

26 de dezembro de 2025

<http://justnews.pt/noticias/determinantes-sociais-da-saude-a-estrategia-estrutural-que-portugal-continua-a-adiar>



«Determinantes sociais da Saúde: A estratégia estrutural que Portugal continua a adiar»

Inês Espírito Santo

Assistente Social ULS São José / Docente convidada ISCTE/ Investigadora CIES

O Serviço Nacional de Saúde gosta de se apresentar como universal, equitativo e centrado na pessoa. No entanto, na prática, continua muitas vezes a funcionar como se as condições sociais das pessoas fossem um detalhe secundário, algo a considerar apenas quando tudo o resto falha. Esta contradição não é menor: é uma das fragilidades estruturais mais persistentes do sistema.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) como: rendimento, escolaridade e literacia, condições habitacionais, redes de apoio, isolamento social, não são um “extra” nem um problema externo ao SNS. São fatores decisivos para determinar se uma intervenção clínica resulta ou falha. Um sistema que ignora sistematicamente estes determinantes não é apenas incompleto; é ineficiente e injusto.

Persistimos numa lógica em que o SNS trata doenças como se estas existissem num vazio social. Diagnosticamos com precisão, prescrevemos com rigor e monitorizamos indicadores clínicos sofisticados, mas continuamos a ignorar se a pessoa compreende o plano terapêutico, se tem apoio familiar, se consegue deslocar-se a consultas ou se dispõe de condições mínimas para cuidar de si. Depois, surpreendemo-nos com a fraca adesão, com a utilização repetida dos serviços e com resultados aquém do esperado.

Portugal investiu e bem em sistemas de informação clínica, interoperabilidade e digitalização. Mas esta modernização é incompleta e, em certa medida, ilusória. Um sistema que acumula dados biomédicos, mas não integra informação social essencial, não é verdadeiramente inteligente: é apenas tecnicamente sofisticado e estrategicamente curto.

A ausência de uma abordagem proativa baseada nos DSS não resulta de desconhecimento. A evidência é clara, a experiência no terreno é diária e os exemplos internacionais são amplamente conhecidos. O que falta não é conhecimento técnico; é decisão política.



Patrícia Pinto e Inês Espírito Santo

Integrar os DSS não é ideologia — é boa gestão pública

Persiste a ideia de que integrar os DSS corresponde a assistencialismo ou a uma sobrecarga adicional para os serviços. Nada poderia estar mais distante da realidade. Trata-se, antes, de uma opção de boa governação: planear melhor, intervir mais cedo e evitar o desperdício de recursos altamente diferenciados em respostas tardias e reativas.

Uma abordagem proativa baseada nos determinantes sociais beneficia todos os intervenientes. Os utentes recebem cuidados ajustados à sua realidade concreta, e não planos teóricos impossíveis de cumprir. Os profissionais deixam de trabalhar permanentemente em modo de crise, com decisões clínicas fragilizadas por contextos sociais ignorados. As organizações ganham previsibilidade e efetividade. E o sistema, no seu conjunto, passa a investir onde existe maior retorno em saúde.

Continuar a ignorar esta dimensão não é uma posição neutra. É aceitar, tacitamente, que uma parte significativa do investimento público em saúde terá impacto limitado porque não dialoga com a vida real das pessoas.

Do discurso à prática: menos exceção, mais sistema

Falar de DSS tornou-se comum em documentos estratégicos e discursos institucionais. O problema é que continuam largamente ausentes da prática quotidiana e da governação do SNS. Enquanto forem tratados como exceção, dependentes da sensibilidade individual de profissionais ou de projetos pontuais, não haverá mudança estrutural.

A integração pode e deve ser simples e padronizada:

- recolha sistemática de um conjunto mínimo de variáveis sociais relevantes;
- estratificação de risco social breve e objetiva;
- ativação de respostas proporcionais, articulando saúde, setor social e recursos comunitários.

Nada disto exige reformas legislativas profundas ou investimentos in comportáveis. Exige coordenação, liderança e a coragem de sair de uma lógica exclusivamente biomédica.

Exemplos que desmontam o argumento da impossibilidade

Quando uma pessoa com doença crónica, baixa literacia e isolamento social é acompanhada por um plano integrado que considera estas dimensões, os resultados melhoram. Quando famílias em contextos vulneráveis são apoiadas de forma coordenada entre saúde, escola e respostas sociais, a adesão terapêutica aumenta e os episódios agudos diminuem.

Estes ganhos não são excecionais nem teóricos. A literatura internacional e a evidência acumulada em diferentes sistemas de saúde demonstram, de forma consistente, que intervenções baseadas nos DSS estão associadas a melhor controlo da doença crónica, maior adesão terapêutica, redução de episódios evitáveis e utilização mais adequada dos serviços de saúde. O que falha, portanto, não é a evidência é a decisão de a transformar em prática sistemática.

A questão, por isso, não é se funciona. A questão é porque continuamos a não o fazer.

Quando a evidência orienta o sistema

Um exemplo concreto de como a evidência pode ser traduzida em prática estruturada encontra-se na Catalunha, com a criação do Guia prática para la codificación de determinantes sociales de la salud en la historia clínica electrónica en la consulta de atención primaria. Desenvolvida no âmbito do sistema público de saúde catalão, esta iniciativa demonstra de forma clara que integrar os DSS não é um exercício teórico nem um luxo conceptual, mas uma decisão estrutural com impacto real na organização dos cuidados.

Estudos realizados no contexto da implementação deste guia mostraram que, após seis meses de intervenção orientada para facilitar o registo dos determinantes sociais na prática clínica, se verificou um aumento estatisticamente significativo no número e na diversidade desses registos nas histórias clínicas eletrónicas. Este resultado é particularmente relevante porque demonstra que a codificação sistemática dos determinantes sociais pode ser integrada no fluxo de trabalho dos profissionais de cuidados de saúde primários.

Mais importante ainda, esta maior visibilidade dos determinantes sociais traduz-se em benefícios concretos para as pessoas. Como tem sido amplamente documentado na literatura internacional, tornar explícitas situações de precariedade habitacional, dificuldades económicas, isolamento social ou barreiras linguísticas permite ajustar intervenções, personalizar planos de cuidados e facilitar o acesso a respostas sociais e comunitárias adequadas. Para os utentes, isto significa maior coerência dos cuidados, melhor continuidade assistencial e menor risco de respostas desajustadas por desconhecimento do contexto social.

Ao integrar de forma sistemática a informação social na história clínica, a Catalunha resolveu um problema que muitos sistemas de saúde continuam a contornar: a distância entre reconhecer a importância dos DSS e conseguir operacionalizá-los no contexto clínico. A informação social deixou de ser difusa ou informal para se tornar um dado clínico estruturado, visível e acionável. Não se trata apenas de “registar melhor”, mas de transformar a forma como o sistema encara a pessoa não como um conjunto de diagnósticos isolados, mas como alguém inserido num contexto que condiciona os resultados em saúde.

A identificação de situações como precariedade habitacional, dificuldades económicas, isolamento social ou barreiras linguísticas deixa, assim, de depender do olhar atento quase militante de alguns profissionais e passa a ser uma responsabilidade partilhada, sustentada por instrumentos comuns. Isto traduz-se em ganhos claros em equidade, redução da variabilidade injustificada, maior coerência das respostas e condições para intervenções mais eficientes.

A experiência catalã demonstra, portanto, que o principal obstáculo nunca foi técnico ou burocrático. Os instrumentos existem, a evidência está consolidada e os profissionais reconhecem, em grande medida, a relevância destes fatores. O que foi decisivo foi uma opção política e organizacional clara: incorporar os DSS como parte legítima do ato clínico. Quando a evidência orienta efetivamente o sistema, o cuidado deixa de ser apenas clinicamente correto e passa a ser estruturalmente mais justo.

É, também, neste espírito de aprendizagem mútua e adaptação à realidade nacional que se encontra em desenvolvimento, em Portugal e em articulação com a Catalunha, um trabalho de investigação orientado para aprofundar o conhecimento sobre o impacto dos DSS no contexto português e apoiar a construção de indicadores e instrumentos que facilitem a sua integração na prática clínica.

O passo que falta assumir

Portugal dispõe de tecnologia, de profissionais qualificados e de um setor social com forte implantação territorial. O que falta é assumir, sem ambiguidades, que os DSS são parte integrante da qualidade clínica e da sustentabilidade do SNS.

O Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social têm aqui uma responsabilidade clara. Implementar um projeto-piloto nacional de estratificação social em várias ULS, num horizonte temporal curto, seria um sinal inequívoco de que o país quer passar do discurso à ação. Não o fazer é manter um sistema que reage tarde, desperdiça recursos e falha precisamente junto de quem mais precisa.

Integrar os DSS não é uma inovação futurista. É a expressão concreta de um SNS que abandona um paradigma fragmentado e estritamente biomédico para assumir, de forma efetiva, um modelo centrado na pessoa, na integração de cuidados e na resposta às realidades onde a saúde ou a doença se constrói. Uma abordagem proativa baseada nos determinantes sociais permite antecipar riscos, reduzir complexidade clínica evitável e alinhar intervenções com as reais condições de vida das pessoas, gerando ganhos simultâneos para utentes, profissionais e para o próprio sistema de saúde. Mas este paradigma só se concretiza com o reconhecimento, a valorização e a integração efetiva de profissionais com competências específicas para ler, interpretar e intervir nos contextos sociais que condicionam a saúde, em articulação com as restantes equipas.

Neste processo, os assistentes sociais da saúde não são um recurso complementar nem uma resposta de última instância: são um elemento estrutural desta equação. A sua formação técnica, operativa e científica confere-lhes competências específicas para avaliar risco social, interpretar contextos familiares e comunitários, articular respostas intersectoriais e transformar informação social em decisão clínica e organizacional. São, no SNS, os profissionais com competência formal para integrar diagnóstico social, planeamento de intervenção e gestão de caso, ligando o sistema de saúde ao território real onde as pessoas vivem. Ignorar este capital profissional é desperdiçar conhecimento acumulado e capacidade instalada; integrá-lo de forma sistemática é potenciar a eficácia das equipas e dar consistência a uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa.

Assumir uma abordagem centrada na pessoa e no seu contexto revela o potencial de um sistema público que não se limita a tratar doenças. O SNS dispõe de uma base sólida de cuidados de proximidade que poucos sistemas europeus conseguem replicar. O próprio Pacto para a Saúde Sustentável aponta no sentido certo ao valorizar a prevenção, a integração de cuidados e a resposta às desigualdades, criando um enquadramento político e estratégico favorável para que a dimensão social deixe de ser periférica e passe a estruturar a decisão clínica e organizacional.

Portugal não parte do zero nem está longe de consolidar uma abordagem integrada aos DSS. A experiência acumulada na estratificação de risco, na monitorização de doentes crónicos e na utilização de indicadores populacionais demonstra que o sistema sabe trabalhar com dados e, sobretudo, sabe transformá-los em ação. O que falta não é capacidade técnica, mas a coragem de expandir boas práticas a domínios ainda pouco explorados entre eles, a consideração sistémica da pessoa no seu contexto social.

Esta abordagem não fragiliza nem sobrecarrega o SNS. Pelo contrário, reforça-o através de uma utilização mais inteligente e eficiente dos recursos disponíveis, alinhando a prática com os princípios que sempre o definiram: universalidade, equidade e justiça social. Criar ou replicar uma abordagem desta natureza no contexto português não exige reinventar o sistema, mas abandonar uma visão estritamente biomédica que continua a produzir respostas tardias, dispendiosas e socialmente injustas.