



# REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

VOL. 9, Nº 1

*Revisão de literatura*




DOI - 10.33194/rper.2026.43423 | Identificador eletrónico – e43423

Data de submissão: 30-09-2025; Data de aceitação: 12-01-2026; Data de publicação: 19-01-2026

## REABILITAR PARA O BEM VIVER: DA GESTÃO DOS SERVIÇOS AOS CUIDADOS

*REHABILITATING FOR LIVING WELL: FROM SERVICE MANAGEMENT TO CARE*

*REHABILITAR PARA EL BUEN VIVIR: DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS AL CUIDADO*

Maria Manuela Martins<sup>1,2</sup> ; Nelson Guerra<sup>3</sup> ; Soraia Dornelles Schoeller<sup>4</sup>   
Rute Salomé da Silva Pereira<sup>1</sup> ; Catarina Magalhães Alves<sup>5</sup> 

<sup>1</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal

<sup>2</sup> Center for Health Technologies and Services Research, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Direção Geral da Saúde, Portugal

<sup>4</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

<sup>5</sup> Instituto Superior de Saúde e Centro Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Braga, Portugal

Autor Correspondente: Rute Salomé da Silva Pereira, [rutesalomesilvapereira@gmail.com](mailto:rutesalomesilvapereira@gmail.com)

**Como Citar:** Martins MM, Guerra N, Schoeller SD, Pereira RS da S, Alves CM. Reabilitar para o bem viver: da gestão dos serviços aos cuidados. Rev Port Enf Reab [Internet]. 19 de janeiro de 2026 [citado 8 de fevereiro de 2026];9(1):e43423. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2026.43423%20>

### FICHA TÉCNICA

eISSN: 2184-3023 pISSN: 2184-965X

[www.rper.pt](http://www.rper.pt)

### PROPRIEDADE INTELECTUAL

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

[www.aper.pt](http://www.aper.pt)

A equipa editorial da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/about/editorialTeam>

A equipa de revisores da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/revisores>



Este trabalho encontra-se publicado com a Licença Internacional Creative Commons.  
Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0. Direitos de Autor (c) 2026 Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação

## RESUMO

**Introdução:** A diferenciação profissional entre enfermeiros generalistas e especialistas constitui um desafio para a gestão de serviços e de cuidados de reabilitação. Através de um enquadramento inovador que articula gestão, diferenciação profissional e bem-viver, este estudo explora como gerir serviços e cuidados de reabilitação no contexto desta diferenciação profissional, visando a articulação entre cuidados gerais e especializados para a promoção do bem-viver das pessoas.

**Metodologia:** Reflexão teórico-prática baseada em revisão narrativa da literatura científica e normativa sobre gestão de serviços de saúde e processos de reabilitação. A análise incluiu 38 artigos científicos e 15 documentos normativos, seguindo os princípios da análise temática.

**Resultados:** Identificaram-se cinco eixos de gestão: serviços de internamento não específico com necessidades de reabilitação; serviços especializados de internamento de reabilitação; gestão de cuidados continuados; gestão de serviços na comunidade; e gestão de cuidados de reabilitação. A análise evidenciou a diferenciação entre gestão de serviços e gestão de cuidados, destacando competências específicas em supervisão, liderança clínica e articulação interprofissional.

**Discussão:** O bem-viver através da reabilitação exige modelos de gestão inovadores que articulem múltiplos contextos assistenciais. Persistem desafios como envelhecimento populacional, escassez de profissionais e barreiras arquitetónicas. As perspetivas futuras apontam para modelos baseados em valor, tecnologias digitais, como telereabilitação e inteligência artificial, e participação ativa das pessoas como co-gestores do processo de reabilitação.

**Conclusão:** A gestão eficaz dos serviços e dos cuidados de reabilitação é estruturante para promover o bem-viver, exigindo articulação entre contextos assistenciais e complementaridade de competências profissionais.

**Descritores:** Enfermagem em Reabilitação; Gestão em Saúde; Assistência Centrada no Paciente; Bem-viver; Qualidade da Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The professional differentiation between generalist and specialist nurses constitutes a challenge for the management of rehabilitation services and care. Through an innovative framework that articulates management, professional differentiation, and well-being, this study explores how to manage rehabilitation services and care in the context of this professional differentiation, aiming to articulate the balance between general and specialized care to promote people's well-being.

**Methodology:** Theoretical-practical reflection based on a narrative review of scientific and normative literature on health service management

and rehabilitation processes. The analysis included 38 scientific articles and 15 normative documents, following the principles of thematic analysis.

**Results:** Five management axes were identified: non-specific inpatient services with rehabilitation needs; specialized rehabilitation inpatient services; continuing care management; community service management; and rehabilitation care management. The analysis highlighted the differentiation between service and care management, emphasizing specific supervision, clinical leadership, and interprofessional coordination competencies.

**Discussion:** Well-being through rehabilitation requires innovative management models that articulate multiple care contexts. Challenges persist, including population ageing, professional shortages, and architectural barriers. Future perspectives point to value-based models, digital technologies such as telerehabilitation and artificial intelligence, and active participation of people as co-managers of the rehabilitation process.

**Conclusion:** Effective rehabilitation services and care management are fundamental to promoting well-being, requiring coordination between care contexts and complementarity of professional competencies.

**Descriptors:** Rehabilitation Nursing; Health Management; Patient-Centered Care; Living Well; Quality of Health Care.

## RESUMEN

**Introducción:** La diferenciación profesional entre enfermeros generalistas y especialistas constituye un desafío para la gestión de servicios y cuidados de rehabilitación. A través de un marco innovador que articula gestión, diferenciación profesional y bienestar, este estudio explora cómo gestionar servicios y cuidados de rehabilitación en el contexto de esta diferenciación profesional, con el objetivo de articular el equilibrio entre cuidados generales y especializados para promover el bienestar de las personas.

**Metodología:** Reflexión teórico-práctica basada en una revisión narrativa de la literatura científica y normativa sobre gestión de servicios de salud y procesos de rehabilitación. El análisis incluyó 38 artículos científicos y 15 documentos normativos, siguiendo los principios del análisis temático.

**Resultados:** Se identificaron cinco ejes de gestión: servicios hospitalarios no específicos con necesidades de rehabilitación; servicios hospitalarios especializados en rehabilitación; gestión de cuidados continuos; gestión de servicios comunitarios; y gestión de cuidados de rehabilitación. El análisis resaltó la diferenciación entre la gestión de servicios y la gestión de cuidados, enfatizando competencias específicas de supervisión, liderazgo clínico y coordinación interprofesional.

**Discusión:** El buen vivir a través de la rehabilitación requiere modelos de gestión innovadores

que articulen múltiplos contextos de atenção. Persistem desafios, incluindo o envelhecimento populacional, a escassez de profissionais e barreiras arquitetónicas. As perspectivas futuras apontam para modelos baseados no valor, tecnologias digitais como a telereabilitação e inteligência artificial, e a participação activa das pessoas como co-gestores do processo de reabilitação.

**Conclusión:** La gestión efectiva de los servicios y cuidados de rehabilitación es fundamental para promover el buen vivir, requiriendo coordinación entre contextos de atención y complementariedad de competencias profesionales.

**Descriptorios:** Enfermería en Rehabilitación; Gestión en Salud; Atención Dirigida al Paciente; Buen vivir; Calidad de la Atención de la Salud.

## INTRODUÇÃO

A noção de bem-viver transcende a ausência de doença, incorporando dimensões de qualidade de vida, inclusão social e dignidade<sup>(1)</sup>. Neste contexto, a reabilitação emerge como um processo que visa restaurar ou maximizar a funcionalidade, promovendo a participação activa das pessoas na vida comunitária e configurando-se como um novo paradigma dos cuidados de reabilitação<sup>(2)</sup>.

Os cuidados para o bem-viver assentam numa perspectiva intersubjectiva fundamentada no reconhecimento mútuo, onde amor, respeito e solidariedade emergem como elementos-chave. Tal abordagem aprofunda a relação enfermeiro-pessoa em reabilitação, potenciando autoestima e reconhecimento. Ultrapassa a dimensão meramente técnica para se firmar como um cuidado vivido e significativo<sup>(3)</sup>. Esta filosofia de cuidados constrói-se através do *continuum* dependência-independência, sustentado pela confiança, respeito e estima, valores centrais à reabilitação humanizada<sup>(4)</sup>.

O modelo de enfermagem de reabilitação para o bem-viver constitui-se como referencial teórico central deste estudo, fundamentando-se numa perspectiva que transcende a dimensão biomédica da reabilitação. Ele está ancorado na teoria de reconhecimento de Axel Honneth, que identifica o amor, o direito e a solidariedade como esferas essenciais para a construção da identidade e dignidade humanas. No contexto da reabilitação, o bem-viver traduz-se na promoção da autonomia, da participação activa, do reconhecimento mútuo e da cidadania plena. Trata-se de um processo emancipatório que visa não apenas a recuperação de capacidades físicas, mas a reconstrução de uma vida com significado, onde a pessoa é protagonista do seu projeto de vida<sup>(2-3)</sup>.

Esta perspectiva identifica desafios práticos e contextuais que alertam para barreiras reais. Destacam-se as limitações do ambiente físico e problemas de acessibilidade, aspetos que devem ser considerados nas estratégias de gestão de serviços, reforçando a necessidade de inovação e equidade.

A autonomia, as relações interpessoais e a construção de uma vida com significado constituem fatores determinantes para o bem-viver, por sua vez, barreiras arquitetónicas, atitudes sociais negativas e o acesso limitado a direitos dificultam o pertencimento e comprometem a inclusão social<sup>(4)</sup>.

A gestão dos serviços e cuidados são elementos estruturantes para concretizar uma assistência de qualidade e segura. Essa gestão garante a organização racional dos recursos, a coordenação interdisciplinar e a implementação de modelos centrados na pessoa. Assim, gerir as condições e estratégias para a reabilitação implica considerar processos inseparáveis, quando o objetivo último é o bem-viver da pessoa, seja no contexto hospitalar, dos cuidados continuados ou na comunidade.

A análise da gestão dos serviços com foco na reabilitação revela diferentes perspetivas. Por um lado, existem serviços como cirurgia ou medicina, onde as pessoas são internadas por outros motivos, mas acabam por necessitar de reabilitação. Por outro, há serviços de internamento, de continuidade de cuidados e de cuidados na comunidade, cujo foco principal é precisamente a reabilitação. Essa distinção influencia o planeamento, a organização e a gestão de recursos humanos — tanto em termos de competências como do número de profissionais necessários —, assim como a gestão de materiais e equipamentos específicos e a forma como os processos de cuidado são estruturados pela enfermagem e por outros profissionais de saúde.

Em todos os tipos de serviço, é fundamental que os gestores reflitam sobre o significado concreto do Processo de Cuidados em Reabilitação, garantindo uma articulação eficaz entre cuidados generalistas e especializados. A diferenciação de papéis e competências entre enfermeiros generalistas e especialistas constitui o alicerce desta articulação.

Os referenciais da Ordem dos Enfermeiros estabelecem que todos os enfermeiros generalistas possuem competência para intervir em processos de reabilitação, onde a promoção da autonomia, a prevenção da incapacidade e o apoio ao autocuidado constituem componentes centrais dos cuidados de enfermagem<sup>(5, 6)</sup>. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista destaca que o enfermeiro generalista deve ser capaz de avaliar a funcionalidade da pessoa, identificar necessidades relacionadas com défices de autocuidado e implementar intervenções que visem a adaptação, compensação ou recuperação de funções. Contudo, a complexidade do caso pode exigir supervisão pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER)<sup>(5)</sup>.

Embora os EEER tenham competências específicas, a intervenção dos generalistas é considerada essencial. Esta intervenção destaca-se sobretudo na prevenção primária e secundária, na continuidade das 24 horas do dia, no apoio ao processo de alta hospitalar e na promoção de estratégias de autocuidado em diferentes contextos<sup>(6, 7)</sup>. Assim, o

enfermeiro generalista é corresponsável pela continuidade dos cuidados de reabilitação, colaborando com a equipa multiprofissional e com o EEER. Esta colaboração orienta-se para a recuperação funcional e melhoria da qualidade de vida da pessoa e família, através de planos individualizados construídos com participação ativa dos envolvidos<sup>(7)</sup>.

A articulação entre estes cuidados generalistas e a intervenção especializada dos EEER constitui, precisamente, um dos pilares da gestão eficaz dos serviços de reabilitação. Aos EEER é exigida a capacidade de prestar cuidados altamente diferenciados, centrados na maximização da autonomia, recuperação funcional e reinserção social da pessoa. Estes profissionais devem possuir competências avançadas de avaliação clínica funcional, planeamento e implementação de programas de reabilitação personalizados, bem como competências de supervisão, consultoria e investigação<sup>(6,8)</sup>.

Para além da prática clínica avançada, espera-se que o EEER exerça liderança e gestão de cuidados especializados, promovendo ambientes seguros, inovadores e baseados na evidência. Este profissional também é responsável por orientar e supervisionar os enfermeiros generalistas na prestação de cuidados, garantindo uma atuação conforme os padrões de qualidade, segurança e boas práticas. Esta supervisão abrange dimensões técnica, clínica e ética, ajudando os generalistas a integrar conceitos de funcionalidade e promoção da autonomia no cuidado diário. Adicionalmente, este especialista atua como referência clínica na equipa, apoiando a tomada de decisão e assegurando que os cuidados respondem às necessidades específicas da pessoa<sup>(6,9)</sup>.

Na vertente formativa, o EEER assume funções de educador e facilitador do desenvolvimento profissional. Promove o ensino em contexto de prática, atualização científica e capacitação contínua das equipas, funcionando como elo de articulação entre a clínica, a gestão do serviço e a pedagogia. Espera-se que contribua para a transmissão de conhecimento especializado, apoiando enfermeiros generalistas, estudantes de enfermagem e outros profissionais de saúde em contexto multiprofissional. O seu papel formativo alicerça-se na aprendizagem ao longo da vida e na necessidade de consolidar uma cultura de cuidados de reabilitação baseada na evidência, na inovação e na corresponsabilização pelo desenvolvimento da disciplina<sup>(10,11)</sup>.

A intervenção do EEER distingue-se pela profundidade técnica e científica, foco na funcionalidade e qualidade de vida, e compromisso com a excelência profissional, respondendo às necessidades complexas das pessoas em processo de reabilitação a partir do seu reconhecimento, do seu contexto social e familiar, promovendo os direitos do cidadão através de relacionamentos baseados nos afetos.

A diferenciação entre enfermeiros generalistas e especialistas em reabilitação não se limita à distinção de competências técnicas, mas implica

diferentes formas de gerir os serviços e os cuidados. Se, por um lado, a presença de enfermeiros especialistas potencia modelos de gestão mais complexos e integrados, centrados na supervisão clínica, na liderança de equipas multiprofissionais e na implementação de programas personalizados de reabilitação, por outro lado, a sua ausência ou escassez pode resultar em modelos de gestão mais fragmentados, onde a continuidade e a profundidade da intervenção ficam comprometidas.

Estas diferentes configurações de gestão têm impacto direto na qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, na promoção do bem-estar das pessoas. A questão central não é apenas reconhecer que existem diferentes níveis de competência, mas compreender de que modo a gestão desta diferenciação pode potenciar ou limitar a concretização dos objetivos últimos da reabilitação para o bem-estar: autonomia, dignidade e participação social plena<sup>(12)</sup>.

Neste contexto, propõe-se a tese de que a diferenciação profissional entre enfermeiros generalistas e especialistas constitui um fator determinante para a promoção do bem-estar, desde que sustentada por modelos de gestão que articulem competências complementares e garantam continuidade entre contextos assistenciais. O objetivo deste estudo é refletir sobre modelos de gestão de serviços e cuidados de reabilitação que potenciam a articulação entre enfermeiros generalistas e especialistas, analisando as suas implicações para a qualidade dos cuidados e para o alcance do bem-estar em diferentes contextos de prestação de cuidados.

## METODOLOGIA

Este artigo resulta de uma reflexão teórico-prática a partir da revisão narrativa da literatura científica e normativa sobre gestão de serviços de saúde e processos de reabilitação, realizada entre janeiro e julho de 2025. Este desenho metodológico permite a integração crítica entre conhecimento teórico, evidências empíricas e enquadramento regulamentar, facilitando uma análise multidimensional e o desenvolvimento de perspetivas aplicadas ao contexto da prática profissional.

A pesquisa bibliográfica incluiu bases de dados internacionais, nomeadamente CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), PubMed/MEDLINE, Scopus e *Web of Science*, bem como literatura cinzenta constituída por documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), e documentos de entidades reguladoras nacionais através da pesquisa no Diário da República e *websites* de organismos reguladores. A estratégia de busca baseou-se na combinação de termos relacionados com “gestão de serviços de saúde”, “enfermagem de reabilitação”, e “gestão de cuidados”.

Como critérios de inclusão consideraram-se artigos em português, inglês e espanhol, publicados entre janeiro de 2005 e julho de 2025, cuja relevância se

centrasse na gestão de serviços, enfermagem de reabilitação e gestão de cuidados centrados na pessoa. Excluíram-se estudos sem relevância direta para os objetivos do estudo, publicações anteriores a 2005, documentos sem acesso ao texto completo e literatura em outros idiomas que não os especificados.

A seleção dos documentos seguiu um processo interativo baseado na relevância temática e na contribuição para os objetivos do estudo, privilegiando-se uma abordagem exploratória que permitisse capturar a diversidade conceptual e prática da área em estudo. Para este estudo, consideraram-se 38 artigos científicos e 15 documentos normativos, totalizando 53 documentos para análise. A análise e síntese dos dados seguiram os princípios da análise temática de Braun & Clarke<sup>(13)</sup>, método qualitativo amplamente utilizado e reconhecido pela sua flexibilidade teórica e acessibilidade, organizando os achados em três eixos principais: gestão de serviços, processos de gestão de cuidados de reabilitação e perspetivas futuras.

O processo analítico foi desenvolvido em seis fases: 1) Familiarização com os dados – leitura exaustiva dos artigos e documentos, com registo de notas e ideias iniciais; 2) Geração de códigos iniciais

-identificação sistemática de aspetos relevantes em todos os artigos, organizando excertos de acordo com cada código; 3) Procura de temas - agrupamento dos códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados pertinentes; 4) Revisão dos temas - verificação de coerência interna de cada tema em relação aos excertos e ao conjunto do corpo documental, elaborando um mapa temático de análise; 5) Definição e nomeação dos temas - refinamento conceptual, atribuição de definições claras e designações precisas dos temas; 6) Produção do relatório – integração dos resultados no presente artigo, com ilustração através de exemplos, análise dos excertos selecionados em relação à pergunta de partida e discussão crítica com base na literatura.

## RESULTADOS

A análise da evidência permitiu construir um mapa temático que organiza os achados em cinco eixos principais: Gestão de serviços de internamento não específico de reabilitação; Gestão de serviços de internamento de reabilitação; Gestão de cuidados continuados; Gestão de serviços na comunidade; Gestão de cuidados de reabilitação (Figura 1).

**Figura 1 – Mapa temático da análise dos temas gestão e reabilitação**



Na particularidade da reabilitação, trata-se de uma linha de assistência multidisciplinar onde diferentes profissionais de saúde — enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais — atuam de forma integrada. O objetivo é promover a máxima recuperação funcional, autonomia e reinserção social da pessoa. Esta abordagem colaborativa é essencial, pois a complexidade das condições que exigem reabilitação, como lesões neurológicas, musculoesqueléticas ou crónicas incapacitantes, ultrapassa a capacidade de atuação de uma única disciplina profissional. A

reabilitação deve ser entendida como processo dinâmico e centrado na pessoa, no qual a articulação entre saberes disciplinares assegura a continuidade, integralidade e qualidade dos cuidados prestados<sup>(10, 14, 15)</sup>. Os cuidados de enfermagem de reabilitação centram-se na promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa, através de intervenções individualizadas e sustentadas na evidência científica<sup>(16)</sup>.

Com base no Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão da Ordem dos Enfermeiros, espera-se que qualquer enfermeiro gestor

desenvolva funções abrangendo múltiplos domínios de atuação <sup>(17)</sup>. O enfermeiro gestor assegura uma prática profissional ética, legal e deontológica, promovendo ambientes de trabalho seguros e de qualidade. É responsável por desenvolver sistemas de gestão da qualidade e de segurança, liderando processos de melhoria contínua e de governação clínica. Assume o planeamento, organização, direcção e controlo como funções estruturantes, orientadas para os resultados em saúde e para a eficiência organizacional. Atua ainda como agente de mudança, fomentando o desenvolvimento profissional e organizacional, apoiado em práticas baseadas na evidência científica. Para além destas funções, exerce também assessoria e consultadoria, participando em processos de definição de políticas de saúde, planeamento estratégico e implementação de mudanças que agreguem valor às organizações de saúde <sup>(17)</sup>.

A gestão dos serviços de assistência por enfermeiros gestores assume um papel estratégico na organização dos cuidados de saúde, garantindo a qualidade, segurança e continuidade da assistência prestada às pessoas. Estes profissionais articulam competências de liderança, planeamento, tomada de decisão e avaliação, assegurando a adequada alocação de recursos humanos, materiais e financeiros <sup>(11)</sup>. Para além da gestão operacional, têm a responsabilidade de promover ambientes de trabalho saudáveis, fomentar a formação contínua das equipas e implementar práticas baseadas na evidência, orientadas para resultados em saúde <sup>(16)</sup>. Assim, a ação dos enfermeiros gestores traduz-se numa ponte entre a dimensão clínica e a dimensão administrativa, fortalecendo a eficácia dos serviços, a satisfação dos clientes e o reconhecimento do contributo da enfermagem na sustentabilidade dos sistemas de saúde <sup>(19)</sup>.

A intervenção dos enfermeiros gestores na assistência de reabilitação desenvolve-se em diferentes níveis. No nível estratégico, delineiam políticas e planos que integram a reabilitação como eixo prioritário da organização dos cuidados. No nível tático, asseguram a coordenação interdisciplinar, a gestão de recursos e a implementação de programas específicos adaptados às necessidades das pessoas em processo de reabilitação. No nível operacional, o seu papel concretiza-se no acompanhamento das equipas, na garantia dos meios necessários para o desenvolvimento da assistência, no apoio direto à prática baseada na evidência e na monitorização de indicadores de qualidade e resultados em saúde. Esta articulação entre níveis permite garantir uma assistência de reabilitação eficaz, contínua e centrada na pessoa, potenciando a autonomia e a reinserção social <sup>(11, 16, 17)</sup>.

A literatura sobre a organização e gestão dos serviços de enfermagem de reabilitação em Portugal contribui para aprofundar o tema em análise, destacando a sua integração na rede de referência de Medicina Física e de Reabilitação <sup>(20)</sup>. Esta rede foi concebida para responder às necessidades

decorrentes da evolução demográfica e epidemiológica, contemplando diferentes níveis de cuidados — primários, hospitalares, comunitários e continuados. É dada ênfase à importância dos EEER, cuja presença e rácio estão regulamentados nos serviços hospitalares e pela regulação profissional. A compreensão da importância da gestão na assistência de enfermagem de reabilitação pauta-se pela complexidade e sensibilidade dos cuidados de reabilitação, que exigem liderança clínica e competências de gestão em várias dimensões (operacional, intermédia e estratégica), de modo a garantir eficácia clínica, integração social, satisfação do cliente e desenvolvimento profissional. Assim, a gestão dos serviços de enfermagem de reabilitação é essencial para assegurar cuidados integrados, eficazes e centrados na pessoa, respondendo às crescentes exigências da sociedade e dos sistemas de saúde <sup>(20)</sup>.

Da interação entre os vários documentos em análise, emerge a necessidade de planeamento estratégico, particularmente na definição de prioridades de acordo com necessidades epidemiológicas, distribuição etária e condições sociais. Destaca-se também a articulação de cuidados e respostas disponíveis nas várias regiões do país, em consonância com a Lei de Bases da Saúde e o Plano Nacional de Saúde 2020–2023 <sup>(21, 22)</sup>. A organização de serviços deve valorizar a integração entre cuidados hospitalares, de unidades diferenciadas, cuidados comunitários e domiciliários, assegurando continuidade de cuidados <sup>(23, 24)</sup>.

A gestão de recursos humanos foca-se na valorização da multidisciplinaridade e aposta em competências especializadas, considerando também a motivação e dotações <sup>(25, 26)</sup>. A gestão financeira e tecnológica remete para o uso racional de equipamentos, tecnologias assistivas e inovação digital, nomeadamente a telereabilitação e os registos integrados <sup>(27-29)</sup>.

## GESTÃO DE SERVIÇOS DE INTERNAMENTO, NÃO DE REABILITAÇÃO, COM NECESSIDADES DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

A gestão de serviços que atendem pessoas com necessidades de cuidados de reabilitação implica planejar, organizar e avaliar respostas específicas para pessoas que apresentam limitações funcionais temporárias ou permanentes. Esta abordagem exige integração centrada na pessoa, focando-se na identificação precoce das necessidades, na articulação interprofissional e na integração de recursos humanos, técnicos e sociais que permitam otimizar o processo de recuperação e adaptação. Para tal, é essencial implementar estratégias que assegurem a continuidade de cuidados durante as 24 horas e ao longo de todo internamento, a prevenção de incapacidades secundárias e a promoção da qualidade de vida.

O gestor de serviços de saúde tem o desafio de alinhar políticas organizacionais com os princípios da reabilitação, garantindo acessibilidade, equidade e sustentabilidade das respostas. Trata-se de

assegurar que, desde o momento do internamento ou da ocorrência de uma limitação funcional, exista um plano de cuidados claro e adaptado à situação clínica, social e familiar de cada pessoa <sup>(14, 30)</sup>.

A organização do serviço deve prever recursos que assegurem a continuidade de cuidados, o que implica criar protocolos de transição hospital-comunidade, articulando a alta hospitalar com cuidados de reabilitação domiciliares ou em unidades de ambulatório <sup>(31)</sup>. Uma pessoa com fratura do fémur submetida a cirurgia ortopédica beneficia de uma reabilitação contínua: primeiro em regime de internamento, depois em centro de reabilitação e, por fim, através de visitas domiciliares de enfermagem e fisioterapia, assegurando a adaptação do domicílio e a prevenção de quedas.

Outro exemplo de gestão eficaz ocorre na área da prevenção de incapacidades secundárias. Pessoas com lesões medulares necessitam de cuidados especializados para evitar complicações como úlceras de pressão, infeções urinárias recorrentes ou contraturas musculares. O enfermeiro gestor deve garantir formação das equipas, aquisição de equipamentos adequados e implementação de sistemas de monitorização clínica <sup>(14)</sup>.

A promoção da qualidade de vida é igualmente central. Para pessoas com esclerose múltipla ou doenças neurodegenerativas, o gestor deve criar respostas que não se limitem ao tratamento clínico, mas que integrem apoio psicológico, grupos de ajuda mútua e redes comunitárias de suporte social <sup>(32)</sup>. Assim, promove-se não apenas a funcionalidade física, mas também o bem-estar emocional e a inclusão social.

Os processos de avaliação são fundamentais nestes serviços, permitindo garantir cuidados de reabilitação de qualidade e identificar fatores que contribuem para a excelência dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento. Neste contexto, destacam-se instrumentos que apoiam a tomada de decisão pelos gestores, como é o caso do Instrumento de Avaliação da Qualidade da Enfermagem de Reabilitação em Unidades de Internamento (IAQERUI) <sup>(33)</sup>.

Em suma, gerir serviços com pessoas e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação significa articular recursos humanos e técnicos de forma eficiente, promover a integração interprofissional e assegurar uma resposta que vai além da dimensão hospitalar, envolvendo a comunidade e as famílias. A gestão eficaz traduz-se na melhoria dos resultados em saúde, na redução de incapacidades e na construção de serviços mais humanos e inclusivos, pelo que a monitorização de indicadores específicos torna-se uma necessidade real para a gestão.

## GESTÃO DE SERVIÇOS DE INTERNAMENTO PARA REABILITAÇÃO; GESTÃO DE CUIDADOS CONTINUADOS; GESTÃO DE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE

Estes três eixos de gestão – serviços de internamento específico para reabilitação, cuidados continuados e serviços de reabilitação na comunidade – embora distintos nas suas características, partilham princípio de que a reabilitação se configura como um processo contínuo, que não se esgota no período de internamento, exigindo coordenação entre diferentes níveis de cuidados para assegurar transições seguras e eficazes e promover o bem-viver das pessoas ao longo de todo o processo de reabilitação. Assim, optou-se por desenvolver estes três eixos de gestão de forma integrada nesta subsecção, evidenciando a sua articulação.

A gestão de serviços de reabilitação deve estar alinhada com os princípios de acessibilidade, equidade e sustentabilidade o que implica assegurar que todas as pessoas, independentemente da sua condição socioeconómica, tenham acesso a programas de reabilitação <sup>(14, 30)</sup>. Um exemplo é a implementação de consultas de telereabilitação, que permitem acompanhar as pessoas em zonas rurais ou com dificuldades de mobilidade, reduzindo desigualdades no acesso aos cuidados e facilitando a continuidade entre o internamento especializado, os cuidados continuados e o acompanhamento comunitário <sup>(34)</sup>.

No internamento hospitalar, a gestão centra-se sobretudo na organização de equipas multiprofissionais, assegurando que médicos, médicos fisiatras, enfermeiros, EEER, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e outros profissionais de saúde trabalhem de forma integrada em planos individualizados de cuidados <sup>(35)</sup>. A dotação adequada de EEER é igualmente crucial, uma vez que a insuficiência de recursos humanos pode comprometer tanto a segurança clínica como os resultados funcionais da pessoa em reabilitação <sup>(36, 37)</sup>. Outro aspeto relevante prende-se com a adoção de tecnologias de apoio, como dispositivos de mobilização precoce ou sistemas de telemonitorização, que permitem melhorar a autonomia das pessoas e reduzir complicações associadas ao imobilismo <sup>(16, 34)</sup>.

A liderança das equipas nestes serviços constitui um verdadeiro desafio para os enfermeiros gestores, particularmente na promoção de um espírito de equipa, em que cada profissional contribua com o seu saber específico para o sucesso da pessoa e família assistida. Observou-se, contudo, que as estratégias para valorizar a integração multidisciplinar na assistência de reabilitação foram ainda insuficientes.

No contexto comunitário, a gestão privilegia a proximidade e a continuidade de cuidados, articulando estratégias entre equipas de cuidados de saúde primários, famílias e redes de apoio social <sup>(38)</sup>. A utilização de programas de visita domiciliar e de consultas de enfermagem de reabilitação em unidades de saúde familiar são exemplos de práticas

que permitem apoiar a pessoa na readaptação ao domicílio e prevenir reinternamentos evitáveis <sup>(39)</sup>. A articulação entre hospital e comunidade, alicerçada numa gestão integrada, revela-se determinante para assegurar transições de cuidados seguras e eficientes, sendo decisiva para evitar reinternamentos, reduzir custos e promover a reinserção social das pessoas com dependência funcional <sup>(16)</sup>.

A gestão eficaz neste âmbito implica ainda a coordenação com estruturas sociais, como centros de dia e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, para garantir suporte nas atividades de vida. Desta forma, é possível reduzir custos, evitar reinternamentos e promover a reinserção social, objetivos centrais da reabilitação contemporânea.

Identificamos carências de estudos específicos sobre a gestão das unidades de cuidados continuados para a reabilitação, contudo recordamos que os objetivos destas unidades são a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, pautando-se os seus valores fundamentais que sustentam a intervenção na reabilitação <sup>(40)</sup>.

## GESTÃO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

Este eixo identificado – gestão de cuidados de reabilitação – distingue-se dos anteriores por se centrar no processo assistencial direto e não na organização dos serviços. Este eixo é transversal aos quatro anteriores, operacionalizando-se em todos os contextos assistenciais através da prática clínica especializada dos EEER.

A análise da evidência revelou que a promoção do bem-viver das pessoas em processo de reabilitação depende criticamente da articulação entre diferentes níveis de diferenciação profissional: enfermeiro generalista e especialista em reabilitação., cada um contribuindo de forma específica mas complementar para os resultados em saúde e qualidade de vida <sup>(6,42)</sup>. Esta diferenciação profissional impacta diretamente o bem-viver das pessoas através de múltiplos mecanismos.

A presença de EEER está associada a ganhos significativos na autonomia funcional, redução do tempo de internamento, prevenção de complicações secundárias e maior capacitação das pessoas e famílias para a autogestão da condição de saúde <sup>(16, 36, 37)</sup>. Enquanto os enfermeiros generalistas asseguram a continuidade dos cuidados básicos e a vigilância clínica, os EEER introduzem intervenções especializadas que potenciam a funcionalidade, a autonomia e a participação social. Esta complementaridade traduz-se em resultados concretos, como maior literacia em saúde, inclusão social e laboral para o bem-viver da pessoa <sup>(11, 16)</sup>.

Neste enquadramento, o bem-viver ultrapassa a ausência de doença ou a recuperação funcional, traduzindo-se na capacidade de viver com significado, dignidade e qualidade apesar da capacidade física. Tal exige a articulação entre cuidados generalistas, que garantem manutenção e segurança, e cuidados especializados, que promovem transformação e capacitação. Quando esta articulação falha, observam-se ruturas na continuidade assistencial, intervenções menos eficazes, menor resposta às necessidades complexas das pessoas em reabilitação e conseqüente comprometimento dos resultados em saúde e do bem-viver <sup>(6, 11, 16, 42)</sup>.

Garantir o bem-viver implica, portanto, estruturas de gestão capazes de integrar esta complexidade. A gestão de cuidados de reabilitação constitui um processo dinâmico que envolve a planificação, implementação e avaliação das intervenções clínicas de enfermagem e de outros profissionais, dirigidas a pessoas em processo de reabilitação, mas também de promoção de uma vida com sucesso nas condições de saúde e condições físicas e intelectuais remanescentes. Este nível de gestão está mais próximo da prática assistencial, englobando a definição de planos individualizados, a monitorização de indicadores de resultados em saúde e a utilização de instrumentos de avaliação funcional, social e ambiental para o bem-viver, daí a importância da integração familiar, social e laboral <sup>(41)</sup>.

Podem identificar-se três níveis de enfermeiros que intervêm na reabilitação: os iniciantes, enfermeiros com pouca experiência e domínio limitado dos princípios de reabilitação, que demonstram competências básicas sob supervisão, com foco no cumprimento de protocolos; O nível intermédio - enfermeiros capazes de adaptar intervenções, com maior autonomia e integração consistente de evidência científica. E por último, o nível avançado - prática altamente especializada, liderança transformacional, inovação na gestão de cuidados e contribuição para o desenvolvimento da profissão <sup>(6, 42)</sup>.

O processo de gestão de cuidados inicia-se pela colheita de dados objetivos (sempre que possível com recursos a escalas específicas), seguido pelos diagnósticos de enfermagem, pelo plano de cuidados, pela execução dos cuidados e pela sua avaliação <sup>(43)</sup>. O EEER desempenha um papel central na coordenação dos cuidados centrados na pessoa, orientados para a autonomia, a segurança e a qualidade de vida. A sua prática exige uma articulação constante com a equipa multiprofissional, que pode incluir fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e médicos, de forma a garantir intervenções integradas e coerentes com os objetivos definidos para a reabilitação urbana <sup>(11)</sup>.

A gestão de cuidados distingue-se da gestão de serviços por estar diretamente ligada à execução clínica e ao acompanhamento personalizado do processo de reabilitação, mas também por exigir por parte do EEER investimento na liderança das equipas com

quem trabalha, processo de delegação de algumas atividades e supervisão da evolução das pessoas cuidadas e dos profissionais em quem delega <sup>(6, 11, 42)</sup>.

A *Association of Rehabilitation Nurses* procurou valorizar a gestão dos cuidados de reabilitação ao publicitar o *Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing*, que constitui uma referência estruturante para a definição das competências dos enfermeiros de reabilitação <sup>(42)</sup>. O modelo organiza-se em quatro domínios centrais, prática profissional, liderança, promoção da saúde e bem-estar, e prestação de cuidados centrados na pessoa. Descreve comportamentos e capacidades esperadas em três níveis de proficiência: iniciante, intermediário e avançado. Este enquadramento permite orientar o desenvolvimento profissional contínuo dos EEER, mas também oferecer critérios objetivos para avaliação de desempenho e para a construção de programas educativos alinhados com as exigências contemporâneas da prática clínica. Ao sistematizar competências técnicas, éticas e relacionais, o modelo sublinha a importância de uma prática baseada em evidência, interdisciplinar e voltada para a maximização da funcionalidade e da qualidade de vida das pessoas em processo de reabilitação <sup>(42)</sup>.

As competências delineadas assumem particular relevância, uma vez que a prática profissional se fundamenta no processo de enfermagem, no julgamento clínico, na prática baseada em evidências, na ética e na segurança. A liderança traduz-se na capacidade de coordenar equipas, gerir recursos, influenciar políticas de saúde e promover a qualidade dos serviços. A promoção da saúde e do bem-estar envolve a educação para a saúde, a prevenção de complicações, o apoio à autogestão da condição e a maximização da funcionalidade. Por fim, a prestação de cuidados centrados na pessoa exige uma abordagem holística, respeito pela individualidade, comunicação terapêutica e envolvimento da família/cuidador <sup>(42)</sup>.

Importa sublinhar que a gestão dos cuidados não se limita ao espaço físico da instituição de saúde, ultrapassa as barreiras físicas onde trabalham os EEER. É muitas vezes fundamental ir ao ambiente das pessoas que cuidam, aos seus locais de trabalho ou mesmo intervir junto das autarquias para a adaptação de acessibilidades e espaços comunitários <sup>(44)</sup>. Esta perspetiva amplia a dimensão da reabilitação, ao incorporar fatores sociais, ambientais e políticos que influenciam diretamente os resultados em saúde.

Deste modo, a gestão de cuidados de reabilitação distingue-se da gestão de serviços, pois está intimamente ligada à execução clínica, à personalização do acompanhamento e ao apoio direto ao processo de recuperação. A integração de família, comunidade e estruturas sociais torna-se, assim, um pilar essencial para alcançar resultados sustentáveis e promover um verdadeiro bem-viver para as pessoas em processo de reabilitação <sup>(6, 8)</sup>.

Os resultados permitiram identificar cinco eixos complementares e interdependentes de gestão em enfermagem de reabilitação: o Eixo 1 - Gestão de serviços de internamento não específico que identifica e responde a necessidades de reabilitação em contextos hospitalares gerais, preparando transições; o Eixo 2 - Gestão de serviços de internamento para reabilitação que organiza respostas especializadas e intensivas de reabilitação hospitalar; Eixo 3 - Gestão de cuidados continuados que consolida ganhos e facilita transições entre hospital e comunidade; Eixo 4 - Gestão de serviços na comunidade que promove proximidade, continuidade e reinserção social no ambiente natural da pessoa; e o Eixo 5 - Gestão de cuidados de reabilitação que operacionaliza a prática clínica especializada transversal aos quatro eixos anteriores.

A articulação efetiva entre estes cinco eixos, sustentada pela diferenciação profissional entre enfermeiros generalistas e EEER, constitui o alicerce para a promoção do bem-viver das pessoas em processo de reabilitação, assegurando continuidade, qualidade e humanização dos cuidados ao longo de toda a trajetória assistencial.

## DISCUSSÃO

Os resultados apresentados, organizados em cinco eixos temáticos de gestão, evidenciam a complexidade e multidimensionalidade da enfermagem de reabilitação. Esta discussão procura aprofundar o significado destes achados, articulando-os com perspetivas teóricas, éticas e organizacionais que fundamentam a promoção do bem-viver como objetivo central da reabilitação.

Os cinco eixos de gestão identificados — desde o internamento não específico até à gestão direta de cuidados — refletem uma evolução paradigmática na conceção de reabilitação. Esta deixa de ser entendida como mera recuperação de funções físicas para se configurar como processo de promoção do bem-viver, conceito que transcende a dimensão física e integra dignidade, inclusão social, autonomia e qualidade de vida<sup>1)</sup>. Este entendimento posiciona a reabilitação não apenas como um processo clínico, mas como um paradigma intersubjetivo, em que o reconhecimento mútuo, a solidariedade e a construção de relações de confiança entre enfermeiro e pessoa em reabilitação são fundamentais para a promoção da autoestima e da autonomia <sup>(3)</sup>. A gestão dos cuidados (eixo 5), nesta perspetiva, não se reduz a procedimentos técnicos, mas exige uma abordagem relacional que reconheça a pessoa na sua integralidade e singularidade. Esta mudança de paradigma está implícita nos cinco eixos identificados, onde a articulação entre estes eixos materializa, assim, a transição de um modelo centrado na doença, para um modelo centrado no bem-viver.

Os resultados evidenciam a diferenciação entre enfermeiros generalistas e EEER, como elemento estruturante da gestão de cuidados de reabilitação

(eixo 5). Os enfermeiros generalistas assumem papel essencial na promoção da autonomia e na prevenção de incapacidades em contextos gerais de cuidado, através da vigilância clínica contínua identificam precocemente necessidades de reabilitação<sup>(5, 8)</sup>.

Já os EEER, para além de intervirem em situações de maior complexidade, são responsáveis por supervisionar e formar generalistas, assegurando padrões de qualidade, segurança e inovação, bem como a liderança de programas de reabilitação centrados na pessoa. Esta liderança clínica é particularmente evidente nos eixos 2 (internamento especializado) e 5 (gestão direta de cuidados), onde as intervenções especializadas maximizam ganhos funcionais e capacitam as pessoas para a autogestão<sup>(6, 17)</sup>.

A articulação entre estes níveis de competência profissional traduz-se numa maior eficácia do processo de reabilitação e na concretização do bem-viver. Esta diferenciação não é meramente hierárquica, mas funcional e complementar: os generalistas asseguram a base de segurança e continuidade, enquanto os EEER introduzem a transformação e inovação necessárias para maximizar o potencial de recuperação. A ausência desta articulação compromete os resultados em saúde e o bem-viver das pessoas<sup>(3, 20)</sup>.

A análise dos cinco eixos evidencia a necessidade de modelos de gestão inovadores que articulem serviços e cuidados de reabilitação em múltiplos contextos — hospitalares, comunitários e continuados. A literatura e os referenciais normativos analisados confirmam que a gestão eficaz depende da integração sinérgica entre os cinco eixos complementares: gestão de serviços com necessidades de cuidados de reabilitação (eixo 1), que exige planeamento centrado em respostas rápidas e individualizadas, identificação precoce de necessidades e articulação com eixos subsequentes; Gestão de serviços de reabilitação em internamento especializado (eixo 2), cuidados continuados (eixo 3) e comunidade (eixo 4), que pressupõe a coordenação multiprofissional e a continuidade entre níveis de cuidados, garantindo que os ganhos funcionais sejam consolidados e mantidos ao longo de toda a trajetória assistencial; e a Gestão de cuidados de reabilitação (eixo 5), onde a prática clínica especializada garante planos personalizados, integrando família, comunidade e os vários contextos da vida, operacionalizando transversalmente a promoção do bem-viver em todos os contextos assistenciais<sup>(16, 30)</sup>.

Esta integração entre os cinco eixos identificados não é linear, mas sistémica e dinâmica. Cada eixo influencia e é influenciado pelos demais, criando uma rede de cuidados que deve ser gerida de forma holística e coordenada. A fragmentação entre eixos, identificada como limitação nos resultados, compromete a continuidade assistencial e, conseqüentemente, o bem-viver das pessoas.

Por outro lado, persistem desafios organizacionais e contextuais que condicionam a operacionalização eficaz dos cinco eixos identificados. Barreiras

arquitetónicas, atitudes sociais discriminatórias e acesso limitado a recursos e tecnologias, que condicionam a inclusão social e a equidade dos cuidados, particularmente relevante no eixo 4 (gestão de cuidados na comunidade), onde a inclusão social é objetivo primordial<sup>(4)</sup>. A gestão deve, portanto, considerar a dimensão ambiental e política da reabilitação, indo além das paredes institucionais e promovendo intervenções em articulação com famílias, autarquias e comunidade<sup>(44)</sup>. Esta perspetiva tem especial relevo no eixo 5 (gestão de cuidados), onde os EEER frequentemente precisam intervir em contextos não institucionais, o que amplia a conceção tradicional de gestão de cuidados e reforça o compromisso com o bem-viver como construção social<sup>(44)</sup>.

A competência de gestão dos enfermeiros incorpora-se ao longo da formação graduada, especializada e pós-graduada, assim como pelo exercício em contextos de coordenação, chefia e direção de serviços. Os resultados evidenciam que a gestão dos serviços de enfermagem de reabilitação, operacionalizada através dos cinco eixos identificados, é essencial para assegurar cuidados integrados, eficazes e centrados na pessoa, respondendo às crescentes exigências da sociedade e dos sistemas de saúde<sup>(20)</sup>.

Esta competência de gestão não se resume a aspetos administrativos, mas integra dimensões clínicas, éticas e políticas. Nos eixos 1 a 4, a gestão centra-se na organização de serviços, alocação de recursos, coordenação interdisciplinar e garantia de continuidade assistencial. No eixo 5, a gestão assume características distintas, focando-se na execução clínica, personalização de cuidados e liderança de equipas no contexto direto da prática<sup>(6, 11, 42)</sup>.

O desenvolvimento destas competências de gestão, adaptadas às especificidades de cada eixo, constitui um imperativo para a promoção do bem-viver. A formação contínua dos enfermeiros, particularmente dos EEER, deve integrar estas múltiplas dimensões de gestão, preparando-os para liderar a transformação dos serviços e cuidados de reabilitação numa perspetiva de promoção do bem-viver.

Assim, a discussão aponta para a urgência de integrar a perspetiva do bem-viver nas estratégias de gestão dos serviços (eixos 1 a 4) e dos cuidados (eixo 5), consolidando uma prática de enfermagem de reabilitação humanizada, inclusiva e sustentável. Esta visão desafia os profissionais e gestores a assumirem a reabilitação não apenas como recuperação funcional, mas como processo emancipatório, que promove o reconhecimento, a cidadania e a dignidade das pessoas em diferentes fases da vida<sup>(1, 3)</sup>.

O bem-viver, nesta perspetiva, não é um resultado a alcançar no final de um processo linear de reabilitação, mas um objetivo presente e estruturante em cada um dos cinco eixos identificados. Desde a identificação precoce de necessidades em serviços de internamento geral (eixo 1), passando pela reabilitação intensiva (eixo 2), consolidação em cuidados continuados (eixo 3), acompanhamento

comunitário (eixo 4), até à gestão direta e personalizada de cuidados (eixo 5), o bem-viver deve orientar todas as decisões de gestão e todas as intervenções clínicas.

Esta integração do bem-viver como fio condutor dos cinco eixos constitui o contributo central desta reflexão, propondo uma abordagem sistémica e holística da gestão em enfermagem de reabilitação que transcende a fragmentação tradicional entre contextos e níveis de cuidados.

## DESAFIOS ATUAIS NA GESTÃO E NA ASSISTÊNCIA

Tendo estabelecido o quadro conceptual e organizacional da gestão em enfermagem de reabilitação através dos cinco eixos identificados, importa agora situar esta realidade no contexto dos desafios contemporâneos que os sistemas de saúde enfrentam. Estes desafios impactam diretamente a operacionalização dos cinco eixos e a capacidade de promover efetivamente o bem-viver das pessoas em reabilitação.

O setor da saúde enfrenta um conjunto de desafios cada vez mais complexos e interdependentes, resultantes de mudanças demográficas, epidemiológicas e organizacionais. O envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de doenças crónicas e a pressão crescente por eficiência têm colocado em evidência a necessidade de uma gestão mais integrada e inovadora dos serviços de saúde, particularmente nos contextos de reabilitação identificados nos cinco eixos<sup>(45)</sup>. Neste contexto, a enfermagem assume um papel central, destacando-se a enfermagem de reabilitação como área estratégica na promoção da autonomia, funcionalidade e reinserção social da pessoa<sup>(46)</sup>.

O envelhecimento populacional e o aumento da carga de doença crónica são realidades globais que impactam todos os eixos de gestão identificados. Estima-se que, em 2050, mais de 22% da população mundial tenha mais de 60 anos, o que representa um aumento significativo da procura por cuidados prolongados e multidimensionais<sup>(45)</sup>. Associado ao envelhecimento, verifica-se a ascensão das doenças crónicas e da multimorbilidade, que exigem uma reorganização do sistema de saúde centrada em cuidados de proximidade, prevenção de incapacidades e promoção da qualidade de vida<sup>(47)</sup>.

A escassez de profissionais qualificados constitui uma ameaça global, com particular impacto no eixo 5 (gestão de cuidados), onde a presença de EEER é determinante para os resultados. Projeções apontam para uma lacuna de cerca de 18 milhões de trabalhadores da saúde até 2030, comprometendo a capacidade de resposta dos sistemas<sup>(48)</sup>. No contexto português, a necessidade de dotações seguras e a sobrecarga laboral intensificam fenómenos como *burnout* e rotatividade, prejudicando a qualidade e segurança dos cuidados em todos os

eixos identificados<sup>(49)</sup>. Esta realidade compromete não apenas a eficácia clínica, mas também a capacidade de implementar a diferenciação profissional que os resultados evidenciaram como essencial para a promoção do bem-viver.

As desigualdades no acesso à saúde persistem, sobretudo em populações vulneráveis e áreas periféricas, impactando particularmente os eixos 3 (cuidados continuados) e 4 (serviços comunitários). Barreiras geográficas, económicas e informacionais condicionam não apenas a utilização dos serviços, mas também a integração da pessoa na vida familiar e social<sup>(45)</sup>. Estratégias como a descentralização, a telereabilitação e programas comunitários são fundamentais para reduzir estas iniquidades e garantir que o bem-viver seja acessível a todas as pessoas, independentemente da sua condição socioeconómica ou localização geográfica<sup>(34, 45)</sup>.

A fragmentação entre os domínios de gestão administrativa e clínica compromete a eficiência organizacional e a continuidade assistencial, particularmente na articulação entre os cinco eixos de gestão. Modelos de governação clínica e a interoperabilidade dos sistemas de informação surgem como ferramentas essenciais para alinhar objetivos estratégicos e assegurar decisões baseadas em evidência que promovam o bem-viver<sup>(49)</sup>. Esta necessidade de integração é particularmente relevante na articulação entre a gestão de serviços (eixos 1 a 4) e a gestão de cuidados (eixo 5), onde frequentemente persistem lógicas de atuação paralelas que comprometem a continuidade e a qualidade assistencial.

Os sistemas de saúde enfrentam uma forte pressão para demonstrar eficiência económica e alcançar metas de desempenho. Contudo, a dimensão humanizada do cuidado continua a ser central, especialmente em reabilitação, onde a proximidade, a empatia e o reconhecimento da pessoa na sua singularidade são determinantes para os resultados em saúde e para o bem-viver<sup>(43)</sup>. A liderança em saúde deve, assim, equilibrar métricas quantitativas com resultados qualitativos, garantindo que a eficiência não compromete a dignidade dos cuidados. Esta tensão manifesta-se em todos os cinco eixos, mas é particularmente crítica no eixo 5 (gestão de cuidados), onde a personalização e a relação terapêutica são insubstituíveis.

## PERSPETIVAS FUTURAS NA GESTÃO DO CUIDADO DE REABILITAÇÃO.

Face aos desafios identificados, e reconhecendo a complexidade da gestão em enfermagem de reabilitação através dos cinco eixos, importa projetar perspetivas futuras que permitam consolidar e aprofundar a promoção do bem-viver como objetivo central da reabilitação.

Os futuros modelos de gestão devem assentar no conceito de saúde baseada em valor, priorizando resultados obtidos para as pessoas em detrimento

de métricas de volume ou custo. O conceito de criar valor em saúde significa medir ganhos em funcionalidade, autonomia e qualidade de vida, favorecendo decisões centradas no impacto real para a pessoa <sup>(47, 50)</sup>.

Esta perspetiva implica transformar os indicadores de gestão em todos os cinco eixos, incorporando dimensões de bem-viver (participação social, qualidade de vida percebida, satisfação, emprego) para além dos tradicionais indicadores clínicos e de eficiência. A avaliação da efetividade da gestão deve, assim, centrar-se no valor criado para as pessoas e não apenas nos custos evitados ou no número de intervenções realizadas.

As tecnologias digitais representam um dos maiores vetores de transformação, com potencial para fortalecer a articulação entre os cinco eixos. A telemonitorização permite acompanhamento contínuo em casa (eixo 4), favorecendo a adesão terapêutica e a prevenção de complicações. A inteligência artificial aplicada à reabilitação abre caminho para planos personalizados e monitorização da evolução funcional, transversalmente aos cinco eixos <sup>(51, 52)</sup>. Contudo, é fundamental garantir que estas tecnologias são implementadas numa lógica de proximidade e humanização, e não de distanciamento ou despersonalização. A tecnologia deve ser aliada da relação terapêutica, facilitando a continuidade e personalização dos cuidados, e não substituto do contacto humano essencial à promoção do bem-viver.

A corresponsabilização dos cidadãos no processo de reabilitação é essencial, em todos os eixos identificados. A pessoa deve ser co-gestor do seu processo de saúde, participando na definição de objetivos e monitorização da sua evolução. Essa participação ativa promove *empowerment*, aumenta a adesão e melhora os resultados, constituindo uma dimensão fundamental do bem-viver <sup>(53, 54)</sup>. Esta perspetiva exige uma transformação cultural nos serviços de saúde, abandonando modelos paternalistas para abraçar uma parceria efetiva com as pessoas e famílias. A gestão dos cuidados (eixo 5) deve operacionalizar esta visão através de práticas de decisão partilhada, negociação de objetivos e reconhecimento da pessoa como especialista na sua própria vida.

A educação contínua das equipas deve ir além das competências técnicas, englobando liderança e gestão aplicada à reabilitação, preparando os profissionais para papéis de coordenação e tomada de decisão nos diferentes eixos identificados <sup>(36)</sup>. A educação contínua adaptada à realidade digital e às novas exigências assistenciais garante práticas sustentadas pela evidência científica e alinhadas com o objetivo de promover o bem-viver <sup>(55)</sup>. Esta formação deve incluir a compreensão sistémica dos cinco eixos de gestão, capacitando os profissionais para promover a articulação entre eles e para liderar a transformação necessária nos serviços e cuidados de reabilitação.

A sustentabilidade e equidade, devem ser pilares de qualquer estratégia futura, transversalmente aos cinco eixos de gestão. Os cuidados de reabilitação são um direito universal, devendo estar acessíveis a todas as pessoas, independentemente da sua condição socioeconómica, localização geográfica ou momento da trajetória de vida e doença. Simultaneamente, a eficiência deve ser assegurada através de modelos preventivos que reduzam custos de longo prazo, como reinternamentos e institucionalizações, promovendo a articulação efetiva entre os cinco eixos <sup>(49, 56)</sup>.

A gestão do cuidado de reabilitação encontra-se num ponto de viragem. Os cinco eixos identificados evidenciam a complexidade e multidimensionalidade da gestão em enfermagem de reabilitação, desde a identificação precoce de necessidades em contextos gerais até à personalização máxima dos cuidados especializados. Os desafios atuais — envelhecimento, cronicidade, escassez de profissionais e desigualdades no acesso — exigem respostas inovadoras e sustentáveis, que articulem eficazmente estes cinco eixos.

As perspetivas futuras, baseadas em modelos de valor, tecnologia humanizada, participação cidadã, formação contínua e compromisso com a equidade, oferecem um caminho para reposicionar a reabilitação como elemento central dos sistemas de saúde. A integração entre a análise crítica dos desafios e a projeção de soluções futuras permite consolidar um paradigma de reabilitação que equilibra eficiência e humanização, fortalece a autonomia das pessoas e assegura a sustentabilidade das organizações.

O cuidado de reabilitação, operacionalizado através da articulação efetiva dos cinco eixos de gestão identificados, deve ser entendido não apenas como uma intervenção clínica, mas como uma estratégia social essencial para promover dignidade, inclusão e qualidade de vida - isto é, para promover o bem-viver como objetivo último e estruturante de todos os processos de gestão e de todas as intervenções de cuidados em enfermagem de reabilitação.

## CONCLUSÃO

A articulação entre gestão e reabilitação é condição essencial para que os serviços de saúde possam efetivamente promover o bem-viver. Reabilitar não se reduz à recuperação física, mas implica criar condições organizacionais, sociais e humanas para a participação plena e digna das pessoas. Assim, a gestão dos serviços e cuidados deve ser entendida não apenas como uma dimensão técnica, mas como um compromisso ético com a qualidade de vida.

A análise realizada permite afirmar que a reabilitação, quando orientada para o bem-viver, ultrapassa a dimensão biomédica e afirma-se como um processo integrador, centrado na funcionalidade, na dignidade e na inclusão social. A gestão dos

serviços e dos cuidados de reabilitação mostra-se estruturante para assegurar continuidade, qualidade e segurança assistencial, sendo decisiva a articulação entre contextos de internamento, comunidade e cuidados continuados. O papel diferenciado dos enfermeiros generalistas e dos especialistas em reabilitação, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros, reforça a complementaridade de competências, onde a supervisão, a formação contínua e a liderança clínica assumem particular relevância.

Persistem, contudo, desafios relacionados com barreiras arquitetónicas, organizacionais e sociais, que exigem inovação nos modelos de gestão e maior integração das dimensões ambiental, tecnológica e política na reabilitação. A reflexão apresentada aponta para a necessidade de consolidar práticas de gestão centradas na pessoa e orientadas para o bem-viver, que mobilizem recursos humanos especializados, tecnologias assistivas e estratégias colaborativas interprofissionais. Em suma, a reabilitação deve ser entendida como um processo emancipatório, capaz de promover não apenas autonomia funcional, mas também participação ativa, reconhecimento e cidadania.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OMS. Rehabilitation 2024 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>].
- Schoeller SD, Steffen PLdS, Costa LEL, Acordi I. Cuidados de enfermeria para el buen vivir: un nuevo paradigma. *Avances en Enfermería*. 2024;42(3):117567ae.
- Vargas CP, Schoeller SD, Zuchetto MA, Martins MMFPdS, Antunes L. Cuidado de Enfermagem de Reabilitação para o Bem-Viver. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2024;7(1):e343. doi:10.33194/rper.2024.343
- Pereira RSdS, Martins MMFPdS, Machado WCA, Lourenço MdCG, Cruz VVd, Vargas CP. Da luta pelo reconhecimento ao continuum de dependência-independência nas atividades de vida para o bem-viver. *Revista indexada na Scopus, Crossref*. 2025. doi:<https://doi.org/10.33194/rper.2025.39907>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 122/2011. Competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 18 fevereiro: 8648–9653; 2011.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Regulamento n.º 392/2019. *Diário da República*, 2.ª série n.º 85 — 3 maio 2019; 2019.
- Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Regulamento n.º 190/2015. *Diário da República*, 2ª série n.º 79 – 23 Abril 2015 (2015). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 119 — 22 de junho; 2015.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 125/2011. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 18 de fevereiro, pp. 8658–9659; 2011.
- Martins MM. Enfermagem de reabilitação: contextos, cuidados e investigação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2018;1(1).
- Marquis BL, Huston CJ. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2021.
- Van Kraaij J, Lalleman P, Walravens A, Van Oostveen C. Differentiated nursing practice as a catalyst for transformations in nursing: A multiphase qualitative interview study. *J Adv Nurs*. 2022;78(1):165-75. doi: 10.1111/jan.15001.
- Braun V, Clarke V. What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2014;9:26152. doi:10.3402/qhw.v9.26152
- OMS. Rehabilitation in health systems [Internet]. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2017.
- Melim C, Gouveia B. A Qualidade dos Cuidados: Perceção dos Enfermeiros de Reabilitação em Serviços de Internamento. *Revista de Enfermagem Referência*. 2025;VI Série(N.º 4). doi:10.12707/rvi24.105.38420
- Lima AMN, Martins MMFdS, Ferreira MSM, Coelho ARN, Schoeller SD, Parola VSO. Focos e intervenções de Enfermagem promotoras da autonomia dos idosos. *Rev Gaucha Enferm*. 2022;43. doi:10.1590/1983-1447.2022.20210018.pt
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 76/2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 21 — 30 de janeiro; 2018.
- Huston CJ. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*: Wolters Kluwer Health; 2022.
- Martins MM, Gonçalves MN, Teles P, Bernardino E, Guerra N, Ribeiro OMPL. Construção e Validação de Instrumento de Percepção do Trabalho do Gestor. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2021;15(1). doi:10.5205/1981-8963.2021.245192
- Pontes M, Santos A. A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In: Marques-Vieira C, Sousa L, editors. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao Longo da vida: Lusodidacta*; 2016.
- Portugal. Lei n.º 95/2019. Lei de Bases da Saúde *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169 de 4 setembro; 2019.
- Portugal. Plano Nacional de Saúde 2020-2030 [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2019.
- Carvalho MILB. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. *Revista Katálysis*. 2014;17. doi:<https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200012>
- Portugal. Portaria n.º 38-A/2023, de 2 de fevereiro. Regulamenta a articulação interinstitucional para acompanhamento de pessoas internadas após alta clínica. *Diário da República*, 1.ª série; 2023.
- Pisco LAC, Silva VPd, Monteiro BR. A evolução da legislação da saúde em Portugal e os novos desafios para a gestão a partir de 2024. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2024;29(11). doi:10.1590/1413-812320242911.01242024
- Nascimento EPL CD, Carmona SAMLd, Barthmann VMC, organizadoras. *Planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde: material didático para secretarias de saúde*. Brasília: Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia; 2020.
- Oliveira JDGd, Fausto IRdS, Braz RMM, Leta FR, Kuo CC, Calado RD. O Impacto da Transformação Digital nos Sistemas de Saúde Abordagem do Lean Healthcare no Eixo Brasil/Portugal. *Revista Interações*. 2024;20(67):1-26. doi:<https://doi.org/10.25755/int.32693>

28. Dias EGH, Fabrizzio GC, Marques JLB, Araujo MT, Barra DCC, Lanzoni GMdM. Competências de enfermagem em informática nos hospitais com nível máximo de desenvolvimento tecnológico. Escola Anna Nery. 2024;28.
29. Bastos PALS, Silva MS, Ribeiro NM, Mota RDS, Galvão Filho T. Tecnologia assistiva e políticas públicas no Brasil. Cad Bras Ter Ocup. 2023;31. doi:10.1590/2526-8910.ctoao260434011
30. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care: Oxford University Press; 2002.
31. Faria ADCA, Martins MMFPDS, Schoeller SD, Matos LOD. Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. Rev Bras Enferm. 2017;70(3):495-503. doi:10.1590/0034-7167-2016-0579
32. Santiago Rds, Araújo JMCd, Nascimento MHC, Anhoque CF, Neves AT, Depolli GT, et al. Desvantagem, fadiga vocal e qualidade de vida em voz em pacientes com Esclerose Múltipla. CoDAS. 2025;37.
33. Gomes JAP, Martins MMFPS, Gonçalves MNdC, Fernandes CSNdN. Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. Revista de Enfermagem Referência. 2012;serIII(8):29-38. doi:https://doi.org/10.12707/RIII1265.
34. Santos MTNd, Moura SCDO, Gomes LMX, Lima AH, Moreira RS, Silva CD, et al. Telehealth application on the rehabilitation of children and adolescents. Revista Paulista de Pediatria. 2014;32.
35. Santos MFN, Friche AAL, Lemos SMA. Atenção à pessoa com deficiência: composição das equipes e distribuição geográfica do componente especializado em reabilitação. CoDAS. 2021;33.
36. Martins MM, Ribeiro O, Ventura da Silva J. O contributo dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a qualidade dos cuidados. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 2018;1(1):22 - 9. doi:10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386
37. Ordem dos Enfermeiros. Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação n.º 02/2020: Prestação de cuidados gerais por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação [Internet]. Lisboa; 2020.
38. Fiorenza LA, Marchiori MRCT, Silva SCd, Soccol KLS. Continuidade do cuidado como estratégia para atenção integral à saúde. Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem. 2023;13(41):812-25. doi:10.24276/rrecien2023.13.41.812-825
39. Freitas AFdC, Martins MM, Oliveira MJa, Martins FF, Da Costa A. Health Promotion Activity in the Community -- Scoping Reviewed. KnE Social Sciences. 2024. doi:10.18502/kss.v9i31.17561
40. Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República n.º 109/2006, Série I-A: 3856-3865, (2006).
41. Pereira RSS, Martins MM, Machado WCA, Lourenço M, Cruz VV, Vargas CP. Reabilitação em Enfermagem Processos de Inclusão e Acessibilidade: Instrumento de avaliação para enfermeiros de reabilitação. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 2024;7(2):e412. doi:https://doi.org/10.33194/rper.2024.412
42. Vaughn S, Mauk KL, Jacelon CS, Larsen PD, Rye J, Wintersgill W, et al. The Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. Rehabil Nurs Rehabilitation Nursing 2015;41(1):33-44. doi:https://doi.org/10.1002/rnj.225
43. Schoeller SD, Martins MM, Faleiros F, Ramirez N. Enfermagem de Reabilitação: Thieme Revinter; 2021.
44. Silva CS, Pacheco M, Martins MM, Carvalho AE, Pereira RS, Machado WCA. Accessibility of sport buildings for people with disabilities - intervention of rehabilitation nurses. Acessibilidade dos edifícios destinados à prática de desporto nas pessoas com deficiência - intervenção dos/as enfermeiros/as especialistas em reabilitação. Rev Port Enf Reab Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 2019;2(2):27-32. doi:https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4568
45. OMS. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2015. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf.
46. Gutenbrunner C, Stievano A, Nugraha B, Stewart D, Catton H. Nursing – a core element of rehabilitation. Int Nur Rev International Nursing Review. 2021;69(1):13-9. doi:https://doi.org/10.1111/inr.12661
47. Lima AMN, Ferreira MSM, Martins MMFPdS, Fernandes CS. Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do doente2. Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do doente. Journal Health NPEPS. 2019;4(2):28-43. doi:10.30681/252610104062
48. Gutenbrunner C, Stievano A, Stewart D, Catton H, Nugraha B. ROLE OF NURSING IN REHABILITATION. J Rehabil Med Clin Commun. 2021;4:1000061-. doi:10.2340/20030711-1000061
49. Marques CMLA. Contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação na hospitalização domiciliária [dissertação de mestrado]. Lisboa: ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa; 2023 Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/29584/1/master\_cristina\_alexandre\_marques.pdf.
50. Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results: Harvard Business Review Press; 2006.
51. Arntz A, Weber F, Handgraaf M, Lällä K, Korniloff K, Murtonen KP, et al. Technologies in Home-Based Digital Rehabilitation: Scoping Review. JMIR rehabilitation and assistive technologies. 2023;10:e43615. doi:10.2196/43615
52. Izzo C, Visco V, Loria F, Squillante A, Iannarella C, Guerriero A, et al. Cardiovascular Nursing in Rehabilitative Cardiology: A Review. Journal of cardiovascular development and disease. 2025;12(6). doi:10.3390/jcdd12060219
53. Jandaghian-Bidgoli M, Jamalnia S, Pashmforosh M, Shaterian N, Darabiyani P, Rafi A. Personalized nursing as the missing link of providing care: A systematic review. BMC Nurs. 2025;24(1):239. doi:10.1186/s12912-025-02855-x
54. OMS. Framework on integrated, people-centred health services. Organização Mundial da Saúde; 2016 Disponível em https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\_files/WHA69/A69\_39-en.pdf.
55. Silveira MdS, Cogo ALP. Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. Rev Gaucha Enferm. 2017;38.
56. OMS. Reabilitação em sistemas de saúde. Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-por.pdf.

## DIVULGAÇÕES ÉTICAS

**Contribuição do(s) autor(es):**

Concetualização: MMM; NG; SDS; RSSP; CMA

Curadoria dos dados: MMM; NG; SDS; RSSP; CMA

Investigação: MMM; NG; SDS; RSSP; CMA

Metodologia: MMM; NG; SDS; RSSP; CMA

Administração do projeto: MMM

Supervisão: MMM

Validação: MMM

Visualização: MMM; NG; SDS; RSSP; CMA

Redação do rascunho original: MMM; NG; SDS; RSSP; CMA

Redação - revisão e edição: MMM; NG; SDS; RSSP; CMA

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

**Financiamento:**

Os autores declaram que não houve qualquer financiamento para a realização deste artigo.

**Comissão de Ética:**

Não aplicável, por se tratar de um artigo de revisão narrativa da literatura com reflexão teórico-prática.

**Declaração de consentimento informado:**

Não aplicável, por não envolver participantes humanos.

**Conflitos de interesse:**

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

**Proveniência e revisão por pares:**

Submetido diretamente pelos autores submetido a revisão de pares.