

# Pulse Check: Monitorização de Unidades de Saúde Familiares em Portugal

Marco Antonio Catussi Paschoalotto<sup>1,2</sup>, Joana Cima<sup>1,3</sup> & Bruno Pires Fernandes<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Escola de Economia, Gestão e Ciência Política, Universidade do Minho, <sup>2</sup>Centro de Investigação em Ciência Política (CICP), <sup>3</sup>Núcleo de Investigação em Políticas Económicas e Empresariais (NIPE)

## Mensagens-chave

- A transição para USF-B aumenta a atividade assistencial no curto prazo, mas não mostra ganhos consistentes em despesa com medicamentos e MCDT.
- Há forte apoio a Gestão da Saúde, Gestão da Doença e Acesso; há menor aceitação para internamentos evitáveis e métricas financeiras per capita.
- A opção recomendada é um IDE 2.0, com prevenção, coordenação de cuidados e BI com lente de equidade.

## Sumário Executivo

**Problema:** O Índice de Desempenho da Equipa (IDE) condiciona incentivos financeiros e a gestão das Unidades de Saúde Familiar (USF). A criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) e a transição de USF-A para USF-B exigem um **IDE mais focado em resultados, equidade e integração de cuidados**. O projeto *Pulse Check* foi concebido para apoiar esta atualização.

**Principais resultados:** **1)** a transição para USF-B associa-se a ganhos iniciais na atividade assistencial (consultas médicas e de enfermagem), sem efeitos consistentes na despesa com medicamentos/MCDT; a sustentabilidade no tempo é incerta e há heterogeneidade entre métodos/locais; **2)** maior concordância com manter Gestão da Saúde (84%) e Gestão da Doença (83%); Acesso (74%) é consensual; Integração de Cuidados (61%) e, sobretudo, Qualificação da Prescrição (41%) têm menor aceitação. Indicadores mais valorizados: rastreio do colo do útero (92%), vigilância infantil (1.º ano 92%; 2.º ano 88%) e diabetes - avaliação do risco de úlcera do pé (94%). Menor aceitação: internamentos evitáveis (17%), prescrição de MCDT/medicamentos por utente padrão (17%); **3)** IDE útil como ferramenta de monitorização mas que necessita de correções para mitigar riscos atuais; e **4)** já existe BI que mapeia UCC/UCSP/USF-A/USF-B no tempo e território, acompanha IDE por dimensão/indicador e é sensível às alterações introduzidas pelo DL n.º 102/2023; Pontos a melhorar: ver diferenças sociodemográficas por ULS (idade, dependência) e contexto urbano/rural, para leitura de desempenho com lente de equidade.

**Principais políticas alternativas e recomendações:** **a)** IDE 2.0: reforçar prevenção e gestão da doença; reformular Integração de Cuidados (substituir “internamentos evitáveis” por métricas de coordenação/continuidade) e rever Qualificação da Prescrição (ajuste por risco/caso-misto e critérios de adequação); **b)** Medir o que importa ao utente e à equipa: introduzir tempo de resposta e resolatividade com feedback entre níveis; e **c)** BI para gestão e equidade: desagregar por ULS/NUTS III, idade/índice de dependência, urbano/rural, com “semáforo” e drill-down.

**Destinatários:** Ministério da Saúde, DGS, ACSS, ULSs e PLANAPP.

## Introdução

O IDE estrutura a contratualização e a remuneração por desempenho nas USF, alinhadas à Portaria n.º 411-A/2023 (Anexo II) (Portugal, Portaria 411-A/2023) e à reorganização em ULS (Portugal, DL 103/2023; Portugal, DL 102/2023). A reforma organizacional em curso (ULS) e a migração de USF-A para USF-B tornaram premente alinhar o IDE com resultados clínicos, experiência do utente e integração de cuidados, preservando

comparabilidade e foco em equidade territorial (OECD, 2024; Papanicolas et al., 2022). O Pulse Check foi desenhado com integração das quatro frentes do projeto – (i) análise econométrica da transição USF-A→USF-B, (ii) inquérito Qualtrics aos profissionais, (iii) 11 entrevistas semiestruturadas a coordenadores/as de USF, e (iv) avaliação funcional das plataformas BI dos CSP.

## Análise e Principais Resultados

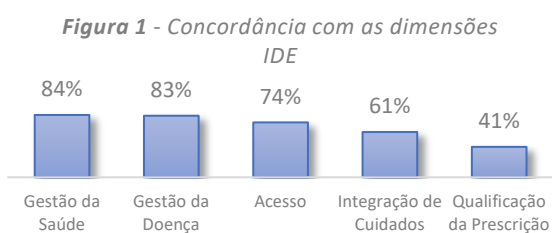
### Impacto da transição para USF-B

A estratégia empírica combinou event study com estimador de Callaway & Sant’Anna para tratamentos escalonados. Os principais resultados demonstram: **aumento imediato da atividade assistencial** (consultas médicas e de enfermagem) após a mudança de modelo; efeitos não consistentes na despesa média com medicamentos e MCDT; heterogeneidade e atenuação a médio prazo, carecendo de análise de robustez e recorte urbano/rural.

**Implicação:** ganhos de capacidade/atividade não se traduzem automaticamente em racionalização económica; é necessário refinar incentivos e métricas.

### Percepção dos Profissionais

A amostra: 351 respostas para dimensões e 281 para indicadores e caracterização. Há maior concordância em manter Gestão da Saúde (~84%) e Gestão da Doença (~83%); Acesso com aceitação maioritária (~74%); e menor apoio à Integração de Cuidados (~61%) e, sobretudo, à Qualificação da Prescrição

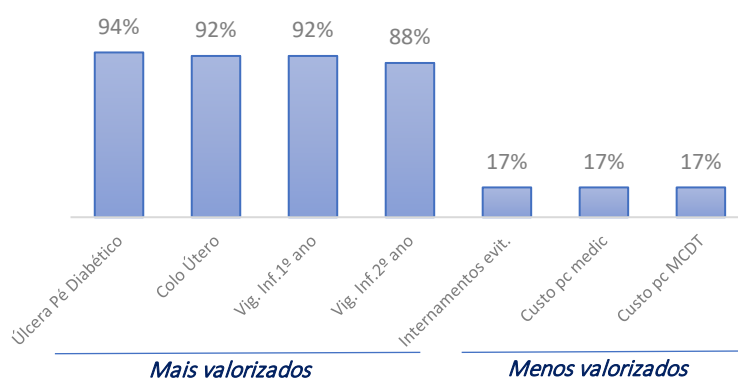


(~41%).

**Indicadores mais valorizados:** rastreio do colo do útero (~92%), vigilância infantil (1.º ano

~92%; 2.º ano ~88%) e diabetes—avaliação do risco de úlcera do pé (~94%).

Figura 2 - Indicadores mais e menos valorizados



**Indicadores com menor aceitação:** internamentos evitáveis (~17%) e custos per capita de MCDT/medicação (~17%).

### Sugestões qualitativas recorrentes

*incluir tempo de espera (p. ex., consulta programada em 5 dias), experiência/satisfação de utentes e profissionais, humanização/personalização, formação/produção científica, indicadores do secretariado clínico, lentes de vulnerabilidade (socioeconómica, imigração) e pesos mais adequados entre indicadores*

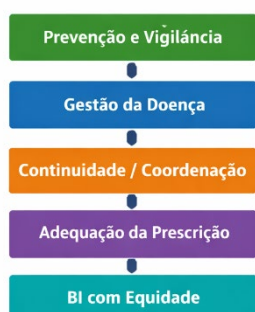
**Leitura:** os profissionais privilegiam prevenção e vigilância; contestam métricas financeiras

brutas (prescrição per capita) e resultados distais (internamentos evitáveis) quando usados como *proxies* de integração sem ajuste por risco.

### Percepção gerencial

O IDE é útil como **ferramenta de foco e detecção de desvios**, mas coordenadores(as) alertam para **(i)** risco de “gestão pelo indicador”, **(ii)** necessidade de ajuste por risco e contexto (urbano/rural e disponibilidade de especialidades), e **(iii)** cautela com métricas financeiras brutas.

Figura 3 - IDE 2.0: Prioridades



### Plataformas de BI

Os painéis existentes permitem acompanhar IDE por dimensão/indicador e caracterização demográfica; **recomenda-se reorganização em cinco áreas** (Nacional; ULS; Comparador; Matriz; Legislação), “semáforo IDE” com drill-down até USF e lente de equidade (ULS/NUTS III, idade/índice de dependência, urbano/rural).

**Ponto crítico:** para decisões com foco em equidade, o BI deve realçar diferenças sociodemográficas por ULS e contexto urbano/rural, possibilitando metas/ajustes locais.

## Políticas Alternativas e Recomendações

### Políticas Alternativas

A1 — Manter o IDE atual, com ajustes incrementais. **Prós:** continuidade e comparabilidade. **Contras:** desalinhamento com evidência e baixa aceitação de partes do índice.

A2 — IDE 2.0 (recomendado): reforça Gestão da Saúde/Doença, reformula Integração (continuidade/coordenação mensurável) e revê Qualificação da Prescrição (adequação clínica e ajuste por caso-misto). **Prós:** foca resultados com equidade; maior legitimidade profissional. **Contras:** exige transição e capacitação.

A3 – “Núcleo + Local”: 10 indicadores-núcleo nacionais + módulo local (até 20%) definido por cada ULS/ACES. **Prós:** pertinência territorial. **Contras:** risco de heterogeneidade excessiva sem salvaguardas.

### Recomendações

- 1) Reformular Integração de Cuidados substituindo internamentos evitáveis por métricas de continuidade/coordenação (resolutividade na USF; contrarreferência ≤30 dias; consulta pós-alta ≤7 dias; planos de cuidados partilhados);
- 2) Rever Qualificação da Prescrição — trocar custos per capita por indicadores de adequação clínica com case-mix;
- 3) Consolidar Gestão da Saúde/Doença (prevenção e vigilância com maior aceitação) e atualizar indicadores com baixa pertinência;
- 4) Reforçar Acesso com métricas operacionais (tempo para consulta programada, SLA de atendimento, no-show), mantendo receituário ≤3 dias úteis;
- 5) Acrescentar módulo de Experiência e Humanização (PREMs e bem-estar das equipas);

6) BI para equidade e gestão (metadados, transparência, exportações, séries pré/pós DL 102/2023);

7) 7) Implementação faseada com piloto(s) e revisão anual participada dos indicadores.

## Conclusões

---

A evidência indica que a mudança para USF-B aumenta a capacidade assistencial no curto prazo, mas não basta para garantir valor e integração. O IDE 2.0, ancorado em prevenção, gestão da doença, tempos de resposta e

coordenação de cuidados, com BI orientado para a equidade, é o caminho mais sólido para alocar incentivos ao que importa e reduzir assimetrias territoriais.

## Referências

---

- [1.] OECD. (2024). Rethinking Health System Performance Assessment. Organisation for Economic Co-operation and Development. Disponível em: [https://www.oecd.org/en/publications/rethinking-health-system-performance-assessment\\_107182c8-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/rethinking-health-system-performance-assessment_107182c8-en.html)
- [2.] Papanicolas, I., Karanikolos, M., Reichebner, C., Cylus, J., & Figueras, J. (2022). Health system performance assessment: A framework for policy analysis. World Health Organisation & European Observatory on Health Systems and Policies. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352686>
- [3.] Portugal. (2023, 7 de novembro). Decreto-Lei n.º 102/2023 (Criação das Unidades Locais de Saúde). Diário da República, 1.ª série, n.º 215. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- [4.] Portugal. (2023, 7 de novembro). Decreto-Lei n.º 103/2023 (Regime jurídico de dedicação plena e regime das USF). Diário da República, 1.ª série, n.º 215. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- [5.] Portugal. (2023, 5 de dezembro). Portaria n.º 411-A/2023 (Regula o Índice de Desempenho da Equipa das USF-B e incentivos institucionais). Diário da República, 1.ª série, n.º 239. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/411-a-2023-225265452>



### COMO CITAR ESTE DOCUMENTO

Paschoalotto, M. A. C., Cima, J., & Fernandes, B. P. (2026). *Pulse Check: Monitorização de Unidades de Saúde Familiares em Portugal*, S4P-23 Policy Brief 5659/2023. PLANAPP – Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas.

### CONTACTO

[science4policy@planapp.gov.pt](mailto:science4policy@planapp.gov.pt)

### COPYRIGHT

© PLANAPP, 2026



[Ciência para as políticas públicas](#)



[PLANAPP](#)



[Newsletter](#)



[PLANAPP](#)



[@planapp](#)



[PLANAPP podcasts](#)



Universidade do Minho  
Escola de Economia, Gestão  
e Ciência Política

Este *policy brief* foi desenvolvido no âmbito do Science4Policy 2024 (S4P-24): Concurso de Estudos de Ciência para as Políticas Públicas, uma iniciativa do Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas (PLANAPP), em parceria com a Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), financiada pelo Plano de Recuperação e Resiliência de Portugal. Linha temática S4P-24/01: As Pessoas Primeiro / Monitorização e avaliação de Unidades de Saúde Familiares.