

Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com demência avançada no domicílio: estudo de caso**Rehabilitation nursing care for people with advanced dementia at home: a case study****Cuidados de enfermería de rehabilitación en demencia avanzada en atención domiciliaria: estudio de caso clínico**

**Tiago Alexandre Filipe Branco¹, Vera Basílio², Sandy Silva Pedro Severino³,
Nelson Guerra⁴, Luís Manuel Mota de Sousa⁵**

RESUMO

Objetivo: avaliar os achados clínicos de um programa de reeducação funcional motora em um indivíduo com demência avançada, num contexto de cuidados domiciliares. **Método:** relato de caso clínico realizado entre 21 de maio e 13 de junho de 2025. A coleta de dados incluiu anamnese dirigida à família, análise de registros clínicos e aplicação de instrumentos padronizados, como a goniometria, a Escala de Ashworth Modificada e a Escala de Dor de Algoplus. Os dados foram analisados por estatística descritiva, comparando valores pré e pós-intervenção. O plano teve como base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a Ontologia em Enfermagem, tendo a duração de três semanas, com duas sessões semanais, com intervalo de 3 a 4 dias entre as sessões. **Resultados:** verificou-se o aumento da amplitude articular entre 5° e 40°, redução de 1 a 2 níveis na Escala de Ashworth Modificada, ausência de pé equino e redução da dor em 3 pontos na Escala Algoplus. Observou-se melhorias na capacidade do cuidador familiar na prestação de cuidados. **Conclusão:** os achados

¹Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA). Enfermeiro no Departamento de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde Algarve. Faro, Faro, Portugal. E-mail: tiagoafbranco@hotmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5309-9487> **Autor para correspondência** – Endereço: Fábrica da Pólvora de Barcarena, 2730-036 Barcarena, Portugal.

²Enfermeira. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Unidade de Cuidados na Comunidade, Unidade Local de Saúde Algarve. Olhão, Faro, Portugal. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-1147-4590>

³Enfermeira. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Mestre em Gestão de Cuidados de Saúde. Investigadora pelo Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR). Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Atlântica (ESSATLA). Barcarena, Lisboa, Portugal. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5162-2980>

⁴Enfermeiro. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Doutor em Enfermagem. Investigador pela RISE – Health Research Network. Professor Coordenador Convidado da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA). Barcarena, Lisboa, Portugal. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2584-2103>

⁵Enfermeiro. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Doutor em Enfermagem. Investigador pela Comprehensive Health Research Centre (CRHC). Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA). Barcarena, Lisboa, Portugal. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9708-5690>



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada.

sugerem a efetividade deste plano de cuidados em demência avançada, destacando a Enfermagem de Reabilitação na promoção da funcionalidade, conforto e dignidade na atenção domiciliar.

Descritores: Demência; Espasticidade Muscular; Rigidez Muscular; Pé Equino; Enfermagem em Reabilitação.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the clinical findings of a functional motor rehabilitation program in an individual with advanced dementia, in a home care setting. **Method:** a clinical case report conducted between May 21 and June 13, 2025. Data collection included family-directed anamnesis, review of clinical records, and the application of standardized assessment instruments, namely goniometry, the Modified Ashworth Scale, and the Algoplus Pain Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, comparing pre- and post-intervention values. The care plan was structured based on the International Classification for Nursing Practice and Nursing Ontology, with a total duration of three weeks, comprising two rehabilitation nursing sessions per week, with intervals of 3 to 4 days between sessions. **Results:** an increase in joint range of motion between 5° and 40° was observed, along with a reduction of 1 to 2 levels on the Modified Ashworth Scale, absence of equinus foot, and a reduction of 3 points on the Algoplus Pain Scale. Improvement in the family caregiver's ability to provide care was also noted. **Conclusion:** the findings suggest the effectiveness of this care plan in advanced dementia, highlighting the role of Rehabilitation Nursing in promoting functionality, comfort, and dignity within home-based care.

Descriptors: Dementia; Equinus Deformity; Muscle Spasticity; Muscle Rigidity; Rehabilitation Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar los hallazgos clínicos de un programa de rehabilitación motora funcional en un individuo con demencia avanzada, en un entorno de atención domiciliar. **Método:** reporte de caso clínico realizado entre el 21 de mayo y el 13 de junio de 2025. La recolección de datos incluyó anamnesis dirigida a la familia, análisis de registros clínicos y aplicación de instrumentos estandarizados, como la goniometría, la Escala de Ashworth Modificada y la Escala de Dolor Algoplus. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, comparando los valores pre y post intervención. El plan de cuidados se basó en la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería y en la Ontología en Enfermería, con una duración total de tres semanas, con dos sesiones semanales de enfermería de rehabilitación y un intervalo de 3 a 4 días entre sesiones. **Resultados:** se observó un aumento del rango de movimiento articular entre 5° y 40°, una reducción de 1 a 2 niveles en la Escala de Ashworth Modificada, ausencia de pie equino y una disminución de 3 puntos en la Escala de Dolor Algoplus. Asimismo, se evidenció una mejora en la capacidad del cuidador familiar para la prestación de cuidados. **Conclusión:** los hallazgos sugieren la efectividad de este plan de cuidados en la demencia avanzada, destacando el papel de la Enfermería de Rehabilitación en la promoción de la funcionalidad, el confort y la dignidad en el ámbito domiciliario.

Descriptores: Demencia; Espasticidad Muscular; Rigidez Muscular; Pie Equino; Enfermería en Rehabilitación.

INTRODUÇÃO

A demência constitui atualmente um dos maiores desafios de saúde pública do século XXI, face o envelhecimento demográfico progressivo da população. Em 2019, estimava-se que cerca de 11 milhões de pessoas viviam com demência na Europa, sendo que em Portugal o número ultrapassava os 200 mil casos, com uma projeção de crescimento para aproximadamente 350 mil pessoas em 2050¹. Segundo a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), muitas pessoas com demência não são diagnosticadas de forma oportuna e, quando o diagnóstico ocorre, já pode implicar impactos significativos na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa².

Além disso, persistem fortes estigmas sociais e limitações no acesso a apoio especializado e recursos sociais adequados, o que compromete uma resposta efetiva e digna à pessoa com demência e à sua família^{2,3}.

A fisiopatologia da demência assenta em processos neurodegenerativos progressivos, que envolvem a perda de neurónios e de conexões sinápticas em áreas cerebrais fundamentais para a cognição, coordenação motora e controle do movimento^{4,5}. Engloba diferentes

subtipos, como a doença de Alzheimer, a degenerescência lobar frontotemporal, a demência por corpos de Lewy, a demência vascular, entre outras causas como lesões cerebrais traumáticas, infeções (por exemplo Vírus da Imunodeficiência Humana), consumo de substâncias, doenças degenerativas (como Parkinson ou Huntington) e doenças raras (como a Doença de Príon)⁴.

A literatura evidencia que, à medida que a doença progride, ocorre uma degradação marcada das capacidades cognitivas e funcionais, evoluindo para estágios avançados em que a pessoa apresenta mutismo, perda da mobilidade, rigidez postural, espasticidade, dependência total nas Atividades de Vida Diária e elevado risco de complicações secundárias como úlceras de pressão, espasticidade, contraturas e tromboembolismo^{4,6-9}.

Neste estágio, a imobilidade prolongada potencia alterações musculoesqueléticas, nomeadamente espasticidade, que contribui para deformidades, dor e limitação funcional, resultando num impacto negativo na qualidade de vida da pessoa^{6-8,10,11}. Do ponto de vista articular, a literatura descreve alterações estruturais significativas, nomeadamente a redução

da fluidez do líquido sinovial e o crescimento do tecido fibroso e adiposo intra-articular, fatores que favorecem a formação de aderências¹².

Adicionalmente, pode ocorrer desgaste da cartilagem, desorganização celular nas zonas de inserção ligamentar e espessamento da sinóvia, resultando em fibrose capsular e limitação da amplitude articular^{13,14}. A morte, nesses casos, geralmente ocorre devido a infecções ou episódios de aspiração ao longo da progressão da doença, uma vez que os distúrbios de deglutição, a desnutrição e a fragilidade são frequentes nesta condição^{4,7}.

Neste contexto, o cuidado à pessoa com demência, independentemente da sua etiologia ou fase evolutiva, deve ser orientado por princípios de dignidade, respeito pelos valores da pessoa e da família, prevenção de complicações e fundamentação científica da intervenção, independentemente da causa da doença, fase ou condição socioeconômica⁷.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da iniciativa Rehabilitation 2030, salienta a importância de integrar a reabilitação como elemento central dos sistemas de saúde, promovendo a funcionalidade e

qualidade de vida, e destacando o papel dos profissionais de enfermagem com especialização em reabilitação como agentes fundamentais nesse processo¹⁵.

A relevância deste relato de caso clínico advém da necessidade de evidenciar a intervenção especializada da enfermagem de reabilitação junto da pessoa com demência em fase avançada, reforçando a pertinência de uma abordagem centrada na pessoa, interdisciplinar e baseada na evidência. O aumento da prevalência desta condição, aliado à maior sobrevida resultante dos avanços médicos, exige estratégias de intervenção adaptadas ao domicílio, centradas na funcionalidade e qualidade de vida^{1,16}.

Neste sentido, foi formulada a seguinte questão de investigação: “Quais os resultados da implementação de um programa de Reeducação Funcional Motora no domicílio, à pessoa com demência em fase avançada?”. Com base nesta questão, foi definido o objetivo avaliar os achados clínicos de um programa de reeducação funcional motora em um indivíduo com demência avançada, num contexto de cuidados domiciliares.

MÉTODO

A metodologia adotada foi o estudo de caso clínico, uma abordagem amplamente reconhecida na investigação e produção de conhecimento científico, nomeadamente em áreas aplicadas como a prática clínica em enfermagem¹⁷. Este tipo de investigação enquadra-se nos estudos descritivos, de natureza empírica, baseando-se na observação direta, sistemática e aprofundada de um fenómeno atual inserido no seu contexto real, o que permite a compreensão detalhada das suas especificidades¹⁸.

Embora tradicionalmente classificado como um método qualitativo, o relato de caso pode integrar simultaneamente metodologias qualitativas e quantitativas, pela combinação de instrumentos objetivos e da análise subjetiva da experiência clínica¹⁹. A relevância dos estudos de caso na literatura científica tem sido reconhecida em diversas vertentes, incluindo o reconhecimento de doenças emergentes ou raras, a avaliação de intervenções terapêuticas, tanto no que diz respeito aos seus efeitos benéficos quanto adversos, bem como na formação de profissionais de saúde e disseminação de boas práticas clínicas²⁰.

O estudo seguiu as recomendações da *CAsE REport*, que orientam a estruturação, redação e

transparência na apresentação de relatos de caso clínico^{20,21}. Para a elaboração e estruturação do plano de cuidados, foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, tendo como base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e a Ontologia em Enfermagem, de forma a garantir coerência terminológica, rigor técnico-científico e sistematização dos cuidados prestados.

O estudo decorreu no período entre 21 de maio e 13 de junho de 2025, no contexto de uma Equipe de Cuidados Continuados Integrados situada na região do Algarve, em Portugal. Houve a submissão ao Comitê de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica, tendo obtido parecer favorável, devidamente formalizado através do parecer positivo n.º PCE64_2025, assegurando o cumprimento dos princípios éticos e das normas aplicáveis à investigação em saúde. Tendo em conta que o paciente se encontrava incapaz de expressar consentimento informado devido às suas comorbilidades cognitivas, o consentimento livre e esclarecido foi obtido por escrito junto do tutor legal.

A coleta de dados foi realizada por meio de anamnese dirigida à família,

consulta de registros clínicos nos sistemas de informação em uso, nomeadamente o GestCare CCI® da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o SClínico®, que são sistemas de informação usados por profissionais do Serviço Nacional de Saúde Português. O GestCare CCI® apoia o registro, acompanhamento e coordenação de cuidados no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, sobretudo para pessoas com doença crônica, dependência ou necessidade de cuidados continuados, que inclui os cuidados no domicílio. O SClínico® é o sistema clínico do SNS que centraliza os registros de saúde dos pacientes nos cuidados primários e hospitalares, garantindo continuidade e partilha de informação clínica entre serviços.

Para além disso, foi realizada uma avaliação física direta do cliente com recurso a instrumentos validados. Os instrumentos utilizados incluíram a Goniometria (para avaliação da amplitude articular), a Escala de Ashworth Modificada²², para avaliação da espasticidade, e a Escala Algoplus, validada para a avaliação de dor em pessoas com dificuldades de comunicação, permitindo uma monitorização objetiva e segura da dor,

e facilitando uma abordagem terapêutica mais eficaz²³.

O plano de reabilitação teve uma duração total de três semanas, com uma frequência de duas sessões por semana, com um intervalo de 3 a 4 dias entre sessão, perfazendo um total de seis sessões. Cada sessão teve uma duração variável entre 45 e 90 minutos. As sessões foram conduzidas com base na capacidade de tolerância do cliente, tendo sido respeitados o limiar da dor, a amplitude articular disponível, bem como os planos e eixos fisiológicos de movimento. Os exercícios foram adaptados consoante a evolução do quadro clínico e a resposta do cliente à intervenção.

Os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva, com comparação dos valores pré e pós-intervenção. Para a comparação dos resultados obtidos após a implementação do plano de cuidados, foi realizada uma revisão prévia da literatura em bases de dados científicas relevantes, com o intuito de comparar os dados empíricos deste caso com a evidência científica existente, identificando convergências e divergências com estudos semelhantes e reforçando a validade dos achados observados.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO

O estudo descreve um caso clínico, pertencente ao sexo masculino, com 86 anos, aposentado, de etnia caucasiana e nacionalidade portuguesa, casado, com dois filhos adultos e um neto, residindo com a esposa, a principal cuidadora numa habitação com boas condições de habitabilidade e higiene. Quanto aos antecedentes pessoais, apresenta um diagnóstico de demência em fase avançada e dislipidemia, não sendo conhecidas alergias medicamentosas ou alimentares. A medicação habitual inclui Tizanidina 2 mg de 8 em 8 horas, Olanzapina 5 mg ao jantar e Quetiapina 100 mg em caso de insônia.

O cliente foi admitido na Equipe de Cuidados Continuados Integrados no dia 15 de maio de 2025, com o objetivo de iniciar um programa de Reabilitação, na sequência de alterações significativas da mobilidade. Segundo relato dos familiares, o cliente era autónomo na realização das AVD até aproximadamente um ano antes da admissão, altura em que começaram a surgir limitações progressivas na mobilidade, associadas a dificuldades na deglutição e na comunicação, que foi

associado ao agravamento do processo demencial. No último ano, encontrava-se acamado, com adoção de posturas viciosas e desenvolvimento de rigidez articular generalizada.

No momento da admissão o cliente apresentava-se vígil e reativo a estímulos visuais, dirigindo o olhar, embora não verbalizasse. De acordo com os familiares, é habitualmente pouco comunicativo, mas consegue manifestar dor e chamar pela esposa.

No exame objetivo, encontrava-se apirético, normocárdico, normotenso, eupneico, com saturações periféricas de oxigénio de 96% em ar ambiente e sem sinais de dificuldade respiratória. No entanto, apresentava gemidos durante a mobilização, resultando numa pontuação de 4 em 5 na escala Algoplus²³, indicativa de dor aguda. À avaliação, o paciente apresentava-se emagrecido, com índice de massa corporal de 18,4 kg/m².

Apresentava disfagia moderada, compensada com o uso de espessante em líquidos e uma dieta de consistência pastosa, adaptada à sua capacidade de deglutição. Relativamente ao desempenho funcional, demonstrava dependência completa nas AVD, com uma pontuação de 18 pontos na medida de independência funcional.

No exame musculoesquelético, observou-se uma redução significativa da amplitude articular, por meio de avaliação por goniômetro, em todos os segmentos corporais, tendo por base os valores de referência, bem como espasticidade acentuada, sobretudo no hemicorpo esquerdo. A maioria dos segmentos apresentava uma pontuação de 3 na Escala de Ashworth Modificada²², indicativa de considerável aumento do tônus muscular, onde o movimento passivo era dificultado. Devido à rigidez articular e ao grau elevado de espasticidade, não foi possível realizar uma avaliação eficaz da força muscular, do equilíbrio corporal e da coordenação motora, comprometendo a obtenção de dados quantitativos sobre estas dimensões.

A definição do plano teve como ponto de partida a avaliação inicial do paciente, na qual foram identificadas as principais necessidades e limitações funcionais. Com base nessa avaliação e nos objetivos previamente negociados com a família foram estabelecidos três focos prioritários: Espasticidade, Rigidez Articular e Pé Equino. A escolha destes focos assentou na sua relevância clínica, no impacto sobre a funcionalidade global

do paciente e no potencial de reversibilidade ou controle por meio da intervenção de enfermagem de reabilitação.

Para cada um destes focos, foram elaborados os respectivos diagnósticos de enfermagem de reabilitação, delineadas intervenções específicas e estabelecidos objetivos. Paralelamente, foram definidos os instrumentos de avaliação mais adequados para monitorizar a eficácia das intervenções ao longo do tempo.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação tiveram simultaneamente como alvo o paciente e seu cuidador familiar, a esposa igualmente idosa, que assumia a responsabilidade principal pelos cuidados no domicílio. As intervenções centraram-se não apenas na recuperação e manutenção da funcionalidade do cliente, mas também na capacitação do cuidador familiar para a continuidade dos cuidados de reabilitação, tendo em conta as limitações inerentes à sua idade, com vista à realização segura das atividades de vida diária, à prevenção de lesões e à diminuição da sobrecarga física e funcional associada ao cuidar.

Quadro 1 - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Foco	Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
Espasticidade	Espasticidade em grau moderado	Evitar agravamento da espasticidade	<p>Executar técnica de exercício músculo-articular passivo modificado (Todas as sessões) - 1 série de 10 repetições em todos os movimentos articulares</p> <p>Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade (Todas as sessões)</p> <p>Executar técnica de massagem (Todas as sessões) - Antes e após exercício músculo-articular passivo modificado</p> <p>Monitorizar espasticidade através da Escala de <i>Ashworth</i> modificada (1ª, 3ª e 6ª sessão)</p> <p>Avaliar evolução do papel do cuidador familiar: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares (Todas as sessões)</p>
	Potencial do cuidador familiar para melhorar capacidade para executar os exercícios músculo-articulares	Promover papel do cuidador familiar: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares	<p>Avaliar evolução da capacidade do cuidador familiar para executar os exercícios músculo-articulares (Todas as sessões)</p> <p>Instruir o cuidador familiar sobre exercícios músculo-articulares passivos (1ª sessão):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensino do cuidador familiar através de demonstração das técnicas de exercícios músculo-articulares passivos modificados ao leito - Instrução do cuidador familiar para a realização de 1 série de 10 repetições, 2 vezes ao dia. - Instrução das técnicas de exercícios músculo-articulares passivos modificados ao leito através da observação da técnica do cuidador familiar. - Treinar o cuidador familiar a executar exercícios músculo-articulares (Todas as sessões) - Treino das técnicas de exercícios músculo-articulares passivos modificados ao leito através da repetição.
Rigidez articular	Rigidez articular	Evitar agravamento da rigidez articular	<p>Executar técnica de posicionamento (Todas as sessões)</p> <p>Monitorizar amplitude do movimento articular através de goniômetro (1ª, 3ª e 6ª sessão)</p> <p>Avaliar movimento articular (1ª, 3ª e 6ª sessão)</p> <p>Avaliar evolução do papel do cuidador familiar: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares (Todas as sessões)</p>
	Potencial para melhorar conhecimento do cuidador familiar sobre prevenção da rigidez articular	Promover papel do cuidador familiar: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares	<p>Avaliar conhecimento do cuidador familiar sobre prevenção da rigidez articular (Todas as sessões)</p> <p>Ensinar o cuidador familiar sobre prevenção da rigidez articular (1ª sessão)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensino sobre as complicações associadas à rigidez articular - Esclarecimento de dúvidas <p>Providenciar material educativo (1ª sessão)</p>
Pé equino	Risco de Pé equino	Prevenir Pé equino	<p>Massagear pé (Todas as sessões)</p> <p>Posicionar pé (Todas as sessões)</p>
	Potencial para melhorar conhecimento do cuidador familiar sobre	Conhecimento do cuidador familiar sobre prevenção de pé equino,	<p>Avaliar conhecimento do cuidador familiar sobre prevenção do pé equino (Todas as sessões)</p> <p>Ensinar prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino (1ª sessão)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensino sobre as complicações associadas à rigidez

prevenção de pé equino	de	melhorado	articular - Esclarecimento de dúvidas - Ensino sobre posicionamento do pé no leito Providenciar material educativo (1ª sessão)
Potencial para melhorar capacidade do cuidador familiar para prevenir o pé equino	para	Capacidade do cuidador familiar para prevenir o pé equino, melhorada	Avaliar capacidade do cuidador familiar para prevenir o pé equino (Todas as sessões) Instruir o cuidador familiar a prevenir o pé equino (1ª sessão) - Instrução do posicionamento do pé no leito através de observação Treinar o cuidador familiar a prevenir o pé equino (Todas as sessões) - Treino do posicionamento do pé no leito através da repetição.

O plano de cuidados centrou-se na prevenção de complicações associadas à imobilidade e na promoção da mobilidade muscular e articular, visando facilitar o desempenho do cuidador familiar (esposa) nas atividades de vida diária do cliente. A definição das intervenções ocorreu em estreita colaboração com a familiar, reconhecendo-se a relevância do seu envolvimento ativo no processo de reabilitação. Este envolvimento contribuiu para uma maior adesão ao plano e para a personalização dos cuidados, respeitando as rotinas, preferências e capacidades do contexto familiar.

RESULTADOS

Durante o período de intervenção, observou-se uma adesão globalmente positiva ao plano de exercícios prescrito ao prestador de

cuidados, embora tenha sido registrada uma redução na frequência das sessões na última semana de intervenção, devido a motivos de saúde do próprio prestador.

Os resultados estão organizados por dimensões específicas de análise. Em relação à rigidez articular, esta foi avaliada através da medição da amplitude articular, utilizando a goniometria como método de referência. Os dados indicam um aumento progressivo da amplitude de movimento na maioria das articulações avaliadas, demonstrando uma aproximação aos valores de referência²⁴.

São exemplos disso o aumento de 40° na flexão do punho esquerdo, 15° na extensão em ambos os cotovelos e 40° na extensão do joelho esquerdo, entre a avaliação inicial e intermédia. Importa ainda referir que, ao longo das sessões, não foi observado o aparecimento de pé equino (Tabela 1).

Tabela 1 - Amplitude de movimento articular de acordo com a avaliação goniométrica.

Rigidez articular		Lado esquerdo / Lado direito		
Articulação	Movimento (valor de referência ²⁴)	Inicial (21/05/2025)	Intermediário (03/06/2025)	Final (13/06/2025)
Punho	Flexão (90°)	30° / 60	50° / 90°	70° / 80°
	Extensão (70°)	0° / 0°	0° / 0°	0° / 0°
	Desvio radial (20°)	0° / 0°	0° / 0°	0° / 0°
	Desvio ulnar (45°)	0° / 5°	0° / 5°	0° / 5°
Cotovelo	Flexão (145°)	145° / 145°	145° / 145°	145° / 145°
	Extensão (180°)	65° / 70°	80° / 90°	80° / 85°
Antebraço	Pronação (90°)	10° / 10°	10° / 10°	10° / 10°
	Supinação (90°)	10° / 20°	10° / 20°	10° / 20°
Ombro	Flexão (180°)	10° / 30°	20° / 45°	45° / 55°
	Extensão (20°)	0° / 0°	0° / 0°	20° / 15°
	Abdução (180°)	30° / 50°	35° / 60°	65° / 70°
	Adução (40°)	15° / 20°	15° / 20°	20° / 20°
	Rotação interna (90°)	45° / 70°	55° / 75°	78° / 75°
	Rotação externa (90°)	15° / 25°	15° / 30°	15° / 35°
Tornozelo	Flexão dorsal (20°)	0° / 0°	0° / 0°	0° / 0°
	Flexão plantar (45°)	10° / 10°	20° / 15°	20° / 20°
	Inversão (45°)	NA	NA	NA
	Eversão (20°)	NA	NA	NA
Joelho	Flexão (140°)	140° / 140°	140° / 140°	150° / 145°
	Extensão (0°)	114° / 85°	72° / 65°	70° / 55°
Quadril	Flexão (125°)	80° / 90°	90° / 105°	95° / 100°
	Extensão (10°)	-90° / -50°	-40° / -30°	-40° / -30°
	Abdução (45°)	25° / 25°	30° / 25°	30° / 45°
	Adução (15°)	15° / 15°	15° / 15°	15° / 15°
	Rotação interna (45°)	10° / 20°	10° / 20°	15° / 20°
	Rotação externa (45°)	20° / 30°	20° / 30°	20° / 40°
Coluna	Flexão (65°)	10°	25°	40°
Cervical	Extensão (50°)	10°	10°	10°
	Rotação (55°)	20° / 10°	15° / 20°	15° / 20°
	Flexão lateral (40°)	15° / 15°	15° / 20°	15° / 20°

NA = Não Avaliado.

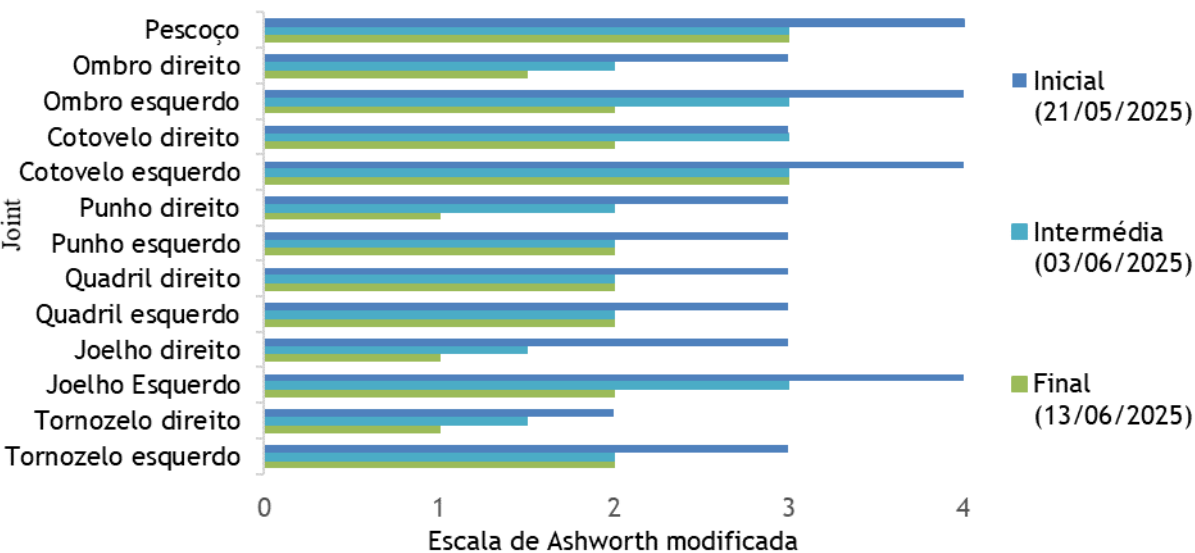
Nas primeiras sessões, a determinação da amplitude articular máxima revelou-se desafiante, uma vez que os segmentos articulares do cliente apresentavam um grau elevado de espasticidade (Figura 1). Esta condição dificultava a mobilização passiva e comprometia a fiabilidade das medições obtidas.

Ao longo das sessões, foi observada uma diminuição progressiva da espasticidade, o que possibilitou uma avaliação mais precisa e facilitada da mobilidade articular. Para quantificar a espasticidade de forma objetiva, foi utilizada a Escala de Ashworth Modificada, instrumento amplamente reconhecido e validado para este fim²². A aplicação sistemática desta escala

permitiu monitorizar com maior rigor a evolução do tónus muscular durante a implementação do plano de cuidados,

contribuindo assim para uma melhor adaptação das intervenções terapêuticas ao estado clínico do cliente.

Figura 1 - Avaliação do nível de espasticidade.



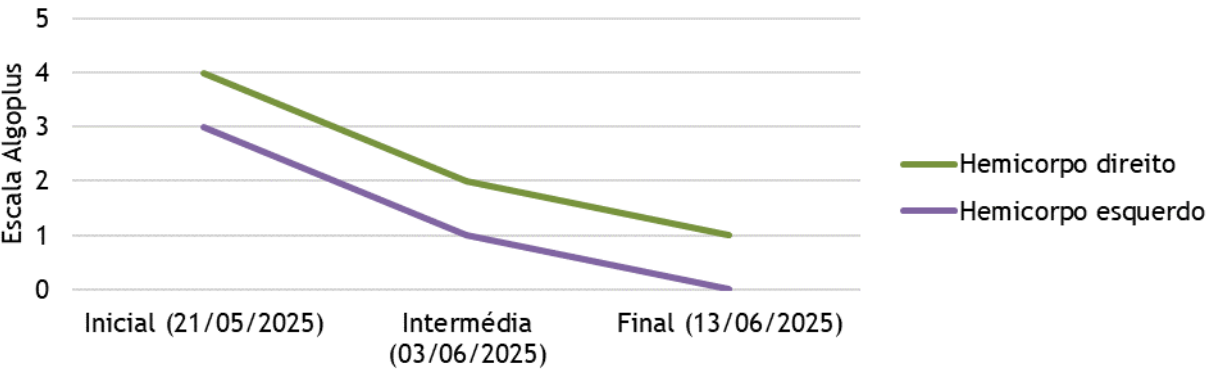
Como resultado secundário, procedeu-se à avaliação da dor do cliente durante a mobilização dos segmentos articulares. Neste estudo, a avaliação da dor constituiu um desafio relevante, uma vez que o paciente apresentava um grau avançado de demência, com comprometimento severo da comunicação.

Posto isso, recorreu-se à escala Algoplus, uma ferramenta validada para a população portuguesa, especificamente concebida para a

avaliação da dor aguda em pessoas idosas com dificuldades na comunicação verbal²³.

Esta escolha permitiu uma análise mais precisa do desconforto do cliente em contextos de mobilização passiva. Os dados sugerem uma redução da dor, cerca de 3 pontos na Escala Algoplus, entre a avaliação inicial e a avaliação final, indiciando uma evolução clínica favorável ao longo do período de intervenção (Figura 2).

Figura 2 - Evolução da dor ao longo do período de reabilitação.



No que se refere aos domínios do "Conhecimento" e da "Capacidade" do cuidador familiar, constatou-se que, na data da avaliação final, o cuidador

familiar apresentava os conhecimentos e competências definidos como objetivos para o seu desempenho (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação das dimensões 'conhecimento' e 'capacidade' do cuidador familiar".

Diagnóstico de enfermagem	Inicial (21/05/2025)	Intermédia (03/06/2025)	Final (13/06/2025)
Potencial do cuidador familiar para melhorar a capacidade de realizar exercícios músculo-articulares	Não demonstra	Não demonstra	Demonstra
Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador familiar sobre a prevenção da rigidez articular	Não demonstra	Demonstra	Demonstra
Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador familiar sobre a prevenção da pata equina	Não demonstra	Demonstra	Demonstra
Potencial para melhorar a capacidade do cuidador familiar de prevenir o pé equino	Não demonstra	Não demonstra	Demonstra

Durante todo o programa de reeducação funcional motora, o cuidador familiar demonstrou um envolvimento ativo no processo, revelando curiosidade, interesse e motivação face aos conteúdos abordados nos momentos de ensino. Verificou-se uma boa adesão ao plano de treino proposto, bem como o

cumprimento rigoroso das orientações transmitidas.

O cuidador familiar mostrou-se disponível para aprender, participou nas demonstrações práticas, esclareceu dúvidas de forma proativa e demonstrou segurança na execução dos exercícios e técnicas ensinadas. Apesar de não ter sido realizado um questionário para

avaliação do seu conhecimento, a sua evolução foi notória, sendo capaz de descrever e justificar as intervenções realizadas, o que evidencia a aquisição de conhecimento e a sua aplicação prática.

Além disso, referiu sentir-se mais confiante e capacitada para realizar os cuidados de higiene, posicionamento e vestuário do cliente, salientando a melhoria da sua rotina de cuidados, facilitada pela diminuição da espasticidade, da rigidez articular e da dor. Estes progressos traduzem não só um impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados, como também promovem maior autonomia e bem-estar para ambos, cuidador familiar e pessoa cuidada.

DISCUSSÃO

A interpretação dos resultados deve ainda considerar os aspectos clínicos e funcionais inerentes à demência em estágio avançado, nomeadamente a perda progressiva do controle motor voluntário, a presença de rigidez e espasticidade associadas a lesões do neurónio motor superior, a diminuição da perceção e expressão da dor, bem como a incapacidade de compreender e executar comandos

motores^{4,24-26}. Estas características condicionam de forma significativa a intervenção, exigindo uma abordagem centrada predominantemente em estratégias passivas e assistidas, orientadas para a prevenção de deformidades, manutenção da amplitude articular, controle do tônus muscular e promoção do conforto. a intervenção de reabilitação não se limita à recuperação funcional, mas integra objetivos realistas e clinicamente relevantes para a demência avançada, tais como a prevenção de complicações do desuso, a redução do sofrimento associado à mobilização e a preservação da dignidade e do bem-estar da pessoa cuidada²⁴⁻²⁶.

Os dados obtidos sugerem que as intervenções realizadas tiveram um impacto positivo na redução da rigidez articular, da espasticidade e da dor durante a mobilização dos segmentos articulares, contribuindo também para a prevenção do aparecimento do pé equino. Os achados indicam uma possível relação entre dor, espasticidade e rigidez articular, uma vez que se verificou, no hemicorpo esquerdo, uma menor amplitude articular, acompanhada de níveis mais elevados de espasticidade e dor.

Importa destacar que a avaliação da amplitude articular pode ter sido influenciada por múltiplos fatores, entre os quais se evidenciam a espasticidade e a dor do alvo de cuidados. A presença de espasticidade, caracterizada por uma resistência aumentada ao movimento passivo devido à hipertonia muscular, pode limitar a mobilidade articular e dificultar a obtenção de medidas fiáveis da amplitude articular^{10,11,27-29}.

Paralelamente, a dor associada à mobilização, pode levar a pessoa a restringir voluntariamente os movimentos, comprometendo a precisão da avaliação da amplitude articular e da espasticidade. Assim, é fundamental que estes fatores sejam considerados no momento da análise, de modo a garantir uma interpretação adequada dos dados obtidos e a orientar corretamente o plano terapêutico.

Os resultados vão de encontro dos achados de Hobbelen et al²⁵ que concluíram que a terapia por mobilização passiva não apresenta efeito benéfico na gravidade da paratonia, disfunção motora presente na maioria das pessoas nos estágios avançados da demência³⁰, tampouco na dor experienciada durante os cuidados, após duas ou quatro semanas de intervenção. Esta divergência pode ser explicada por

diferenças no perfil clínico do paciente alvo dos cuidados, visto que, neste estudo, ele não apresentava paratonia severa.

Nos últimos anos, os estudos reforçam esses achados, embora predominantemente focados na prevenção das complicações do desuso em pacientes críticos, tem vindo a reconhecer os benefícios desse perfil de mobilização em indivíduos com alterações neuromusculares crônicas^{14,31-35}. No caso de pacientes pós-acidente vascular cerebral, a literatura evidencia melhorias significativas na amplitude articular após a implementação de programas baseados em mobilizações passivas, frequentemente integrados em planos estruturados de reabilitação^{36,37}.

Alguns autores referem que programas de alongamento passivo são eficazes na prevenção de perda de sarcómeros, da atrofia muscular e na preservação da amplitude articular³⁸. De forma similar, numa revisão sistemática, foi evidenciado que a mobilização passiva contribui para a melhoria da mobilidade, a redução da dor e o aumento da função muscular¹⁴.

Os autores observaram aumento significativo da amplitude articular em pacientes com dor e limitação de mobilidade, submetidos a diferentes

métodos de mobilização passiva (tradicional, Maitland e Kaltenborn grau III, movimento passivo contínuo e controlado), inseridos em planos de cuidados voltados à melhora da mobilidade, redução da dor e da função muscular, embora as evidências ainda apresentem vieses e indiquem a necessidade de mais estudos na área¹⁴.

Estudos mais recentes sobre mobilização passiva têm-se centrado predominantemente na utilização de tecnologias robóticas, deixando em menor evidência a abordagem manual tradicional. Apesar desta diferença metodológica, os resultados obtidos com a mobilização passiva robotizada demonstram benefícios significativos na manutenção da amplitude articular, na redução do tônus muscular e na melhoria da resposta neuromuscular, sobretudo em pessoas com comprometimentos motores graves³⁹⁻⁴¹.

Embora não seja possível estabelecer uma comparação direta entre a mobilização manual e a robotizada, devido às diferenças nos parâmetros de aplicação, frequência e controle de intensidade, é possível, ainda assim, identificar pontos de convergência nos efeitos terapêuticos observados, o que reforça a relevância clínica da mobilização passiva enquanto

intervenção essencial na reabilitação de pessoas com limitações neuromusculares.

Relativamente à espasticidade, embora a evidência científica apresente alguma inconsistência, o alongamento passivo continua a ser uma ferramenta terapêutica relevante, devendo ser aplicado com precaução para evitar potenciais complicações⁴². Programas estruturados de alongamento e mobilização passiva são amplamente utilizados com a finalidade de manter ou aumentar a mobilidade articular e prevenir contraturas, influenciando a extensibilidade dos tecidos que atravessam as articulações, o que pode contribuir para o controle do tônus muscular e preservação da amplitude funcional em indivíduos com espasticidade⁴³.

Sobre a dor, diversos estudos associam a sua redução à aplicação sistemática de exercícios passivos^{44,45}. Nicholson⁴³ demonstrou a eficácia da mobilização articular passiva na redução da dor em indivíduos com capsulite adesiva do ombro. Estudo indica que a mobilização passiva, realizada por meio de dispositivo mecânico, também foi eficaz, promovendo redução significativa da dor, aumento da amplitude de

movimento do tornozelo e melhora da marcha e do equilíbrio corporal⁴⁴.

A complexidade do quadro neurológico e cognitivo constitui simultaneamente uma limitação metodológica e um elemento distintivo do presente estudo. Houve a dificuldade em estabelecer, de forma imediata, os focos principais da intervenção, tendo em conta às múltiplas necessidades apresentadas. A nível da implementação do plano de cuidados, o tempo de intervenção não permite uma análise a longo prazo dos benefícios da intervenção realizada. Por se tratar de um relato de caso, que é um estudo descritivo, não foi possível fazer inferências concretas sobre a influência das intervenções implementadas.

A literatura na área da Enfermagem de Reabilitação tem-se concentrado predominantemente em populações com maior capacidade de participação ativa nos processos terapêuticos ou em contextos institucionais e hospitalares⁴⁵⁻⁴⁸, sendo limitada a produção científica que aborde intervenções dirigidas a pessoas com demência avançada, acamadas e cuidadas em contexto domiciliário.

A demência representa um desafio particular para o tratamento e os cuidados, devido ao declínio cognitivo e

funcional progressivo que caracteriza esta condição⁴⁹. Em especial, a perda da linguagem e da capacidade de comunicação aumenta o risco de necessidades não atendidas⁴⁹. A continuidade e efetividade das intervenções de reabilitação no domicílio dependem, de forma significativa, do envolvimento e capacitação do cuidador familiar, introduzindo variáveis contextuais e humanas que aumentam a complexidade do cuidado⁵⁰.

Adicionalmente, a articulação entre a intervenção especializada de Enfermagem de Reabilitação e a capacitação do cuidador familiar, num cenário de demência avançada, reforça o carácter inovador do estudo, ao evidenciar que, mesmo em fases avançadas da doença, é possível alcançar ganhos ao nível da mobilidade articular, do controle da dor e da prevenção de deformidades, contribuindo para cuidados mais seguros, humanizados e alinhados com os princípios da dignidade e do conforto da pessoa cuidada.

Por outro lado, a menor adesão ao plano de exercícios da última semana da intervenção, em virtude do afastamento do prestador de cuidados por motivo de saúde, pode ter

influenciado os resultados obtidos na avaliação final.

CONCLUSÃO

Os resultados sugerem uma eficácia do plano de cuidados, em ambiente domiciliário, verificando-se um aumento gradual na amplitude articular e uma redução da espasticidade e da dor associada. Esta evolução refletiu-se positivamente na capacidade do cuidador familiar em prestar cuidados mais seguros e eficazes.

Os resultados alcançados confirmam o cumprimento dos objetivos delineados e reforçam a importância da intervenção especializada da Enfermagem de Reabilitação no acompanhamento de pessoas com alterações neuromusculares, promovendo não só a funcionalidade, mas também a dignidade e o conforto da pessoa cuidada no seu contexto de vida real.

Como perspetivas futuras, recomenda-se a realização de estudos longitudinais com amostras mais alargadas, que permitam avaliar a sustentabilidade dos ganhos funcionais ao longo do tempo, bem como investigações que explorem a relação entre os diferentes tipos de intervenções

de reabilitação e o impacto na capacitação, sobrecarga e desempenho do cuidador familiar, incluindo a análise de indicadores de qualidade de vida e de custo-efetividade das intervenções em contexto domiciliário.

REFERÊNCIAS

1. Alzheimer Europe. Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe. Luxemburgo: European Union; 2019.
2. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia. Paris: OECD Publishing; 2018.
3. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
5. Fox S, FitzGerald C, Denning KH, Irving K, Kernohan WG, Treloar A, et al. Better palliative care for people with a dementia: summary of interdisciplinary workshop highlighting current gaps and recommendations for

- future research. *BMC Palliat Care*. 2018; 17(9):1-11.
6. Jaul E, Factor H, Karni S, Schiffmiller T, Meiron O. Spasticity and dementia increase the risk of pressure ulcers. *Int Wound J*. 2019; 16(3):847-851.
7. Brucki SMD, Aprahamian I, Borelli WV, Silveira VC, Ferretti CEL, Smid J, et al. Manejo das demências em fase avançada: recomendações do departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da academia brasileira de neurologia. *Dement Neuropsychol*. 2022; 16(3):101-120.
8. Rabins PV, Lyketsos CG, Steele C. *Practical Dementia Care*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2016.
9. Jaul E, Factor H, Karni S, Schiffmiller T, Meiron O. Spasticity and dementia increase the risk of pressure ulcers. *Int Wound J*. 2019;16(3):847-851.
10. Biering-Sørensen F, Nielsen JB, Klinge K. Spasticity-assessment: a review. *Spinal Cord*. 2006; 44(12):708-722.
11. Teive HAG, Zonta M, Kumagai Y. Tratamento da espasticidade: uma atualização. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998; 56(4):852-858.
12. DeLisa, JA; Gans, BM; Bockenek, WL; Currie, DM; Geiringer, SR, et al. *Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática*. 3rd ed. São Paulo: Manole; 2002.
13. Herbert S, Barros Filho TEP, Xavier R, Pardini Junior AG. *Ortopedia e Traumatologia: princípios e prática*. São Paulo: ARTMED; 2016.
14. Pauletto PA, Chico FTF, Vieira LCG, Bertencello D, Buzanello MR, Carvalho AR, et al. Effectiveness of passive mobilization on the deleterious effects of immobilization in patients with musculoskeletal problems: a systematic review. *J Man Manip Ther*. 2025; 33(3):173-182.
15. Organização Mundial de Saúde. *Rehabilitation 2030: meeting report*, Geneva, Switzerland, 10 - 11 July 2023. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2023.
16. Burgdorf JG, Freedman VA, Wolff JL. A look at caregivers for community-living persons with dementia: Implications for the GUIDE model. *Alzheimer's Dement*. 2025; 21(3):e70013.
17. Andrade SR, Ruoff AB, Piccoli T, Schmitt MD, Ferreira A, Xavier ACA. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(4): e5360016.

18. Duarte JC, Gonçalves AM, Sequeira C. Metodologia da Investigação Quantitativa. In: Néné M, Sequeira C, editores. Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática. 1st ed. Lisboa: Lidel; 2022.
19. Silva LAGP, Mercês NNA. Multiple case study applied in nursing research: a case report. Rev Bras Enferm. 2018; 71(3):1263-1267.
20. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol. 2017; 89:218-235.
21. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. Glob Adv Health Med. 2013; 2(5):38-43.
22. Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified ashworth scale of muscle spasticity. Phys Ther. 1987; 67(2):206-207.
23. Pickering G, Monacelli F, Pérez-Castejón Garrote JM, Guarda H, Batalha L, Gibson S, et al. Reliability study in five languages of the translation of the pain observational scale algoplus. Pain Med. 2018; 19(2):252-261.
24. Maia DVF, Gaspar RMA, Costa AMG, Dias FMG, Pestana HCFC, Sousa L. Exercício físico na pessoa com demência: Revisão Sistemática de Literatura. Rev Port Enf Reab. 2019; 2(1):27-34.
25. Hobbelen JH, Tan FE, Verhey FR, Koopmans RT, de Bie RA. Passive movement therapy in severe paratonia: a multicenter randomized clinical trial. Int Psychogeriatr. 2012; 24(5):834-844.
26. Hall AJ, Manning F, Goodwin V. Key Considerations When Providing Physical Rehabilitation for People with Advanced Dementia. Int. J. Environ. Res Public Health. 2023; 20(5):4197.
27. Martino G, Ivanenko Y, Serrao M, Ranavolo A, Draicchio F, Casali C, et al. Locomotor coordination in patients with hereditary spastic paraplegia. J Electromyogr Kinesiol. 2019; 45:61-69.
28. Oliveira LDS, Golin MO. Técnica para redução do tônus e alongamento muscular passivo: efeitos na amplitude de movimento de crianças com paralisia cerebral espástica. ABCS Health Sciences. 2017; 42(1):27-33.
29. Vargas IMP, Rodrigues LP. Correlação entre espasticidade do membro

- superior e movimentação da mão no pós-AVC. *Fisioter Pesqui.* 2022; 29(1):29-36.
30. Souren LE, Franssen EH, Reisberg B. Neuromotor changes in Alzheimer's disease: implications for patient care. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 1997; 10(3):93-8.
31. Arantes APF, Pires FM, Silva RCD da. A importância da mobilização precoce em pacientes críticos: revisão de literatura. *REASE.* 2023; 9(1):372-379.
32. Kim H, Lee E, Ko M. Joint mobilization strategies for chronic ankle instability: comparing active and passive approaches in a randomized controlled trial. *Explor Med.* 2025; 6:1-10
33. Abdullahi A, Wong TWL, Ng SSM. Effects of passive movement on motor function and disability in patients with stroke: a systematic review and meta-analysis. *J Funct Morphol Kinesiol.* 2025; 10(2):117.
34. Jeanbart K, Tanner-Bräm C. Mobilization of the neurodynamic system using proprioceptive neuromuscular facilitation decreases pain and increases mobility in lower extremities and spine: a case report. *J Bodyw Mov Ther.* 2021; 27:682-691.
35. Pfluegler G, Kasper J, Luedtke K. The immediate effects of passive joint mobilisation on local muscle function: a systematic review of the literature. *Musculoskelet Sci Pract.* 2020; 45:102106.
36. Ada L, Goddard E, McCully J, Stavrinou T, Bampton J. Thirty minutes of positioning reduces the development of shoulder external rotation contracture after stroke: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005; 86(2):230-4.
37. Katalinic OM, Harvey LA, Herbert RD. Effectiveness of stretch for the treatment and prevention of contractures in people with neurological conditions: a systematic review. *Phys Ther.* 2011; 91(1):11-24.
38. Born CT, Gil JA, Goodman AD. Joint contractures resulting from prolonged immobilization: etiology, prevention, and management. *J Am Acad Orthop Surg.* 2017; 25(2):110-116.
39. Pilla A, Trigili E, McKinney Z, Fanciullacci C, Malasoma C, Posteraro F, et al. Robotic rehabilitation and multimodal instrumented assessment of post-stroke elbow motor functions: a

- randomized controlled trial protocol. *Front Neurol*. 2020; 11:587293.
40. Bissolotti L, Villafañe JH, Gaffurini P, Orizio C, Valdes K, Negrini S. Changes in skeletal muscle perfusion and spasticity in patients with poststroke hemiparesis treated by robotic assistance (Gloreha) of the hand. *J Phys Ther Sci*. 2016; 28(3):769-773.
41. Gobbo M, Gaffurini P, Vacchi L, Lazzarini S, Villafane J, Orizio C, et al. Hand passive mobilization performed with robotic assistance: acute effects on upper limb perfusion and spasticity in stroke survivors. *Biomed Res Int*. 2017; 2017:2796815.
42. Mehraban Jahromi M, Vlček P, Grünerová Lippertová M. Stretching exercises in managing spasticity: effectiveness, risks, and adjunct therapies. *Eur J Transl Myol*. 2024; 12455:157-164.
43. Harvey LA, Katalinic OM, Herbert RD, Moseley AM, Lannin NA, Schurr K. Stretch for the treatment and prevention of contractures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 1(1):CD007455
44. Nicholson GG. The Effects of Passive Joint Mobilization on Pain and Hypomobility Associated with Adhesive Capsulitis of the Shoulder. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1985; 6(4):238-246.
45. Fernandes CA, Gomes JA, Magalhães BM, Lima AMN. Produção de conhecimento em enfermagem de reabilitação portuguesa - scoping review. *J Health NPEPS*. 2019; 4(1):282-301.
46. Lima AMN, Ferreira MSM, Martins MMFPS, Fernandes CS, Moreira MTF, Rodrigues TMP. Independência funcional e o estado confusional de pessoas sujeitas a programa de reabilitação. *J Health NPEPS*. 2020; 5(2):145-160.
47. Lima AMN, Martins MMFS, Ferreira MSM, Fernandes CS, Schoeller SD, Rodrigues TMP, et al. Autoavaliação da promoção da autonomia dos idosos: um estudo Delphi. *J Health NPEPS*. 2021; 6(1):155-174.
48. Cavenaghi S, Lima JC, Foss MHDA, Godoy JMP. Efeitos de um dispositivo mecânico de exercícios passivos na dor e funcionalidade durante a reabilitação motora. *Fisioter Pesqui*. 2024; 31:e23016324pt.
49. Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, Closs SJ, Long AF, Corbett A, et al. Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain

assessment tools. BMC Geriatr. 2014;
14:138.

Dialogues Clin Neurosci. 2009;
11(2):217-228.

50. Brodaty H, Donkin M. Family
caregivers of people with dementia.

Financiamento: Os autores declaram que não houve financiamento.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Participação dos autores:

- **Concepção:** Branco TAF, Basílio V, Severino SSP, Guerra N, Sousa LMM.
- **Desenvolvimento:** Branco TAF, Basílio V, Severino SSP, Guerra N, Sousa LMM.
- **Redação e revisão:** Branco TAF, Basílio V, Severino SSP, Guerra N, Sousa LMM.

Como citar este artigo: Branco TAF, Basílio V, Severino SSP, Guerra N, Sousa LMM. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com demência avançada no domicílio: estudo de caso. J Health NPEPS. 2025; 10(2):e14078.

Submissão: 18/08/2025

Aceito: 20/12/2025