** Variação da satisfação dos coordenadores com as aplicações que tiveram novas versões no ano.
3. *Roadmap* público dos projetos de SI	As equipas não sabem que intervenções e melhorias estão planeadas para cada aplicação, nem quando chegam. As mudanças surgem sem aviso nem preparação (ex.: eVacinas 2.0, novo registo de posologia na PEM), e as propostas dos profissionais não têm destino visível.	• **Publicar um *roadmap* 2026–2027 por aplicação** (SClínico, PEM, eVacinas, RSE, SiiMA, plataformas de gestão), com as intervenções e melhorias planeadas, o calendário previsto e o estado de cada projeto. • **Atualização trimestral**, com explicação de atrasos e de mudanças de prioridade. • **Notas de versão publicadas antes de cada lançamento**, com o que muda para o utilizador. • **Canal para as USF** proporem melhorias e acompanharem o seu estado.	Previsibilidade; equipas preparadas para as mudanças; prioridades alinhadas com as necessidades dos CSP. **Responsáveis:** SPMS; DE-SNS **Indicador proposto:** Publicação e atualização regular do *roadmap*; proporção de marcos cumpridos.
4. Interoperabilidade com prioridades	Pior item da avaliação das condições informáticas (22,0% de concordância; 58,1% de discordância). É o segundo problema considerado mais prioritário pelos coordenadores (4,19 num máximo de 5) e está no top 5 há cinco anos.	• **Roadmap HL7/FHIR** com quatro fluxos prioritários e prazos: (1) resultados de análises e MCDT, incluindo convencionados; (2) referenciação hospitalar e notas de alta; (3) registos partilhados entre médico e enfermeiro da mesma USF; (4) medicação entre PEM e SClínico. • **Eliminação dos registos em duplicado**.	Menos duplicação e erros; mais tempo clínico útil. **Responsáveis**: Núcleo técnico nacional de interoperabilidade CSP-ULS; SPMS. **Indicador proposto**: Avaliação da interoperabilidade pelos coordenadores; prioridade atribuída à interoperabilidade entre os problemas das USF.

Domínio	Problema identificado (evidência 2025/26)	Proposta de melhoria / intervenção estrutural	Resultado esperado
5. Segurança na integração de resultados	Erros de integração de resultados de clínicas convencionadas, "nalgumas situações com riscos para a prestação de cuidados". Integração de resultados dentro das ULS por cumprir.	• **Notificar erros de integração como incidentes de segurança** (Notific@), com análise de causa-raiz e prazo de correção. • **Validação da identidade do utente** no momento da integração.	Erros visíveis, analisados e corrigidos; maior segurança do doente. **Responsáveis**: SPMS; Comissões de Qualidade e Segurança das ULS **Indicador proposto**: Incidentes de integração de resultados notificados e resolvidos.
6. Suporte técnico de proximidade	Os coordenadores avaliam muito melhor o apoio informático da própria ULS (53,7% consideram-no adequado) do que o Servicedesk da SPMS (28,5% adequado; 46,9% inadequado). Como são as mesmas pessoas a avaliar, no mesmo ano e sobre os mesmos sistemas, a diferença aponta para o modelo de suporte e não para a exigência de quem avalia.	• **Rácio mínimo de técnicos de proximidade por ULS**, proporcional ao número de USF e postos de trabalho. • **Cobertura de todo o horário de funcionamento**, incluindo o atendimento à doença aguda. • **Servicedesk como segunda linha**, com tempos de resposta escalonados. • **Interlocutor informático em cada USF** — pelo menos um, idealmente um por grupo profissional —, formalmente reconhecido, com tempo protegido e linha direta para a informática da ULS: primeira triagem dos problemas, pedidos de apoio completos, contacto único com a ULS e a SPMS, formação prévia nas novas versões e responsável pelo plano de contingência da USF.	Resolução mais célere e adoção consistente das aplicações. **Responsáveis**: Conselhos de administração das ULS; SPMS **Indicador proposto**: Adequação do apoio técnico informático da ULS e do Servicedesk, avaliada pelos coordenadores.
7. Aprender com a variação entre ULS	Satisfação com o SClínico entre 4,3% e 75,0% conforme a ULS. Interoperabilidade com 69,2% de satisfação em Barcelos/Esposende, contra 22,0% a nível nacional.	• **Estudar as ULS com melhores resultados nas várias áreas** (Barcelos/Esposende, Guarda, Arrábida) e divulgar as soluções. • **Painel público de indicadores de SI por ULS** (já disponível no site do Momento Atual).	Soluções replicáveis; responsabilização das ULS com piores resultados. **Responsáveis**: DE-SNS; USF-AN **Indicador proposto**: Diferenças entre ULS na satisfação com o SClínico e na avaliação da interoperabilidade.
8. Condições para a atividade não presencial	56,4% das USF não têm o material necessário para videoconsultas, embora lhes seja pedida atividade não presencial.	• **Kit mínimo por gabinete** (câmara, auscultadores, licença, espaço adequado), **garantido antes de contratualizar atividade não presencial.**	Teleconsultas exequíveis e seguras. **Responsáveis**: ULS **Indicador proposto:** Avaliação das condições do material para videoconsultas.

Domínio	Problema identificado (evidência 2025/26)	Proposta de melhoria / intervenção estrutural	Resultado esperado
9. Aplicações com baixa satisfação	Satisfação com: • SClínico Central: 28,4%; • ALERT P1 (para quem ainda a tem): 15,5%; • GestCare: 17,7%; • Plataformas de pedidos internos: 25,3%; • Plataforma de assiduidade: 29,4%.	• **Catálogo de aplicações críticas com responsável**, lista de melhorias e SLA com a SPMS. • **Revisão anual das aplicações com satisfação <30%:** melhorar, substituir ou abandonar. • **Formação dos profissionais** nas ferramentas disponíveis.	Usabilidade e estabilidade operacional. **Responsáveis**: SPMS; DE-SNS **Indicador proposto**: Número de aplicações com satisfação inferior a 30%.
10. Ferramenta de estudo da lista de utentes	Não existe uma ferramenta para estudar a lista de utentes. Os dados têm de ser exportados do MIM@UF componente a componente e depois cruzados e tratados noutras ferramentas, como o Excel.	• **Ferramenta integrada de estudo da lista, por profissional e por USF:** caracterização demográfica e por problemas de saúde. • **Listagens nominais de utentes com cuidados em falta** (ex.: diabéticos sem HbA1c no período). • **Filtros combináveis, exportação e atualização regular, com perfis de acesso definidos**.	Gestão proativa da lista; horas de extração manual libertadas; planeamento baseado em dados. **Responsáveis**: SPMS; ACSS **Indicador proposto**: Existência de uma ferramenta de estudo da lista e satisfação com ela (pergunta a incluir no estudo).
11. Medicação crónica e renovação "com um clique"	Renovar a medicação crónica faz-se medicamento a medicamento. Cada renovação passa por uma cadeia de cerca de 16 pedidos ao servidor e, numa nova prescrição, por 5 escolhas sucessivas (pesquisa, DCI, forma, dosagem, embalagem) mais a posologia. A quantidade de embalagens da receita anterior não é reaproveitada. A posologia é sobretudo texto livre e heterogéneo.	• **Renovação em lote da medicação habitual**: selecionar várias linhas e renovar numa só receita, com uma confirmação e uma assinatura. • **Reutilizar DCI, dosagem, embalagem, quantidade e posologia da receita anterior**, sem reintrodução. • **Posologia estruturada que cubra as tipologias reais** — tomas por momento do dia, intervalos horários, dias alternados, semanal, mensal, SOS, relação com as refeições e regimes escalonados — com texto livre apenas como complemento. • **Lista única de medicação crónica** partilhada entre PEM e SClínico. • **Canais de entrega** (SMS, e-mail, papel) **lembrados** por utente.	Tempo de consulta libertado; menos erros de transcrição; continuidade terapêutica. **Responsáveis**: SPMS **Indicador proposto**: Satisfação com a PEM; número de passos para renovar a medicação habitual.

Domínio	Problema identificado (evidência 2025/26)	Proposta de melhoria / intervenção estrutural	Resultado esperado
		• Possibilidade de profissionais e utentes verem na PEM, de forma agregada, as embalagens ainda disponíveis em todas as receitas ativas.	
12. Convocatórias com textos adaptados	Não existe ferramenta para convocar utentes por e-mail com textos próprios de cada programa (RCCU, RCCR, vacinação, etc.). As convocatórias são feitas manualmente, por telefone ou carta.	• **Módulo de convocatórias** no SiiMA Rastreios / SiiMA Vision e no eVacinas. • **Modelos de texto por programa**, editáveis pela USF. • **Envio em lote por e-mail** (e SMS) a partir das listas de elegíveis. • **Registo automático no processo, gestão de respostas e reconvocatórias**.	Maior cobertura dos rastreios e da vacinação; menos trabalho manual do secretariado clínico. **Responsáveis**: SPMS; programas de rastreio **Indicador proposto**: Cobertura dos rastreios e da vacinação; satisfação com o SiiMA Rastreios e o eVacinas.
13. Comunicação interna e pedidos internos	Existe chat (MS Teams), mas não há uma ferramenta comum na USF para avisos com confirmação de leitura, tarefas com prazo e registo de ocorrências. A informação circula de pessoa a pessoa e perde-se entre turnos, e os pedidos aos serviços da ULS (informática, manutenção, logística) não têm registo nem prazo. Satisfação com as plataformas de pedidos internos: 25,3%.	• **Intranet da USF disponibilizada pelo SNS**: avisos dirigidos com confirmação de leitura, tarefas com prazo, registo de ocorrências, reuniões e atas, escalas e férias. • **Ligação ao sistema de pedidos da ULS**, para que as ocorrências que dependem dos serviços sejam encaminhadas e acompanhadas até à resolução. • **Partir de soluções já desenvolvidas no terreno e testadas em USF.**	Informação que não se perde entre turnos; menos interrupções; pedidos com registo, responsável e prazo. **Responsáveis**: SPMS; ULS **Indicador proposto**: Satisfação com as plataformas de pedidos internos e com o software de comunicação interna.
14. Assiduidade	Com a criação das ULS, as USF passaram a usar a plataforma de assiduidade dos hospitais, mais complexa e desadequada aos CSP. Satisfação de 29,4%; insatisfação de 45,6%. Escalas e férias continuam a ser geridas à parte.	• **Plataforma de assiduidade adaptada aos CSP**, integrada com a gestão de escalas e férias da USF. • **Validação automática dos registos**, sem processos paralelos. • **Banco de horas** que compense o trabalho adicional e ajude a conciliar a vida profissional, pessoal e familiar.	Menos trabalho administrativo; registos fiáveis; compensação justa do trabalho adicional. **Responsáveis**: ULS; SPMS **Indicador proposto**: Satisfação com a plataforma de assiduidade.
15. Equipamento e rede	Os computadores já não são o principal problema (73,0% consideram-nos em condições), mas a fragilidade da rede é apontada como uma das causas das indisponibilidades.	• **Reforço da largura de banda e da rede local das USF**, com monitorização. • **Renovação programada dos equipamentos**.	Menos falhas e maior rapidez das aplicações. **Responsáveis**: ULS; SPMS

Domínio	Problema identificado (evidência 2025/26)	Proposta de melhoria / intervenção estrutural	Resultado esperado
			Indicador proposto: Avaliação dos computadores e da rede; frequência das indisponibilidades.
16. Inovação desenvolvida no terreno	Há USF que desenvolvem as suas próprias soluções digitais (intranet, escalas e férias, acompanhamento de indicadores), mas sem apoio: ficam alojadas fora do SNS — de momento não parece existir autorização para alojar soluções dos CSP em domínios min-saude.pt —, sem acesso estruturado aos dados da própria USF e sem um circuito para as propor e partilhar.	• **Alojamento e domínio no SNS para soluções desenvolvidas pelas USF**, com apoio da informática da ULS. • **Interface segura (API) de acesso aos dados da própria USF** — indicadores, lista de utentes — para que estas soluções não dependam de extração manual. • **Repositório partilhado de soluções**, para que outras USF as possam adotar.	Inovação aproveitada e replicada; menos trabalho repetido; dados protegidos dentro do SNS. **Responsáveis**: SPMS; ULS **Indicador proposto**: Número de soluções desenvolvidas no terreno alojadas no SNS e partilhadas entre USF.

Funcionamento das USF no modelo ULS

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Autonomia de Gestão	Em 2025/26, 84,5% consideram que a autonomia dos órgãos de gestão dos CSP para gerir a atividade deveria ser maior (J2) e 83,2% defendem o mesmo para a Direção Clínica e as estruturas de governação dos CSP na ULS. As USF perdem competências próprias: a assiduidade e as escalas de enfermagem passaram para os enfermeiros gestores, contra a lei (planos de trabalho e de férias pelo elemento do conselho técnico, aprovados pelo coordenador). É a perda de um pilar das USF, a auto-organização. O cargo de coordenador é descrito como insustentável, sem tempo próprio nem papel claro perante a ULS.	• **Matriz de competências delegadas às USF e às estruturas de governação dos CSP**, com limites e salvaguardas. • **Dirigir o aumento da autonomia organizativa e financeira das ULS para a resolução dos problemas das USF**. • **Repor as competências legais do coordenador e do conselho técnico** (planos de trabalho, férias e avaliação de enfermagem). • **Clarificar junto das ULS o papel do coordenador** e estudar um horário específico para a coordenação.	Maior capacidade de decisão local, com autonomia efetiva das USF e das estruturas de governação dos CSP (J2, J3).

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
2. Autonomia Financeira	Em 2025/26, 93,9% dos coordenadores consideram que a autonomia financeira da ULS para contratar profissionais e serviços necessários aos CSP deveria ser maior. 85,7% das USF têm incentivos institucionais em dívida ou ainda não disponibilizados e os incentivos institucionais são o 6.º problema (3,99; B1). Os comentários referem verbas de incentivos de 2024 por aplicar.	• **Orçamento base por USF com envelopes flexíveis e regras simples de contratação**. • **Orçamento específico e estanque para os CSP** dentro da ULS. • **Cumprir os prazos legais dos incentivos institucionais** (decisão da ULS até 30 de abril; relatório de monitorização até 31 de julho), com pagamento atempado e procedimentos uniformes entre ULS.	Agilidade e responsabilização financeira; menos USF com incentivos em dívida e menor exigência de maior autonomia financeira (J4).
3. Respeito pela Autonomia	Em 2025/26, 55,6% das USF sentem a sua autonomia respeitada pela ULS e 44,4% continuam a responder negativamente (J5). Há relatos de decisões unilaterais dos Conselhos de Administração, de centralização de decisões operacionais e burocráticas que retira agilidade às USF modelo B e de integração de profissionais das bolsas sem aprovação do conselho geral.	• **Pacto de autonomia ULS–USF com princípios explícitos e um mecanismo de mediação** (gabinetes de mediação e gestão de conflitos em cada ULS). • **Cumprir o quadro legal:** a substituição de profissionais é aprovada pelo conselho geral; a ULS só substitui diretamente quando a USF não apresenta proposta no prazo. • **Acompanhamento específico, pela Direção Clínica dos CSP e pela ENA,** das ULS em que a maioria das USF considera a autonomia desrespeitada.	Confiança institucional reforçada: maioria clara de USF com a autonomia respeitada e menos ULS com maioria de respostas negativas.
4. Contratualização por Resultados	Em 2025/26, a contratualização perde valor como estímulo: 56,6% consideram-na um estímulo para trabalhar com mais qualidade (64,5% em 2024/25), só 23,6% consideram que o processo tem vindo a melhorar e 80,9% discordam que cumpra os prazos. Os termos de referência de 2026 só foram publicados em maio.	• **Contratualizar resultados em acesso, qualidade, experiência e ganhos em saúde** (medir valor e não só atividade), com métricas claras e controláveis pelas equipas. • **Contratualização plurianual**, com termos de referência publicados atempadamente e calendário cumprido. • Aproveitar a revisão dos indicadores do IDE para 2027 (fim do triénio 2024–2026) para **reequilibrar o peso dos indicadores de custos.**	Valor em saúde e foco no utente; a contratualização recupera o papel de estímulo e os prazos são cumpridos.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
5. Coprodução do Plano de Ação	79,2% das USF discutiram o plano de ação para 2026 com a Direção Clínica dos CSP, a Unidade de Gestão ou o Conselho de Administração (88% em 2024/25). Só em 9 das 39 ULS (23%) todas as USF o discutiram (21/39 em 2024/25).; Em algumas ULS a comunicação com a direção clínica dos CSP é quase inexistente.	• **Garantir a discussão do plano de ação de todas as USF com a Direção Clínica dos CSP/Unidade de Gestão antes da contratualização**, com calendário anual definido. • **Workshops de contratualização com os coordenadores e a equipa alargada**, com devolução escrita das decisões e dos recursos alocados. • **Alinhar os objetivos da ULS com os da USF e alocar os recursos necessários** ao plano acordado.	Planos mais realistas e executáveis: discussão do plano de ação com os órgãos de gestão em todas as USF (J1) e maior satisfação com essa discussão (J1.1).

Condições técnicas para a atividade dos profissionais de saúde nas ULS

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Infraestruturas	Em 2025/26, 41,8% dos coordenadores consideram as instalações inadequadas e 67,8% não têm possibilidade física de circuitos diferenciados para doença aguda/consulta programada; só 51,6% consideram os gabinetes e 49,0% a sala de espera adequados. Em cerca de 36% das ULS a maioria das USF está insatisfeita. As instalações e equipamentos essenciais são prioridade elevada (3,94). Há USF em instalações provisórias durante obras e sem plano de manutenção.	• **Criar um Plano Nacional de Manutenção e Equipamento das USF**, com metas e prazos definidos por ULS e reporte público anual (Sumário 2026). • **Plano plurianual (2026–2028) de investimento e requalificação**, priorizando segurança, acessibilidade e a criação de circuitos diferenciados para doença aguda. • **Garantir instalações provisórias adequadas** (climatização, gabinetes, rede) sempre que haja obras.	Menos coordenadores insatisfeitos com as instalações, mais USF com circuitos diferenciados e nenhuma ULS com a maioria das USF insatisfeitas.
2. Equipamento clínico	Em 2025/26, 40,9% dos coordenadores consideram o equipamento clínico inadequado e só 43,3% o consideram adequado — uma melhoria, segundo o capítulo, mas ainda elevado. Em cerca de 28% das ULS a maioria das USF está insatisfeita.	• **Inventário comum ULS–USF do equipamento essencial, com plano de renovação e manutenção preventiva** (Sumário 2026: gestão partilhada e previsível). • **Prazos máximos de reparação/substituição** de equipamento avariado.	Equipamento clínico considerado adequado pela maioria das USF de todas as ULS.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
3. Conforto e Higiene	Em 2025/26, 46,1% consideram a climatização inadequada, quase tantos como os que a consideram adequada (46,9%); a higiene e limpeza é considerada adequada por apenas 55,3%, uma descida segundo o capítulo, numa área em que seria de esperar 100%. Há relatos de gabinetes acima de 29 °C no verão e de USF sem ar condicionado.	• **Contratos de manutenção preventiva da climatização** com tempos de resposta definidos. • **Cadernos de encargos de limpeza com auditorias regulares** e **participação da USF na avaliação do serviço.**	Ambientes saudáveis e acolhedores, com a generalidade das USF a considerar adequadas a higiene, a limpeza e a climatização.
4. Atendimento Telefónico	Em 2025/26, 55,7% consideram a central telefónica adequada — subida contínua desde 2020/21, segundo o capítulo — e 86,9% das USF já têm TeleQ ou SARA 2.0 (SARA 2.0 71,9%; TeleQ 15,0%) (G5.1). Ainda 13,1% das USF não têm solução alternativa; a satisfação das equipas ronda os 65–66% (SARA 2.0 65,6%; TeleQ 65,8%, abaixo do pico de 80,6% de 2023/24) e 17,4% estão insatisfeitas com o SARA 2.0.	• **Instalar o SARA 2.0 (ou solução equivalente)** nas USF que ainda não a têm. • **Identificar as causas de insatisfação com TeleQ/SARA 2.0** e corrigi-las com o fornecedor, com prazos de resposta contratualizados. • **Reforçar linhas e atendimento no *backoffice*** com guiões de resposta.	Todas as USF com sistema alternativo à central (G5.1) e maior satisfação das equipas com a solução instalada.
5. Materiais clínicos e aprovisionamento	Em 2025/26, 82,6% das USF tiveram faltas de material básico (22,7% mais de 10 vezes; 31,1% de três a dez vezes) e em 68,6% a reposição demorou, na maioria das vezes, 48 horas ou mais — melhor do que nos anos anteriores, mas inaceitável segundo o capítulo; só 5,1% resolveram no mesmo dia e sem atrasos.	• **Gestão de stocks com mínimos/máximos e inventário comum ULS–USF** (Sumário 2026). • **Tempos máximos de reposição contratualizados** e **fornecedor de contingência.** • **Monitorização e reporte público das ruturas** por ULS.	Menos USF com faltas de material básico e reposição em menos de 48 horas na maioria dos casos.
6. Testes Rápidos de Apoio à Decisão Clínica (point-of-care)	Em 2025/26, só 9,6% das USF podem realizar análises rápidas/point of care e 78,8% não têm essa possibilidade.	**Generalizar a possibilidade de realizar análises rápidas/point of care nas USF** (Sumário 2026), através de laboratórios de testes rápidos (LabPoC) com programas de formação adequados.	Maior acuidade diagnóstica e diagnóstico mais célere e descentralizado, com mais USF a dispor de point of care.
7. Resposta da ULS aos problemas logísticos	Em 2025/26, só 24,8% dos coordenadores consideram adequada a resposta da ULS aos problemas que dependem da sua intervenção e 50,0% consideram-na inadequada: o modelo ULS continua a falhar na agilidade prometida no aprovisionamento e na resposta a problemas.	• **Circuito único de pedidos da USF à ULS** (manutenção, equipamento, material), com registo, tempos máximos de resposta e interlocutor designado. • **Reporte periódico às USF e à Direção Clínica para os CSP dos pedidos pendentes e dos tempos de resolução**.	Maioria dos coordenadores a considerar adequada a resposta da ULS.

Condições laborais dos profissionais de saúde na USF

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Dotação de Pessoal e recrutamento	Em 2025/26 faltam, em média, 0,91 médicos, 0,79 enfermeiros e 0,71 secretários clínicos por USF 64,4% consideram a composição da equipa adequada, mas a discordância chega a 53,8% na ULS Lisboa Ocidental e a 47,8% em Santo António. Os processos de contratação nas ULS são burocráticos e morosos, e a atratividade e retenção no SNS são insuficientes.	• **Agilizar os processos de contratação nas ULS e consolidar as carreiras médicas e de enfermagem**, com abertura de vagas para enfermeiros especialistas. • **Política de recrutamento** que vá além da publicação do edital, com **concursos nacionais e regras de mobilidade em épocas regulares, respeitando a escolha das equipas**. • **Sistema de informação público sobre recursos humanos do SNS** (quantos, onde, com que horários, ausências, aposentações). • **Gabinetes de apoio às carreiras profissionais em todas as ULS** e **desbloqueio da progressão** (vagas para os topos da carreira). • **Criar a carreira especial de técnico de secretariado clínico** (92,9% de concordância) e, até lá, um percurso profissional estável com formação e regras de progressão. • **Incentivos de fixação em zonas carenciadas**, com todas as vagas a concurso e abertas depois em contratação direta.	Menor carência média de profissionais por USF nos três grupos e mais USF com uma composição de equipa adequada.
2. Trabalho além do horário	Em 2025/26, em 59,4% das USF o trabalho feito para além do horário oficial (até às 40 horas) não é contabilizado no saldo de horas e só 40,6% o contabilizam — um agravamento que interrompe a melhoria observada até 2024/25 (H2). As carências das equipas acabam absorvidas pelo tempo dos profissionais.	• **Contabilizar e compensar formalmente todo o trabalho realizado para além do horário oficial**. • **Modelar a capacidade das equipas e ajustar horários com base na procura real.** • **Facilitar horários a tempo parcial** para os profissionais que o desejem.	Trabalho adicional contabilizado no saldo de horas na maioria das USF e acesso oportuno sem sobrecarga crónica.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
3. Ausências Prolongadas	Em 2025/26, 85,0% das USF tiveram, nos 12 meses anteriores, pelo menos um profissional ausente mais de 30 dias). A substituição é exclusivamente interna em 55,6%, mista em 34,2% e só externa em 10,2%. Nas USF com polo rural, as ausências prolongadas sem substituição são o principal problema de recursos humanos (30,7%).	• **Criar, em todas as ULS, bolsas de profissionais para a substituição atempada das ausências prolongadas**, abrangendo médicos, enfermeiros e secretários clínicos (Sumário 2026; 88,9% de concordância com bolsas para ausências superiores a duas semanas). • **Regras de ativação simples e céleres, com integração padronizada dos substitutos**; os profissionais da bolsa podem apoiar também a doença aguda de utentes sem equipa de saúde familiar. • **Respeitar o procedimento lega**l: quando a ausência ultrapassa 120 dias, a USF propõe a substituição à ULS em 30 dias e o conselho geral aprova a integração de qualquer profissional.	Menos ausências asseguradas apenas pela própria equipa, menor quebra assistencial e menor desgaste das equipas.
4. Conciliação entre trabalho e vida pessoal e familiar	Em 2025/26, só 1,7% dos coordenadores consideram que é sempre possível um equilíbrio saudável entre trabalho e vida pessoal e familiar; 57,3% na maior parte do tempo, 38,2% não na maior parte do tempo e 2,8% nunca — 41,0% com dificuldades frequentes ou permanentes. A conciliação é o problema mais prioritário pelo quarto ano consecutivo (4,28).	• **Garantir substituição efetiva e contabilização do trabalho adicional** como primeira medida de proteção do tempo pessoal. • **Permitir modelos flexíveis de organização do trabalho**: semana de quatro dias sem redução de horas (64,3% e 67,4% de concordância) e parte do horário à distância (73,6%). • **Medidas de prevenção do burnout e de retenção dos profissionais no SNS**.	Mais USF em que o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal e familiar é possível sempre ou na maior parte do tempo, e a conciliação a descer na lista de prioridades.
5. Polivalência	**Dependência de poucos profissionais para funções críticas**: há relatos de turnos de 12 horas e de períodos com um único profissional no atendimento por falta de secretários clínicos em férias e baixas.	**Plano de polivalência e *backups* por função** (secretariado, triagem, coordenação), articulado com a bolsa de substituição da ULS.	Resiliência operacional sem encerramentos nem turnos excessivos.
6. Tempo para a coordenação	**O cargo de coordenador é descrito como insustentável**: lista e agenda completas, a que se somam gestão, validação de assiduidades, *webinares* e tarefas administrativas, sem formação em gestão nem redução assistencial; risco de deixar de haver quem aceite o cargo.	• **Horário específico para a coordenação** — proposta nova, sem previsão legal. • **Clarificar junto das ULS o papel do coordenador**. • **Suplemento remuneratório para o conselho técnico e para o enfermeiro responsável.**	Coordenação sustentável, com tempo protegido e papel claro nas ULS.

Ligação à Comunidade

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Órgãos de Participação	Apenas 27,9% das USF têm comissão de utentes instalada e 7,3% liga de amigos (6,8% no ano anterior); 72,1% e 92,7%, respetivamente, não dispõem destas estruturas.	• **Instituir ou reativar comissões de utentes e ligas de amigos**, com estatutos e plano anual de atividades. • **Reforçar estruturas como o Conselho da Comunidade, as Comissões de Utentes e o Provedor do Utente** e regulamentar a carta para a participação pública na saúde. • **Programa de voluntariado**, através das ligas de amigos, com triagem e formação básica, para apoio logístico e social.	Mais USF com comissão de utentes e com liga de amigos; maior participação e corresponsabilização da comunidade.
2. Redes Locais e poder local	Articulação irregular com IPSS, escolas, autarquias e segurança social. A Direção da USF-AN sublinha que o código postal é um dos principais determinantes da saúde e defende uma abordagem glocal.	• **Acordos de colaboração com pontos focais e reuniões regulares com os parceiros locais.** • **Colaboração mais próxima entre autarquias, UCC e USF**, envolvendo o poder local enquanto elemento integrador da comunidade, para facilitar o acesso a recursos locais.	Intervenções mais integradas e efetivas sobre os determinantes sociais da saúde.
3. Mediação comunitária	Falta uma profissão que faça a ponte entre os profissionais de saúde e a comunidade, presente no terreno.	**Pilotos de agentes comunitários de saúde / mediadores sociais associados às USF, em articulação com as UCC e as autarquias** (horizonte 2027–2028).	Maior alcance das USF junto de populações vulneráveis e de difícil acesso.
4. Comunicação Pública	Visibilidade insuficiente das iniciativas da USF junto da comunidade.	**Plano de comunicação local** (site, redes sociais, murais) com **conteúdos de literacia em saúde.**	Envolvimento e confiança dos utentes.
5. Escuta Ativa e valorização da participação	O feedback da comunidade continua pouco estruturado: a avaliação da satisfação dos utentes foi feita externamente em 78,9% das USF e internamente em 54,5%. 69,4% dos coordenadores querem maior envolvimento dos utentes na vida da USF e 51,0% concordam com a valorização no IDE da satisfação e participação dos utentes e da comunidade.	• **Fóruns periódicos com utentes e líderes locais**, com resposta pública às questões levantadas. • **Garantir a avaliação da satisfação dos utentes em todas as USF** e a devolução dos resultados à comunidade. • **Ponderar a valorização no IDE da satisfação e participação dos utentes e da comunidade**, na revisão dos indicadores para 2027.	Melhoria orientada pelas necessidades reais; avaliação da satisfação dos utentes em todas as USF.

Segurança e Bem-Estar dos profissionais

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Prevenção de Acidentes	37,1% dos coordenadores reportam pelo menos um acidente de trabalho relacionado com a atividade profissional na USF nos últimos 12 meses. Mais de um terço das USF continua a registar acidentes sem que exista análise sistemática das suas causas.	• **Implementar em todas as ULS o reporte de incidentes e acidentes de trabalho nas USF**, com análise de causa-raiz e devolução das conclusões à equipa. • **Integrar a avaliação de riscos das instalações e dos postos de trabalho das USF** (incluindo polos e cuidados domiciliários) **nos planos de Saúde e Segurança no Trabalho das ULS** (horizonte 2026–2027).	Redução sustentada da proporção de USF com acidentes de trabalho (37,1% em 2025/26) e ambiente de trabalho mais seguro.
2. Violência contra Profissionais	54% das USF tiveram pelo menos um episódio de violência sobre profissionais nos últimos 12 meses (Quadro M2 geral; pergunta formulada pela primeira vez este ano). Nas USF onde houve violência, 95,8% registaram violência psicológica, 17,1% violência física, 13% violência contra a propriedade pessoal e 1,8% violência sexual (nova série). No SNS foram comunicados 3.429 episódios de violência em 2025, mais 33% do que em 2024 (2.581), que causaram 2.012 dias de ausência ao trabalho (mais 827 dias).	• **Planos Locais de Prevenção da Violência em cada ULS, com medidas concretas para as USF e protocolo de atuação legal** (participação criminal ao abrigo da Lei n.º 26/2025). • **Dar prioridade à prevenção da violência psicológica**: formação em comunicação e gestão de conflitos, em especial para o secretariado clínico e o atendimento, e informação aos utentes sobre direitos e deveres. • Que a Direção Executiva do SNS implemente **medidas de combate à violência sobre os profissionais de saúde para além do reforço penal**.	Redução da proporção de USF com pelo menos um episódio de violência (54% em 2025/26) e da violência psicológica; maior proteção das equipas.
3. Procedimentos da USF para atuação em casos de violência ou acidentes	76,6% das USF têm um procedimento próprio para abordar a violência sobre os profissionais, número que tem vindo a diminuir desde 2022/23 (84,8%); 23,4% não têm. Entre as USF com procedimento, 52,2% estão satisfeitas ou muito satisfeitas, ligeiramente acima de 2024/25 (50,5%), mas abaixo de 2023/24 (54,2%).	• **Disponibilizar pela ULS um procedimento-tipo de atuação em caso de violência ou acidente, adaptável por cada USF**, que assegure a sua existência em todas as unidades. • **Revisão anual do procedimento**, com simulações e formação de toda a equipa.	Procedimento de atuação em todas as USF (76,6% em 2025/26) e aumento da satisfação com o procedimento (52,2%); resposta eficaz e consistente.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
4. Plano de Prevenção da Violência no Setor da Saúde (divulgação)	Quase metade dos coordenadores (48,8%) desconhece o Plano para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde e o modo como está implementado na sua ULS. Entre os que o conhecem (este ano só responderam estes), 29,7% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a sua capacidade de dar resposta aos objetivos. O problema é sobretudo de comunicação e disseminação, mais do que de conteúdo do Plano.	• **Divulgação ativa do Plano pelas ULS e pelos Grupos Operativos Institucionais junto de todos os coordenadores e conselhos técnicos das USF**, com sessões de apresentação e um ponto focal na ULS. • **Incluir na integração dos novos coordenadores e profissionais a apresentação do Plano e dos circuitos de notificação.**	Aumento da proporção de coordenadores que conhecem o Plano e a sua implementação na ULS (51,2% em 2025/26) e da satisfação com a sua capacidade de resposta.
5. Apoio Pós-Incidente	Os episódios de violência comunicados no SNS em 2025 causaram 2.012 dias de ausência ao trabalho, sem que exista, ao nível das USF, apoio psicológico e jurídico estruturado e uniforme entre ULS.	**Linha de apoio e rede de apoio pós-incidente (psicológico e jurídico) assegurada pela ULS**, com acompanhamento do profissional na participação criminal ao abrigo da Lei n.º 26/2025.	Recuperação mais rápida dos profissionais afetados, menos dias de ausência e cultura de segurança.
6. Monitorização	Os indicadores de segurança e violência continuam pouco visíveis ao nível da USF. A partir de 2025/26 o inquérito mede a ocorrência de violência (54%) e a tipologia apenas nas USF afetadas, iniciando uma nova série.	• Quadro periódico de indicadores de Saúde e Segurança no Trabalho e de violência por USF, partilhado pela ULS e articulado com as notificações aos Grupos Operativos Institucionais. • Manter no inquérito Momento Atual a formulação de 2025/26 (Quadros M2 a M5) para consolidar a nova série.	Transparência, prevenção ativa e série comparável a partir de 2025/26.
7. Bem-Estar e prevenção do burnout	98,9% dos coordenadores defendem que a USF do Futuro deve ter maior conciliação entre vida profissional e vida pessoal/familiar. Nos comentários livres, a dificuldade de conciliação é atribuída à pressão dos indicadores, às listas grandes com doentes complexos e à lentidão das respostas hospitalares, pedindo-se medidas que previnam o burnout e retenham os profissionais no SNS. A avaliação externa da satisfação no trabalho dos profissionais foi realizada em 72,7% das USF.	• **Programas de prevenção do burnout nas ULS**, com avaliação externa regular da satisfação no trabalho dos profissionais em todas as USF e plano de ação a partir dos resultados. • **Pilotos de modelos de organização do trabalho mais flexíveis** (semana de 4 dias sem redução de horas; parte do horário à distância), ver área «Atendimento na USF do Futuro».	Profissionais mais protegidos e retidos no SNS; avaliação externa da satisfação dos profissionais em todas as USF.

Evolução das Políticas

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Capacidade Operacional Imediata	Sobrecarga de tarefas clínicas e administrativas que não exigem a equipa de saúde familiar.	• **Criar centros/equipas dedicadas** para atestados (carta de condução e similares), rastreios oncológicos, episódios agudos/contactos esporádicos, apoio a ERPI e acompanhamento pontual de utentes sem inscrição. • **Implementar, em todas as ULS, bolsas de profissionais para ausências prolongadas** (médicos, enfermeiros e secretários clínicos), respeitando a aprovação da substituição pelo conselho geral da USF. • **Tempo formal protegid**o no horário de 35 horas para **estudo/formação** (85,2%) e **investigação** (74,3%).	Libertar tempo assistencial, garantir a continuidade de cuidados e fomentar o desenvolvimento profissional, com as medidas implementadas em todas as ULS no horizonte 2026–2027.
2. Autonomia e Modelos de Trabalho	Centralização das decisões e limitação da flexibilidade organizacional das USF. Os coordenadores apoiam a realização de parte do horário à distância com VPN (73,6%) e a semana de quatro dias sem redução de horas (64,3% e 67,4% nas duas modalidades).. A valorização no IDE da satisfação e participação dos utentes recolhe 51,0% de acordo (23,0% de desacordo).	• **Autonomia na gestão de horários**, com possibilidade de semana de quatro dias e de teletrabalho com VPN para a atividade não presencial e não assistencial, em regime de isenção de horário. • **Contratualização por resultados e qualidade que reconheça estes modelos de trabalho** (ver área «Contratualização»). • **Ponderar a valorização no IDE da satisfação e da participação dos utentes e da comunidade**.	Aumentar a motivação, a produtividade e a inovação na gestão das equipas, com modelos flexíveis disponíveis para as USF que os pretendam.
3. Valorização do Secretariado Clínico	Carência de carreira específica e desvalorização das funções de secretariado clínico. A criação da carreira especial de técnico de secretariado clínico recolhe 92,9% de concordância — um dos pontos mais consensuais do inquérito; no Quadro B1 o desenvolvimento da carreira surge com 3,78 e a ausência de concursos para secretários clínicos com 3,55.	• **Aprovar a carreira especial de técnico de Secretariado Clínico**, com formação, progressão e avaliação próprias. • Enquanto a carreira não existir, **garantir um percurso profissional estável, com formação específica e regras claras de progressão, e implementar o perfil de competências e funções dos secretários clínicos**. • **Abrir concursos para recrutamento de secretários clínicos para o SNS.**	Reforçar a eficiência organizacional e a profissionalização administrativa nas USF, com a carreira aprovada no horizonte 2026–2027.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
4. Valorização do Enfermeiro de Família	Insuficiente número de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar reconhecidos como tal nos CSP. A ausência de concursos para enfermeiros especialistas nesta área surge com 3,38.	• **Abrir concursos para recrutamento de enfermeiros especialistas na área da enfermagem de saúde familiar** para o SNS. • Atribuição pela Ordem dos Enfermeiros, aos enfermeiros especialistas noutras áreas a exercer funções em USF, da **certificação de competências em enfermagem de saúde familiar**, reconhecendo o contexto de trabalho, a formação profissional e a investigação.	Mais enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar nas USF e reconhecimento da experiência dos enfermeiros que já exercem em USF.
5. Qualificação da Prática Médica	Medidas de exceção que permitem o exercício da Medicina Geral e Familiar por médicos sem formação específica.	**Evitar exceções que desqualifiquem a prática médica e comprometam a confiança dos utentes e das equipas**.	Salvaguardar a qualidade clínica e a identidade profissional da Medicina Geral e Familiar.
6. Macro-Arquitetura do Sistema	Assimetria entre níveis de cuidados e perda de coerência na governação integrada. 75,3% dos coordenadores concordam em manter as ULS, mas com duas áreas separadas e com o mesmo nível de autonomia — CSP e hospitais; 57,4% consideram que as lideranças das ULS não dão a devida importância aos CSP.	• **Desenhar uma macro-arquitetura de governação dual, combinando**: (i) CSP com autonomia clínica e contratual própria; (ii) mecanismos ULS de integração entre níveis com autonomias simétricas. • **Estrutura de gestão e de apoio e orçamentos específicos para os CSP em cada ULS**.	Criar um modelo sustentável que una integração e autonomia, reforçando a coesão do SNS e a influência dos CSP nas decisões da ULS.
7. USF modelo C	A implementação das USF modelo C reúne apenas 15,4% de concordância e 49,2% de discordância.	• **Não generalizar as USF modelo C sem avaliação e evidência**; priorizar o investimento nas USF modelo B e a introdução do princípio da Diferenciação Territorial na legislação das USF. • **Clarificar publicamente o modelo C em discussão** (público/privado, autonomia, contratualização).	Decisões sobre novos modelos organizacionais fundamentadas em evidência e com participação da USF-AN.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
8. Listas de utentes e respostas alternativas de acesso	79,2% dos coordenadores rejeitam acabar com as listas de utentes e tornar os profissionais responsáveis por todos os inscritos na unidade (8,8% de acordo). Cerca de metade reconhece impacto do SNS24, do «Ligue Antes, Salve Vidas» e dos Centros de Atendimento Clínico na procura dirigida às USF (51,0%; 18,3% discordam) e concorda com a existência de Centros de Atendimento Clínico (52,2%).	• **Manter as listas de utentes e a relação com uma equipa de saúde familiar identificada**. • **Avaliar com dados o impacto do SNS24, do «Ligue Antes, Salve Vidas» e dos Centros de Atendimento Clínico na procura das USF antes de os alargar**.	Preservar a longitudinalidade dos cuidados e adequar as respostas alternativas à evidência do seu impacto.
9. Modelo de avaliação DIOR-CSP	A necessidade de um modelo de avaliação DIOR-CSP recolhe 54,8% de acordo, resultado menos expressivo do que no biénio anterior (63,3%). Nos comentários livres, a DiOR é descrita como excessivamente burocrática.	**Rever o modelo DIOR-CSP**, simplificando as evidências exigidas e centrando-o na melhoria contínua da qualidade.	Modelo de avaliação aceite pelas equipas e menos burocrático.

Contratualização

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Propósito da Contratualização	Contratualização percecionada como formalismo, com perda de valor como estímulo. Em 2025/26, 56,6% consideram-na um estímulo para trabalhar com maior qualidade (64,5% em 2024/25), quando entre 2018/19 e 2024/25 mais de 60% estiveram de acordo. Apenas 23,6% consideram que o processo tem vindo a melhorar (34,6% em 2024/25) e 53,3% discordam. A perceção varia muito entre ULS: em várias, mais de 85% das USF consideram-na um estímulo; noutras, menos de 50%. A contratualização sobe na lista de prioridades para 3,86.	• Recentrar a contratualização em valor e prioridades locais: medir ganhos em saúde, continuidade de cuidados e impacto real na vida das pessoas, e não só atividade. • Contratualização plurianual, com termos de referência publicados atempadamente, calendário de execução cumprido e integrada numa lógica de melhoria contínua. • Selecionar indicadores com ganhos efetivos em saúde, vocacionados para os problemas da comunidade e coerentes com uma governação clínica integrada na ULS.	Maior adesão e foco em resultados: subida da percentagem de coordenadores que consideram a contratualização um estímulo à qualidade e que reconhecem a melhoria do processo.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
2. Transparência, Regras e Prazos	Regras e valores de referência pouco claros ou mutáveis e prazos sistematicamente falhados. Em 2025/26, só 36,9% consideram a contratualização uma negociação transparente e 38,3% discordam (35,6% em 2024/25);«. Os termos de referência só foram publicados em maio. O apoio a uma Comissão Técnica Nacional para valores de referência e avaliação dos bilhetes de identidade dos indicadores cai para 39,0% (64,8% em 2024/25).	• Publicar guias anuais com regras, fórmulas e limites. • Cumprir e tornar público o calendário de todas as fases do processo (negociação, acompanhamento, avaliação e pagamento), com termos de referência publicados antes do início do ano e responsabilização pelos atrasos. • Plataforma pública e transparente de resultados, com indicadores comparáveis entre unidades e consequências claras. • Perceber a quebra de apoio à Comissão Técnica Nacional e redefinir o seu papel na validação dos valores de referência e dos bilhetes de identidade dos indicadores.	Previsibilidade, justiça e recuperação da confiança no processo: termos de referência publicados até ao início de cada ano, menos coordenadores a discordar do cumprimento de prazos e maior perceção de transparência.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
3. Indicadores, IDE e valores de referência	Matriz de indicadores e IDE pouco adequados ao contexto: o envelhecimento das listas e as novas terapêuticas aumentam a despesa com medicamentos e MCDT, mas a meta do indicador de medicamentos ficou fixa em 133 € e os intervalos do IDE valem por três anos; a prescrição de medicamentos e de MCDT pesa 18% do IDE (8 + 10 pontos). As matrizes de ótica urbana não captam a realidade das zonas de baixa densidade: 87,4% dos coordenadores das USF com polo rural consideram que os indicadores atuais as penalizam. 81,6% concordam em deixar de contratualizar indicadores de custos com repercussão no vencimento; 73,7% defendem indicadores específicos do secretariado clínico no IDE; o acordo com a substituição das unidades ponderadas pela idade pelo ICU sobe para 44,7% (33,1% em 2024/25), com 25,5% em desacordo.	• **Aproveitar a revisão do IDE para 2027 para apresentar as propostas da USF-AN**: deixar de contratualizar indicadores relacionados com os custos dos cuidados com repercussão no vencimento ou, no mínimo, contabilizar os custos efetivamente realizados (exames efetuados e medicamentos dispensados) e não apenas prescritos, valorizando o impacto a prazo do controlo da doença crónica e dos medicamentos com benefício prognóstico. • **Rever os indicadores de acompanhamento, atualizar intervalos, percentis e metas** (incluindo medicamentos, MCDT e internamentos evitáveis) e corrigir a valorização assimétrica dos indicadores no IDE. • **Reforçar no IDE a valorização da atividade das equipas de enfermagem e do secretariado clínico**, com indicadores específicos do secretariado clínico. • **Rever o painel de indicadores e os valores de referência ajustando-os ao contexto da unidade e à assimetria territorial**, com fórmulas de ponderação adequadas à realidade demográfica e incentivos sensíveis à ruralidade. • **Rever o ICU na ponderação das listas**, como a lei já prevê, validado em populações pequenas.	IDE 2027 alinhado com os resultados efetivamente obtidos em saúde e com os recursos realmente utilizados; avaliação mais justa e comparável entre unidades; proteção da relação terapêutica e eliminação de incentivos perversos; reconhecimento do contributo de toda a equipa.
4. Negociação e Plano de Ação	Processo pouco participativo e em retrocesso: pela primeira vez desde 2020/21 desce a percentagem de USF que discutiram o Plano de Ação com os órgãos de gestão da ULS — 79,2%, quase menos 10 pontos percentuais;. Quando a discussão ocorreu, 61% dos coordenadores ficaram satisfeitos.	• **Garantir que todas as USF discutem o Plano de Ação** com a Direção Clínica dos CSP, a Unidade de Gestão ou o Conselho de Administração da ULS. • **Sessões de negociação estruturadas com dados e simulações.**	Compromissos realistas e exequíveis, com o Plano de Ação discutido por todas as USF em todas as ULS.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
5. Acompanhamento	Acompanhamento irregular durante o ano: só 26,7% consideram que o acompanhamento tem vindo a melhorar e 47,7% discordam (45,1% em 2024/25). A ENA, já nomeada, surge com 3,41.	• **Acompanhamento trimestral, com reuniões de monitorização conjunta entre as USF e a ULS, semáforo e ações corretivas**, e análise dos resultados em reunião de equipa com registo das decisões. • **Acompanhamento eficaz e de proximidade das equipas pela ENA**, com presença efetiva no terreno, incluindo intervenção em caso de incumprimento reiterado da carta de compromisso. • **A Comissão de Qualidade e Segurança da ULS deve apoiar as USF que transitaram recentemente para modelo B**, com cronograma de acompanhamento e relatórios de avaliação.	Correções atempadas, metas atingidas e corresponsabilização USF–ULS; mais coordenadores a reconhecer a melhoria do acompanhamento.
6. Burocracia	Carga administrativa elevada: ter menos burocracia é prioridade para 99,4% dos coordenadores na USF do futuro. Só 34,2% estão satisfeitos com a estrutura atual do Plano de Ação, quase tantos como os insatisfeitos (32,4%), e a satisfação com a plataforma BI-CSP-PAUF desce para 43,8% (49,3% no estudo anterior). Os comentários livres apontam auditorias, relatórios e «microprojetos sem impacto», funções de peritagem e relatórios médicos para prestações sociais.	• **Simplificar as evidências pedidas e a estrutura do Plano de Ação** e automatizar as extrações dos sistemas. • **Abolir as atividades sem acréscimo de ganhos em saúde** e criar centros específicos para a emissão de atestados (); generalizar o acesso direto das entidades à informação clínica necessária, dispensando na prática a emissão de relatórios médicos para prestações sociais.	Tempo libertado para cuidados e maior satisfação com a estrutura do Plano de Ação.
7. Instrumentos de monitorização e qualidade dos dados	Instrumentos de informação com avaliação mista: a BI-CSP self-service tem 59,9% de satisfeitos (62,3% no estudo anterior); o MIM@UF tem, pela primeira vez, mais satisfeitos (39,2%) do que insatisfeitos (34,8%) e o SDM sobe para 41,1% de satisfeitos (30,8% insatisfeitos). Persistem indicadores com definição ambígua, resultados pouco acessíveis e falhas no registo dos dados.	• **Rever a lista de indicadores**, clarificando as definições e fontes de dados num manual simples e acessível. • **Publicar relatórios simplificados, automáticos e customizáveis em formato visual** (gráficos, semáforo), com dados em tempo real ou quase real (Ação A do 1.º desafio). • **Definir responsáveis locais** pela verificação dos dados e alertas automáticos para correções. • **Promover sessões práticas** de leitura e interpretação de resultados com exemplos reais das USF.	Indicadores claros e comparáveis entre USF e ULS, registos mais completos e fiáveis e maior satisfação com os instrumentos de monitorização.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
8. Incentivos Institucionais	85,7% das USF têm incentivos institucionais em dívida ou ainda não disponibilizados, uma tendência elevada e persistente, com 100% em dez ULS; 63,6% receberam a confirmação de que os incentivos ganhos em 2025 seriam disponibilizados em 2026, mas 36,4% continuam sem essa garantia. Os comentários livres referem incentivos de 2024 ainda por aplicar e utilização pela ULS à margem do plano da USF; persiste a iniquidade entre USF que recebem compensação a partir de IDE de 50% e as que só recebem a partir de 65%. Os incentivos institucionais surgem com 3,99.	• **Automatizar o cálculo e a comunicação dos incentivos institucionais** (SPMS), com execução financeira assegurada pela ACSS e pelas ULS; cativar as verbas associadas, garantir o pagamento atempado e a atribuição retroativa dos incentivos não atribuídos nos últimos anos. • **Fazer cumprir os prazos legais**: decisão da ULS sobre o Plano de Aplicação dos Incentivos Institucionais até 30 de abril e relatório de monitorização da distribuição até 31 de julho. • **Procedimentos simples, transparentes e uniformes entre ULS para a utilização dos incentivos em formação**, desenvolvimento profissional, inovação e melhoria das condições das unidades. • **Corrigir a iniquidade legal do limiar de 65% de IDE para as USF que não tinham IDG de pelo menos 60% na transição**.	Credibilidade do sistema de incentivos, reforço da autonomia das USF e equidade entre ULS: menos USF com incentivos em dívida e confirmação atempada da sua disponibilização em todas as ULS.
9. Fatores Externos ao Desempenho	Ausências prolongadas e outras causas externas à USF penalizam os resultados contratualizados: 85,0% das USF tiveram pelo menos um profissional ausente mais de 30 dias. A Portaria 411-A/2023 não prevê qualquer ajustamento do IDE por ausências.	• **Tornar mais clara a compensação do impacto das ausências prolongadas nos resultados das metas contratualizadas** (93,2% de acordo), o que exige alteração da Portaria 411-A/2023. • **Aplicar o Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial (IPDA**) para majorar os índices de desempenho prejudicados por causas externas (76,5% de acordo). • **Divulgar às USF o procedimento legal de substituição: proposta da USF à ULS no prazo de 30 dias quando a ausência ultrapassa 120 dias.**	Avaliação justa do desempenho em contextos adversos, com um mecanismo de compensação das ausências prolongadas previsto na regulamentação.

Atendimento na USF do Futuro

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Flexibilidade de Trabalho e conciliação	98,9% dos coordenadores defendem maior conciliação entre vida profissional e pessoal/familiar e 96,8% maior flexibilidade de horário.	• **Pilotos de horários flexíveis e de teletrabalho com VPN** para a atividade assistencial não presencial e a atividade não assistencial, em funções elegíveis. • **Pilotos da semana de 4 dias sem redução da carga horária semanal,** nas duas modalidades avaliadas no inquérito (horizonte 2026–2027). • **Avaliação do cumprimento do horário pela média mensal de horas previstas** (avaliação flexível e dinâmica), **em vez de uma avaliação estática do horário.**	Atração e retenção de profissionais e maior satisfação; pilotos avaliados e, se positivos, generalizados.
2. Desburocratização	99,4% dos coordenadores defendem uma USF do Futuro com menos burocracia, a prioridade mais consensual. Os comentários livres apontam a invasão da prática clínica por tarefas administrativas (auditorias, relatórios, planos, microprojetos), funções de peritagem (atestado multiuso, carta de condução) e a multiplicação de relatórios médicos para prestações sociais.	• **Reengenharia de processos e delegação no secretariado clínico das tarefas administrativas**. • **Rever, com as entidades competentes, os circuitos de peritagem** (atestado multiuso, carta de condução) e de relatórios para prestações sociais, retirando dos médicos de família o que não exige ato clínico. • **Eliminar pedidos de relatórios, planos e projetos sem impacto nos resultados em saúde**.	Mais tempo clínico útil; menos tarefas administrativas assumidas pelos profissionais de saúde.
3. Proximidade e Envolvimento dos utentes	84,4% dos coordenadores defendem maior proximidade com os utentes e 69,4% maior envolvimento dos utentes na vida da USF; a ligação formal à comunidade continua pouco desenvolvida (ver área «Ligação à Comunidade»).	• **Mecanismos de *codesign* e conselhos consultivos de utentes**, articulados com as comissões de utentes. • **Reforçar a participação dos utentes e as parcerias com a comunidade.**	Serviços mais centrados na pessoa; mais USF com estruturas de participação dos utentes.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
4. Digitalização e Inteligência Artificial	75,6% dos coordenadores querem uma USF mais digital e 85,3% mais apoio da Inteligência Artificial. O principal estrangulamento é a integração dos sistemas: apenas 22,0% concordam que as aplicações se articulam adequadamente entre si.	• **Digitalização ponta a ponta dos processos, com consentimento e segurança dos dados**, assente na interoperabilidade efetiva entre aplicações (ver área «Informatização – Sistemas de Informação»). • **Pilotos de ferramentas de Inteligência Artificial de apoio à atividade clínica e administrativa**, com avaliação de segurança e de impacto no tempo clínico (horizonte 2026–2027).	Rapidez, rastreabilidade e mais tempo clínico; ferramentas de IA validadas disponíveis nas USF.
5. Equipas Multiprofissionais	87,9% dos coordenadores defendem a integração de outras profissões da saúde na USF. O reforço de secretários clínicos reúne apoio mais moderado, embora maioritário (58,6%). A Direção da USF-AN propõe trabalhar o skill-mix, incluindo uma profissão de ponte com a comunidade (agentes comunitários de saúde / mediadores sociais).	• **Investir em recursos humanos nos CSP** (enfermeiros, médicos, secretários clínicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentistas, higienistas orais, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, optometristas, assistentes operacionais). • **Pilotos de USF com outras profissões da saúde integradas na equipa.** • **Trabalhar o skill-mix**: rever os percursos de cuidados integrados, eliminar duplicações e atribuir tarefas ao profissional mais custo-efetivo. • **Reforçar o secretariado clínico** onde a dotação é insuficiente.	Maior complementaridade da abordagem holística dos CSP e otimização dos ganhos em saúde; pilotos multiprofissionais em curso até 2027–2028.
6. Consultas presenciais e à distância	69,9% dos coordenadores preferem mais consultas presenciais do que à distância; 22,9% preferem um modelo híbrido equilibrado (22,2% em 2024/25) e 7,2% predominância de consultas à distância. Os resultados não sustentam a substituição generalizada do contacto presencial. Faltam condições: 56,4% discordam que a USF tenha o material necessário para videoconsultas.	• **Definir critérios para a aplicação das teleconsultas**, de forma a concretizar a sua utilidade, segurança e vantagens em termos de custo-benefício, preservando a centralidade da consulta presencial. • **Dotar todas as USF do material necessário para videoconsultas antes de exigir atividade não presencial**.	Respostas mais integradas no acesso aos cuidados; mais USF com o material necessário para videoconsultas (30,1% de concordância em 2025/26).

USF em zonas rurais ou de baixa densidade

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Definição de USF rural / baixa densidade	24% das USF respondentes têm pelo menos um polo em zona rural ou de baixa densidade populacional, percentagem que aumenta nas USF constituídas mais recentemente: 52% nas que iniciaram atividade desde 2024). Não existem ainda critérios totalmente definidos para classificar uma USF como de baixa densidade: a classificação assenta na apreciação de cada coordenador, e ter polos pode não ser, só por si, indicativo de ruralidade.	• **Definir critérios demográficos e geográficos oficiais para classificar USF e polos em zonas de baixa densidade**, como base da diferenciação territorial.	Classificação objetiva e reconhecida das USF de baixa densidade, aplicável em legislação, contratualização e inquérito.
2. Diferenciação Territorial na legislação, nos indicadores e na contratualização	87,4% dos coordenadores das USF com polo rural consideram que os indicadores atualmente utilizados penalizam as USF rurais (47,2% «muito», 40,2% «moderadamente»). As métricas e matrizes de contratualização estandardizadas, desenhadas numa ótica urbana, não captam o envelhecimento, a pluripatologia, o isolamento e a dispersão geográfica. Os comentários livres apontam os internamentos evitáveis como indicador injusto em populações envelhecidas, isoladas e sem apoio familiar.	• **Introduzir o princípio da Diferenciação Territorial na legislação das USF**, com métricas de carga de trabalho, indicadores e incentivos ajustados à dispersão geográfica e ao envelhecimento das populações, ancorado num modelo de gestão rigoroso, cientificamente validado e financeiramente sustentável. • **Na revisão do IDE para 2027 (fim do triénio 2024–2026), ajustar ao contexto os indicadores mais sensíveis ao território**, como os internamentos evitáveis. • **Aplicar o ICU, depois de o rever, que inclui condições socioeconómicas, morbilidade e contexto de exercício, validado também em populações pequenas.**	Menos coordenadores a considerar que os indicadores penalizam as USF rurais (87,4% em 2025/26); avaliação de desempenho mais justa.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
3. Dimensão das listas e acesso aos suplementos	Em listas muito envelhecidas, as UP ultrapassam largamente 1917, mas não se atingem os 1550 utentes exigidos cumulativamente para o suplemento de aumento de lista.; . Segundo a Direção, a exigência cumulativa é uma novidade do regime de 2023 e não tem derrogação territorial. A falta de utentes chega a impedir a abertura de novas USF. A redução ou ajustamento da dimensão das listas é a 3.ª medida mais apontada para fixar profissionais (45,7%). 78,40% dos inquiridos em USF com polo rural e 76,31% nas restantes concordam que a dimensão das listas condiciona de forma desfavorável a resposta atempada e de proximidade.	• **Alteração legislativa para que o acesso ao suplemento de aumento de lista nas zonas de baixa densidade dependa das UP «ou» do número de utentes** (e não de ambos). • **Permitir a constituição de USF em zonas de baixa densidade sem perda de rendimento e com substituição garantida** (proposta pública da USF-AN).	Equipas de zonas envelhecidas com carga reconhecida e remunerada; novas USF constituídas em territórios de baixa densidade.
4. Atração e fixação de profissionais	As ausências prolongadas sem substituição são o principal problema de recursos humanos nestas USF (30,7%), seguidas da falta de médicos (12,6%) e da elevada rotatividade (8,7%); 32,3% não identificam problema relevante. Os comentários descrevem um ciclo vicioso de não fixação (ensino pré e pós-graduado pouco descentralizado, distribuição desequilibrada de internos) e a falta de psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros de reabilitação e assistentes sociais.	• **Incentivo remuneratório específico** (65,4%) **e majoração associada à ruralidade** (48,8%); suplementos remuneratórios para fixação e retenção de profissionais em zonas carenciadas. • Compensação por deslocações (27,6%) e apoio à habitação ou alojamento (21,3%). • **Descentralizar o ensino pré e pós-graduado e equilibrar a distribuição de internos pelos territórios de baixa densidade.**	Menos ausências prolongadas sem substituição (30,7% em 2025/26) e equipas estáveis e completas nas USF de baixa densidade.
5. Acesso dos utentes e território	O envelhecimento acentuado (39,4%) e a dispersão geográfica (18,1%) são os principais fatores de ruralidade; a falta de transporte (40,2%), a baixa literacia em saúde ou digital (24,4%) e a distância à unidade ou polos (11,8%) são as principais barreiras de acesso. Os comentários referem sedes com extensões distantes, visitas domiciliárias sem material nem acesso informático, custos de deslocação para formação não compensados e dificuldade em cumprir o horário das 8h às 20h.	• **Soluções de transporte de utentes em parceria com as autarquias** e **programas de literacia em saúde e digital** dirigidos a populações envelhecidas. • **Equipar as equipas para cuidados domiciliários** com material e acesso informático remoto, e compensar as deslocações para formação. • **Negociar com a ULS a redução do período de funcionamento em função das características geodemográficas,** como a lei já permite.	Menor peso da falta de transporte e da literacia como barreiras de acesso (40,2% e 24,4% em 2025/26); cuidados domiciliários com registo clínico no momento.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
6. Sobrecarga das equipas: trabalho adicional não contabilizado e intersubstituição interna	Na comparação entre USF com e sem polo rural, a divergência acentua-se de forma expressiva no trabalho adicional não contabilizado: 80,95% dos inquiridos nas USF com polo rural (102 em 126) reportam que o esforço extra para além do horário não é contabilizado no saldo de horas, face a 59,52% (225 em 378) nas USF sem polo rural. A intersubstituição assegurada exclusivamente pela equipa em ausências superiores a 30 dias ocorre em 63,37% das USF com polo rural e em 53,47% das restantes. As vulnerabilidades estruturais são particularmente agravadas nas USF com polo rural: invisibilidade do trabalho extraordinário, forte dependência da intersubstituição interna e impacto das grandes listas sobre o acesso.	• **Contabilizar no saldo de horas todo o trabalho adicional realizado** para além do horário, com registo e compensação, com prioridade para as USF com polos rurais. • **Bolsas de profissionais para substituição atempada das ausências prolongadas nas USF com polos rurais** (Megafone); as USF devem propor a substituição à ULS no prazo de 30 dias quando a ausência ultrapassa 120 dias. • Manter a secção sobre zonas rurais no inquérito e **criar uma unidade-piloto para o interior**, com avaliação do impacto das medidas de diferenciação territorial (horizonte 2027–2028).	Trabalho adicional reconhecido e compensado e menor dependência da intersubstituição interna nas USF com polo rural.

Formação e ensino nas USF

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Estágios e ensino pré e pós-graduado	97,6% das USF acolhem estágios de formação: Alunos de Medicina em 97,3%, Alunos de Enfermagem em 96,0%, Ano Comum/Formação Geral em 90,3%, além do Internato de MGF. A formação de outros profissionais é minoritária: Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar em 35,1% (34,6% em 2024/25) e em Enfermagem Comunitária em 34,3% (37,7%); estágios profissionais para Secretários Clínicos em 11,0%. Os comentários livres apontam a falta de qualidade dos estágios hospitalares do internato de MGF dentro da ULS e um ensino pouco descentralizado, que agrava a não fixação de profissionais no interior.	• **Plano anual de estágios e mentoria em cada USF** (MGF, Medicina, Enfermagem, Secretariado Clínico), com reconhecimento do tempo e das condições que a função formativa exige. • **Alargar os estágios profissionais de secretariado clínico**, em ligação com a criação da carreira especial de técnico de secretariado clínico e com formação específica. • **Reforçar as USF como campo de estágio das especializações em Enfermagem de Saúde Familiar e Comunitária** e reconhecer a experiência em saúde familiar dos enfermeiros especialistas noutras áreas que exercem em USF. • **Garantir a qualidade dos estágios hospitalares do internato de MGF dentro das ULS** e descentralizar o ensino pré e pós-graduado para as zonas de baixa densidade.	Ambiente formativo e reserva de futuros profissionais: mais USF com estágios de secretariado clínico e de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar.
2. Tempo protegido para formação e investigação	85,2% dos coordenadores defendem tempo específico para estudo e formação no horário de 35 horas e 74,3% para investigação. Nos comentários livres, a falta de tempo para formação e investigação surge como consequência das listas sobredimensionadas; no interior, os custos de deslocação para a formação não são compensados.	• **Assegurar tempo protegido para formação e investigação** no horário de trabalho. • **Compensar as deslocações para formação nas USF de zonas de baixa densidade.**	Desenvolvimento profissional contínuo e investigação nos CSP: tempo protegido previsto no horário de trabalho.
3. Integração de novos elementos (onboarding)	A integração de novos elementos na equipa é variável. Os comentários livres relatam a mobilidade de um secretário clínico, já escolhido pela equipa, que se arrasta há 18 meses.	**Programa de integração de novos elementos**, com *checklists* por perfil profissional e avaliação aos 30, 60 e 90 dias.	Integração mais rápida e consistente; pergunta sobre a integração de novos elementos a incluir no próximo inquérito.

Opinião sobre as ULS

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Integração Assistencial	Dois anos após a generalização, apenas 23,7% dos coordenadores consideram que as ULS trouxeram melhorias para a saúde das populações. Só 30,4% reconhecem melhor articulação entre os serviços da ULS (41,0% discordam) e 29,6% maior integração dos serviços na região (39,8% discordam). A referenciação hospitalar é o 3.º problema mais prioritário (4,09) e 31,6% das USF indicam que a ULS não tem manual de articulação. Há relatos de pedidos de consulta recusados por a USF pertencer a outra ULS.	• **Mapas de percurso do utente e acordos de serviço entre unidades**, com indicadores partilhados entre CSP e hospitais. • **Manuais de Articulação atualizados em todas as ULS**, discutidos e assimilados pelas equipas e publicados com a carta de compromisso (a sua inexistência constitui incumprimento). • **Garantir o Livre Acesso e Circulação na referenciação, sem recusas por pertença a outra ULS** (recurso à ERS quando necessário). • **Passar da integração formal à integração efetiva**: integrar equipas, processos, decisões e responsabilidades, e não apenas serviços.	Aumento da concordância nas questões de integração do N1, menos USF sem manual de articulação (F4) e menor prioridade da referenciação hospitalar.
2. Coordenação com os serviços de apoio	Apenas 30,4% reconhecem melhoria na coordenação com os serviços de apoio à atividade clínica (farmácia, armazéns, etc.) e 40,5% discordam. É coerente com a logística: 82,6% das USF tiveram faltas de material básico, em 68,6% a reposição demorou 48 horas ou mais e só 24,8% consideram adequada a resposta da ULS aos problemas que dependem da sua intervenção.	• **Gestão partilhada e previsível dos consumíveis, das instalações e do equipamento essencial**, com **inventário comum ULS–USF.** • **Tempos máximos de reposição contratualizados** entre os serviços de apoio da ULS e as USF, com monitorização.	Maior concordância com a melhoria da coordenação com os serviços de apoio e menos faltas de material e tempos de reposição mais curtos.
3. Partilha de Recursos	A partilha de práticas e recursos entre USF e outros serviços da ULS é a dimensão menos desfavorável, mas sem maioria: 35,2% reconhecem melhorias e 37,4% discordam.	• **Comunidades de prática CSP–ULS e banco de recursos partilhados.** • **Divulgar e replicar experiências de USF e de regiões com bons resultados** (espaço de experimentação e divulgação de novas formas de funcionamento).	Concordância maioritária com a partilha de práticas e recursos e aprendizagem organizacional.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
4. Informação Clínica	Só 30,9% consideram que as ULS levaram a um melhor acesso à informação clínica (35,9% discordam). A interoperabilidade é o 2.º problema mais prioritário (4,19) e apenas 22,0% concordam que as aplicações se articulam adequadamente entre si. Resultados e exames não estão integrados no SClínico e surgem no RSE de forma imprevisível.	• **Interoperabilidade efetiva entre CSP, hospital e saúde pública**, assente num Registo de Saúde Eletrónico único centrado na pessoa. • **Acessos por perfis definidos e integração automática dos resultados de MCDT e rastreios no processo clínico**.	Decisão clínica melhor informada: mais concordância nesta área da melhoria do acesso à informação clínica e menor prioridade da interoperabilidade .
5. Liderança e prioridade aos CSP	57,4% dos coordenadores consideram que as lideranças das ULS não dão a devida importância aos CSP e só 20,7% concordam. As políticas de priorização dos CSP continuam no top 5 dos problemas (4,08). Os comentários livres descrevem a integração como uma absorção dos CSP por uma lógica hospitalar.	• **Representação formal dos CSP nas decisões do Conselho de Administração e gabinetes de apoio às USF**. • **Estrutura de gestão e orçamento específicos e estanques para os CSP** em cada ULS. • **Rever o modelo ULS**: manter as ULS com duas áreas separadas e o mesmo nível de autonomia (CSP e hospitais), opção apoiada por 75,3% dos coordenadores (C2), adaptando-o às realidades locais.	Inversão do saldo na questão «As lideranças das ULS estão a dar a devida importância aos CSP?» e menor prioridade das políticas de priorização dos CSP.
6. Estruturas de governação dos CSP: da existência à efetividade	A arquitetura formal está maioritariamente instalada: Adjuntos do Diretor Clínico dos CSP (93,8%), Unidade de Gestão (93,0%) e Conselho Clínico e de Saúde (81,4%; 11,3% «não»; 7,3% «desconheço»). Onde não existem, a sua necessidade é clara: 96,3% defendem uma Unidade de Gestão, 84,3% um CCS e 81,0% Adjuntos. A existência formal ainda não se traduz em influência percebida dos CSP (ver domínio 5).	• **Garantir Conselho Clínico e de Saúde, Unidade(s) de Gestão e Adjuntos do Diretor Clínico dos CSP em todas as ULS**, com competências, regimento e canais de participação definidos. • **Dar às estruturas de governação dos CSP voz e capacidade de decisão efetiva** nas decisões da ULS. • **Tornar conhecidas das equipas a composição, a agenda e as decisões destas estruturas.**	Reconhecimento generalizado destas estruturas pelos coordenadores, maior satisfação com as Comissões Clínicas e de Saúde (36,2% de satisfação, 49,2% neutros) e influência percebida dos CSP.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
7. Comunicação Interna	Os canais e o retorno entre níveis são irregulares: 7,3% desconhecem a existência do CCS e 4,1% a da Unidade de Gestão. A relação da USF com a governação da ULS tem prioridade de 3,81. Os comentários livres referem decisões unilaterais dos Conselhos de Administração sobre a organização interna das USF, sem ouvir os coordenadores, e uma comunicação quase inexistente com a direção clínica dos CSP em algumas ULS.	• **Rituais de comunicação entre níveis e relatórios de decisão**. • **Canais formais e periódicos de comunicação** entre o Conselho de Administração, as Direções Clínicas dos CSP e os coordenadores das USF, envolvendo estes na definição das políticas da ULS. • **Gabinetes de mediação e gestão de conflitos em cada ULS**.	Alinhamento e execução coordenada; menor prioridade da «Relação da USF com a governação da ULS» e fim do desconhecimento das estruturas.

Perceção sobre o desempenho da USF

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Qualidade e segurança percecionadas	A perceção de desempenho mantém-se favorável, mas recua: 61,7% concordam que a qualidade dos serviços é atualmente a melhor de sempre (64,6% em 2024/25) e 16,1% discordam; 74,1% consideram que a qualidade geral do serviço está a melhorar (77,4%) e 63,5% que a segurança dos utentes está a melhorar (66,6%). Os instrumentos para consolidar e medir as melhorias estão pouco difundidos: 23,4% das USF realizaram ou iniciaram a acreditação, 55,6% têm manuais de boas práticas para todas as áreas importantes e 52,0% dos coordenadores desconhecem se a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente da ULS integra profissionais dos CSP.	• **Planos de estabilização das melhorias alcançadas em cada USF**, com indicadores de segurança do doente e acompanhamento da notificação de incidentes, partilhados entre a USF e a ULS. • **Apoiar a acreditação e os instrumentos de qualidade organizacional através das Comissões de Qualidade e Segurança das ULS**, com participação efetiva dos CSP. • **Complementar a perceção dos coordenadores com indicadores objetivos de qualidade e segurança por USF**, devolvidos às equipas.	Sustentação das boas práticas e cultura de segurança ativa: retoma da subida da concordância nestas áreas mais USF acreditadas ou em acreditação.
2. Reclamações e feedback dos utentes	64,3% dos coordenadores concordam que a USF está a receber menos reclamações (65,8% em 2024/25) e 13,5% discordam (12,8%). A avaliação externa da satisfação dos utentes abrange 78,9% das USF.	• **Reunir trimestralmente os temas recorrentes das reclamações** (e dos elogios), por USF e por ULS, e definir medidas corretivas com devolução às equipas. • **Generalizar a avaliação externa da satisfação dos utentes**, com devolução dos resultados e plano de ação na unidade.	Redução de falhas repetidas e maior confiança dos utentes; avaliação externa da satisfação dos utentes em todas as USF.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
3. Dimensão das listas e acesso atempado	76,0% dos coordenadores concordam que a dimensão atual das listas de utentes condiciona o acesso atempado e a resposta às necessidades. A dimensão da lista regressa ao top 5 dos problemas a resolver (4,07). Os comentários livres associam as listas sobredimensionadas ao mínimo de 1550 utentes (DL 103/2023), a uma ponderação por idade que não capta a complexidade e à falta de tempo para formação e investigação.	• **Rever o IDE e a ponderação das listas de utentes**, privilegiando indicadores clinicamente pertinentes e controláveis pelas equipas. • **Dar condições para que cada micro-equipa mantenha o foco na sua lista de utentes**, retirando das USF tarefas sem ganhos em saúde. • **Aplicar a diferenciação territorial** (zonas de baixa densidade e zonas urbanas de grande pressão assistencial) **à dimensão das listas, aos indicadores e aos incentivos.** • **Estudar a ponderação das listas pela complexidade dos utentes (ICU revisto)**, tendo em conta que a proposta não é consensual entre os coordenadores.	Listas ajustadas à capacidade e à complexidade assistencial: melhorias dos scores nesta área e descida da dimensão na lista de prioridades.

Semáforo das ULS na Avenida das USF

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
1. Governação e liderança	Score médio da Área 1 de 43,5%. 57,4% dos coordenadores consideram que as lideranças das ULS não dão a devida importância aos CSP e só 23,7% veem melhorias para a saúde das populações. As estruturas de governação dos CSP estão maioritariamente instaladas (Adjuntos 93,8%; Unidades de Gestão 93,0%; Conselho Clínico e de Saúde 81,4%), mas sem influência percebida nas decisões da ULS.	• **Consolidar a estrutura organizacional das ULS para os CSP** (Diretor Clínico, Adjuntos, Conselho Clínico e de Saúde, Comissões e Unidades de Gestão), com competências claras, voz e capacidade de decisão, representatividade e atuação transversal. • **Representação efetiva e equilibrada dos CSP nos órgãos de decisão das ULS**, evoluindo para um modelo com duas áreas (CSP e hospitais) com o mesmo nível de autonomia, defendido por 75,3% dos coordenadores. • **Escolher os titulares de cargos de chefia pela sua competência, em contexto de concurso público**. • **Promover formação em governação clínica integrada.**	Liderança integrada e foco estratégico nos cuidados primários: subida do score médio desta área.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
2. Comunicação e articulação	A Comunicação e Articulação é uma das áreas mais frágeis (score médio de 37,2%).. 31,6% das USF referem que a sua ULS não tem manual de articulação, a referenciação hospitalar é o 3.º problema mais prioritário (4,09) e só 30,4% reconhecem melhorias na articulação entre os serviços da ULS.	• **Canais formais, bidirecionais e periódicos de comunicação** entre os Conselhos de Administração, as Direções Clínicas dos CSP e os coordenadores das USF, como reuniões regulares de alinhamento estratégico. • **Manuais de Articulação em todas as ULS**, discutidos e assimilados pelas equipas, que traduzam fluxos reais entre níveis de cuidados, com particular atenção à referenciação hospitalar, e publicados com a carta de compromisso. • **Indicadores partilhados entre CSP e hospitais**. • **Aumentar a proximidade, a escuta ativa e o acompanhamento no terreno das USF por parte das ULS**.	Integração efetiva entre níveis de cuidados: manual de articulação em todas as ULS, subida do score médio desta área e descida da referenciação hospitalar na lista de prioridades.
3. Autonomia, planeamento e contratualização	Score médio da Área 3 de 58,4%, uma das áreas relativamente menos penalizadas. A nível nacional, desce pela primeira vez desde 2020/21 a discussão do Plano de Ação com a ULS (79,2%); quando ocorreu, 61% ficaram satisfeitos; 55,6% consideram que a ULS respeita a autonomia da USF; 63,6% receberam confirmação de que os incentivos institucionais ganhos em 2025 seriam disponibilizados em 2026.	• **Estrutura de gestão e de apoio e orçamentos específicos para os CSP dentro das ULS**, com autonomia de gestão e financeira (84,5% defendem mais autonomia para os órgãos de gestão dos CSP). • **Garantir o pagamento atempado dos incentivos institucionais**, evitando o efeito desmotivador da sua não utilização. • **Integrar a contratualização numa lógica de melhoria contínua, com acompanhamento trimestral e reuniões de monitorização conjunta** entre as USF e a ULS.	Capacidade de decisão e gestão local fortalecida: Plano de Ação discutido em todas as USF, mais respeito pela autonomia e confirmação dos incentivos institucionais em todas as ULS.
4. Condições operacionais e recursos	As Condições Operacionais e Recursos são a área mais frágil do conjunto (score médio de 30,9%). A nível nacional, 82,6% das USF registaram faltas de material básico e só 24,8% dos coordenadores consideram adequada a resposta da ULS aos problemas que dependem da sua intervenção.	**Melhorar a articulação logística entre os CSP e a ULS**, com inventário partilhado de recursos críticos e gestão coordenada e previsível de consumíveis, instalações e equipamento essencial.	Previsibilidade no aprovisionamento: menos USF com faltas de material e melhor avaliação da resposta da ULS.

Domínio	Problema Identificado	Proposta de Melhoria / Intervenção Estrutural	Resultado Esperado
5. Recursos humanos e condições de trabalho	Área nova do Semáforo, com o score médio mais alto (65,0%), mas com equipas sob pressão: a nível nacional, em 59,4% das USF o trabalho para além do horário oficial não é contabilizado no saldo de horas; faltam em média 0,91 médicos, 0,79 enfermeiros e 0,71 secretários clínicos por USF; e 41,0% dos coordenadores consideram que não é possível um equilíbrio saudável entre trabalho e vida pessoal na maior parte do tempo ou nunca.	**Reforçar as políticas de gestão de recursos humanos das ULS:** défice de profissionais, mecanismos de substituição temporária ou definitiva e contabilização das horas para além do horário oficial, para preservar a sustentabilidade das equipas e a conciliação.	Equipas completas e sustentáveis: menos USF com trabalho adicional não contabilizado e menor carência média por grupo profissional.
6. Monitorização comparativa e transparência	Elevada heterogeneidade entre ULS. Várias ULS no topo e na base assentam em amostras de 1 a 6 respondentes. O modelo ULS está a ser aplicado de forma assimétrica e não há um painel público e regular de resultados das USF e das ULS que permita aprender com essa variação.	• **Painel público de indicadores-chave das USF e das ULS**, simples e atualizado, com benchmarking real e consequências claras. • **Publicar a metodologia do Semáforo**: sentido de cada indicador e número mínimo de respondentes por ULS. • **Estudar as ULS com melhores resultados e divulgar as soluções**; reuniões regulares de melhoria e partilha de boas práticas entre USF e serviços. • **Fomentar uma cultura de transparência e desburocratização, com automatização de processos**.	Transparência, responsabilização e reconhecimento das equipas: Semáforo publicado anualmente e menor dispersão entre ULS.

Todos têm de estar empenhados neste esforço coletivo

para uma melhor Saúde

para

todos.

USF-AN
Portugal, 14 de outubro de 2026

