

19 de fevereiro de 2026

<http://justnews.pt/noticias/servio-social-a-liderana-que-o-sns-no-podedeve-continuar-a-perder>



Serviço Social: A liderança que o SNS não pode/deve continuar a perder

Paula Afonso

Assistente Social na ULS Ocidental e Doutoranda em Serviço Social pelo ISCTE

Porque este tema é urgente

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) atravessa transformações profundas que colocam à prova os seus modelos organizacionais. O impacto cumulativo do envelhecimento populacional, da prevalência de doenças crónicas, da pressão sobre os recursos humanos e das desigualdades sociais exige estruturas de decisão integradas, capazes de responder, ao mesmo tempo, a problemas clínicos e sociais complexos.

Neste cenário, o Serviço Social é um ativo crítico, mas continua sistematicamente subvalorizado na governação das Unidades Locais de Saúde (ULS). A ausência de líderes sociais nos níveis estratégicos não é apenas um desperdício de competências: é uma oportunidade perdida para melhorar eficiência, qualidade e resultados em saúde.

Evidência que não podemos ignorar

É precisamente aqui que importa perguntar, sem rodeios: por que continua o Serviço Social a ser desvalorizado e por que tem, obrigatoriamente, de deixar de o ser?

A experiência acumulada em sistemas como os do Canadá, do Reino Unido e da Escócia é inequívoca: quando as equipas são verdadeiramente multidisciplinares e a liderança é colaborativa com integração efetiva do Serviço Social, verificam-se reduções consistentes das readmissões hospitalares, melhorias substanciais na continuidade de cuidados, maior satisfação dos utentes, melhor desempenho clínico-social em populações complexas e ganhos de eficiência operacional por diminuição de internamentos evitáveis.

Em contextos de cronicidade, saúde mental, envelhecimento, risco social e transições de cuidados, a presença de assistentes sociais não é acessória: é decisiva. A conclusão é clara: sem integração da dimensão social na liderança, os modelos de cuidados integrados ficam incompletos e menos eficazes.



Inês Espírito Santo e Paula Afonso

A raiz do problema

Não é a falta de evidência que explica a desvalorização. O problema reside na forma como o SNS continua a olhar para si próprio: com lentes demasiado estreitas, presas a um paradigma de governação excessivamente biomédico, que empurra o social para o canto dos “outros assuntos”. Décadas de cultura organizacional sedimentaram a ideia de que o que não passa por fármacos, exames ou atos clínicos é secundário.

A realidade diz o contrário: grande parte dos problemas que hoje desafiam o SNS é tanto social quanto clínica. Não há alta segura quando o regresso a casa é inviável; não há gestão eficaz da cronicidade quando rotinas terapêuticas colidem com vidas instáveis; não há eficiência quando a descoordenação entre saúde, proteção social, autarquias e comunidade devolve ao hospital aquilo que este já resolveu do ponto de vista clínico.

Quando a liderança falha, o sistema perde

A isto soma-se a ausência de assento nos espaços onde se decide e se prioriza. O Serviço Social permanece frequentemente fora dos conselhos de administração, das direções executivas, dos núcleos de governação clínica e dos comités onde se desenha o futuro das ULS. Paradoxalmente, fica fora de onde mais faz falta apesar de estar dentro, todos os dias, nos territórios e nas equipas, a gerir a complexidade real que condiciona o funcionamento das instituições. Sem lugar, não há influência; sem influência, não há política; sem política, não há investimento.

Mesmo quando os resultados existem, raramente são medidos com a linguagem que conta para a decisão. O Serviço Social reduz readmissões por razões sociais, encurta internamentos, previne riscos, garante altas seguras, articula redes complexas e diminui custos, mas o sistema continua a medir mal, ou a medir pouco. A lente pública e, muitas vezes, gestora concentra-se nos “internamentos sociais” e nas “altas proteladas por motivo social”, mas ignora o volume de altas seguras para a comunidade viabilizadas todos os dias pela intervenção do Serviço Social.

Este enviesamento reativo apaga o que já se faz bem e que poderia ser potenciado. E, num SNS orientado por métricas, o que não se mede é tratado como irrelevante, mesmo quando é precisamente o que evita o colapso quotidiano dos serviços.

Estereótipos que atrasam o futuro

Há ainda um problema de liderança formal. Enquanto outras áreas consolidaram estruturas hierárquicas e representação estratégica, o Serviço Social permanece, em demasiados contextos, disperso, sem autonomia técnica reconhecida e sem mandato claro para influenciar prioridades. Sem liderança, não há narrativa; sem narrativa, não há política; sem política, não há reconhecimento.

A isto acresce a persistência de estereótipos assistencialistas a caricatura do assistente social que “trata de papéis” ou “vê apoios” que desvalorizam a complexidade técnica, a capacidade analítica e a competência de mediação intersetorial que a profissão, na saúde, efetivamente mobiliza.

Do slogan à prática

Valorizar o Serviço Social, agora, não é uma escolha política de conveniência, é uma necessidade sistémica. Os desafios atuais do SNS - multimorbilidade, dependência, solidão, desigualdade, pobreza energética, violência, ausência de cuidadores, demonstram que não há alta clínica possível quando as condições sociais impedem o regresso seguro a casa. Sem resolver estes fatores, o hospital converte-se num lugar de permanência, não de cuidado.

Ao mesmo tempo, quando o Serviço Social intervém bem e a tempo, reduzem-se internamentos desnecessários, evitam-se ocupações abusivas de camas e garante-se a continuidade de cuidados. É dos poucos serviços que reduz custos estruturais enquanto melhora a qualidade e a segurança e, ainda assim, continua a ser tratado como área de “apoio”, como se o seu contributo fosse acessório, burocrático, periférico ao que “verdadeiramente” importa. Este erro de leitura tem custos humanos, clínicos e financeiros para as ULS e para o próprio SNS.

Sem avaliação social especializada, o sistema falha em riscos críticos: violência doméstica, negligência, fragilidade social, incapacidade de aderir a tratamentos, ausência de condições básicas. Não há qualidade possível quando se ignora metade da vida das pessoas. Falar de articulação, proximidade, continuidade e gestão integrada sem liderança social nos níveis onde se definem estratégias, processos e métricas é, no limite, um exercício retórico.

A integração não se declara, constrói-se com profissionais capazes de navegar redes, negociar recursos, traduzir linguagens e articular setores historicamente em silos, criando soluções viáveis em territórios desiguais. É exatamente isso que o Serviço Social faz, com método, técnica e responsabilização.

Os sistemas de saúde que mais avançaram na integração de cuidados já compreenderam que a governação exige diversidade profissional e que o conhecimento social é estruturante para a sustentabilidade. Portugal não pode continuar a ser exceção.

Governar com diversidade para garantir sustentabilidade

Para que isso aconteça, os gestores das ULS têm de reconhecer na prática e não apenas no discurso, o valor estratégico do Serviço Social na identificação e escolha de lideranças. Não se trata de abrir lugares: trata-se de selecionar líderes com critérios públicos, verificáveis e exigentes, assentes em competências claramente definidas e em evidência inequívoca de resultados em saúde.

Essa escolha deve nascer de processos que promovam liderança colaborativa: envolvimento real das equipas, participação efetiva na definição de prioridades, construção de metas partilhadas e corresponsabilização pelos resultados. Liderar, em última instância, é prestar contas.

Em saúde, a legitimidade mede-se no terreno: nas readmissões que descem, nos dias de “clínico-alta” que deixam de existir, nas transições que deixam de falhar, nas desigualdades que se atenuam e no melhor uso do dinheiro público. É isto que deve estar no centro de qualquer concurso e de qualquer nomeação: provas de melhoria sustentável, capacidade para governar por dados, articular setores e converter objetivos em resultados.

É também isto que os gestores das ULS devem exigir não por formalismo, mas por eficiência. Lideranças competentes, selecionadas com rigor e transparência, constroem organizações mais confiáveis, mais coesas e mais capazes.

A alternativa é conhecida: quando a exceção se transforma em regra, o sistema perde credibilidade e paralisa. O SNS não se pode dar a esse luxo. Se queremos impacto real, esta exigência é fulcral. O SNS tem, por isso, uma escolha simples pela frente: continuar a perder a liderança de que precisa ou assumi-la, com critérios claros, competências comprovadas e responsabilização pelos resultados. Tudo o resto é adiar o inevitável. E o SNS já não tem tempo para isso.

Evidência em construção

Terminamos com uma nota de evidência em construção que pode ajudar a ancorar decisões futuras. Está em curso, no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, no âmbito do doutoramento em Serviço Social, o estudo “Liderar para Integrar em Saúde – Contributos Estratégicos do Serviço Social na Qualificação dos Cuidados de Saúde”.

O projeto analisa perceções, práticas e potencial de liderança no contexto das ULS, com o propósito de produzir

conhecimento aplicável à governação integrada, sustentar políticas e apoiar decisões orientadas para resultados. Se é assistente social numa ULS e quiser contribuir para este mapeamento nacional, pode fazê-lo [AQUI](#).