

ERS



ESTUDOS

JUNHO DE 2026

O IMPACTO DO PROJETO “LIGUE ANTES, SALVE VIDAS” NO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE



Ficha Técnica

Título: O impacto do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” no acesso a cuidados de saúde

Editor: Entidade Reguladora da Saúde
Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 Porto
e-mail: geral@ers.pt | telef.: 222 092 350 | fax: 222 092 351 | website:
www.ers.pt

Elaborado por: Departamento de Estudos e Avaliação em Saúde

Data: junho de 2026

Aprovado pelo Conselho de Administração em 09/072026



Índice

Sumário Executivo	5
1. Introdução.....	8
2. Enquadramento	12
2.1. Direito à proteção da saúde	12
2.2. Direito de acesso universal e adequação dos cuidados de saúde.....	14
2.3. Projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”.....	17
3. Intervenção regulatória	23
4. Linha SNS 24	31
4.1. Atividade operacional.....	31
4.2. Adequação da orientação clínica	35
5. Impacto no acesso.....	37
5.1. Cuidados de Saúde Primários	37
5.2. Serviços de Urgência.....	38
6. Conclusões.....	47



Índice de abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

CAC – Centro de Atendimento Clínico

CODU – Centros de Orientação de Doentes Urgentes

CRP – Constituição da República Portuguesa

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DE-SNS – Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LBS – Lei de Bases da Saúde

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SNS24 – SNS 24-Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.

SU – Serviço de Urgência

TM – Triagem de Manchester

UF – Unidade Funcional

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar



Sumário Executivo

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, os serviços de urgência (SU) destinam-se à prestação de cuidados de saúde urgentes ou emergentes, competindo aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), através de mecanismos de atendimento rápido não programado, garantir a acessibilidade necessária ao atendimento de situações agudas não urgentes. No entanto, em Portugal, a utilização dos SU por iniciativa própria dos utentes e para situações de baixa prioridade clínica continua a representar uma dimensão relevante da atividade assistencial no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Neste contexto, em 2023, a Direção-Executiva do SNS (DE-SNS) deu início à implementação do projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas”, com o objetivo de promover o contacto prévio com a Linha SNS 24, reforçar a triagem clínica, melhorar o encaminhamento dos utentes e contribuir para uma utilização mais adequada dos diferentes níveis de cuidados.

Considerando as alterações introduzidas pelo referido projeto-piloto, e os constrangimentos no acesso a cuidados de saúde trazidos ao conhecimento da ERS, esta Entidade Reguladora realizou um estudo com o objetivo de avaliar o impacto do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, com particular enfoque nos padrões de acesso aos SU.

De acordo com os dados analisados, concluiu-se que, entre 2024 e 2025, o número de chamadas telefónicas atendidas pelo Serviço de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento (STAE) aumentou 58,9%, evidenciando uma maior centralidade do papel da Linha SNS 24 no acesso dos utentes ao SNS. Este crescimento foi, contudo, acompanhado por um agravamento dos tempos para atendimento telefónico, com um aumento expressivo das chamadas com espera superior a 30 minutos.

Ao nível da orientação clínica, em 2025 observou-se um reforço dos encaminhamentos para CSP e uma redução dos encaminhamentos para autocuidados, face a 2024. Embora a maioria dos encaminhamentos para CSP tenha resultado em agendamento de consulta, os dados revelam alterações na



forma de resposta, com redução da proporção de episódios com agendamento de consulta aberta e aumento das situações resolvidas com recurso a teleconsulta, dos episódios sem agendamento por constrangimentos técnicos e das recusas dos utentes.

No que respeita aos encaminhamentos para cuidados de saúde hospitalares (CSH), os níveis de referenciação para SU ou consulta aberta hospitalar permaneceram muito elevados. As situações de recusa dos utentes e de ausência de referenciação por constrangimentos técnicos aumentaram em 2025, mas mantiveram expressão residual.

A análise da articulação entre níveis de cuidados sugere uma elevada adequação dos encaminhamentos da Linha SNS 24 para CSP, dado que apenas uma proporção muito reduzida das consultas não programadas com origem na Linha culminou em referenciação subsequente para SU, em 2025. Em sentido inverso, observou-se um aumento dos episódios referenciados para SU que, após triagem hospitalar, foram reencaminhados para CSP, sobretudo entre episódios classificados como “Pouco Urgente” e “Não Urgente”.

Os CSP registaram um aumento significativo da atividade associada a consultas não programadas, em 2025. Apesar da Linha SNS 24 se manter como principal via de encaminhamento, em 2025, verificou-se uma redução gradual do seu peso relativo no total de consultas não programadas, acompanhada por um aumento dos episódios agendados diretamente pelos utentes ou por outras vias, face a 2024. Mesmo perante este aumento da procura, os CSP mantiveram tempos de resposta reduzidos, com mais de 90% das consultas realizadas em menos de 24 horas após referenciação, em 2025.

Relativamente aos SU, os dados evidenciam uma alteração do padrão de acesso. Entre o primeiro trimestre de 2024 e o último trimestre de 2025, reduziu-se a proporção de episódios por iniciativa do utente e aumentou a proporção de episódios com origem na Linha SNS 24. Em 2025, observou-se ainda uma redução global dos episódios de urgência, face a 2024, verificada sobretudo nas prioridades clínicas de menor gravidade. Apesar desta evolução, os episódios classificados como “Pouco Urgente” e “Não Urgente” continuaram a representar



uma proporção relevante da atividade dos SU em 2025. Os resultados sugerem, assim, uma alteração da procura, com maior peso relativo dos episódios de prioridade mais elevada, mas mantendo-se uma utilização significativa dos SU para situações de menor prioridade clínica.

A análise econométrica realizada aponta para uma redução da percentagem de episódios de baixa prioridade clínica nas entidades abrangidas pelo projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” em comparação com o grupo de entidades não abrangidas. A análise sugere efeitos diferenciados entre entidades, com base no momento de implementação do projeto, tanto na magnitude como na significância estatística das estimativas.

Em termos globais, os resultados indicam que o projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” esteve associado a alterações relevantes nos padrões de acesso ao SNS, com maior utilização da Linha SNS 24, maior encaminhamento para CSP e redução relativa da procura de SU por iniciativa dos utentes.

A análise sistemática das reclamações rececionadas pela ERS, permitiu identificar padrões recorrentes de constrangimentos na operacionalização do projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas”, evidenciando a necessidade de uma intervenção regulatória acrescida.

Nesse contexto, e ao abrigo das suas atribuições e competências legais, a ERS emitiu uma instrução à SPMS que incidiu designadamente sobre a qualidade e efetividade da referenciação, a articulação operacional do modelo e a capacidade de resposta da Linha SNS 24 em períodos de pressão assistencial acrescida. Foi ainda emitida uma recomendação às 27 ULS abrangidas pelo projeto, com vista ao com foco no cumprimento das regras de acesso associadas ao projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, garantindo que os mecanismos de referenciação prévia não constituam um obstáculo ao acesso dos utentes a cuidados de saúde adequados, integrados e prestados em tempo clinicamente aceitável.



1. Introdução

De acordo com o Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de março, os SU são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas, estabelecendo o mesmo Despacho que se consideram situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata.

Nos termos do disposto no artigo 18.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, “[t]odos os utentes em situações de urgência e/ou emergência de foro de saúde devem procurar a entrada no SIEM [Sistema Integrado de Emergência Médica] e nos diferentes serviços que o sistema nacional de saúde disponibiliza para abordagem e tratamento de situações agudas, urgentes ou emergentes, através dos sistemas telefónicos centrais de triagem, orientação e aconselhamento de doentes disponibilizados, nomeadamente os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, e a Linha Saúde 24, da Direção-Geral da Saúde”. Acresce que o referido Despacho estabelece ainda que compete aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), através de mecanismos de atendimento rápido não programado, garantir a acessibilidade necessária ao atendimento de situações agudas não urgentes.

Em Portugal verifica-se que uma parte significativa de utentes acede aos SU do SNS por iniciativa própria, apresentando uma prioridade clínica considerada pouco ou não urgente¹. Em concreto, e de acordo com um estudo realizado pela ERS em 2025 sobre o acesso de utentes a SU², no primeiro semestre de 2024, 64,4% dos episódios de urgência resultaram de iniciativa do utente e 39,7% dos episódios foram considerados pouco urgentes ou não urgentes.

¹ De acordo com o definido na Triagem de Manchester, consideram-se situações pouco ou não urgentes as que resultam na triagem de utentes com pulseiras verdes e azuis, respetivamente.

² Estudo disponível para consulta em: <https://www.ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/estudos/lista-de-estudos/estudo-acesso-aos-servicos-de-urgencia-do-servico-nacional-de-saude/>



Neste sentido, e com o objetivo de promover a triagem e o correto encaminhamento dos utentes, em maio de 2023, a DE-SNS implementou no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E. (CHPVVC) – atual Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E. – o projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas”. De acordo com o Comunicado de 24 de maio de 2023³, da DE-SNS, o referido projeto incluía medidas no âmbito da literacia em saúde, que pretendiam reforçar a utilização preferencial do contacto com a Linha SNS 24 como entrada no SNS, permitindo aumentar a satisfação dos utentes e profissionais, pela possibilidade de organização e gestão dos serviços de saúde disponíveis para a resposta à doença aguda, através de um encaminhamento adequado, tendo por base as seguintes opções: autocuidados em domicílio, consulta aberta em cuidados de saúde primários (com consulta agendada no mesmo dia ou no dia seguinte) e SU.

Deste modo, em 15 de dezembro foi publicada a Portaria n.º 438/2023, que procedeu à definição das condições de implementação da segunda fase do projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas” na área de abrangência do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Póvoa de Varzim/Vila do Conde, determinando que o acesso aos cuidados de saúde hospitalares do SNS deve ser precedido de referenciação através de um dos seguintes meios: CODU do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), SNS 24 - Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS 24), CSP, profissional de saúde médico, com informação clínica assinada ou outra instituição de saúde. A Portaria define ainda que, no caso de utentes adultos que acorram ao SU sem referenciação prévia, deve ser assegurado um meio de contacto com o SNS 24 para efeitos de correta referenciação, através do serviço administrativo e de disponibilização de telefone instalado no local. Já no caso de os utentes recusarem ou não ser possível o encaminhamento através do SNS 24, deve ser assegurada a sua inscrição no SU e posterior triagem de acordo com o sistema de triagem de Manchester (TM).

³ Disponível em https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/24-05-2023_COMUNICADO-DE-SNS.pdf.



Tendo em conta os resultados obtidos, nos meses seguintes, o projeto foi alargado a várias Unidades Locais de Saúde (ULS), estando atualmente implementado em 27 das 39 ULS, abrangendo 58 SU.

Assim, e considerando que a ERS tem tomado conhecimento de reclamações sobre alegados constrangimentos no acesso a cuidados de saúde após encaminhamento pela Linha SNS 24, e que o referido projeto-piloto já se encontra implementado, em 27 ULS, considerou-se oportuno analisar o seu funcionamento e o impacto no acesso a cuidados de saúde. Concretamente, com este estudo pretende-se avaliar a eficácia das medidas implementadas para reduzir a utilização inapropriada dos SU, bem como para reduzir o tempo de espera para atendimento. Por outro lado, pretende-se avaliar o impacto do projeto na atividade dos CSP.

O presente estudo encontra-se dividido em seis capítulos, sendo o primeiro introdutório. No capítulo dois é realizado o enquadramento jurídico do tema, com referência ao direito à proteção da saúde e ao direito de acesso a cuidados de saúde no âmbito do SNS, sendo também detalhada a implementação do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”.

O capítulo três é dedicado à análise da intervenção da ERS sobre esta temática, pretendendo-se aferir, através da análise das reclamações, quais os principais constrangimentos e problemas sentidos pelos utentes no acesso a cuidados de saúde após referenciação pela Linha SNS 24.

O capítulo quatro analisa a atividade da Linha SNS 24 em 2024 e 2025, concretamente do STAE, no âmbito do qual se insere a atividade relacionada com o projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, com vista à avaliação da evolução dos atendimentos e das referenciações realizadas.

No capítulo cinco avalia-se o impacto da implementação do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” na atividade do SNS, nomeadamente dos SU e das Unidades Funcionais (UF) dos CSP, em 2024 e 2025. Relativamente aos CSP, analisa-se o número de utentes atendidos em consulta aberta após referenciação pela Linha SNS 24 e o tempo decorrido entre a marcação da consulta e a realização da mesma. No que respeita aos SU, analisa-se a evolução no número de



episódios de urgência e compara-se a evolução dos episódios de menor prioridade clínica nas entidades abrangidas e não abrangidas pelo projeto.

No último capítulo são apresentados os principais resultados e conclusões obtidos, com sinalização dos principais problemas identificados.



2. Enquadramento

2.1. Direito à proteção da saúde

Consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), e inserido no Capítulo II (“Direitos e deveres sociais”) do Título III (“Direitos e deveres económicos, sociais e culturais”) da Parte I (“Direitos e deveres fundamentais”), o direito à proteção da saúde assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da “realização da democracia (...) social” (artigo 2.º da CRP).

Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, “[p]ara assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado (...) [g]arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (cfr. alínea a)) e “[d]isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade” (cfr. alínea d)).

Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, onde se esclarece que “[o] direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer” (cfr. n.º 1), pelo que “[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos” (cfr. n.º 2).

Por ser assim, “[o] Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (cfr. n.º 4 da Base 1).



Em concreto, “[a]os sistemas locais de saúde, constituídos pelos serviços e estabelecimentos do SNS e demais instituições públicas com intervenção direta ou indireta na saúde, cabe assegurar, no âmbito da respetiva área geográfica, a promoção da saúde, a continuidade da prestação dos cuidados e a racionalização da utilização dos recursos” (cfr. Base 9).

A Base 20, por sua vez, define o SNS como “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (cfr. n.º 1).

Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caraterizadoras: “[u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade” (cfr. alínea a)); “[g]eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes” (cfr. alínea b)); “[t]endencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos” (cfr. alínea c)); “[i]ntegração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede” (cfr. alínea d)); “[e]quidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis” (cfr. alínea e)); “[q]ualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (cfr. alínea f)); “[p]roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” (cfr. alínea g)); “[s]ustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis” (cfr. alínea h)); “[t]ransparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS” (cfr. alínea i)) – cfr. n.º 2 da Base 20 da LBS.

Acrescenta o n.º 1 da Base 21 que “[s]ão beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses”, bem como “os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais



de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável” (cfr. n.º 2).

Por outro lado, dispõe o n.º 1 da Base 6 da LBS que “[a] responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada”, acrescentando o n.º 3 que “[o] Estado assegura o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades que integram o SNS e das entidades do setor privado e social”.

Assim, “[t]endo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade” (cfr. n.º 1 da Base 25 da LBS), ainda que se imponha ressaltar que “[o]s cuidados de saúde prestados nos termos do número anterior respeitam as normas e princípios aplicáveis ao SNS” (cfr. n.º 2).

Não obstante, o n.º 1 da Base 19 adverte expressamente que “[o] funcionamento do sistema de saúde não pode pôr em causa o papel central do SNS enquanto garante do cumprimento do direito à saúde”.

2.2. Direito de acesso universal e adequação dos cuidados de saúde

Conforme atrás se fez notar, a LBS consagra o princípio do acesso universal dos utentes ao SNS (Base 20, n.º 2, alínea a)), o que decorre, aliás, dos comandos constitucionais previstos no artigo 64.º, n.º 2, alínea a) da CRP.



Nas palavras de Gomes Canotilho e de Vital Moreira, “[a] universalidade confere a todos o direito de recorrer ao SNS sem seletividade nem discriminações (...) o que supõe a adequada cobertura territorial do país com unidades de saúde (...)”⁴.

Por sua vez, estabelece a alínea b) da Base 2 da LBS que “todas as pessoas têm direito [a] aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”.

Com efeito, o disposto na alínea supratranscrita é paradigmático da relação estreita existente entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela proteção seja concretizada de forma digna, o que significa que os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os seus profissionais e, bem assim, os equipamentos por aqueles utilizados, deverão revelar-se adequados para proporcionar ao utente, porque colocado numa situação de particular fragilidade e vulnerabilidade, o conforto e o bem-estar exigíveis.

Por outro lado, o legislador sinaliza expressamente que uma outra dimensão da dignificação dos cuidados de saúde prestados ao utente decorre, igualmente, da prontidão com que os mesmos lhe são prestados, traduzindo uma preocupação evidente em garantir que, em cada uma das concretas fases do tratamento, aqueles cuidados são prestados num hiato temporal razoável.

Finalmente, a referência à adequação dos cuidados de saúde e à necessidade de os mesmos obedecerem quer à evidência científica, quer às boas práticas de qualidade e segurança espelha a preocupação do legislador em assegurar ao utente a correção técnico-científica dos cuidados e tratamentos que lhe são prestados.

Note-se que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde, além dos comandos normativos genéricos consagrados na LBS, encontra,

⁴ Canotilho, J.J. Gomes e Moreira, Vital, in Constituição da República Portuguesa Anotada, Volume I, artigos 1.º a 107.º, 4.ª edição revista, Coimbra Editora, 2007, página 827.



igualmente, guarida na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que estabelece os “Direitos e Deveres do Utentes dos Serviços de Saúde”.

De facto, o artigo 4.º do mencionado diploma legal estatui expressamente que o utente tem direito “a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita” (n.º 1) e “à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos” (n.º 2).

Todavia, o n.º 3 do referido preceito legal acrescenta dois importantes critérios de avaliação da adequação dos cuidados de saúde, sublinhando que estes deverão ser “prestados humanamente e com respeito pelo utente”, o que evidencia, uma vez mais, a interligação relevante entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.

Em suma, o acesso aos cuidados de saúde, deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber:

- Vertente económica: o acesso aos cuidados de saúde não pode ficar dependente das condições económico-financeiras dos utentes, estando, ao nível do SNS, correlacionada com o princípio da tendencial gratuitidade dos serviços de saúde prestados;
- Vertente geográfica: o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam, isto é, o acesso dos utentes de determinada região deve ser assegurado em igualdade de circunstâncias, quando comparado com o acesso dos utentes de qualquer outra região do País;
- Vertente qualitativa: o acesso aos cuidados de saúde deve ser entendido como o acesso aos cuidados que efetivamente são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes;
- Vertente temporal: o direito de acesso surge associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde em tempo útil, por referência à situação clínica dos utentes.



2.3. Projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”

Em maio de 2023 foi implementado, pela DE-SNS, com o apoio da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), e das autarquias locais, o projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas”, nos concelhos da Póvoa de Varzim e Vila do Conde, com o intuito de estabelecer uma urgência referenciada no CHPVVC, em articulação com o ACES Póvoa de Varzim/Vila do Conde, atualmente integrados na Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E..

Assim, e para acesso ao SU do CHPVVC, estabeleceu-se como regra de admissão a necessidade de existência de uma referenciação prévia, ressalvadas determinadas situações, em linha com a Circular Normativa n.º 11/2022, da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS).

Subsequentemente, mais precisamente no dia 15 de dezembro de 2023, foi publicada a Portaria n.º 438/2023, que procedeu à definição das condições de implementação da segunda fase do referido projeto-piloto, estabelecendo como regra preferencial de admissão no SU do CHPVVC a necessidade de existência de uma referenciação prévia – do CODU-INEM, do SNS 24, CSP, outra instituição de saúde ou outro profissional de saúde médico.

Tendo em conta os resultados obtidos no âmbito do aludido projeto, o mesmo foi sendo gradualmente alargado a várias ULS, nos meses que se seguiram, estando atualmente implementado em 27 ULS:

- i. Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E. (24 de maio de 2023);
- ii. Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, E.P.E. (5 de março de 2024);
- iii. Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, E.P.E. (5 de março de 2024);
- iv. Unidade Local de Saúde Barcelos/Esposende, E.P.E. (1 de setembro de 2024);
- v. Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, E.P.E. (3 de setembro de 2024);



- vi. Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E. (15 de outubro de 2024);
- vii. Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E. (17 de outubro de 2024);
- viii. Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E.P.E. (24 de outubro de 2024);
- ix. Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E. (29 de outubro de 2024);
- x. Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E. (5 de novembro de 2024);
- xi. Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E. (7 de novembro de 2024);
- xii. Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E. (12 de novembro de 2024);
- xiii. Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. (14 de novembro de 2024);
- xiv. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. (19 de novembro de 2024);
- xv. Unidade Local de Saúde de Loures Odivelas, E.P.E. (20 de novembro de 2024);
- xvi. Unidade Local de Saúde do Alto Ave, E.P.E. (21 de novembro de 2024);
- xvii. Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, E.P.E. (22 de novembro de 2024);
- xviii. Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E. (27 de novembro de 2024);
- xix. Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (5 de dezembro de 2024);
- xx. Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E. (10 de dezembro de 2024);
- xxi. Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E. (12 de dezembro de 2024);
- xxii. Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E. (17 de dezembro de 2024);



- xxiii. Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E. (19 de dezembro de 2024);
- xxiv. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E. (19 de dezembro de 2024);
- xxv. Unidade Local de Saúde de São José, E.P.E. (19 de dezembro de 2024);
- xxvi. Unidade Local de Saúde de Amadora Sintra, E.P.E. (9 de janeiro de 2025);
- xxvii. Unidade Local de Saúde do Estuário Tejo, E.P.E. (18 de março de 2025).

2.3.1. Portaria n.º 438/2023, de 15 de dezembro

Em 15 de dezembro de 2023, foi publicada a Portaria n.º 438/2023, que procedeu “à definição das condições de implementação da segunda fase do projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas” em curso na área de abrangência do Agrupamento de Centros de Saúde Póvoa de Varzim/Vila do Conde (ACES Póvoa de Varzim/Vila do Conde).”.

De acordo com o artigo 2.º do aludido diploma legal, e tendo presente os níveis de cuidados em que o SNS se organiza, o acesso aos cuidados de saúde hospitalares do SNS deve ser precedido de referenciação através de um dos seguintes meios:

- “a) Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU-INEM);
- b) SNS24 - Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS24);
- c) Cuidados de saúde primários (CSP);
- d) Profissional de saúde médico, com informação clínica assinada;
- e) Outra instituição de saúde.”.

Sendo certo que, aos utentes adultos que recorram ao Serviço de Urgência sem prévia referenciação por uma das vias anteriormente referidas, “deve ser



assegurado meio de contacto com o SNS 24 para efeitos de correta referenciação, através do serviço administrativo e de disponibilização de telefone instalado no local” (cfr. n.º 1 do artigo 3.º da Portaria em causa).

Ao que acresce que, nos termos do n.º 2 do artigo 3.º do aludido diploma, em caso de recusa por parte do utente ou, se por qualquer outra razão, não se revelar possível o prévio encaminhamento através do SNS 24, “deve ser assegurada a sua inscrição no SU e posterior triagem de acordo com o sistema de triagem de Manchester (TM)”.

Realizada a triagem nos termos do n.º 2 do artigo 3.º, caso o utente seja triado com cor “azul” (não urgente) ou “verde” (pouco urgente), “não é observado no SU desde que, de acordo com a sua condição clínica, seja garantido o seu encaminhamento para os CSP ou para consulta/hospital de dia do CHPVVC, através de efetivo agendamento de consulta para o próprio dia ou para o dia seguinte” (cfr. n.º 3 do artigo 3.º da Portaria em causa).

De resto, estariam sempre excecionadas da necessidade de prévia referenciação, sendo obrigatória a avaliação do utente no Serviço de Urgência, as situações elencadas no n.º 4 do artigo 3.º da referida Portaria:

- “a) Utentes acamados ou em cadeira de rodas, sem possibilidade de mobilização por meios próprios;
- b) Utentes vítimas de trauma;
- c) Utentes com situações agudas, do foro psiquiátrico, obstétricas ou outro, desde que necessitem de tratamento urgente e inadiável;
- d) Idade maior ou igual a 70 anos;
- e) Utentes acompanhados por forças de segurança;
- f) Utentes com indicação de perícia médico-legal;
- g) Utentes orientados pelos seguintes fluxogramas de triagem:
 - i) Agressão;
 - ii) Doenças sexualmente transmissíveis;



- iii) Embriaguez aparente;
- iv) Exposição a químicos;
- v) Feridas;
- vi) Gravidez;
- vii) Hemorragia gastrointestinal;
- viii) Hemorragia vaginal;
- ix) Infecções locais e abscessos;
- x) Problemas oftalmológicos;
- xi) Queda;
- xii) Queimaduras profundas e superficiais;
- xiii) Sobredosagem e envenenamento;
- xiv) Traumatismo cranioencefálico;
- xv) Convulsões;
- xvi) Corpo estranho;
- xvii) Antecedentes de:
 - 1) Doença oncológica ativa;
 - 2) Doença cursando com imunossupressão;
 - 3) Doença renal crónica;
 - 4) Doença arterial periférica.”.

Por fim, sinaliza a aludida Portaria nas suas disposições finais, que “[d]a aplicação do disposto na presente portaria não pode resultar falta de resposta em saúde no SNS ajustada à condição clínica do utente, devendo ser garantida a triagem nos termos previstos, bem como aconselhamento e encaminhamento adequados aos utentes e seus acompanhantes” (cfr. n.º 1 do artigo 5.º).



A Portaria n.º 438/2023, de 15 de dezembro, foi posteriormente sendo, no seu essencial, replicada à extensão do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” às restantes ULS aderentes, no sentido do desenvolvimento de respostas de proximidade às necessidades assistenciais em situação de urgência.



3. Intervenção regulatória

Na sequência do estudo publicado pela ERS, em abril de 2024, sobre a Linha SNS 24 e os mecanismos de articulação e encaminhamento no âmbito do SNS, e tendo em consideração a crescente centralidade deste canal na gestão do acesso aos cuidados de saúde, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder à abertura de um processo de monitorização, registado sob o n.º PMT/008/2023.

Este processo de monitorização teve como objetivo acompanhar o funcionamento da Linha SNS 24 e a articulação estabelecida com os prestadores de cuidados de saúde do SNS, num contexto que veio a ser marcado pela reorganização do SNS em Unidades Locais de Saúde e pela progressiva expansão do projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas”.

No âmbito deste acompanhamento regulatório, a ERS foi registando um aumento significativo do volume de reclamações relacionadas com esta temática, as quais evidenciavam constrangimentos na efetivação do direito de acesso dos utentes após encaminhamento pela Linha SNS 24.

A análise sistemática destas reclamações permitiu identificar padrões recorrentes de constrangimentos. Nesse contexto, e de modo a reforçar a capacidade de identificação e monitorização das problemáticas reportadas pelos utentes no âmbito do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, a ERS procedeu à criação de categorias específicas de classificação de reclamações no Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC).

Concretamente, em fevereiro de 2025, foram criadas as seguintes categorias de classificação:

- Categoria 142: Demora no atendimento pela Linha SNS 24;
- Categoria 143: Não atendimento pela Linha SNS 24;
- Categoria 144: Referenciação para prestador sem especialidade ou encerrado;



- Categoria 145: Recusa de atendimento por não ter sido referenciado (CSP);
- Categoria 146: Recusa de atendimento por não ter sido referenciado (Cuidados de saúde hospitalares - CSH);
- Categoria 147: CSP referenciam para CSH após triagem e vice-versa;
- Categoria 149: Referenciação para outro Prestador que não aquele onde se encontra;
- Categoria 152: Referenciação para CSP com profissionais em greve;
- Categoria 153: Registo na Ficha do Utente (prioridade no atendimento);
- Categoria 154: Cobrança de Taxas Moderadoras após referenciação pelo SNS 24;
- Categoria 96: Constrangimentos na orientação para CSH;
- Categoria 97: Constrangimentos na orientação para CSP.

Da análise realizada conclui-se que, desde o início da implementação do projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas” até ao dia 30 de abril de 2025, a ERS rececionou um total de 389 reclamações⁵ que evidenciavam a existência de constrangimentos no acesso a cuidados de saúde após encaminhamento pela Linha SNS 24, que motivaram uma intervenção regulatória acrescida por parte da ERS. Do universo de reclamações apurado, 95 visavam a SPMS, no que respeita aos serviços de telemedicina prestados pelo Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde – Linha SNS 24 – e as restantes 294 visavam a atuação das ULS.

Da análise às categorias das referidas reclamações, conclui-se que a categoria mais representativa corresponde à existência de constrangimentos na orientação para os CSP (42,1% do total de menções), seguindo-se as situações

⁵ O universo de reclamações considerado corresponde às exposições analisadas pela ERS no âmbito do processo de monitorização n.º PMT/008/2023 até ao dia 30 de abril de 2025, as quais foram objeto de tratamento regulatório no contexto da intervenção regulatória desenvolvida sobre o funcionamento do projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas”.



de referenciação para CSP com profissionais em greve (14,7%) e de não atendimento pela Linha SNS 24 (10,5%).

Tabela 1

Categorias das reclamações rececionadas pela ERS⁶

Categoria	Número de menções
Constrangimentos na orientação para CSP	189 (42,1%)
Referenciação para CSP com profissionais em greve	66 (14,7%)
Não atendimento pela Linha SNS 24	47 (10,5%)
Constrangimentos na orientação para CSH	32 (7,1%)
Recusa de atendimento por não ter sido referenciado (CSP)	22 (4,9%)
Recusa de atendimento por não ter sido referenciado (CSH)	21 (4,7%)
Demora no atendimento pela Linha SNS 24	21 (4,7%)
Referenciação para prestador sem especialidade ou encerrado	21 (4,7%)
CSP referenciam para CSH após triagem e vice-versa	15 (3,3%)
Cobrança de taxas moderadoras após referenciação pelo SNS 24	8 (1,8%)
Referenciação para outro Prestador que não aquele onde se encontra	4 (0,9%)
Registo na ficha do utente (prioridade no atendimento)	3 (0,7%)
Total	449

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados extraídos do Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS.

Dessa forma, e considerando a novidade da vigência do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” e dos desideratos de efetividade, eficiência, qualidade dos cuidados prestados e otimização dos recursos que o mesmo visou implementar, compaginado com o aumento significativo das reclamações que foram monitorizadas e sinalizadas pela ERS e, bem assim, pela expressão sistémica que as mesmas denotavam nas categorias que diretamente se relacionam com a garantia do direito de acesso a cuidados de saúde, afigurou-se premente a adoção da uma intervenção regulatória acrescida, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, no sentido de garantir a adoção de procedimentos garantísticos dos direitos dos utentes ao acesso, em tempo útil, a uma prestação integrada e continuada de cuidados de saúde.

⁶ Ressalva-se que cada uma das reclamações apuradas pode estar classificadas com mais do que uma categoria de constrangimentos, razão pela qual o número de menções a cada categoria não corresponde ao número total de reclamações.



Dessa forma, através de deliberação do Conselho de Administração da ERS, de 2 de outubro de 2025, foi emitida uma instrução⁷ à SPMS – enquanto entidade gestora da Linha SNS 24, com papel determinante na conceção, implementação e monitorização do projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas”, dispondo dos instrumentos técnicos, operacionais e digitais necessários à mitigação dos constrangimentos identificados – no sentido de:

“[...]”

- (i) *Garantir, em permanência, que no âmbito da sua atividade de triagem, aconselhamento e encaminhamento clínico, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nos termos do disposto na Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro e na Lei n.º 15/2014, de 21 de março;*
- (ii) *Garantir o efetivo desenvolvimento dos mecanismos necessários à prévia confirmação, pelo SNS 24, da efetiva disponibilidade de vagas para atendimento dos utentes nas unidades de cuidados de saúde primários, devendo, sempre que tecnicamente viável, ser assegurado o agendamento automático da consulta para o utente por intermédio da referida linha;*
- (iii) *Reforçar a articulação com os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários e hospitalares, com vista a assegurar a informação imediata ao SNS 24 de quaisquer alterações temporárias ou permanentes na disponibilidade dos serviços, dessa forma garantindo a qualidade e eficácia da referenciação dos utentes para as diversas unidades de saúde;*
- (iv) *Assegurar, sempre que os dados de identificação o permitam, a ativação de mecanismos de retorno automático de chamadas não atendidas (call-back), sobretudo em períodos de elevada procura, salvaguardando o consentimento dos utentes e a disponibilidade operacional, com vista a*

⁷ A referida deliberação pode ser consultada em <https://www.ers.pt/media/xsglb4ty/vnc-pmt-8-2023-a.pdf>.



garantir o devido atendimento e orientação para os cuidados de saúde necessários e adequados à sua situação clínica;

- (v) Garantir a adequação da capacidade funcional, da infraestrutura tecnológica e dos recursos humanos do SNS 24, de modo a garantir a sua resiliência operacional e aptidão de resposta, especialmente em períodos de pressão assistencial acrescida;*
 - (vi) Garantir a efetividade dos mecanismos que permitam a deteção imediata de referenciações não concretizadas/frustradas, assegurando aos utentes uma alternativa de acesso, mediante novo e formal encaminhamento para uma outra unidade de saúde que garanta a prestação dos cuidados de saúde necessários, e em tempo útil;*
 - (vii) Proceder à revisão dos critérios e algoritmos de referenciação utilizados pelo SNS 24, em especial nas situações em que o utente se encontra presencialmente numa unidade de saúde, devendo, nesses casos, ser privilegiado o princípio da adequação e da proximidade, evitando-se referenciações que desconsiderem a realidade concreta do utente e que impliquem deslocações injustificadas;*
 - (viii) Garantir a efetividade dos mecanismos de monitorização contínua e auditoria regular dos fluxos de referenciação efetuados pelo SNS 24, com vista à deteção precoce de anomalias e à adoção célere de medidas corretivas, promovendo a eficiência e a qualidade no encaminhamento dos utentes;*
- [...]*
- (xiii) Garantir a adoção de procedimentos e/ou normas internas adequadas ao cumprimento do disposto nas alíneas anteriores, assegurando que os mesmos são do conhecimento dos seus profissionais e por eles, efetivamente, cumpridos [...]”.*

Paralelamente, e na mesma data, foi emitida uma recomendação⁸ às ULS abrangidas pelo projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas”, no sentido de:

⁸ Deliberação disponível para consulta em <https://www.ers.pt/media/zaxe5nrk/vnc-pmt-8-2023-b.pdf>.



“[...]”

(i) Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente:

a. O direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, sem quebras do nível assistencial, em conformidade com o disposto na alínea b) da Base 2 da Lei de Bases da Saúde (aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) e no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;

b. A aceder, de forma universal, aos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, em conformidade com o disposto na alínea a) do n.º 2 da Base 20 da Lei de Bases da Saúde;

(ii) Garantir a correta articulação com o SNS 24, mediante atualização fidedigna e rigorosa da informação constante da plataforma SDM@SNS, informando, em tempo útil, de qualquer constrangimento que possa influir na capacidade assistencial dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde sob a sua gestão;

(iii) No que concerne aos cuidados de saúde primários:

a. Adotar procedimentos suscetíveis de garantir, a todo o momento, a admissão e atendimento, em tempo útil, dos utentes referenciados pelo SNS 24;

b. Assegurar que, nas situações em que constata não possuir capacidade para atendimento imediato dos utentes referenciados pelo SNS 24, é assegurado o agendamento da prestação de cuidados de saúde em causa, em cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) aplicáveis ou a devida e formal referência para uma outra unidade de saúde que reúna tais condições;



- c. Garantir, em permanência, que os procedimentos e/ou normas internos descritos nas subalíneas anteriores são do conhecimento dos seus profissionais e por estes efetivamente cumpridos, promovendo a divulgação interna de orientações e boas práticas;*

(iv) No que concerne aos cuidados de saúde hospitalares:

- a. Garantir o cabal cumprimento das Portarias que regulamentam o projeto «Ligue antes, salve vidas», mormente do disposto nos ns.º 2, 3 e 4 do artigo 3.º e no n.º 1 do artigo 5.º, abstendo-se de obstaculizar, por qualquer forma, o direito de acesso a uma prestação integrada e tempestiva de cuidados de saúde;*
- b. Assegurar que, nas situações em que constata não possuir perfil assistencial e/ou capacidade para a prestação de determinado tipo de cuidados de saúde, os utentes sejam formalmente encaminhados para um estabelecimento prestador de cuidados de saúde que garanta a prestação dos cuidados de saúde necessários, e em tempo útil;*
- c. Respeitar o regime jurídico das taxas moderadoras e os regimes especiais de benefícios, em vigor a cada momento, interpretando-os e aplicando-os em conformidade com os princípios e as normas constitucionais;*
- d. Adequar as medidas e/ou procedimentos internamente implementados para execução prática do regime jurídico das taxas moderadoras e dos regimes especiais de benefícios, previstos no Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na sua atual redação;*
- e. Garantir o cumprimento do Despacho n.º 4835-A/2016, de 8 de abril, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, no sentido de dar prioridade ao atendimento dos utentes que sejam referenciados através dos Cuidados de Saúde Primários ou do SNS 24, dentro do mesmo grau de prioridade;*



- f. Garantir, em permanência, que os procedimentos e/ou normas internos descritos nas subalíneas anteriores são do conhecimento dos seus profissionais e por estes efetivamente cumpridos, promovendo a divulgação interna de orientações e boas práticas.”.*



4. Linha SNS 24

De modo a analisar a atividade da Linha SNS 24, designadamente a que se insere no STAE⁹, que abrange os atendimentos realizados no âmbito do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, solicitou-se à SPMS informação que permitisse caracterizar a sua atividade operacional entre janeiro de 2024 e dezembro de 2025. Concretamente, foi solicitada informação relativa ao número de chamadas telefónicas atendidas, ao tempo de espera para o respetivo atendimento e à orientação clínica prestada aos utentes (i.e., autocuidado, CSH, CSP, INEM).

4.1. Atividade operacional

No que se refere ao volume de atividade da Linha SNS 24, foi possível concluir que, entre 2024 e 2025, o número de chamadas telefónicas atendidas pela Linha SNS 24 aumentou 58,9%, passando de cerca de 2,57 milhões para cerca de 4,09 milhões de atendimentos. Este crescimento, que se verificou em todos os trimestres de 2025 face aos períodos homólogos respetivos, é compatível com a alteração no modelo de acesso aos SU, e a progressiva implementação do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” em mais unidades hospitalares (cfr. tabela 2).

⁹ Note-se que das análises realizadas no âmbito do estudo da ERS sobre a Linha de Saúde 24, foi possível concluir que o STAE, que abrange os atendimentos realizados no âmbito do projeto “Ligue antes, salve vidas”, engloba a maioria da atividade realizada pela Linha SNS 24.



Tabela 2

Número de chamadas telefónicas atendidas pela Linha SNS 24 no âmbito do STAE, por trimestre e ano¹⁰

Ano	Trimestre	Número de chamadas
2024	1º	533.089 (20,7%)
	2º	592.904 (23,0%)
	3º	565.640 (22,0%)
	4º	881.707 (34,3%)
	Total	2.573.340
2025	1º	1.158.325 (28,3%)
	2º	1.023.567 (25,0%)
	3º	860.941 (21,0%)
	4º	1.047.478 (25,6%)
	Total	4.090.311
Portugal Continental		6.663.651

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pela SPMS, E.P.E.

O aumento da utilização da Linha SNS 24 foi acompanhado por um aumento no tempo de espera para atendimento (cfr. tabela 3). Entre 2024 e 2025, a percentagem de chamadas atendidas até 10 minutos diminuiu 25,5 pontos percentuais (p.p.), e aumentou para os restantes intervalos de tempo considerados, salientando-se o aumento na percentagem de chamadas atendidas após 30 minutos (9,1 p.p.).

Tabela 3

Tempo de espera para atendimento telefónico da Linha SNS 24 no âmbito do STAE, por ano¹¹

Ano	< 10 minutos	Dos 10 aos 20 minutos	Dos 20 aos 30 minutos	> 30 minutos
2024	2.392.722 (93,0%)	92.820 (3,6%)	29.248 (1,1%)	58.525 (2,3%)
2025	2.762.209 (67,5%)	586.785 (14,4%)	274.285 (6,7%)	466.751 (11,4%)
Total	5.154.931 (77,4%)	679.605 (10,2%)	303.533 (4,6%)	525.276 (7,9%)

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pela SPMS, E.P.E.

Em 2024 e 2025, a maioria dos atendimentos efetuados pela Linha SNS 24 resultou em encaminhamento para CSH e CSP (cfr. tabela 4).

Em 2025, observou-se um aumento da proporção de utentes orientados para os CSP, face a igual período de 2024, e uma redução na proporção de

¹⁰ Um total de 1.209 chamadas atendidas não dispunha de informação sobre a data de realização do contacto telefónico, pelo que não foram contabilizadas na análise.

¹¹ Um total de 306 chamadas atendidas não dispunha de informação sobre a hora de atendimento, pelo que não foram consideradas na análise.



encaminhamentos para autocuidados. Por outro lado, as orientações para o INEM, embora representem a menor proporção de atendimentos, registaram um aumento em 2025.

Tabela 4

Número de atendimentos telefónicos da Linha SNS 24, por tipo de orientação clínica, por trimestre e ano

Orientação Clínica	2024				2025			
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
Autocuidado	96.519 (18,1%)	96.533 (16,3%)	84.383 (14,9%)	92.596 (10,5%)	101.127 (8,7%)	71.444 (7,0%)	59.640 (6,9%)	90.062 (8,6%)
CSH	223.072 (41,8%)	274.001 (46,2%)	263.914 (46,7%)	397.541 (45,1%)	488.517 (42,2%)	441.902 (43,2%)	366.762 (42,6%)	420.775 (40,2%)
CSP	188.361 (35,3%)	196.385 (33,1%)	192.131 (34,0%)	354.869 (40,2%)	514.339 (44,4%)	432.975 (42,3%)	367.258 (42,7%)	459.811 (43,9%)
INEM	25.137 (4,7%)	25.985 (4,4%)	25.212 (4,5%)	36.701 (4,2%)	54.342 (4,7%)	77.246 (7,5%)	67.281 (7,8%)	76.830 (7,3%)

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pela SPMS, E.P.E.

Embora a maioria das orientações para CSP tenha resultado em agendamento de consulta numa unidade de CSP, em 2025, observou-se uma redução progressiva da percentagem de encaminhamentos que resultaram em agendamento de consulta aberta, e um subsequente aumento de outras modalidades de encaminhamento, designadamente do agendamento de teleconsulta (cfr. tabela 5) ¹².

Destaca-se ainda o aumento das situações em que os utentes recusaram o encaminhamento para os CSP – que atingiram os 3,8% no último trimestre de 2025 – e dos encaminhamentos sem agendamento de consulta, nem referênciação, designadamente por constrangimentos técnicos.

Tabela 5

Número de chamadas telefónicas, por tipo de encaminhamento, no âmbito da orientação clínica da Linha SNS 24 para cuidados de saúde primários, por trimestre e ano¹³

Encaminhamento	2024				2025			
	1.º	2.º	3.º	4.º	1.º	2.º	3.º	4.º
Com agendamento de consulta	187.369 (99,5%)	195.384 (99,5%)	192.056 (100%)	353.945 (99,7%)	498.654 (97,0%)	404.126 (93,3%)	319.074 (86,9%)	393.045 (85,5%)

¹² O serviço de agendamento de teleconsulta através do SNS 24 entrou em vigor a 17 de dezembro de 2024.

¹³ Um total de 94 chamadas telefónicas foi desconsiderado, uma vez que os utentes se encontravam nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.



Sem agendamento de consulta ¹⁴	138 (0,1%)	107 (0,1%)	68 (0,0%)	328 (0,1%)	775 (0,1%)	714 (0,2%)	1.508 (0,4%)	2.516 (0,5%)
Recusa do utente	854 (0,5%)	894 (0,5%)	7 (0,0%)	19 (0,0%)	194 (0,0%)	957 (0,2%)	7.420 (2,0%)	17.588 (3,8%)
Teleconsulta (SNS 24)	N/A	N/A	N/A	577 (0,2%)	14.716 (2,9%)	27.178 (6,3%)	39.256 (10,7%)	46.568 (10,1%)

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pela SPMS, E.P.E.

Considerando os utentes com orientação clínica para os CSH, verificaram-se níveis muito elevados de referência para SU ou consulta aberta hospitalar¹⁵, com valores iguais ou próximos dos 100% (cfr. tabela 6).

No entanto, em 2025, observou-se um aumento dos episódios sem referência devido a constrangimentos técnicos e à recusa dos utentes, embora estas situações tenham permanecido residuais, em termos relativos (0,1% e 0,7%, respetivamente).

Tabela 6

Número de chamadas telefónicas, por tipo de encaminhamento, no âmbito da orientação clínica da Linha SNS 24 para CSH, por trimestre e ano¹⁶

Encaminhamento	2024				2025			
	1.º	2.º	3.º	4.º	1.º	2.º	3.º	4.º
Com referência ¹⁷	223.032 (100%)	273.974 (100%)	263.858 (100%)	397.396 (100%)	488.137 (99,9%)	440.867 (99,8%)	364.730 (99,4%)	416.331 (99,0%)
Sem referência ¹⁸	37 (0,0%)	27 (0,0%)	56 (0,0%)	98 (0,0%)	81 (0,0%)	399 (0,1%)	383 (0,1%)	531 (0,1%)
Recusa do utente	3 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,0%)	2 (0,0%)	2 (0,0%)	2.893 (0,7%)
Teleconsulta (SNS 24)	N/A	N/A	N/A	47 (0,0%)	298 (0,1%)	634 (0,1%)	1.647 (0,4%)	916 (0,2%)

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pela SPMS, E.P.E.

Dos utentes encaminhados para teleconsulta do SNS 24, na sequência da identificação de necessidade clínica de atendimento por CSP ou CSH, 5,6%

¹⁴ Referem-se a contactos que não resultaram em agendamento de consulta devido a constrangimentos técnicos.

¹⁵ Cumpre esclarecer que as referências para consulta hospitalar não representaram uma fração relevante das referências para cuidados de saúde hospitalares, e apenas se encontravam identificadas nos dados do ano de 2025, tendo sido identificadas inconsistências ao longo do tempo e entre instituições. Adicionalmente, a variabilidade observada sugere que estas situações poderão corresponder a soluções-piloto ou a respostas locais, não permitindo a sua interpretação como uma modalidade estável e comparável de encaminhamento. Por esse motivo, e uma vez que a sua autonomização poderia conduzir a uma leitura imprecisa do destino de encaminhamento, optou-se por manter o tratamento ao nível agregado dos cuidados de saúde hospitalares, uma vez que, em ambos os casos, os recursos mobilizados pertencem ao setor hospitalar, incluindo os serviços e profissionais associados ao serviço de urgência.

¹⁶ Um total de 104 chamadas telefónicas foi desconsiderado, uma vez que os utentes se encontravam nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

¹⁷ Incluem-se nesta categoria a referência para serviço de urgência e para a consulta aberta hospitalar.

¹⁸ Referem-se a contactos que não resultaram em referência para CSH devido a constrangimentos técnicos.



realizaram efetivamente a teleconsulta e foram subsequentemente referenciados para um estabelecimento prestador de cuidados de saúde, em resultado da avaliação clínica efetuada. Por outro lado, 70,7% não necessitaram de encaminhamento adicional para cuidados de saúde após a teleconsulta, concluindo-se que foi uma solução adequada para uma percentagem relevante dos utentes encaminhados. Adicionalmente, 23,7% das teleconsultas não se realizaram devido a constrangimentos técnicos, o que resultou no encaminhamento dos utentes para um prestador de cuidados de saúde, compatível com a orientação clínica inicialmente definida 6,2% (cfr. tabela 7).

Tabela 7

Número de chamadas telefónicas, por desfecho da Teleconsulta SNS 24, no âmbito da orientação clínica da Linha SNS 24 para CSH e CSP, por ano e no total

Encaminhamento	2024	2025	Total
Encaminhamento Clínico	19 (3,0%)	7.311 (5,6%)	7.330 (5,6%)
Encaminhamento Administrativo	227 (36,4%)	31.014 (23,6%)	31.241 (23,7%)
Sem encaminhamento	378 (60,6%)	92.888 (70,8%)	93.266 (70,7%)

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pela SPMS, E.P.E.

4.2. Adequação da orientação clínica

De modo a avaliar a adequação da referenciação da Linha SNS 24, foram analisados os episódios que resultaram em agendamento de consulta não programada nos CSP, e que culminaram em referenciação posterior para SU, após observação nos CSP. Do mesmo modo, analisaram-se os episódios referenciados para SU pela Linha SNS 24 que, após triagem, resultaram em referenciação para CSP.¹⁹

De acordo com os dados analisados, verificou-se que uma percentagem reduzida das consultas não programadas nos CSP resultou em referenciação

¹⁹ A identificação destes episódios resultou da aplicação do discriminador normalizado relativo ao destino de alta do episódio, introduzido na sequência da implementação da Circular Normativa da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) n.º 11/2022/ACSS, disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular_Normativa_11_2022.pdf



subsequente para o SU, variando entre 0,3% e 0,5% no período em análise (cfr. tabela 8).

Tabela 8

Número de consultas não programadas nos cuidados de saúde primários, agendadas pela Linha SNS 24, que resultaram em referência para serviços de urgência, por trimestre e ano

Ano	Trimestre	Número de referências
2024	1.º	28 (0,3%)
	2.º	96 (0,3%)
	3.º	96 (0,3%)
	4.º	407 (0,3%)
	Total	627 (0,3%)
2025	1.º	953 (0,3%)
	2.º	1.046 (0,4%)
	3.º	979 (0,5%)
	4.º	1.066 (0,4%)
	Total	4.044 (0,4%)

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pela SPMS, E.P.E.

Por outro lado, foram obtidas percentagens significativamente superiores de episódios referenciados para SU que, após triagem hospitalar, foram referenciados para CSP, tendo a percentagem destes episódios aumentado significativamente ao longo de 2025, atingindo 6,2% dos episódios “Pouco urgentes” e 16,8% dos episódios “Não urgentes”, em 2025 (cfr. tabela 9).

Tabela 9

Número anual de episódios de urgência com origem na Linha SNS 24 e prioridade clínica “Pouco Urgente” e “Não Urgente” com referência para os CSP, em Portugal continental

Ano	Prioridade	N.º de referências para CSP
2024	Pouco Urgente	2.299 (1,1%)
	Não Urgente	285 (4,0%)
2025	Pouco Urgente	20.449 (6,2%)
	Não Urgente	2.686 (16,8%)

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pelas ULS, E.P.E.



5. Impacto no acesso

Neste capítulo, pretende-se avaliar o impacto da implementação do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” na atividade dos SU e dos CSP. Para esse efeito, procedeu-se à análise do número de consultas não programadas realizadas por iniciativa de agendamento e do tempo de espera entre a referenciação e a realização de consulta não programada nos CSP.

Relativamente aos SU, avaliou-se a evolução dos episódios de urgência realizados por iniciativa de agendamento, bem como a gravidade dos casos clínicos tratados.

5.1. Cuidados de Saúde Primários

De acordo com os dados remetidos pela SPMS em resposta ao pedido de elementos da ERS, o número total de consultas não programadas realizadas pelos CSP aumentou significativamente entre 2024 (299.375 consultas) e 2025 (1.413.651 consultas). Embora a Linha SNS 24 configure a principal via de agendamento de consultas não programadas, em 2025 observou-se uma redução progressiva da percentagem de consultas não programadas agendadas por iniciativa da Linha SNS 24, acompanhada pelo aumento dos episódios agendados diretamente pelos utentes ou por outras vias. Esta evolução poderá refletir a adaptação dos utentes ao novo modelo organizacional (cfr. tabela 10).

Tabela 10

Número de consultas não programadas nos CSP, por iniciativa de agendamento, por trimestre e ano

Ano	Trimestre	Linha SNS 24	Utente	Outra ²⁰	Total
2024	1.º	8.808 (68,5%)	3.738 (29,1%)	308 (2,4%)	12.854
	2.º	27.616 (52,8%)	23.385 (44,7%)	1.336 (2,6%)	52.337
	3.º	30.131 (49,1%)	29.204 (47,6%)	2.038 (3,3%)	61.373
	4.º	123.506 (71,5%)	42.831 (24,8%)	6.474 (3,7%)	172.811
2025	1.º	280.775 (75,4%)	75.611 (20,3%)	15.970 (4,3%)	372.356
	2.º	246.435 (71,3%)	81.248 (23,5%)	17.872 (5,2%)	345.555
	3.º	215.610 (66,3%)	89.080 (27,4%)	20.343 (6,3%)	325.033
	4.º	246.031 (66,4%)	100.846 (27,2%)	23.830 (6,4%)	370.707

²⁰ Esta categoria inclui, por exemplo, as consultas realizadas a pedido do médico ou enfermeiro de família e dos cuidados hospitalares.



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pela SPMS, E.P.E.

A análise dos tempos de espera evidencia adequação de capacidade de resposta dos CSP aos episódios encaminhados pela Linha SNS 24. Em todos os trimestres analisados, mais de 90,0% das consultas foram realizadas em menos de 24 horas após referenciação, tendo também sido observado um aumento da percentagem de consultas realizadas em menos de seis horas (cfr. tabela 11).

Tabela 11

Número de consultas não programadas realizadas nos CSP, com agendamento do SNS 24, por tempo de espera, trimestre e ano²¹

Ano	Trimestre	< 6 horas	6 – 12 horas	12 – 24 horas	24 – 48 horas	> 48 horas
2024	1.º	2.084 (23,7%)	1.182 (13,4%)	4.657 (52,9%)	785 (8,9%)	96 (1,1%)
	2.º	8.850 (32,1%)	4.700 (17,0%)	13.310 (48,2%)	723 (2,6%)	29 (0,1%)
	3.º	14.146 (47,0%)	4.825 (16,0%)	10.701 (35,5%)	451 (1,5%)	3 (0,0%)
	4.º	59.261 (48,0%)	18.815 (15,2%)	42.954 (34,8%)	2.345 (1,9%)	44 (0,0%)
	Total	84.341 (44,4%)	29.522 (15,5%)	71.622 (37,7%)	4.304 (2,3%)	172 (0,1%)
2025	1.º	140.576 (50,1%)	36.584 (13,0%)	98.537 (35,1%)	4.667 (1,7%)	132 (0,0%)
	2.º	129.644 (52,7%)	32.436 (13,2%)	80.606 (32,8%)	3.165 (1,3%)	179 (0,1%)
	3.º	114.102 (53,0%)	27.362 (12,7%)	71.070 (33,0%)	2.555 (1,2%)	156 (0,1%)
	4.º	117.016 (47,6%)	32.162 (13,1%)	91.393 (37,2%)	4.800 (2,0%)	279 (0,1%)
	Total	501.338 (50,8%)	128.544 (13,0%)	341.606 (34,6%)	15.187 (1,5%)	746 (0,1%)
		585.679 (49,7%)	158.066 (13,4%)	413.228 (35,1%)	19.491 (1,7%)	918 (0,1%)

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pela SPMS, E.P.E.

5.2. Serviços de Urgência

Para avaliação do impacto da implementação do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” na atividade dos SU, foram recolhidos dados junto das 40 entidades que exploram estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares – 39 ULS e uma entidade gerida em regime de PPP.

No total, foram identificados 83 SU geral. No entanto, a existência de limitações no reporte de informação condicionou a inclusão integral dos dados. Em concreto, não foram considerados os dados relativos ao Serviço de Urgência Básico (SUB) do Centro de Saúde de São Pedro do Sul, da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E.P.E., entre janeiro e abril de 2024, nem os dados

²¹ Um total de 1.530 consultas não programadas não foram consideradas, devido à ausência de informação referente à hora em que se realizou o atendimento.



relativos ao SUB do Centro de Saúde de Arganil, pertencente à Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E., no período compreendido entre 1 de janeiro de 2024 e 14 de janeiro de 2025. Por fim, assinala-se que no caso do SUB localizado no Centro de Saúde de Algueirão, integrado na Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E., apenas foram considerados os dados relativos à atividade realizada entre 1 de janeiro de 2024 e 12 de julho de 2025, data em que a unidade suspendeu a sua atividade, na sequência da abertura do Hospital de Sintra.²²

Da análise da evolução dos episódios de urgência por origem de admissão, conclui-se que ocorreu uma alteração do padrão de acesso aos SU ao longo do período em análise (cfr. tabela 12 e figura 1).

Tabela 12

Percentagem de episódios de urgência por origem de admissão, em Portugal continental, 2024 e 2025²³

Ano	Prioridade clínica	Percentagem de episódios
2024	Iniciativa do utente	58,1%
	SNS 24	12,4%
	CSP	4,4%
	Outros	25,1%
2025	Iniciativa do utente	43,6%
	SNS 24	21,6%
	CSP	4,8%
	Outros	30,0%

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pelas ULS, E.P.E.

Em particular, verificou-se uma redução da proporção de episódios de urgência por iniciativa do utente de 60,1% no primeiro trimestre de 2024 para 43,7% no último trimestre de 2025, correspondendo a uma diminuição de 16 p.p..

No mesmo período, a proporção de episódios com origem na Linha SNS 24 aumentou de 9,3% no primeiro trimestre de 2024 para 19,8% no último trimestre de 2025, tendo atingido um valor máximo de 23,9%, no primeiro trimestre de 2025. Em termos globais, este aumento de 10,5 p.p. é consistente com a

²² Comunicado publicado pela ULS Amadora/Sintra: [Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE | Novo Hospital de Sintra foi oficialmente inaugurado e entra em funcionamento - Unidade de saúde representa um marco histórico para o SNS - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE](#)

²³ O presente estudo identificou 8.912.229 episódios de urgência, dos quais 6.250 não dispunham de informação para a classificação da origem de admissão.



implementação do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”. Contudo, a sua magnitude não foi proporcional à redução dos episódios por iniciativa do utente.

Verificou-se ainda um aumento dos episódios classificados como “Outros”, de 25,9% para 31,9%. Esta categoria agrega, em geral, episódios com origem em referênciação por profissionais e/ou instituições de saúde, embora inclua uma diversidade significativa de descritores.

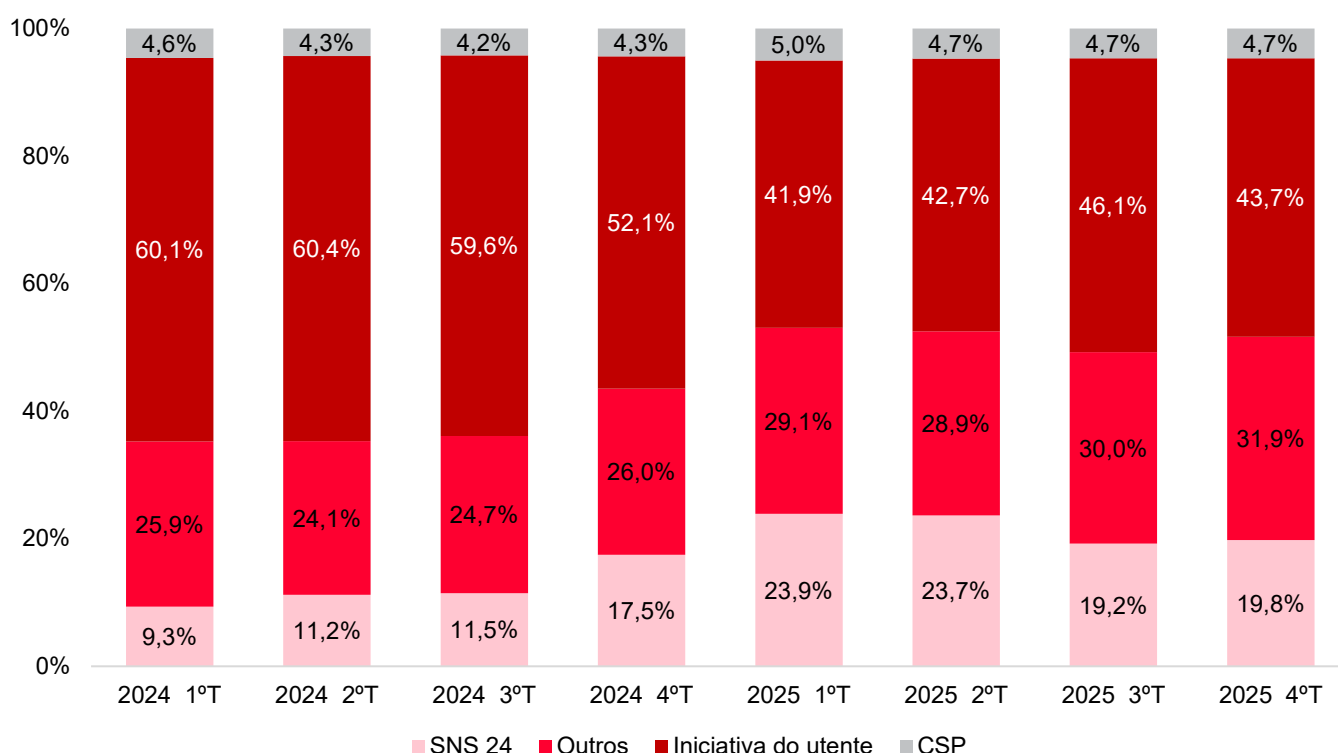


Figura 1

Evolução da percentagem de episódios de urgência, por origem de admissão, em Portugal continental, 2024 e 2025²⁴

Em 2025, observou-se uma redução global de 71.078 episódios de urgência face a 2024, o que corresponde a uma diminuição de cerca de 1,7%. No entanto, esta redução não foi homogénea entre prioridades clínicas, tendo-se verificado um aumento dos episódios de maior gravidade: os classificados como “Emergente” aumentaram em 1.431, os “Muito urgente” em 3.691 e os “Urgente” em 127.719.

²⁴ O presente estudo identificou 8.912.229 episódios de urgência, dos quais 6.250 não dispunham de informação para a classificação da origem de admissão.



Em conjunto, estas três categorias registaram mais 132.841 episódios do que em 2024, passando de 64,5% para 68,8% do total da atividade dos SU.

A redução global dos episódios de urgência concentrou-se, assim, nas prioridades clínicas de menor gravidade. Os episódios com prioridade “Pouco urgente” diminuíram em 201.849 e com prioridade “Não urgente” em 2.070, totalizando menos 203.919 episódios nestas duas categorias. Ainda assim, apesar desta redução expressiva, os episódios triados como “Pouco urgentes” e “Não urgentes” continuaram a representar uma proporção relevante da atividade dos SU em 2025, totalizando 31,3% dos episódios. Estes resultados sugerem uma alteração da composição clínica da procura, com maior peso relativo dos episódios urgentes e muito urgentes, mas mantendo-se uma utilização significativa dos SU para situações de menor prioridade clínica.

Tabela 13

Número de episódios de urgência por prioridade clínica, em Portugal continental e por ano²⁵

Ano	Prioridade clínica	Número de episódios
2024	Emergente	17.607 (0,4%)
	Muito urgente	494.172 (11,5%)
	Urgente	2.261.473 (52,6%)
	Pouco urgente	1.451.586 (33,8%)
	Não urgente	73.905 (1,7%)
	Total	4.298.743
2025	Emergente	19.038 (0,5%)
	Muito urgente	497.863 (11,8%)
	Urgente	2.389.192 (56,5%)
	Pouco urgente	1.249.737 (29,6%)
	Não urgente	71.835 (1,7%)
	Total	4.227.665

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pelas ULS, E.P.E.

No final do primeiro trimestre de 2025, 27 entidades integravam o projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, abrangendo um total de 58 SU. Destas, 20 aderiram no último trimestre de 2024 e duas no primeiro trimestre de 2025. Neste contexto, a comparação entre entidades abrangidas e não abrangidas pelo projeto não teve por referência o ano de 2024, uma vez que, nesse ano, o projeto esteve

²⁵ Do total de 8.912.229 episódios de urgência analisados, 199.503 (2,24%) não apresentavam informação relativa à triagem de Manchester e 186.318 (2,09%) foram classificados com a cor Branca.



implementado apenas numa parte limitada do período e apenas para algumas entidades.

Assim, a análise comparativa entre entidades abrangidas e não abrangidas pelo projeto, circunscreveu-se ao ano de 2025, período em que se encontra mais estabilizada a implementação do projeto no conjunto de entidades consideradas.

Da análise da tabela 12, conclui-se que, ao longo de 2025, o grupo de entidades abrangidas pelo projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” apresentou, de forma consistente, uma proporção inferior de episódios classificados como “Pouco Urgente” e “Não Urgente” face ao grupo de entidades não abrangidas. Esta diferença manteve-se em todos os trimestres analisados, variando de 5,0 p. p. no primeiro trimestre a 4,6 p.p. no último.

No grupo de entidades abrangidas, estes episódios representaram entre 28,9% e 30,3% do total de episódios de urgência, enquanto no grupo de entidades não abrangidas representaram entre 33,5% e 35,3%. Observou-se, ainda, uma ligeira redução desta proporção ao longo do ano em ambos os grupos: de 30,3% para 28,9% nas entidades abrangidas e de 35,3% para 33,5% nas entidades não abrangidas. Estes resultados sugerem que as entidades abrangidas pelo projeto apresentaram, em 2025, menor carga relativa de episódios de baixa prioridade clínica.

Não obstante, a redução percentual dos episódios de baixa prioridade clínica não pode ser interpretada isoladamente. No grupo de entidades abrangidas, entre o 1.º e o 4.º trimestre de 2025, os episódios “Pouco Urgente” e “Não Urgente” diminuíram de 210.442 para 205.083, o que corresponde a uma redução de 5.359 episódios. No mesmo período, o total de episódios de urgência aumentou de 695.954 para 709.327, ou seja, mais 13.373 episódios. Assim, a redução da proporção destes episódios, de 30,3% para 28,9%, reflete simultaneamente uma ligeira diminuição absoluta dos episódios de baixa prioridade e um aumento do volume total de episódios.

Tabela 14



Número de episódios de urgência com prioridade clínica “Pouco Urgente” e “Não Urgente”, no grupo de entidades abrangidas e não abrangidas pelo projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, em Portugal continental, por trimestre, 2025²⁶

Grupo		1º T	2º T	3º T	4º T
Aderente	“Pouco Urgente” e “Não Urgente”	210.442 (30,3%)	215.944 (30,3%)	223.784 (30,1%)	205.083 (28,9%)
	Total	695.954	713.783	744.278	709.327
Não aderente	“Pouco Urgente” e “Não Urgente”	117.879 (35,3%)	115.408 (33,9%)	122.056 (33,9%)	110.975 (33,5%)
	Total	333.852	340.015	359.587	330.848

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pelas ULS, E.P.E.

Adicionalmente, foi adotada uma abordagem de diferença-das-diferenças com adoção desfasada no tempo, designadamente com o estimador de *Callaway* e *Sant’Anna*, adequado a contextos em que as entidades aderem à intervenção em momentos distintos.²⁷ Esta estratégia permite comparar a evolução dos episódios de menor prioridade clínica nas entidades abrangidas pelo projeto face às entidades ainda não abrangidas, procurando distinguir o efeito associado ao projeto de diferenças estruturais prévias entre os grupos, de 1 de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2025.

Na figura 2 apresenta-se o efeito médio do tratamento do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” sobre a percentagem de episódios de urgência de baixa prioridade clínica (“Pouco Urgente” e “Não Urgente”).

No período pré-adesão, os coeficientes estimados encontravam-se próximos de zero, sem evidência clara de diferenças sistemáticas entre entidades abrangidas e não abrangidas antes da entrada no projeto.

Após a adesão, observa-se uma trajetória predominantemente negativa dos coeficientes, sugerindo uma redução da percentagem de episódios de urgência de baixa prioridade clínica (“Pouco Urgente” e “Não Urgente”) nas entidades abrangidas pelo projeto, em relação ao grupo de comparação.

Esta evolução é compatível com uma alteração do perfil de procura dos SU, embora deva ser interpretada com prudência nos meses mais afastados do

²⁶ Do total de 8.912.229 episódios de urgência analisados, foram considerados 8.526.408 episódios com informação disponível sobre a prioridade clínica, excluindo-se os episódios classificados com a cor branca.

²⁷ Callaway, B., & Sant’Anna, P. H. C. (2021). *Difference-in-Differences with multiple time periods*. Journal of Econometrics, 225(2), 200–230. <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2020.12.001>



momento da adesão, em que os intervalos de confiança são mais amplos, atendendo ao menor número de entidades com períodos de observação suficientemente longos após a entrada no projeto. Consequentemente, essas estimativas assentam num menor número de observações, o que as torna mais incertas estatisticamente.

Em termos agregados, a estimativa média do efeito do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” aponta para uma redução de 7,3 p.p. na percentagem de episódios de baixa prioridade clínica (“Pouco Urgente” e “Não Urgente”) nas entidades aderentes ao projeto. O efeito médio estimado foi estatisticamente significativo (-0,073; IC95%: -0,1117 a -0,0289), sugerindo uma associação global entre a adesão ao projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” e a redução relativa destes tipos de episódios nos SU.

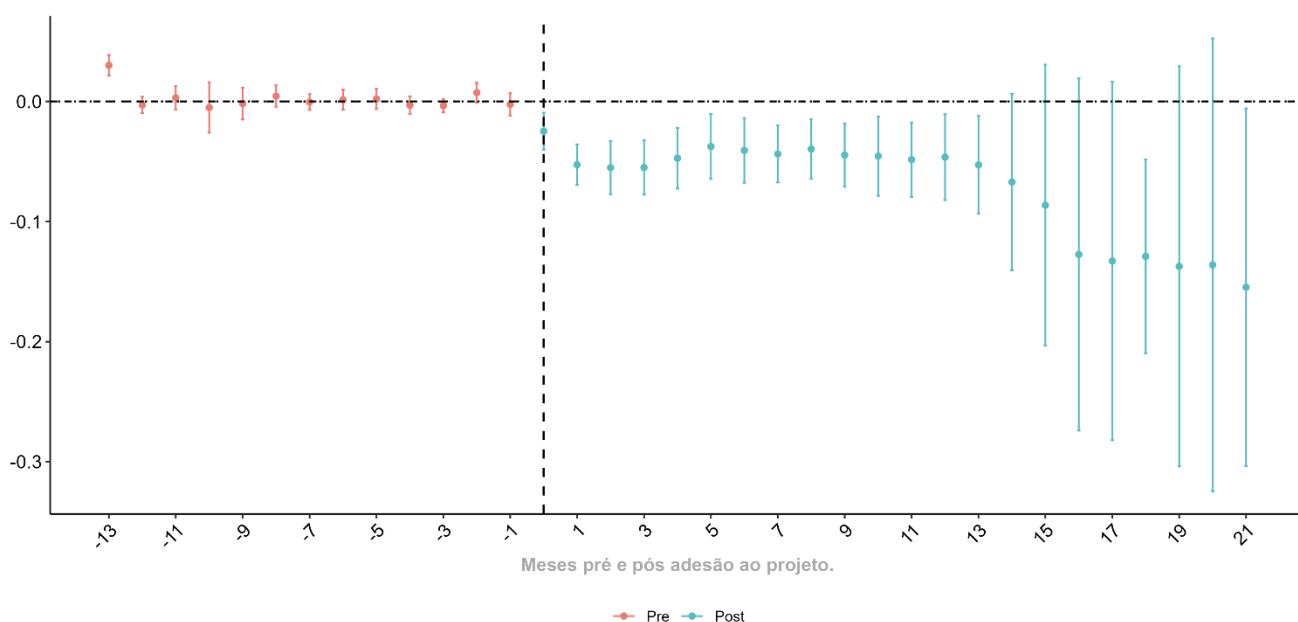


Figura 2

Efeito médio do tratamento agregado das entidades que aderiram ao projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” entre janeiro de 2024 e dezembro de 2025²⁸

²⁸ A ULS da Póvoa de Varzim/Vila do Conde foi excluída da análise econométrica por se encontrar abrangida pelo projeto em causa durante todo o período considerado. O projeto-piloto foi inicialmente implementado nos concelhos da Póvoa de Varzim e Vila do Conde em maio de 2023, não existindo, por isso, no período em análise, observações pré-tratamento para esta entidade.



Tendo em conta que a análise anterior estima o efeito médio do projeto ao longo do tempo em torno do momento de adesão, importa complementar essa leitura com uma análise por grupos definidos em função do momento de implementação do projeto.

Esta abordagem permite avaliar se o efeito estimado é semelhante entre entidades que aderiram em momentos distintos ou, pelo contrário, se a magnitude e a trajetória do efeito diferem.

Esta decomposição é particularmente relevante num contexto de implementação desfasada do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, uma vez que o efeito agregado pode refletir composições distintas de entidades tratadas em cada horizonte temporal.

Da análise da tabela 15, verifica-se que os efeitos médios estimados apresentam sinal negativo em todos os grupos constituídos com base no momento de adesão ao projeto, sugerindo uma redução da percentagem de episódios de baixa prioridade clínica (“Pouco Urgente” e “Não Urgente”) nas entidades com o projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” implementado. No entanto, a magnitude e a significância das estimativas variam entre os grupos definidos com base no momento de adesão.

Os efeitos estimados são estatisticamente significativos para os grupos que aderiram em março de 2024 e entre outubro de 2024 e março de 2025, com reduções entre 1,9 p.p. e 10,1 p.p.. O efeito mais expressivo observa-se no grupo que iniciou a implementação do projeto em março de 2024, correspondente às ULS Entre Douro e Vouga e Gaia/Espinho, com uma redução estimada de 10,1 p.p.. Entre os grupos de adesão mais recente, o efeito mais expressivo observa-se no grupo de janeiro de 2025, correspondente à ULS Amadora/Sintra, com uma redução estimada de 5,6 p.p.. Já o grupo com adesão em setembro de 2024 apresenta uma estimativa negativa, mas sem significância estatística.

Em conjunto, estes resultados indicam que a redução estimada não é determinada exclusivamente por um único grupo de ULS, embora existam



diferenças na magnitude dos efeitos entre grupos constituídos com base no momento da adesão ao projeto.

Esta leitura reforça a utilidade da análise por período de adesão, permitindo identificar alguma heterogeneidade no efeito estimado do projeto entre as entidades que implementaram o projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” em momentos distintos.

Tabela 15

Efeito médio do tratamento nas entidades aderentes ao projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, por grupo de período de adesão, janeiro de 2024 a dezembro de 2025

Período de adoção	ULS	Efeito médio de tratamento	Erro padrão	Intervalo de confiança
03/2024	Entre Douro e Vouga e Gaia/Espinho	-0,1007*	0,0430	[-0,1888; -0,0126]
09/2024	Almada-Seixal e Barcelos/Esposende	-0,0360	0,0199	[-0,0768; 0,0048]
10/2024	Lezíria, Região de Leiria, Viseu Dão-Lafões e Tâmega e Sousa	-0,0441*	0,0084	[-0,0613; -0,0269]
11/2024	Litoral alentejano, Região de Aveiro, Coimbra, Loures-Odivelas, Matosinhos, Alto Alentejo, Alto Ave, Alto Minho e Médio Ave	-0,0439*	0,0132	[-0,0709; -0,0169]
12/2024	Braga, Lisboa Ocidental, Santa Maria, São José, São João, Nordeste e Oeste	-0,0406*	0,0157	[-0,0728; -0,0083]
01/2025	Amadora/Sintra	-0,0561*	0,0039	[-0,0641; -0,0480]
03/2025	Estuário Tejo	-0,0190*	0,0047	[-0,0286; -0,0093]

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pelas ULS, E.P.E.



6. Conclusões

Da análise empreendida pela ERS ao impacto do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” no acesso a cuidados de saúde no SNS, nos anos de 2024 e 2025, extraíram-se as seguintes conclusões principais:

- Entre 2024 e 2025, o número de chamadas telefónicas atendidas pelo STAE, da Linha SNS 24, que abrange os atendimentos realizados no âmbito do projeto “Ligue antes, salve vidas”, aumentou 58,9%;
- O aumento da utilização da Linha SNS 24 foi acompanhado por um agravamento dos tempos de espera para atendimento telefónico, tendo-se observado um aumento significativo das chamadas com espera superior a 30 minutos (9,1 p.p.), em 2025;
- Relativamente à orientação clínica da Linha SNS 24, destaca-se um aumento de 3,7 p.p., entre o último trimestre de 2024 e o período homólogo de 2025, dos encaminhamentos para CSP e uma redução de 1,9 p.p. dos encaminhamentos para autocuidados.
- Embora a maioria dos encaminhamentos da Linha SNS 24 para CSP tenha resultado em agendamento de consulta, entre o último trimestre de 2024 e de 2025, houve uma redução da percentagem de episódios com agendamento efetivo de consultas aberta (-14,2 p.p.), e um aumento das situações que resultaram em teleconsulta (+9,9 p.p.), em episódios sem agendamento devido a constrangimentos técnicos (+0,4 p.p.) e em recusa dos utentes no encaminhamento (+3,8 p.p.).
- No caso dos encaminhamentos da Linha SNS 24 para cuidados de saúde hospitalares, obtiveram-se níveis muito elevados de referenciação para SU ou consulta aberta hospitalar, com valores iguais ou próximos dos 100%. Ainda assim, observou-se em 2025 um aumento de situações de recusa dos utentes (+0,7 p.p.) e de episódios sem referenciação por constrangimentos técnicos (+0,1%), embora permanecendo residuais, em termos relativos.



- Em termos de adequação da orientação clínica, uma reduzida percentagem de consultas não programadas (variando entre 0,3% ao longo de todos os trimestres de 2024 e o primeiro trimestre de 2025, e 0,5% no terceiro trimestre de 2025), com origem em referência na Linha SNS 24, culminou em referência subsequente para SU.
- Em contraste, em 2025 observou-se um aumento significativo dos episódios referenciados para SU que, após triagem hospitalar, foram reencaminhados para CSP, particularmente nos episódios classificados com prioridade “Pouco Urgente” (6,2%) e “Não Urgente” (16,8%).
- Os dados evidenciam um aumento muito significativo da utilização dos CSP. Apesar de a Linha SNS 24 manter predominância enquanto principal via de encaminhamento, em 2025 observou-se uma redução progressiva da sua proporção relativa no total de consultas não programadas, acompanhada pelo aumento dos episódios agendados diretamente pelos utentes ou por outras vias, o que poderá refletir uma adaptação progressiva dos utentes ao novo modelo organizacional.
- Apesar do aumento expressivo da procura, os CSP mantiveram elevada capacidade de resposta, assegurando tempos reduzidos de espera para consulta não programada, com mais de 90% das consultas a serem realizadas em menos de 24 horas após referência.
- Da análise à evolução dos episódios de urgência por origem de admissão, conclui-se que ocorreu uma alteração do padrão de acesso aos SU ao longo do período em análise, com uma redução de 16,4 p.p. na proporção de episódios realizados por iniciativa do utente entre o primeiro trimestre de 2024 e o último trimestre de 2025.
- No mesmo período, a proporção de episódios com origem na Linha SNS 24 aumentou 10,5 p.p., sendo este aumento consistente com a implementação do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”.
- Em 2025, observou-se uma redução global de 71.078 episódios de urgência face a 2024, associada às prioridades clínicas de menor gravidade.



- Os resultados sugerem uma alteração da procura, com maior peso relativo dos episódios urgentes e muito urgentes, ainda que se mantenha uma utilização significativa dos SU para situações de menor prioridade clínica (“Pouco urgente” e “Não urgente”), representando 31,3% dos episódios, em 2025.
- A análise econométrica utilizada sugere uma redução da percentagem de episódios de urgência de baixa prioridade clínica (“Pouco Urgente” e “Não Urgente”) nas entidades abrangidas pelo projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, em relação ao grupo de comparação. Foram ainda identificadas diferenças na magnitude e significância estatística dos efeitos entre grupos de ULS, tendo por base o momento de implementação do projeto.
- A análise sistemática das reclamações dos utentes, permitiu à ERS identificar padrões recorrentes de constrangimentos na operacionalização do projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas”, evidenciando a necessidade de uma intervenção regulatória acrescida.
- Nesse contexto, e ao abrigo das suas atribuições e competências legais, a ERS emitiu uma instrução à SPMS que incidiu designadamente sobre a qualidade e efetividade da referenciação, a articulação operacional do modelo e a capacidade de resposta da Linha SNS 24 em períodos de pressão assistencial acrescida.
- Foi ainda emitida uma recomendação às 27 ULS abrangidas pelo projeto, com foco no cumprimento das regras de acesso associadas ao projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, garantindo que os mecanismos de referenciação prévia não constituam um obstáculo ao acesso dos utentes a cuidados de saúde adequados, integrados e prestados em tempo clinicamente aceitável.



© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2026

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência “Porto, Portugal”.

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).



Rua S. João de Brito, 621 L32
4100-455 PORTO - Portugal
T +351 222 092 350
geral@ers.pt
www.ers.pt

DA SAÚDE
DA SAÚDE