justNews
a partilhar informação desde 1981

16 de setembro de 2026

http://justnews.pt/noticias/quando-o-servico-social-so-e-visto-quando-a-alta-clinica-falha-1218

Quando o Serviço Social só é visto quando a alta clínica falha

Inês Espírito Santo
Assistente social hospitalar e investigadora do CIES–ISCTE

Quando o Serviço Social só é visto quando a alta clínica falha

Muito para além da alta: Reflexões sobre o Serviço Social Hospitalar na continuidade, integração e humanização dos cuidados em Portugal e Espanha.

Quantos profissionais de saúde, gestores ou cidadãos saberão realmente o que faz um assistente social em contexto hospitalar? Apesar de integrar as equipas multidisciplinares há décadas, o Serviço Social Hospitalar continua frequentemente associado à resolução de problemas económicos, à procura de respostas sociais ou à agilização de altas. Esta visão, além de redutora, ignora a complexidade de uma intervenção que procura compreender de que forma a doença, a vulnerabilidade social e os determinantes sociais da saúde condicionam o percurso clínico e a continuidade dos cuidados.

Portugal e Espanha partilham desafios estruturais comuns. Apesar das especificidades organizativas de cada sistema de saúde, os dois países enfrentam desafios semelhantes relacionados com o envelhecimento demográfico, o aumento da doença crónica, a crescente dependência, a complexificação das situações familiares e a necessidade de reforçar a articulação entre os sistemas de saúde, proteção social e comunidade.

Neste contexto, a partilha de experiências, a reflexão conjunta entre profissionais e a análise crítica das práticas constituem oportunidades de aprendizagem mútua, contribuindo para a sua permanente renovação e adaptação aos desafios sociais e de saúde da atualidade.

justNews
a partilhar informação desde 1981

Quando a dimensão social só aparece no fim

No âmbito hospitalar, o Serviço Social Sanitário em Espanha tem estado tradicionalmente associado ao planeamento da alta, sobretudo nas situações em que as condições sociais, familiares ou habitacionais dificultam a continuidade dos cuidados. Contudo, tem vindo a ganhar relevância uma abordagem mais precoce, orientada para a identificação, desde as primeiras fases do internamento, de fatores sociais suscetíveis de interferir no processo assistencial. Esta evolução reflete uma mudança de paradigma que importa acompanhar, não apenas em Espanha, mas também noutros contextos onde a dimensão social continua frequentemente a ser valorizada apenas quando os problemas já condicionam a alta ou a continuidade dos cuidados.

Esta mudança de perspetiva é significativa. Não se trata apenas de intervir quando surge uma dificuldade para a alta, mas de antecipar as condições sociais que podem influenciar a evolução clínica, a autonomia, a adesão ao tratamento, a recuperação funcional ou a continuidade dos cuidados.

A hospitalização pode constituir um momento privilegiado para identificar e compreender situações de vulnerabilidade que permaneciam compensadas ou pouco visíveis no quotidiano, mas que emergem ou se intensificam perante a doença. Um episódio de doença pode expor fragilidades previamente existentes, desencadear novas dificuldades e alterar o equilíbrio que permitia à pessoa e à família gerir autonomamente as exigências da vida diária, evidenciando o impacto das condições sociais no processo de saúde, recuperação e continuidade dos cuidados.

O desafio não está apenas em reconhecer estes fatores. Está em identificá-los atempadamente e compreender de que forma interagem com a condição clínica, funcional e familiar de cada pessoa. É aqui que o diagnóstico social em saúde assume particular importância. A especificidade do Serviço Social não reside simplesmente na identificação de um problema social ou na referenciação para um recurso. Reside na capacidade de compreender a pessoa na sua globalidade, interpretar a forma como a doença influencia a sua vida quotidiana e avaliar como as vulnerabilidades, os recursos disponíveis, os direitos sociais e as redes de suporte podem condicionar o percurso assistencial e a continuidade dos cuidados.

A intervenção precoce não significa, por isso, automatizar respostas nem transformar indicadores sociais em classificações rígidas.

Significa criar condições para que o Serviço Social possa chegar mais cedo às situações em que a dimensão social poderá ter impacto relevante no processo de saúde.

Significa também reconhecer que a intervenção social não deve começar quando a alta se torna difícil, mas quando ainda é possível antecipar riscos, reforçar capacidades, mobilizar recursos e construir respostas que minimizem o impacto da doença na vida das pessoas e das suas famílias.

A vulnerabilidade social associada à hospitalização não deve ser entendida como uma condição individual, estática ou reduzida à pobreza, à exclusão social ou à ausência de habitação. A doença pode alterar profundamente a vida de qualquer pessoa, independentemente da sua condição socioeconómica. Uma situação de doença crónica, incapacitante ou prolongada pode provocar perda de rendimentos, incapacidade para o trabalho, aumento das despesas, necessidade de cuidados continuados ou transformação dos papéis familiares. Famílias anteriormente estáveis podem passar, num curto período de tempo, a enfrentar exigências para as quais não estavam preparadas.

As redes familiares e sociais podem também tornar-se mais frágeis perante a exigência dos cuidados. A pessoa pode perder autonomia, o cuidador pode ficar sobrecarregado e as condições que antes permitiam gerir a vida quotidiana podem deixar de existir. Do mesmo modo, a falta de informação, o desconhecimento dos direitos sociais ou as dificuldades de acesso aos recursos disponíveis podem agravar situações já de si complexas e comprometer a capacidade de adaptação à nova condição de saúde.

Por isso, falar de vulnerabilidade social exige ultrapassar uma visão baseada apenas na presença ou ausência de determinados fatores. A vulnerabilidade é dinâmica, relacional e contextual. Resulta da interação entre a condição de saúde, as capacidades da pessoa, as redes de apoio, as condições de vida e as respostas existentes. Mais do que uma característica da pessoa, a vulnerabilidade expressa a forma como diferentes fatores se combinam e interagem perante um determinado processo de doença, tratamento, recuperação ou necessidade de cuidados.

A mesma condição social pode ter consequências muito diferentes consoante a doença, o grau de dependência, a capacidade funcional, o suporte familiar ou os recursos disponíveis na comunidade. É precisamente por isso que a simples identificação de fatores de risco, embora importante, nem sempre é suficiente para compreender a complexidade social associada a cada situação clínica.

É precisamente esta complexidade que torna indispensável a intervenção do Serviço Social Hospitalar. Através do diagnóstico social, o assistente social procura compreender de que forma a condição de saúde interage com as circunstâncias de vida da pessoa, identificando vulnerabilidades, potencialidades, necessidades e recursos que podem influenciar a recuperação, a autonomia e a continuidade dos cuidados.

O que faz, afinal, o Serviço Social no hospital?

O assistente social hospitalar é, simultaneamente, um profissional humanizador dos cuidados, um mediador no acesso aos recursos e direitos sociais e um agente capacitador, que apoia as pessoas e famílias na mobilização de competências e estratégias para enfrentar os desafios decorrentes da doença. A sua intervenção não substitui respostas institucionais nem se limita à referenciação para recursos existentes; procura garantir que cada pessoa compreende os seus direitos, participa nas decisões que lhe dizem respeito e encontra condições para exercer a sua cidadania em contexto de vulnerabilidade.

Trata-se de uma intervenção que integra o diagnóstico social, a identificação de vulnerabilidades, a avaliação das capacidades e recursos da pessoa e da família, a mobilização de redes formais e informais e a construção de estratégias que promovam a autonomia, a continuidade dos cuidados e a qualidade de vida. Mais do que procurar respostas ou gerir recursos, trata-se de compreender a pessoa no seu contexto e de interpretar de que forma os determinantes sociais da saúde podem influenciar a recuperação, a adesão terapêutica, a autonomia, a participação social e o exercício dos seus direitos.

O planeamento da transição entre o hospital e a comunidade constitui uma das dimensões mais visíveis desta intervenção, mas não a esgota. Preparar uma alta segura significa garantir que a pessoa regressa a um contexto com condições para responder, tanto quanto possível, às suas necessidades clínicas, funcionais e sociais.

E aqui surge uma questão: podemos considerar verdadeiramente bem-sucedida uma alta quando a pessoa

regressa a um contexto incapaz de assegurar os cuidados de que necessita?

Podemos falar de adesão terapêutica, recuperação funcional ou prevenção do reinternamento sem considerar as condições concretas em que esses processos irão decorrer? Podemos falar de cuidados centrados na pessoa sem compreender as circunstâncias sociais que condicionam a sua capacidade para gerir a doença, aceder aos recursos necessários e manter a sua autonomia?

A dimensão social continua, demasiadas vezes, a surgir como uma preocupação secundária, apesar de poder ser determinante para os resultados em saúde.

O paradoxo dos "protelamentos sociais"

É neste ponto que surge, recorrentemente, a problemática dos denominados "doentes protelados" ou dos internamentos prolongados por razões sociais. O fenómeno existe e não deve ser ignorado. Mas reduzir o papel do Serviço Social à resolução destes casos seria profundamente injusto, redutor e revelador de um conhecimento limitado sobre a intervenção social em saúde.

O assistente social hospitalar não é apenas o profissional chamado quando a alta clínica encontra obstáculos sociais. É o profissional que realiza o diagnóstico social, identifica vulnerabilidades, avalia necessidades e capacidades, compreende as redes de suporte, promove o acesso a direitos, articula recursos e contribui para a construção de respostas ajustadas à realidade de cada pessoa e família.

Quando se fala de internamentos prolongados por motivos sociais, raramente se questiona quantas altas são possíveis graças à intervenção atempada do Serviço Social, quantas situações de vulnerabilidade são prevenidas antes de se transformarem em crises ou quanto do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais permanece invisível precisamente porque evita problemas que nunca chegam a acontecer.

Quantas altas hospitalares são concretizadas em segurança graças ao planeamento, à articulação e à intervenção do Serviço Social, assegurando que a pessoa regressa ao seu contexto de vida com os apoios, recursos e condições necessários para a continuidade dos cuidados?

Quantos processos são articulados com os cuidados de saúde primários, os serviços sociais, as autarquias, as instituições da comunidade e outras respostas?

Quantas pessoas regressam ao domicílio com maior segurança porque foram mobilizados os apoios necessários?

Quantas famílias compreendem melhor os seus direitos e conseguem aceder a prestações, recursos ou medidas de proteção social que desconheciam?

E quantas situações de sobrecarga familiar ou de rutura de cuidados são prevenidas antes de se transformarem numa nova urgência?

Talvez o maior paradoxo do Serviço Social Hospitalar seja precisamente a invisibilidade dos seus resultados.

Os problemas que permanecem são visíveis. Os problemas que foram evitados, antecipados ou minimizados raramente são contabilizados e valorizados.

Avaliar o Serviço Social apenas pelos problemas que permanecem sem resposta é, por isso, ignorar uma parte significativa do trabalho que diariamente previne, antecipa e reduz o impacto social da doença, contribuindo para a continuidade, segurança e humanização dos cuidados, bem como para uma maior articulação e eficiência dos processos assistenciais.

Um problema que o hospital sozinho não consegue resolver

Os protelamentos sociais não resultam da ação ou da inação de um único profissional ou serviço. São expressão de problemas estruturais que ultrapassam largamente o espaço hospitalar.

Os assistentes sociais hospitalares conhecem particularmente bem esta realidade. São confrontados diariamente com as limitações das respostas existentes, com a insuficiência de recursos, com a fragmentação entre sistemas e com as dificuldades de articulação entre saúde, proteção social e comunidade. São também os profissionais que, através do diagnóstico social, melhor conhecem as necessidades das pessoas e famílias, as vulnerabilidades que condicionam a continuidade dos cuidados e as fragilidades das respostas disponíveis para lhes dar resposta.

Conhecem as causas, acompanham as consequências e procuram construir respostas dentro das possibilidades existentes.

Mas existe aqui um paradoxo que merece ser assumido: se o problema é conhecido há anos, se os seus fatores são identificados e se os profissionais que trabalham diariamente com estas situações conhecem as suas consequências, porque continuam a repetir-se os mesmos constrangimentos?

Talvez o desafio já não seja continuar a descrever o problema.

Talvez seja começar a tratá-lo como aquilo que efetivamente é: um problema estrutural. Um problema amplamente diagnosticado, discutido e reconhecido, mas para o qual continuam a faltar respostas estruturais com a dimensão e a capacidade necessárias para responder à realidade atual.

A persistência dos internamentos prolongados por razões sociais não pode ser atribuída à incapacidade de um profissional, de uma equipa ou de um hospital para encontrar uma resposta. É também consequência da insuficiência de respostas sociais, da fragmentação dos sistemas, das dificuldades de articulação interinstitucional e da ausência de um planeamento suficientemente integrado para responder ao envelhecimento, à dependência e à doença crónica.

Não se trata de procurar culpados dentro do hospital. Trata-se de reconhecer as fragilidades de um sistema que nem sempre consegue assegurar, de forma articulada e atempada, as respostas de que as pessoas necessitam.

O problema não é novo. A resposta continua insuficiente. Todos os anos identificamos as mesmas dificuldades, elaboramos diagnósticos semelhantes e discutimos soluções que, em muitos casos, já conhecemos. Continuar apenas a lamentar os protelamentos sociais ou a contabilizar os seus efeitos dificilmente contribuirá para alterar uma realidade que exige transformação e não apenas descrição.

Entretanto, a realidade demográfica e epidemiológica continua a mudar.

A população envelhece. A doença crónica aumenta. A dependência torna-se mais complexa. As famílias têm menos disponibilidade para assegurar cuidados continuados e prolongados. As necessidades sociais e de saúde tornam-se cada vez mais interdependentes.

E, perante esta realidade, continuam a existir respostas fragmentadas, insuficientes ou pouco articuladas.

Multiplicam-se medidas transitórias e projetos-piloto que podem ser importantes, mas que dificilmente substituem respostas estruturais.

O desafio não está apenas em criar mais respostas. Está em construir um sistema capaz de articular melhor as que existem, identificar precocemente as necessidades e assegurar continuidade entre hospital, cuidados de saúde primários, serviços sociais, autarquias e comunidade.

Os “protelamentos sociais” deveriam, por isso, ser entendidos não apenas como um problema de gestão hospitalar, mas como um indicador das fragilidades existentes na continuidade dos cuidados. Mais do que um problema da alta, são frequentemente o reflexo de dificuldades acumuladas ao longo de todo o percurso assistencial e das limitações das respostas disponíveis na comunidade.

Enquanto forem tratados apenas como um problema da alta, continuaremos a atuar demasiado tarde. E enquanto o Serviço Social for visto apenas através deste fenómeno, continuará a ficar invisível uma parte significativa da sua intervenção na humanização dos cuidados, na promoção dos direitos, na capacitação das pessoas e famílias e na construção da continuidade assistencial.

Portugal e Espanha: desafios que se cruzam

Embora os sistemas de saúde e proteção social de Portugal e Espanha apresentem diferenças organizativas, os desafios que atravessam a intervenção do Serviço Social Hospitalar aproximam-se em vários aspetos.

Esta realidade não é exclusiva de Espanha. Em Portugal observam-se preocupações semelhantes e práticas igualmente orientadas para uma intervenção cada vez mais precoce, integrada e centrada na pessoa. Em ambos os contextos, a complexidade social da doença exige maior articulação entre os diferentes níveis de cuidados e entre os sistemas de saúde, proteção social e comunidade.

Mais do que realidades paralelas, Portugal e Espanha enfrentam desafios comuns e dispõem de experiências que podem enriquecer-se mutuamente através da partilha de conhecimento, da investigação e da reflexão crítica sobre a prática profissional.

A experiência espanhola evidencia uma orientação crescente para mecanismos de identificação precoce da vulnerabilidade social e para uma maior integração da dimensão social no processo assistencial, uma tendência que encontra crescente expressão também em Portugal. Em ambos os países observa-se a procura de modelos mais proativos, capazes de antecipar necessidades e de integrar a dimensão social desde as fases iniciais do percurso assistencial, em vez de a mobilizar apenas quando surgem dificuldades na continuidade dos cuidados ou na alta hospitalar.

Mais do que procurar reproduzir modelos, importa criar espaços de reflexão entre profissionais e sistemas que permitam identificar aprendizagens, limites e possibilidades. A partilha de experiências entre Portugal e Espanha pode constituir uma oportunidade para aprofundar o conhecimento sobre a vulnerabilidade social em saúde, fortalecer o papel do diagnóstico social e desenvolver estratégias mais eficazes de articulação entre hospital e comunidade.

Portugal e Espanha partilham ainda um desafio comum relacionado com o reconhecimento do Serviço Social enquanto profissão de saúde e parceiro estratégico no processo assistencial. Apesar da integração histórica dos assistentes sociais nas equipas multidisciplinares e do seu contributo para a compreensão dos determinantes sociais da saúde, a sua intervenção continua frequentemente a ser associada sobretudo à resolução de dificuldades na alta ou à procura de respostas sociais, persistindo uma valorização insuficiente do seu contributo para os resultados em saúde e para a continuidade dos cuidados.

Esta visão redutora tende a invisibilizar contributos essenciais para a identificação precoce da vulnerabilidade social, para o diagnóstico social, para a promoção dos direitos, para a capacitação das pessoas e famílias, para a humanização dos cuidados e para a continuidade assistencial.

Talvez seja precisamente neste ponto que Portugal e Espanha mais se aproximam: ambos procuram evoluir para modelos de intervenção mais integrados e proativos, mas ambos continuam igualmente confrontados com o desafio de afirmar a dimensão social da saúde como uma componente indispensável da qualidade dos cuidados e não apenas como uma resposta acionada perante problemas já instalados.

A comparação entre Portugal e Espanha pode ser particularmente útil precisamente porque nenhum dos dois países dispõe de respostas perfeitas. Ambos enfrentam problemas semelhantes e ambos podem aprender com as soluções, dificuldades e constrangimentos encontrados do outro lado da fronteira. Mais do que comparar realidades, importa reconhecer que os desafios são comuns e que o futuro do Serviço Social Hospitalar passa, em ambos os contextos, por uma maior integração da dimensão social nos cuidados de saúde, pela valorização da intervenção precoce e pelo reforço da continuidade assistencial centrada na pessoa e na família.

Da deteção do risco à compreensão da complexidade

Neste percurso, importa também aprofundar a própria conceptualização da dimensão social em saúde.

Não basta identificar ou estratificar o risco social através da presença de fatores isolados. É necessário compreender como esses fatores se combinam e adquirem significado perante uma determinada condição de saúde e um determinado contexto de vida.

A identificação precoce de vulnerabilidades pode ser importante, mas não substitui o diagnóstico social.

Um instrumento de deteção pode ajudar a identificar quem poderá necessitar de atenção. Não explica, por si só, por que razão aquela pessoa se encontra vulnerável, como os diferentes fatores se relacionam ou que resposta poderá ser adequada.

É precisamente nessa interpretação que reside uma parte fundamental da especificidade do Serviço Social. É essa capacidade de compreender a interação entre doença, condições de vida, recursos disponíveis, redes de apoio e direitos sociais que distingue o diagnóstico social de uma simples identificação de fatores de risco.

A proatividade não significa substituir o diagnóstico profissional por indicadores. Significa criar melhores condições para que o diagnóstico aconteça mais cedo, quando ainda existe maior margem para intervir, articular e prevenir.

Humanizar os cuidados não significa apenas tratar bem. Significa compreender a realidade em que a pessoa vive.

Significa reconhecer que ninguém adoece fora de um contexto, que ninguém recupera isoladamente e que nenhuma alta é verdadeiramente segura quando ignora as condições concretas em que a pessoa continuará a viver.

Falar de cuidados centrados na pessoa implica, inevitavelmente, falar dos determinantes sociais da saúde.

E falar de continuidade de cuidados implica reconhecer os profissionais capazes de construir pontes entre os sistemas de saúde, proteção social e comunidade.

É aqui que Portugal e Espanha partilham um desafio fundamental: passar de uma visão do Serviço Social como resposta a problemas sociais já instalados para uma compreensão mais ampla da sua contribuição para a prevenção, a continuidade dos cuidados, a equidade e a humanização da saúde.

O Serviço Social Hospitalar não existe apenas para intervir quando uma alta clínica encontra obstáculos. Existe para identificar e compreender os fatores sociais que podem comprometer a recuperação, a autonomia, o exercício de direitos e a continuidade dos cuidados ao longo de todo o percurso assistencial.

Talvez, por isso, a questão já não seja apenas saber o que faz o Serviço Social Hospitalar. A verdadeira questão é outra: porque continuamos a reconhecer a importância da dimensão social apenas quando esta compromete a alta, dificulta a continuidade dos cuidados ou se transforma num problema visível para as organizações?

As causas dos denominados protelamentos sociais são amplamente conhecidas. Os seus determinantes têm sido identificados por profissionais, equipas, investigadores e decisores. Persistem porque refletem desafios estruturais associados ao envelhecimento da população, à crescente complexidade das necessidades de saúde e sociais, à insuficiência de respostas na comunidade e às dificuldades de articulação entre sistemas.

Enquanto a dimensão social continuar a ser encarada como uma preocupação acessória do processo assistencial, tenderemos a atuar sobre as consequências em vez de prevenir as causas.

Reconhecer o valor do Serviço Social Hospitalar implica, por isso, ir além da gestão das dificuldades da alta clínica. Implica reconhecer o seu contributo na identificação precoce de vulnerabilidades, na promoção dos direitos, na capacitação das pessoas e famílias, na articulação de respostas e na construção da continuidade dos cuidados.

Porque a dimensão social da saúde não começa quando a alta falha. Está presente desde o primeiro momento do percurso assistencial. E quanto mais cedo for reconhecida e integrada, maiores serão as possibilidades de promover cuidados verdadeiramente centrados na pessoa, mais equitativos, mais humanizados e mais eficazes.