

Para além da clínica: uma proposta conceptual de triagem de risco social na admissão hospitalar

Beyond the Clinical Perspective: A Conceptual Proposal for Social Risk Screening at Hospital Admission

Ana Abreu¹

DOI: https://doi.org/10.60543/ts_iss.vi10.11029

Recebido: 7 de fevereiro de 2026

Revisto: 30 de junho de 2026

Aceite: 16 de julho de 2026

Publicado: 31 de julho de 2026

Resumo

A identificação precoce de fatores de risco social em contexto hospitalar tem vindo a assumir crescente relevância como estratégia para melhorar a continuidade dos cuidados e reduzir trajetórias de agravamento clínico e social. Contudo, a sua integração nos fluxos assistenciais permanece desigual e conceptualmente pouco clarificada. Este artigo apresenta uma proposta conceptual de triagem de risco social na admissão hospitalar, ancorada no Serviço Social em saúde e na gestão integrada de cuidados. Clarifica a distinção entre avaliação social, triagem social e estratificação de risco, sistematiza contributos recentes da literatura sobre a implementação de instrumentos de *social risk screening* e propõe uma grelha sintética orientada para a identificação precoce de situações de vulnerabilidade com potencial impacto na alta hospitalar e na transição hospital-comunidade. São igualmente discutidos o alcance, as limitações e os riscos éticos da proposta, sublinhando-se que se trata de um modelo conceptual que carece ainda de validação empírica.

Palavras-chave: Serviço Social em saúde; Risco social; Triagem social; Admissão hospitalar; Transição hospital-comunidade.

Abstract

Early identification of social risk factors in hospital settings has gained increasing attention as a strategy to improve continuity of care and reduce trajectories of clinical and social deterioration. However, its integration into care pathways remains uneven and conceptually insufficiently defined. This article presents a conceptual proposal for social risk screening at hospital admission, grounded in health social work and integrated care. It clarifies the distinction between social assessment, social screening and risk stratification, synthesises recent literature on the implementation of social risk screening instruments, and proposes a brief screening grid aimed at the early identification of situations of vulnerability that may affect hospital discharge and hospital-to-community transitions. The article also discusses the scope, limitations and ethical implications of the proposed model, emphasising that it is a conceptual framework that has not yet been empirically validated.

Keywords: Health social work; Social risk; Social screening; Hospital admission; Hospital-to-community transition.

¹ Assistente Social, ULS de São João, Porto, Portugal

E-mail: abreu.amf@gmail.com

Introdução

Os serviços hospitalares recebem diariamente pessoas cuja situação clínica não pode ser plenamente compreendida sem atenção às suas condições de vida, redes de apoio, recursos materiais e capacidade de continuidade de cuidados após a alta. Em muitos destes casos, o risco não decorre apenas da doença ou do episódio agudo que motivou o internamento, mas da interação entre fragilidades sociais pré-existentes, exigências terapêuticas complexas e sistemas de resposta fragmentados entre hospital e comunidade, condicionando o sucesso das transições de cuidados (Maddox & McClellan, 2019; Henderson et al., 2021).

Nos últimos anos, o social risk screening ganhou visibilidade nos sistemas de saúde como estratégia de identificação precoce de fatores sociais associados a piores resultados em saúde e maior dificuldade de acesso, adesão ou continuidade de cuidados (Meyer et al., 2020; Nouri et al., 2022; Fleurence et al., 2024). A literatura mostra, contudo, que a expansão destas práticas não eliminou ambiguidades conceptuais nem assegurou a sua integração consistente nos fluxos clínicos. Persistem diferenças conceptuais entre a identificação de fatores de risco social, a avaliação social aprofundada e a estratificação de populações segundo o risco assistencial ou a utilização de recursos, bem como desafios de implementação relacionados com tempo disponível, formação das equipas, articulação com recursos e equidade (Aha et al., 2023; De Marchis et al., 2023).

Neste contexto, o Serviço Social em saúde ocupa uma posição particularmente relevante. Pela sua inserção na interface entre cuidados de saúde, suporte social, família e território, esta área profissional dispõe de instrumentos conceptuais, analíticos e operativos para identificar riscos sociais com significado clínico e assistencial, bem como para interpretar o seu impacto nas trajetórias de internamento, alta e reinternamento (Henderson et al., 2021). No entanto, importa definir com rigor o que uma triagem social pode e não pode fazer, quais os seus usos, potencialidades e limites e em que condições pode ser eticamente aceitável e metodologicamente útil (Nandiwada et al., 2024).

É neste contexto que se inscreve o presente artigo. O seu objetivo é propor um modelo conceptual de triagem de risco social na admissão hospitalar, ancorado na perspetiva do Serviço Social em saúde e articulado com a literatura recente sobre social risk screening, gestão integrada de cuidados e transições hospital-comunidade. Mais especificamente, o artigo

pretende: a) clarificar a distinção entre avaliação social, triagem social e estratificação de risco; b) discutir criticamente o lugar da triagem social no contexto hospitalar; c) apresentar uma proposta de grelha sintética de triagem de risco social na admissão; e d) analisar os limites, implicações práticas e riscos éticos da sua utilização.

O argumento central deste artigo é que a triagem de risco social pode constituir uma ferramenta útil de deteção precoce e de priorização assistencial. Contudo, essa utilidade depende de ser entendida como um dispositivo preliminar, breve e não substitutivo da avaliação social aprofundada, integrado em circuitos efetivos de resposta clínica, social e comunitária. Na ausência dessa integração, existe o risco de transformar a identificação de vulnerabilidades num exercício burocrático de classificação, com reduzido valor clínico e social e potencial para reproduzir desigualdades (Fleurence et al., 2024; Schillinger & Gottlieb, 2025).

O artigo organiza-se em cinco secções. Após a explicitação da natureza conceptual da proposta, procede-se à clarificação dos principais conceitos, apresenta-se o modelo de triagem de risco social, discutem-se o seu potencial e as suas limitações e, por fim, apresentam-se as principais conclusões.

1. Revisão da literatura e enquadramento conceptual

1.1. A crescente relevância do *social risk screening* em contexto hospitalar

A incorporação de práticas de social risk screening nos serviços de saúde tem vindo a ser impulsionada pelo reconhecimento de que fatores como insegurança económica, instabilidade habitacional, insegurança alimentar, dificuldades de transporte, isolamento social e sobrecarga de cuidados influenciam os resultados clínicos, utilização de serviços e transições assistenciais (Meyer et al., 2020; Nouri et al., 2022). Embora muitos desenvolvimentos tenham ocorrido inicialmente em cuidados primários e contextos comunitários, os hospitais passaram igualmente a ser reconhecidos como contextos estratégicos para identificar precocemente vulnerabilidades sociais com impacto no internamento, no planeamento da alta e no risco de reinternamento (Kangovi et al., 2024).

A literatura mais recente mostra que a implementação de instrumentos de triagem social em saúde permanece heterogénea. Revisões de implementação identificam grande variação

nos instrumentos utilizados, nos domínios rastreados, na forma de administração e nos resultados reportados, concluindo que subsistem importantes lacunas quanto às melhores estratégias para integrar estes processos nos fluxos assistenciais e garantir equidade no seu uso (Aha et al., 2023). Entre as barreiras mais frequentemente descritas surgem a limitação de tempo, a insuficiente formação das equipas, a escassez de recursos sociais para encaminhamento e a redução da adesão aos processos de rastreio ao longo do tempo, mesmo quando a adoção inicial é elevada (De Marchis et al., 2023).

Em contexto hospitalar, a literatura sublinha também que a identificação de risco social pode apoiar decisões mais precoces sobre alta, continuidade de cuidados e mobilização de equipas interprofissionais, mas apenas quando o rastreio está ligado a respostas concretas e a circuitos claros de articulação com a comunidade (Nouri et al., 2022; Kangovi et al., 2024; Laycock et al., 2024). Quando tal não acontece, o processo tende a perder legitimidade clínica e pode ser percecionado pelos profissionais como mais uma exigência administrativa com benefício incerto (Fleurence et al., 2024).

1.2. Triagem social, avaliação social e estratificação de risco: distinções necessárias

Um dos problemas conceptuais recorrentes neste campo é a utilização indiferenciada de termos que designam operações distintas. Para que uma proposta de triagem de risco social em contexto hospitalar seja metodologicamente consistente, é indispensável distinguir, pelo menos, três níveis: avaliação social, triagem social e estratificação de risco (Meyer et al., 2020).

A consolidação da triagem de risco social em contexto hospitalar exige igualmente uma clarificação conceptual, uma vez que a literatura utiliza frequentemente como sinónimos conceitos que correspondem a processos distintos e com finalidades diferenciadas.

A avaliação social corresponde a um processo abrangente, relacional e contextualizado de recolha, interpretação e análise de informação sobre a situação de vida de uma pessoa ou família. No campo do Serviço Social em saúde, esta avaliação integra dimensões materiais, relacionais, institucionais e biográficas, procurando compreender necessidades, capacidades, redes de suporte, obstáculos de acesso e potencialidades e margens de intervenção (Henderson

et al., 2021). Trata-se, por definição, de um processo aprofundado, situado e interpretativo, que não se reduz a um questionário nem a uma listagem de indicadores.

A triagem social, por sua vez, é um procedimento breve e preliminar, orientado para a deteção precoce de sinais de alerta ou fatores de risco que justificam atenção acrescida, avaliação posterior ou ativação célere de determinados circuitos de resposta. A sua função principal não consiste em compreender exhaustivamente a situação, mas identificar rapidamente a probabilidade de existência de vulnerabilidades com potencial impacto assistencial (Nouri et al., 2022). Nessa medida, a triagem é mais curta, mais padronizada e mais sensível à integração em fluxos clínicos do que a avaliação social propriamente dita.

Já a estratificação de risco corresponde à classificação de pessoas ou grupos segundo níveis de risco definidos a partir de um conjunto de variáveis e regras de decisão, com vista a apoiar priorização, segmentação assistencial ou planeamento de recursos. Pode integrar variáveis clínicas, funcionais e sociais, mas assenta numa lógica de categorização que nem sempre coincide com os objetivos do Serviço Social nem com a natureza relacional da avaliação social. Quando mal utilizada, a estratificação pode simplificar excessivamente realidades complexas e naturalizar desigualdades como se fossem atributos individuais estáveis (Schillinger & Gottlieb, 2025).

Distinguir estes três planos é essencial por razões teóricas, metodológicas e éticas. Do ponto de vista teórico, evita a redução da intervenção social a uma função de deteção ou classificação. Do ponto de vista metodológico, permite situar a proposta deste artigo no nível que efetivamente lhe corresponde: o de uma triagem breve para sinalização precoce, e não o de um instrumento exaustivo de avaliação nem o de um algoritmo robusto de estratificação preditiva. Do ponto de vista ético, esta distinção protege contra usos indevidos da linguagem do risco social para justificar decisões simplificadas ou para substituir julgamento profissional por procedimentos automáticos (Nandiwada et al., 2024).

1.3. Gestão integrada de cuidados e transições hospital-comunidade

A relevância da triagem de risco social na admissão hospitalar torna-se mais clara quando situada no quadro das transições hospital-comunidade e da gestão integrada de cuidados. Investigações recentes mostram que os períodos de transição após internamento são

particularmente vulneráveis, sobretudo em pessoas idosas, com multimorbilidade ou com necessidades sociais complexas, e que resultados desfavoráveis são comuns quando há falhas de coordenação entre equipas, setores e níveis de cuidados (Coleman, 2003; Henderson et al., 2021).

Revisões de escopo têm mostrado que programas de apoio à transição hospital-domicílio, baseados em equipas interprofissionais, podem melhorar a continuidade de cuidados, mas também que muitas iniciativas se concentram na integração clínica e da prestação de serviços, permanecendo menos desenvolvidas as dimensões organizacionais, financeiras e administrativas (Laycock et al., 2024). A literatura sobre colaboração interprofissional reforça, aliás, que a coordenação eficaz depende de papéis claros, comunicação estável e reconhecimento mútuo entre profissionais (Schot et al., 2020).

Para o Serviço Social em saúde, este quadro tem implicações diretas. Neste contexto, a realização da triagem de risco social no momento da admissão pode funcionar como um mecanismo de antecipação das necessidades futuras, permitindo identificar precocemente situações em que a alta segura dependerá da existência de apoio domiciliário, da adequação habitacional, da disponibilidade de um cuidador, da acessibilidade económica ao tratamento ou da capacidade de articulação com os serviços da comunidade (Henderson et al., 2021; Laycock et al., 2024).

1.4. Oportunidades e limites da triagem social em hospitais

A literatura recente não sustenta uma perspetiva ingénua da triagem social. Há argumentos sólidos a favor de perguntar sobre fatores sociais em contexto clínico, sobretudo quando esses fatores condicionam diretamente o sucesso terapêutico e a continuidade de cuidados (Meyer et al., 2020; Nouri et al., 2022). No entanto, também se reconhece que rastrear vulnerabilidades sem assegurar resposta adequada pode gerar frustração, desconfiança e até aprofundar a experiência de exposição ou estigmatização por parte dos doentes (Fleurence et al., 2024).

Entre as oportunidades mais claras da triagem social hospitalar destacam-se a deteção precoce de situações que poderiam passar despercebidas, a melhoria da referenciação para Serviço Social e outros apoios, o reforço do planeamento de alta e a possibilidade de

fundamentar decisões organizacionais orientadas para equidade (Kangovi et al., 2024; Nouri et al., 2022). Entre os limites, surgem a sensibilidade e especificidade variáveis dos instrumentos, o risco de excessiva simplificação, a dependência da qualidade da implementação e a fragilidade da evidência disponível sobre resultados em saúde ou redução de desigualdades a médio prazo (Aha et al., 2023; Fleurence et al., 2024; Schillinger & Gottlieb, 2025).

Neste sentido, a posição assumida neste artigo é deliberadamente prudente. A triagem de risco social não é apresentada como uma solução autossuficiente nem como substituto da avaliação social especializada. É proposta como ferramenta conceptual breve, orientada para a identificação precoce de sinais de risco social relevantes para o internamento e para a transição hospital-comunidade, cujo valor depende da integração com julgamento profissional, circuitos de resposta e reflexão ética permanente. Deste modo, a sua utilidade não reside apenas na capacidade de identificar vulnerabilidades, mas sobretudo na possibilidade de desencadear respostas atempadas, articuladas e centradas na pessoa.

2. Metodologia e natureza da proposta

O presente artigo tem natureza teórico-conceptual e inscreve-se no campo do Serviço Social em saúde, orientando-se para a construção de uma proposta aplicável ao contexto hospitalar. Não apresenta resultados empíricos originais nem pretende testar estatisticamente a eficácia de um instrumento. O seu propósito é desenvolver um modelo conceptual de triagem de risco social na admissão hospitalar, fundamentado na literatura científica recente, nos contributos sobre transições de cuidados e na experiência profissional acumulada em contexto hospitalar (Henderson et al., 2021; Laycock et al., 2024).

A metodologia baseou-se numa análise conceptual e numa síntese narrativa orientadas para a construção do modelo, assentes em quatro eixos: (i) revisão seletiva da literatura internacional sobre *social risk screening* em serviços de saúde, com especial atenção aos estudos de implementação, às barreiras operacionais, à utilidade prática e aos desafios de integração nos fluxos assistenciais; (ii) integração da literatura sobre transições hospital-comunidade e gestão integrada de cuidados; (iii) mobilização dos contributos do Serviço Social em contexto hospitalar, particularmente no domínio do planeamento da alta; e (iv)

sistematização da proposta à luz da experiência profissional em contexto hospitalar. Este desenho metodológico revela-se adequado quando o objetivo consiste em promover a clarificação conceptual e produzir uma proposta com utilidade heurística, mais do que testar relações causais ou propriedades psicométricas (Aha et al., 2023; Meyer et al., 2020).

A opção por esta abordagem decorre da inexistência de um modelo de triagem de risco social especificamente desenvolvido para o contexto hospitalar português, justificando a elaboração de uma proposta conceptual passível de futura validação empírica.

A construção do modelo orientou-se por cinco critérios fundamentais: brevidade, para permitir a sua aplicação na fase inicial da admissão hospitalar; pertinência clínico-social, assegurando a relevância das dimensões consideradas; legibilidade interprofissional, favorecendo a utilização por diferentes profissionais; capacidade de sinalização precoce de situações de vulnerabilidade; e prudência ética, evitando transformar realidades sociais complexas em categorias rígidas ou moralizantes (Nandiwada et al., 2024).

A proposta apresentada deve, por isso, ser entendida como uma ferramenta conceptual preliminar, ainda não validada empiricamente. Não constitui um instrumento padronizado com propriedades psicométricas demonstradas, nem um algoritmo preditivo destinado a substituir o julgamento profissional. O seu objetivo consiste em disponibilizar uma estrutura de triagem inicial que possa apoiar a deteção precoce de situações de risco social e a priorização de avaliações sociais aprofundadas em contexto hospitalar (Schillinger & Gottlieb, 2025).

As limitações metodológicas decorrem da própria natureza conceptual do artigo. A seleção dos domínios incluídos na proposta não resulta de um processo formal de validação; o modelo não foi ainda testado quanto à sua aceitabilidade, fiabilidade ou impacto em indicadores de processo e de resultado; e a sua aplicabilidade dependerá de fatores institucionais, como o tempo disponível, a formação das equipas, os sistemas de informação e a existência de respostas sociais adequadas (Aha et al., 2023).

3. Proposta conceptual de triagem de risco social na admissão hospitalar

3.1. Finalidade e posicionamento do modelo

A triagem de risco social proposta destina-se à identificação precoce de sinais de vulnerabilidade social com potencial impacto na permanência hospitalar, no planeamento da

alta e na transição para a comunidade (Maddox & McClellan, 2019; Nouri et al., 2022). A sua finalidade principal não consiste em diagnosticar de forma aprofundada as necessidades sociais, nem produzir automaticamente uma categorização definitiva de risco, mas funcionar como mecanismo inicial de alerta, permitindo reconhecer, no momento da admissão ou durante as primeiras 24 a 48 horas de internamento, situações que justificam avaliação social mais aprofundada ou intervenção antecipada.

A proposta parte da ideia de que, em muitos internamentos, as dificuldades que mais tarde surgem como dificuldades no processo de alta já estavam presentes à entrada, embora nem sempre tenham sido interrogadas ou registadas de forma sistemática. A ausência de cuidador disponível, a inadequação da habitação, a instabilidade económica, a dependência funcional sem suporte, a baixa literacia prática em saúde ou a ausência de rede relacional são fatores que não substituem a avaliação clínica, mas condicionam fortemente a viabilidade dos planos terapêuticos e da continuidade de cuidados (Henderson et al., 2021; Kangovi et al., 2024).

O modelo situa-se numa posição intermédia entre a observação clínica informal e a avaliação social aprofundada. Pretende aumentar a probabilidade de deteção precoce sem anular a necessidade de interpretação profissional. A sua utilidade depende menos da sofisticação técnica dos itens do que da sua inserção num circuito coerente: triagem breve, sinalização atempada, avaliação aprofundada quando necessária, articulação com a equipa e ligação a respostas concretas (Laycock et al., 2024).

É esta articulação entre identificação precoce, avaliação especializada e mobilização de respostas que confere sentido e utilidade à proposta aqui apresentada.

3.2. Domínios nucleares da triagem

A proposta organiza-se em torno de seis domínios nucleares, selecionados por conjugarem relevância social, pertinência assistencial e impacto potencial na preparação da alta e na continuidade dos cuidados.

- a) Suporte social e rede de cuidados. Destina-se a identificar se a pessoa dispõe de apoio efetivo no quotidiano, quem presta esse apoio, em que condições o faz e se existe risco de ausência, fragilidade ou sobrecarga da rede informal.

- b) Condições habitacionais. Considera se a habitação é estável, acessível, segura e compatível com as exigências do pós-alta, nomeadamente barreiras arquitetónicas, degradação, sobrelotação e risco habitacional e acessibilidade física da habitação.
- c) Situação económica e acesso material. Capta dificuldades económicas com relevância assistencial: insuficiência de rendimentos, impossibilidade de adquirir medicação, alimentação inadequada, falta de meios para transporte ou incapacidade de suportar custos associados ao cuidado continuado.
- d) Dependência funcional e necessidade de apoio nas atividades de vida diária. Identifica limitações funcionais prévias ou agravadas pelo internamento, sobretudo quando não existe suporte suficiente no domicílio.
- e) Capacidade de gestão do regime terapêutico e literacia prática em saúde. Sinaliza dificuldades concretas para compreender orientações, gerir medicação, cumprir tratamentos ou utilizar adequadamente os diferentes serviços e consultas.
- f) Relação com serviços e risco de descontinuidade pós-alta. Capta a existência ou ausência de ligação prévia a cuidados primários, apoio social, equipas comunitárias ou outras estruturas relevantes, bem como o risco de descontinuidade.

Importa sublinhar que estes domínios não funcionam de forma isolada. Pelo contrário, tendem a interagir entre si, acumulando vulnerabilidades que podem aumentar a complexidade da situação social e comprometer a preparação da alta e a continuidade dos cuidados.

4. Proposta de grelha esquemática de triagem de risco social na admissão hospitalar

Quadro 1. Proposta de grelha de triagem de risco social na admissão hospitalar

Domínio	Pergunta de triagem	Sinais de alerta	Indicação
Suporte social	Existe alguém disponível para apoiar de forma regular após a alta?	Vive só sem apoio, cuidador inexistente ou exausto, rede relacional muito frágil	Sinalizar para avaliação social
Habitação	A habitação reúne condições adequadas para o regresso após a alta?	Escadas sem alternativa, casa degradada, ausência de condições básicas, risco habitacional	Sinalizar para avaliação social
Situação económica	Existem dificuldades económicas ou materiais	Falta de rendimentos, dificuldade para	Sinalizar para avaliação social

	que possam comprometer o tratamento ou a alta?	medicação, alimentação ou transporte	
Dependência funcional	A pessoa necessita de apoio para as atividades de vida diária após a alta?	Dependência sem cuidador ou sem apoio formal previsto	Prioridade elevada
Gestão terapêutica	Existem dificuldades previsíveis para gerir medicação e orientações após a alta?	Confusão, baixa compreensão, incapacidade de autogestão sem apoio	Articular com equipa e avaliar
Continuidade de cuidados	Existe ligação efetiva aos cuidados ou apoios disponíveis na comunidade?	Sem médico de referência, sem seguimento, sem resposta social	Planear articulação precoce

Fonte: elaboração própria, com base na literatura analisada.

A grelha apresentada constitui um instrumento orientador e não um protocolo fechado de decisão. A sua utilização pressupõe sempre interpretação profissional e articulação com a avaliação social sempre que sejam identificados fatores de vulnerabilidade relevantes.

A grelha deve ser interpretada numa lógica de sinalização acumulativa, e não de pontuação mecânica. O principal valor da triagem não reside no somatório aritmético dos itens, mas no reconhecimento de combinações de fatores suscetíveis de comprometer uma alta segura. Uma pessoa pode apresentar apenas um sinal de alerta, mas esse único sinal pode justificar intervenção prioritária; noutros casos, é a acumulação de múltiplas fragilidades que produz risco elevado. Esta opção procura evitar uma falsa precisão numérica, incompatível com a natureza dinâmica e multidimensional das situações sociais observadas na prática profissional (Schillinger & Gottlieb, 2025).

5. Procedimento de utilização da triagem no circuito assistencial

Propõe-se que a triagem seja realizada, preferencialmente, nas primeiras 24 a 48 horas de internamento, por um profissional com formação adequada e competência para reconhecer quando a informação recolhida justifica uma avaliação social mais aprofundada. Em função da organização de cada instituição, esta triagem poderá ser realizada por um assistente social, por um enfermeiro em estreita articulação com o Serviço Social ou por outro profissional integrado num circuito interprofissional claramente definido, desde que sejam asseguradas a

qualidade da interpretação, a referenciação atempada e a articulação entre os diferentes intervenientes (Laycock et al., 2024; Schot et al., 2020).

Após a realização da triagem, as situações identificadas poderão seguir um de três percursos:

1. Ausência de sinais de risco social relevantes, mantendo-se a vigilância clínico-social ao longo do internamento.
2. Presença de sinais de alerta circunscritos, justificando monitorização continuada e eventual avaliação social, caso a evolução clínica ou o planeamento da alta o justifiquem.
3. Presença de sinais de risco relevantes ou cumulativos, implicando referenciação precoce para avaliação social aprofundada, bem como o início antecipado do planeamento da alta e da articulação com os recursos da comunidade.

Importa salientar que estes percursos não constituem decisões fechadas, podendo ser revistos ao longo do internamento em função da evolução clínica, social e familiar da pessoa.

Este procedimento procura evitar dois extremos igualmente problemáticos: considerar qualquer fragilidade social como motivo automático de referenciação para o Serviço Social ou, pelo contrário, adiar a intervenção até ao momento em que a preparação da alta se encontra comprometida. A literatura demonstra que a eficácia das iniciativas de *social risk screening* depende menos da aplicação isolada de instrumentos de triagem do que da existência de circuitos assistenciais bem definidos, com papéis claramente atribuídos e respostas efetivas às situações identificadas (Aha et al., 2023; Nouri et al., 2022).

6. Alcance e utilidade prática do modelo

A utilidade da proposta apresentada pode ser compreendida a partir de quatro contributos principais, consistentes com a literatura sobre identificação precoce de vulnerabilidades, referenciação estruturada e transições seguras de cuidados (Nouri et al., 2022; Kangovi et al., 2024; Laycock et al., 2024): reforçar a deteção precoce de situações cuja complexidade social tende a tornar-se evidente apenas em fases mais avançadas do internamento; promover uma linguagem comum entre os diferentes profissionais relativamente aos fatores sociais com relevância assistencial; apoiar a priorização da avaliação

social especializada, particularmente em contextos de recursos limitados; favorecer a integração da dimensão social no planeamento da alta e nas transições hospital-comunidade, contribuindo para respostas mais articuladas e centradas na pessoa.

Estes contributos traduzem-se, sobretudo, numa maior capacidade de antecipação das necessidades sociais e de mobilização atempada dos recursos disponíveis, potenciando uma abordagem mais integrada da pessoa em situação de doença. Deste modo, a proposta pretende contribuir não apenas para uma utilização mais eficiente dos recursos, mas também para uma resposta mais precoce, integrada e centrada nas necessidades das pessoas e das suas famílias.

Ao mesmo tempo, importa reconhecer que a triagem social não constitui uma solução autónoma nem suficiente. A sua utilidade depende da forma como é integrada nas práticas assistenciais, da qualidade da avaliação e da escuta profissional e da capacidade institucional para responder às situações identificadas. Questionar os doentes sobre fatores de risco social sem assegurar mecanismos mínimos de acompanhamento ou referenciação pode reduzir a triagem a um procedimento meramente classificatório, com reduzida utilidade prática e potencial impacto negativo na relação de confiança entre profissionais e doentes (Fleurence et al., 2024; Nandiwada et al., 2024).

7. Discussão crítica do modelo proposto

O modelo proposto insere-se na tendência crescente de integrar os determinantes sociais nos fluxos assistenciais, procurando, contudo, fazê-lo a partir da perspetiva do Serviço Social em saúde. Esta abordagem rejeita tanto a invisibilização da dimensão social nas decisões clínicas como a sua redução a dispositivos meramente tecnocráticos de rastreio e classificação (Meyer et al., 2020; Schillinger & Gottlieb, 2025).

A discussão desenvolvida ao longo deste artigo permite destacar três ideias centrais. Em primeiro lugar, a triagem não substitui a avaliação social, constituindo apenas um mecanismo de identificação precoce que deve conduzir, sempre que necessário, a uma avaliação social aprofundada. Em segundo lugar, o valor assistencial da triagem depende menos da aplicação do instrumento em si do que da existência de circuitos efetivos de resposta e de articulação entre os diferentes intervenientes. Por último, qualquer modelo de triagem de risco social deve ser acompanhado por uma reflexão ética permanente sobre os critérios de classificação

utilizados e sobre os efeitos que estes podem produzir nas pessoas e nos processos de decisão (Nandiwada et al., 2024).

Do ponto de vista da prática profissional, o modelo oferece um referencial suficientemente flexível para permitir alguma padronização dos procedimentos, sem comprometer o julgamento profissional. Os domínios selecionados refletem áreas de vulnerabilidade particularmente relevantes nas transições hospital-comunidade. Todavia, importa reconhecer que o modelo não contempla toda a diversidade de fatores que podem influenciar o risco social, como situações de discriminação interseccional, violência ou outras formas de vulnerabilidade social complexa, devendo, por isso, ser sempre complementado por uma avaliação social aprofundada quando existam sinais de maior gravidade ou complexidade.

8. Limitações do modelo e agenda futura de investigação

Apesar do potencial da proposta apresentada, importa reconhecer que o seu contributo deve ser interpretado à luz das limitações inerentes à sua natureza conceptual, as quais são discutidas de seguida.

A principal limitação desta proposta decorre da sua natureza conceptual. Não foram ainda produzidos dados que permitam avaliar a sensibilidade, a especificidade, a fiabilidade, a aceitabilidade ou o impacto do modelo em indicadores assistenciais. A sua transferibilidade para outros contextos dependerá, em larga medida, da existência de serviços de Serviço Social estruturados, da disponibilidade de respostas comunitárias, da organização das equipas e da cultura institucional relativamente à integração da dimensão social nos cuidados de saúde (Aha et al., 2023; Schillinger & Gottlieb, 2025).

Outra limitação prende-se com a opção por um conjunto restrito de domínios compatíveis com uma triagem breve. Consequentemente, o modelo não pretende abranger todas as dimensões associadas ao risco social em saúde, devendo ser entendido como uma primeira etapa de identificação de vulnerabilidades, suscetível de desencadear avaliações mais aprofundadas sempre que necessário.

A investigação futura deverá centrar-se na validação do modelo em diferentes contextos hospitalares, na análise da sua aceitabilidade junto dos profissionais e dos doentes, no estudo da articulação entre triagem, avaliação social e planeamento da alta e, ainda, na avaliação do

impacto da identificação precoce do risco social nos processos de transição hospital-comunidade (Aha et al., 2023; Laycock et al., 2024).

9. Riscos éticos da classificação de doentes segundo níveis de risco social

A classificação de pessoas segundo níveis de risco social levanta importantes questões éticas que não podem ser dissociadas da utilização de qualquer modelo de triagem. Entre os principais riscos destacam-se a reificação de categorias, naturalizando classificações como *alto risco* ou *risco moderado*; a utilização inadequada ou secundária da informação recolhida; a possibilidade de aplicação desigual ou enviesada do modelo; e a instrumentalização da classificação para justificar restrições no acesso a recursos ou prioridades assistenciais em contextos de escassez (Nandiwada et al., 2024; Schillinger & Gottlieb, 2025).

Para mitigar estes riscos, o modelo proposto assenta em três princípios éticos fundamentais: transparência, assegurando que as pessoas compreendem a finalidade da triagem e a utilização da informação recolhida; responsabilidade, garantindo que a identificação de situações de vulnerabilidade conduz a respostas concretas e não apenas à sua classificação; e supervisão profissional e institucional, promovendo a monitorização contínua dos efeitos da triagem, a revisão crítica dos critérios utilizados e a prevenção de utilizações indevidas ou discriminatórias (Nandiwada et al., 2024).

Deste modo, a classificação do risco social só encontra legitimidade quando constitui um instrumento ao serviço da melhoria dos cuidados e da promoção da equidade, e não um mecanismo de categorização ou exclusão das pessoas em situação de maior vulnerabilidade.

Conclusão

A proposta de triagem de risco social na admissão hospitalar apresentada neste artigo procura responder à necessidade de integrar, desde o início do internamento, fatores sociais com potencial impacto na preparação da alta e nas transições hospital-comunidade. Ao clarificar distinções conceptuais, apresentar uma grelha sintética de triagem e discutir os seus limites e implicações éticas, o artigo posiciona a triagem de risco social como uma ferramenta preliminar de apoio à decisão, útil, mas não substitutiva da avaliação social aprofundada.

O principal contributo da proposta consiste em tornar mais explícito, sistemático e partilhável um modo de olhar que o Serviço Social em saúde frequentemente mobiliza na prática quotidiana: a identificação precoce de pessoas cuja combinação de vulnerabilidades sociais e exigências terapêuticas aumenta o risco de comprometimento da alta e da continuidade dos cuidados. Neste sentido, a proposta não pretende substituir o julgamento profissional, mas antes apoiar a sua organização, fundamentação e visibilidade no contexto das equipas interprofissionais.

Ao reconhecer explicitamente as limitações da proposta e os desafios éticos associados à classificação do risco social, o artigo reforça que a triagem só poderá cumprir plenamente o seu potencial quando integrada em estratégias mais amplas de gestão integrada de cuidados, sustentadas por investimento no Serviço Social, pelo fortalecimento dos dispositivos de continuidade de cuidados e por políticas orientadas para a equidade.

O desenvolvimento futuro desta proposta passa pela sua adaptação e validação em diferentes contextos hospitalares, pela avaliação da sua aceitabilidade e utilidade junto dos profissionais e das pessoas utilizadoras dos serviços e pela produção de evidência empírica que permita avaliar o seu contributo para a melhoria das transições hospital-comunidade. Mais do que um instrumento técnico, a triagem de risco social constitui uma oportunidade para tornar visíveis vulnerabilidades frequentemente invisibilizadas pelos modelos predominantemente biomédicos de organização dos cuidados, reforçando o contributo específico do Serviço Social para a construção de respostas mais integradas, equitativas e centradas na pessoa.

Referências bibliográficas

- Aha, K., Hohman, S., Velasquez, D., Sturza, J., Nouri, S., Cartmell, K. B., & Gottlieb, L. M. (2023). Assessing implementation of social screening within US health care settings: A systematic scoping review. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 36(4), 626-645. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.220401R1>
- Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: Challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal*

- of the American Geriatrics Society, 51(4), 549-555. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x>
- De Marchis, E. H., Hessler, D., Fichtenberg, C., Fleegler, E. W., Schmidt, M., & Gottlieb, L. M. (2023). Implementation of social isolation screening and an integrated community resource referral platform. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 36(5), 803-816. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2023.230047R1>
- Fleurence, R. L., Harnett, P., Lappin, B., & Miller, C. J. (2024). Social risk screening is increasing, but is screening enough? *JAMA Network Open*, 7(11), e2446686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.46686>
- Henderson, A., Caplan, G., & Daniel, A. (2021). Hospital discharge planning: A systematic literature review on the support measures that social workers undertake to facilitate older patients' transition from hospital admission back to the community. *Australasian Journal on Ageing*, 40(4), 329-338. <https://doi.org/10.1111/ajag.13138>
- Kangovi, S., Mitra, N., Norton, L., Harte, R., Zhao, X., Carter, T., Grande, D., Long, J. A., & Volpp, K. G. (2024). Social risks identified and addressed through a hospital-based screening and referral program. *Health Services Research*, 59(2), e14292. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14292>
- Laycock, M., Hamilton, S., Bogza, A., Squires, J. E., & Baxter, P. (2024). Interprofessional teams supporting care transitions from hospital to community: A scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 24(2), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.7623>
- Maddox, K. E. J., & McClellan, M. B. (2019). Social determinants of health and hospital readmissions. *JAMA*, 321(20), 1961-1962. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.2870>
- Meyer, D., Bazemore, A., & Gottlieb, L. (2020). Advancing social risk-informed care: Distinguishing social risk from social need. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 33(5), 778-784. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.05.200096>
- Nandiwada, D. R., Chou, W.-S., & Soares, N. S. (2024). Ethical and clinical complexities of social determinants of health screening and follow-up. *AMA Journal of Ethics*, 26(5), E365-E372. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2024.365>
- Nouri, S. S., Patel, K. K., Lyles, C. R., Gottdiener, J., & Gottlieb, L. M. (2022). Clinically screening hospital patients for social risk factors across the continuum of care.

Journal of General Internal Medicine, 37(7), 1842-1850.
<https://doi.org/10.1007/s11606-021-07167-0>

Schillinger, D., & Gottlieb, L. (2025). Do new quality measures for social risk screening measure up? *Academic Pediatrics*, 25(2), 222-225.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2024.10.011>

Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together: A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332-342.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>