



REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

VOL. 9, Nº 1

Artigo original reportando investigação clínica ou básica

DOI - 10.33194/rper.2026.46471 | Identificador eletrónico – e46471

Data de submissão: 08-05-2026; Data de aceitação: 16-07-2026; Data de publicação: 20-07-2026

REGRESSAR A CASA APÓS FRATURA: UM ESTUDO QUALITATIVO COM TRIANGULAÇÃO DE FONTES

*RETURNING HOME AFTER A FRACTURE:
A QUALITATIVE STUDY WITH TRIANGULATION OF SOURCES*

*REGRESO A CASA TRAS UNA FRACTURA:
UN ESTUDIO CUALITATIVO CON TRIANGULACIÓN DE FUENTES*

Paula Rocha¹ ; Maria Adriana Henriques² ; Andreia Costa² 
Susana Batista¹ ; Carlos Albuquerque¹ ; Cristina Baixinho² 

¹ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal

² Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Autor Correspondente: Paula Rocha, paularocha@essv.ipv.pt

Como Citar: Rocha P, Henriques MA, Costa A, Batista S, Albuquerque C, Baixinho C. Regressar a casa após fratura: um estudo qualitativo com triangulação de fontes. Rev Port Enf Reab [Internet]. 20 de julho de 2026 [citado 22 de agosto de 2026];9(1):e46471. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2026.46471>

FICHA TÉCNICA

eISSN: 2184-3023 pISSN: 2184-965X

www.rper.pt

PROPRIEDADE INTELECTUAL

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

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: Na pessoa idosa, as fraturas, frequentemente associadas a quedas, constituem um problema sério, pelo declínio funcional que condicionam e consequente dificuldade no retorno ao status funcional prévio. Esta ocorrência impacta significativamente a vida da pessoa idosa, família e igualmente os serviços de saúde. O objetivo deste estudo foi caracterizar a percepção da pessoa idosa, familiares cuidadores e enfermeiros sobre o processo de transição para casa após fratura da extremidade proximal do fémur.

Metodologia: Estudo qualitativo, enquadrado no paradigma interpretativo. Os participantes foram pessoas idosas com fratura da extremidade proximal do fémur submetidas a cirurgia, seus cuidadores e enfermeiros a exercer funções no hospital e nos cuidados de saúde primários, numa Unidade Local de Saúde da região centro de Portugal. Os dados foram colhidos através de entrevistas semi-estruturadas e Focus Group, que foram gravados e transcritos. Foi efetuada análise dos achados e triangulação das fontes, com apoio do software Meetpulp®.

Resultados: Os participantes foram 15 pessoas idosas, 15 cuidadores e 10 enfermeiros. A triangulação dos dados permitiu identificar categorias: preparação atempada da alta, capacitação para o regresso a casa (informação, instrução, supervisão e suporte), continuidade da informação, continuidade do programa de reabilitação, comunicação. Os participantes percebiam o problema com influência nas dimensões pessoal (pessoas idosas, famílias e enfermeiros), na organizacional e política (enfermeiros).

Conclusão: Sobressaiem deste estudo dificuldades, necessidades e oportunidades para a transição da pessoa com fratura no regresso a casa, com orientações para a prestação direta de cuidados a estas pessoas, integração dos cuidados e suporte nos primeiros dias após regresso a casa. A análise desses aspetos, pode-se constituir como uma base para a reorganização dos serviços de saúde, na procura da melhor resposta para estas necessidades, garantindo uma transição segura e prevenindo perda de capacidade funcional nestas pessoas.

Descritores: Pessoa idosa, fratura fémur, transição

ABSTRACT

Introduction: In older adults, fractures, often associated with falls, constitute a serious problem due to the functional decline they cause and the consequent difficulty in returning to the previous functional state. This event significantly impacts the life of the older adult, their family, and also health services. The objective of this study was to characterize the perception of older adults, their families, and nurses regarding the transition process to home after a hip fracture.

Methodology: This is a qualitative study, framed within the interpretative paradigm. Participants were older adults with hip fractures who underwent

surgery, their caregivers, and nurses working in the hospital and primary care of a local health unit in central Portugal. Data were collected through semi-structured interviews and focus groups, which were recorded and transcribed. Data analysis and source triangulation were performed using Meetpulp® software.

Results: The participants were 15 older adults, 15 caregivers, and 10 nurses. Data triangulation allowed for the identification of categories: timely discharge preparation, capacity building for returning home (information, instruction, supervision, and support), continuity of information, continuity of the rehabilitation program, and communication. Participants perceived the problem as influenced by personal dimensions (older adults, families, and nurses), and organizational and political dimensions (nurses).

Conclusion: This study highlights the difficulties, needs, and opportunities for the transition of individuals with fractures on returning home, providing information on the direct care of these individuals, the integration of care, and support in the first days after returning home. The analysis of these aspects can serve as a basis for the reorganization of health services, seeking the best response to these needs, ensuring a safe transition and preventing the loss of functional capacity in these individuals.

Descriptors: older adult, hip fracture, transition

RESUMEN

Introducción: En las personas mayores, las fracturas, frecuentemente asociadas a caídas, constituyen un problema grave debido al deterioro funcional que provocan y a la consiguiente dificultad para recuperar el estado funcional previo. Este hecho repercute significativamente en la vida de la persona mayor, su familia y los servicios de salud. El objetivo de este estudio fue caracterizar la percepción de la persona mayor, sus cuidadores familiares y el personal de enfermería respecto al proceso de transición al domicilio tras una fractura proximal de fémur.

Metodología: Este fue un estudio cualitativo, enmarcado dentro del paradigma interpretativo. Los participantes fueron personas mayores con fracturas proximales de fémur que fueron intervenidas quirúrgicamente, sus cuidadores y personal de enfermería que trabajaba en el hospital y en la atención primaria de salud de un centro de salud local en el centro de Portugal. Los datos se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales, que fueron grabados y transcritos. El análisis de los resultados y la triangulación de fuentes se realizaron con el software Meetpulp®.

Resultados: Los participantes fueron 15 personas mayores, 15 cuidadores y 10 enfermeros. La triangulación de datos permitió identificar las siguientes categorías: preparación oportuna para el

alta, desarrollo de capacidades para el regreso al hogar (información, instrucción, supervisión y apoyo), continuidad de la información, continuidad del programa de rehabilitación y comunicación. Los participantes percibieron que el problema estaba influenciado por dimensiones personales (personas mayores, familias y enfermeros) y dimensiones organizativas y políticas (enfermeros).

Conclusión: Este estudio pone de relieve las dificultades, necesidades y oportunidades de la transición de las personas con fracturas al regresar a casa, ofreciendo información valiosa sobre la atención directa, la integración de los cuidados y el apoyo durante los primeros días posteriores al alta. El análisis de estos aspectos puede servir de base para la reorganización de los servicios de salud, buscando la mejor respuesta a estas necesidades, garantizando una transición segura y previniendo la pérdida de capacidad funcional.

Descriptores: Persona mayor, fractura de fémur, transición

INTRODUÇÃO

Na pessoa idosa, a fratura da extremidade proximal do fémur, frequentemente associada a uma queda, constitui um problema de elevada relevância clínica, sendo uma das principais causas de morbidade⁽¹⁾. Para além disso, representa um ónus significativo para os sistemas de saúde e um impacto substancial para a pessoa idosa e a sua família, em consequência do declínio funcional e da diminuição da qualidade de vida que frequentemente lhe está associado⁽²⁾.

Neste grupo populacional, a ocorrência de uma fratura desta natureza induz ao declínio do seu estado de saúde, com redução significativa da função e da mobilidade, bem como a dificuldade no regresso ao estado funcional e social prévio⁽³⁾, o que condiciona a independência e pode levar à incapacidade⁽⁴⁾.

Considerando que, após a alta hospitalar, os esforços para apoiar a reabilitação e a recuperação da cirurgia frequentemente recaem sobre familiares, que assumem o papel de cuidadores não remunerados⁽⁵⁾, a dificuldade na recuperação da capacidade funcional para níveis anteriores à fratura constitui uma preocupação central. As alterações na marcha, associadas ao risco e ao medo de queda, comprometem a capacidade de autocuidado⁽⁶⁾ e aumentam o risco de complicações e reinternamentos⁽⁷⁾.

No momento da alta hospitalar, estas pessoas encontram-se particularmente vulneráveis, frequentemente sem receber os cuidados e serviços de que necessitam. Acresce ainda a ausência de um planeamento de alta estruturado, que inclua ensino e orientações relacionadas com a prevenção de quedas, orientação relacionada sobre a osteoporose e prevenção da fragilidade. Como consequência, os cuidadores sentem-se inseguros ao assumir o seu papel, manifestando preocupação relacionada com a necessidade de orientações claras e expectativas bem definidas⁽⁸⁾.

No período pós-alta, a perda da capacidade de marcha e as restrições da mobilidade contribuem frequentemente para um agravamento do declínio funcional e para o aumento do risco de novas quedas⁽³⁾. Este conjunto de fatores traduz-se em consequências significativas para a pessoa idosa e para a sua família, implicando, com frequência, a intervenção de um cuidador para assegurar a realização das atividades de vida diária^(5,9).

Neste contexto, os cuidadores enfrentam diversos desafios na transição do hospital para casa⁽¹⁰⁾, sendo que a fragmentação dos cuidados conduz frequentemente a necessidades não satisfeitas da pessoa, podendo resultar em eventos adversos e em baixos níveis de satisfação com os cuidados prestados⁽¹¹⁾.

A ausência de continuidade de cuidados, capaz de responder de forma consistente às necessidades, aliada aos desafios estruturais e organizacionais enfrentados pela pessoa idosa e pelas suas famílias, pode dificultar significativamente o regresso a casa⁽⁸⁾. Assim, segundo os mesmos autores, a disponibilização de orientação adequada, a dedicação de tempo por parte dos profissionais e uma comunicação mais eficaz constituem aspetos fundamentais para promover uma transição mais segura e bem-sucedida do hospital para o domicílio após a fratura.

No processo de transição do hospital para casa é fundamental uma abordagem individualizada e holística, sustentada por uma abordagem multidisciplinar consistente e por um planeamento de alta adequado. Estes elementos podem contribuir para superar alguns dos desafios identificados, nomeadamente os decorrentes de sistemas de cuidados fragmentados⁽⁸⁾. Neste contexto, o contacto com profissionais de saúde no domicílio revela-se fundamental para os cuidadores, uma vez que lhes proporciona apoio na gestão das dificuldades associadas à nova responsabilidade assumida⁽⁸⁾.

Este estudo encontra-se ancorado na Teoria das Transições de Meleis⁽¹²⁾, que conceptualiza a transição como um processo de mudança desencadeado por acontecimentos significativos, exigindo adaptação a novas condições de vida e de saúde. Após uma fratura da extremidade proximal do fémur, a pessoa idosa vivencia simultaneamente uma transição saúde-doença, decorrente das alterações funcionais e do processo de recuperação, e uma transição situacional associada ao regresso a casa e à reorganização da vida quotidiana. A experiência de transição é influenciada por múltiplos fatores, incluindo a preparação para a alta, a continuidade dos cuidados, o suporte familiar e a intervenção dos profissionais de saúde.

Apesar da evidência disponível identificar diversos fatores que comprometem a transição do hospital para casa após fratura da extremidade proximal do fémur, a compreensão deste processo permanece fragmentada. A maioria dos estudos centra-se nas necessidades da pessoa idosa ou do familiar cuidador, existindo ainda escassa evidência que integre

simultaneamente, as perspetivas da pessoa idosa, dos familiares cuidadores e dos enfermeiros envolvidos neste processo de transição. Esta compreensão é essencial para identificar necessidades, dificuldades e oportunidades de melhoria, constituindo um suporte para o desenvolvimento de intervenções centradas na pessoa e promotoras de uma transição segura e da continuidade dos cuidados.

Este estudo teve por objetivo caracterizar a perceção da pessoa idosa, familiares cuidadores e enfermeiros sobre o processo de transição para casa após fratura da extremidade proximal do fémur (FEPF).

METODOLOGIA

DESENHO DO ESTUDO

Para responder à questão de investigação — “Qual a perceção de pessoas idosas, familiares cuidadores e Enfermeiros sobre o processo de transição para casa após FEPF?” — optou-se por um estudo enquadrado no paradigma interpretativo.

A escolha de uma abordagem qualitativa justifica-se pela sua adequação à análise de fenómenos complexos, permitindo uma exploração aprofundada das experiências, conhecimentos e perspetivas dos participantes, contribuindo para a compreensão de questões intrincadas da realidade⁽¹³⁾. Numa primeira fase, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a informantes-chave (pessoas com FEPF e familiares cuidadores), adequadas ao objetivo do estudo⁽¹⁴⁾.

Numa segunda fase foram realizados dois *Focus Group* (FG), cujo protocolo seguiu as etapas de planeamento, preparação, moderação, análise de dados e divulgação dos resultados⁽¹⁵⁾. Por fim, procedeu-se à triangulação dos dados, através da combinação das informações provenientes das entrevistas e dos grupos focais⁽¹⁶⁾.

A triangulação distingue-se da simples combinação de técnicas, na medida em que permite a integração e análise dos resultados obtidos por diferentes métodos, com o propósito de examinar um mesmo objeto de estudo^(16,17). Este processo contribui para uma compreensão mais abrangente da realidade, possibilitando revelar diferentes dimensões do fenómeno investigado⁽¹⁷⁾.

Para estruturar este artigo, seguimos as diretrizes propostas pelo Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)⁽¹⁸⁾.

CONTEXTO E PARTICIPANTES

Este estudo foi realizado numa Unidade Local de Saúde da região centro e interior de Portugal. Foram definidos critérios de elegibilidade para os participantes: pessoas idosas com FEPF, seus familiares cuidadores e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) do hospital e da comunidade.

A recolha dos dados foi realizada pelo investigador principal, docente numa Escola Superior de Saúde e EEER, com experiência clínica de vários anos em contexto de ortopedia, na prestação de cuidados a pessoas com fratura da extremidade proximal do fémur. O investigador possui experiência no âmbito da investigação qualitativa, tendo previamente desenvolvido estudos com recurso a entrevistas semiestruturadas e grupos focais. Este percurso profissional e científico facilitou a condução das entrevistas, a moderação dos grupos focais e a interpretação dos dados, favorecendo uma compreensão aprofundada do fenómeno em estudo.

Pessoas idosas

Foram selecionados 15 participantes que respeitavam os seguintes critérios de inclusão: ter idade superior a 65 anos, de ambos os sexos, ter sofrido uma FEPF, ter sido submetida a tratamento cirúrgico, ter capacidade para responder às questões da entrevista, ter tido alta para o domicílio e aceitar participar no estudo. Como critério de exclusão definimos as pessoas com FEPF com tratamento conservador, sem capacidade para responder às questões da entrevista ou com alta para instituições.

Familiares cuidadores

Foram selecionados 15 participantes que respeitavam os seguintes critérios de inclusão: ser familiar cuidador de doentes com FEPF, submetidos a tratamento cirúrgico, de ambos os sexos, ter acompanhado o doente no regresso a casa, não ter declínio cognitivo e aceitar participar no estudo. Esses familiares foram identificados ainda no hospital, no momento do regresso a casa. Como critério de exclusão definimos não ser familiar e não ter estado envolvido no processo de cuidar.

Enfermeiros

Foram selecionados 10 participantes que respeitavam os seguintes critérios de inclusão: serem EEER com 5 ou mais anos de atividade profissional desenvolvida em contexto hospitalar ou em contexto de cuidados de saúde primários, associados à prestação de cuidados a pessoas com FEPF, submetidas a tratamento cirúrgico, de ambos os sexos, e aceitar participar no estudo. Esses profissionais eram pertencentes a uma Unidade Local de Saúde da região centro de Portugal. Como critério de exclusão definimos não pertencer a este contexto específico, e, por conseguinte, não envolvidos diretamente no processo de cuidar do doente com fratura da extremidade proximal do fémur ou com experiência inferior a 5 anos na prestação de cuidados nesta área.

RECOLHA DE DADOS

Foi desenvolvido um guião de entrevista semiestruturada, com o objetivo de explorar as perceções dos participantes relativamente ao processo de transição, necessidades e dificuldades percebidas.

A recolha de dados foi realizada de junho de 2023 a novembro de 2024, pelo primeiro autor do estudo. As entrevistas às pessoas idosas e familiares cuidadores foram realizadas na consulta externa, aquando da realização da primeira consulta pós-alta hospitalar, gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas. O tempo médio das entrevistas foi de 30 minutos.

Foram também realizados dois focus group, que integraram 10 EEER no total, pertencentes ao contexto hospitalar e cuidados de saúde primários, moderados pelo investigador principal do estudo. Nos FG esteve presente um segundo investigador que assumiu o papel de co-moderador⁽¹⁵⁾. Os FG foram realizados on-line, using the Colibri® platform. O tempo médio dos FG foi de 90 minutos.

ANÁLISE DOS ACHADOS

As entrevistas realizadas tiveram por base a análise de conteúdo segundo Bardin⁽¹⁹⁾. No que concerne aos FG, foi feita a análise sistemática dos dados e respetivo trabalho indutivo⁽¹⁵⁾, sendo este processo apoiado pelo *software* Meetpulp®.

Para se conseguir uma análise sistemática e rigorosa os achados foram primeiro codificados, com a atribuição de categorias e subcategorias, de seguida foi efetuado o armazenamento/recuperação, com a compilação e comparação de todos os excertos do texto subordinados à mesma categoria e por último fez-se a interpretação, com a análise sistemática dos dados e respetivo trabalho indutivo⁽¹⁶⁾. O processo foi realizado por dois investigadores independentes.

Após a análise individual de cada conjunto de dados, procedeu-se à triangulação das diferentes fontes ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, integrando os resultados obtidos nas entrevistas semiestruturadas realizadas às pessoas idosas e aos familiares cuidadores, bem como nos FG realizados com os EEER. Inicialmente, os dados provenientes de cada fonte foram codificados de forma independente. Posteriormente, os códigos foram comparados de forma sistemática, procurando identificar convergências, divergências e complementaridades entre as diferentes perspetivas dos participantes. A partir deste processo, os códigos foram agregados em categorias e subcategorias comuns, permitindo construir uma compreensão integrada do fenómeno em estudo.

A análise das entrevistas foi efetuada, igualmente, por dois investigadores independentes, de acordo com a técnica de análise de conteúdo⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, seguindo três etapas: 1) Organização dos dados; 2) Categorização dos dados com listagem das ideias centrais e reagrupamento por similaridade e 3) Interpretação de dados. Usou-se o *software* Meetpulp® para a análise de dados qualitativos. Posteriormente foi feita a triangulação dos resultados dos dois estudos.

RIGOR DO ESTUDO

Foi assegurada a relativa neutralidade e a minimização do viés do investigador através da implementação de diversos procedimentos⁽¹⁴⁾, nomeadamente a adoção de um protocolo específico para cada estudo, com descrição rigorosa de todas as etapas, desde o planeamento até à colheita de dados, bem como a explicitação dos pressupostos pessoais e das potenciais limitações.

A transcrição integral das entrevistas (FG e entrevistas individuais), bem como a sua leitura repetida, possibilitou não apenas a imersão do investigador nos dados, mas também a apreensão global do seu conteúdo⁽¹⁶⁾. A comparação constante dos achados e do processo de codificação entre os membros da equipa contribuiu para assegurar a transparência do processo indutivo.

A utilização de um *software* de apoio à análise qualitativa de dados não só permitiu tornar mais exequível a gestão de grandes volumes de informação, como também contribuiu para reforçar a credibilidade dos resultados obtidos⁽¹⁶⁾. A interpretação dos dados foi validada por uma equipa com experiência na condução de estudos qualitativos.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foram cumpridos todos os princípios éticos aplicáveis, tendo sido solicitado, para o efeito, autorização ao Conselho de Administração da Instituição de Saúde da Região Centro de Portugal e à respetiva Comissão de Ética, que emitiram parecer favorável e concederam a devida autorização. Os participantes prestaram consentimento para a realização das entrevistas, após serem informados de que poderiam desistir da sua participação a qualquer momento. Desde o desenho do estudo à condução da investigação foram assegurados os princípios éticos e legais relativos à integridade, proteção de dados, anonimato e confidencialidade dos contributos dos participantes, cuja identidade foi omitida na transcrição com a atribuição de um código PI (Pessoa Idosa), Cuidador (C) e EEER (E) e um número (1,2,...).

Os dados estão armazenados numa cloud institucional, protegidos com *username* e *password*, disponíveis somente a dois membros da equipa.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

No total, foram incluídos 40 participantes pertencentes a uma Instituição de Saúde da Região Centro de Portugal: 15 pessoas idosas com FEPF; 15 familiares cuidadores e 10 EEER.

As pessoas idosas eram, na maioria do sexo feminino (93,3%), casadas (66,7%), com uma média de idades de 77,1 anos. Apresentaram, em média, um tempo de internamento na unidade hospitalar

de 17,4 dias. Em 46,7% dos casos, tratava-se de uma 1ª fratura e em 53,3% de uma fratura subsequente.

Os familiares cuidadores eram na maioria do sexo feminino (53,3%), casados (93,3%), residentes em zona rural (73,3%), com uma média de idades de 60,7 anos. Destes, 7 eram filhas, 4 filhos, 1 irmã e 3 eram maridos.

Os EEER eram na maioria do sexo feminino (70%), casados (100%), residentes em zona urbana (90%), com uma média de idades de 46,1 anos. Destes, 7 EEER desenvolvem atividade num serviço de internamento de Ortopedia e 3 em contexto de cuidados de saúde primários, com uma experiência média de 14,5 anos de prestação de cuidados a pessoas com FEPE.

CATEGORIAS

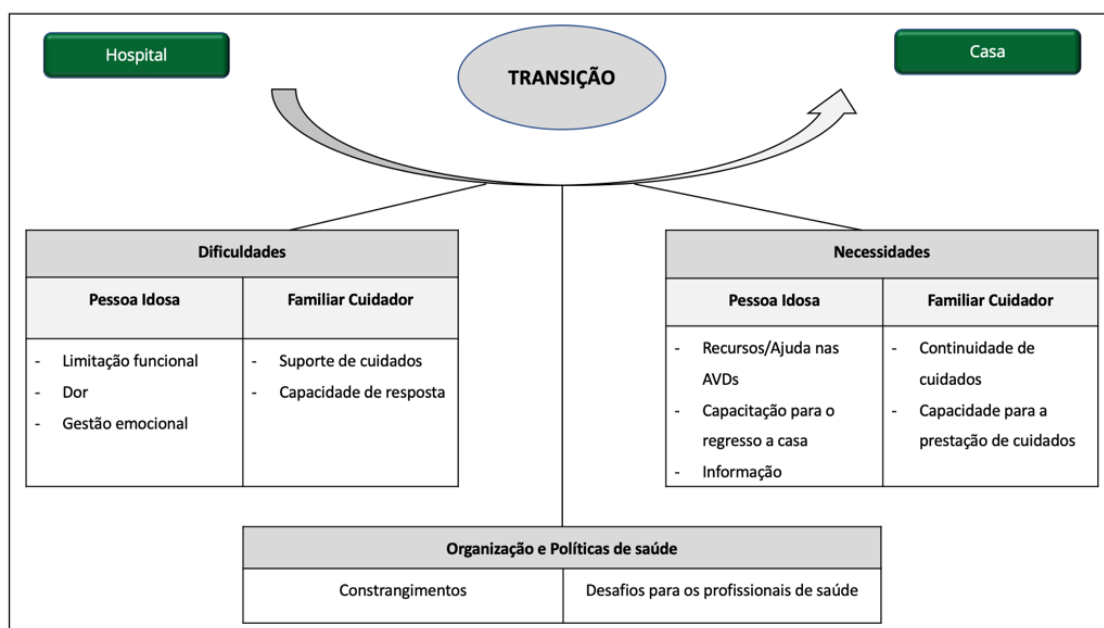
A análise dos dados evidenciou que a pessoa idosa e os familiares cuidadores enfrentam múltiplas

difficultades no regresso a casa, associadas a limitação funcional, a dor, a gestão emocional, ao suporte de cuidados e capacidade de resposta às exigências decorrentes da nova situação. Foram igualmente evidenciadas necessidades comuns a ambos, entre as quais se destacam o acesso a recursos e apoio nas atividades de vida diária (AVD), a capacitação para o regresso a casa, a disponibilização de informação, a continuidade dos cuidados e o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados.

No discurso dos profissionais de saúde emergem questões relacionadas com a organização dos serviços e com as políticas de saúde, identificadas como barreiras que dificultam a resposta adequada às necessidades destas pessoas.

As categorias estão representadas na Figura 1, que ilustra as necessidades e dificuldades percecionadas na transição para casa.

Figura 1 - Descrição das dificuldades e necessidades percecionadas na transição do hospital para casa após FEPE.



DIFICULDADES ENFRENTADAS

No regresso a casa, a pessoa idosa com FEPE enfrenta diversas dificuldades, centradas sobretudo na limitação funcional, nomeadamente na incerteza quanto à recuperação da autonomia, na preocupação com barreiras arquitetónicas e no medo de cair. Acrescem ainda dificuldades no controlo da dor e na gestão emocional.

“O que mais custou foi subir as escadas...” (PI1); “O que mais custou foi o banho no chuveiro e a dificuldade inicial a deitar.” (PI5)

“Tinha medo de cair! Acho que foi a parte pior,

foi ter medo...” (PI1); “Tenho medo de às vezes me desequilibrar...Tenho medo de cair outra vez.”(PI5); Eu tinha muito medo e o marido ainda pior! Muito medo, muito medo, muito medo! Estava com medo que me mexer e fraturar outra vez...” (PI9); “Quem vem para casa...acho que são poucos dias, não é? Porque a gente tem medo... O nosso problema é o medo de nos pormos em pé... É o medo com que a gente fica...” (PI11)

A preocupação do familiar cuidador está centrada no suporte de cuidados, nomeadamente na presença de barreiras arquitetónicas e na necessidade

de apoio na realização das AVD. Acresce ainda a percepção da sua própria (in)capacidade de resposta, expressando dificuldades em assegurar uma resposta adequada às exigências do cuidado.

“As modificações que fizemos foi ao nível da casa de banho...porque são casas antigas...têm banheira... a gente tirou a banheira e colocou uma base de chuveiro.” (C8)

“O que é que a gente faz? Nós não estamos preparados! Não sou médico, nem enfermeiro... nunca tratei assim de pessoas...”; “Como é que eu faço? O que é que eu tenho que fazer? Como é que eu tenho que ter a casa? Como é que a gente se tem que preparar?(C9); “Porque a gente não sabe... nunca viu nada, e acho que temos de ter uma maneira de saber como é que havemos de fazer...” (C12)

Os profissionais estão conscientes destas dificuldades quando referem que as pessoas têm alta ainda dependentes no autocuidado, que as famílias nem sempre estão preparadas e que o regresso a casa é dificultado pelas barreiras arquitetónicas e pelo afastamento ou falta de suporte familiar.

“Quando fazem uma fratura tornam-se dependentes e vemos que têm muita dificuldade... e que a família não consegue dar apoio...”(E2 do FG1)

“A maior dificuldade é mesmo não haver famílias com disponibilidade ou vontade para cuidar.”(E3 do FG1); “A maior dificuldade é ter apoio... e também algumas barreiras arquitetónicas.” (E4 do FG1); “A maior parte das vezes, a família não tem capacidade...” (E1 do FG2)

No regresso a casa, a pessoa idosa com FEFP enfrenta múltiplas dificuldades, sobretudo ao nível da limitação funcional, medo de cair, controlo da dor e gestão emocional, o que condiciona a sua autonomia nas atividades de vida diária. Paralelamente, os familiares cuidadores evidenciam preocupações relacionadas com a adaptação do domicílio à condição da pessoa, a prestação de cuidados e a sua própria falta de preparação para responder às exigências dos cuidados. Por sua vez, os profissionais de saúde reconhecem que muitas destas pessoas têm alta ainda muito dependentes, destacando a insuficiente preparação das famílias, a presença de barreiras arquitetónicas e a limitação do suporte familiar como fatores que dificultam a transição segura para casa.

NECESSIDADES PERCECIONADAS

Relativamente às necessidades, tanto as pessoas idosas como os familiares cuidadores referem a necessidade de apoio nas AVD, referindo-se ambos à necessidade da utilização de ajudas técnicas, de aprendizagem de estratégias de readaptação e a falta de suporte formal e informal.

No discurso dos familiares cuidadores sobressai a necessidade de reajuste da vida pessoal, tema que não apareceu no discurso das pessoas com FEFP.

As pessoas idosas reforçam a necessidade de serem capacitadas para o regresso a casa para se tornarem independentes e conseguirem gerir o risco de queda. As famílias também reforçam esta necessidade de capacitação da pessoa idosa, mas também de um maior suporte para que consigam auxiliar no regresso a casa.

“Puseram-me tapetes no duche para não escorregar, uma cadeira no quarto para estar sentada enquanto meu marido me ajudava a vestir a parte de baixo do corpo.” (PI4); “Fizeram-me obras na casa de banho, de transformação da banheira em chuveiro e utilização da casa de banho só no rés-do-chão também. Também já tenho uma cadeira sanitária...”(PI5)

“Deve-se ensinar a família para ajudar o doente em casa.” (PI8); “Podiam ter ajudado, se explicarem as coisas...”; “Faltou a preparação, minha e da família, para regressar a casa enfrentar as dificuldades.”(PI2); “Durante o internamento devem ser feitos ensinamentos à família.” (PI5)

Na ótica das pessoas idosas e familiares cuidadores, as necessidades percecionadas no regresso a casa após FEFP centram-se na necessidade de apoio nas atividades de vida diária, utilização de ajudas técnicas e aprendizagem de estratégias de readaptação, bem como no reforço do suporte formal e informal. As pessoas idosas destacam sobretudo a importância da capacitação para promover a independência e gerir o risco de queda, enquanto os cuidadores, além de valorizarem essa capacitação, evidenciam a necessidade de maior apoio e de reajuste da sua vida pessoal para assumir o papel de cuidador. De forma transversal, evidenciou-se a necessidade de reforçar a preparação durante o internamento, através do ensino e capacitação da pessoa e da família, de modo a promover uma transição mais segura e eficaz para casa.

A preocupação do familiar cuidador está centrada na necessidade de continuidade de cuidados e na sua (in)capacidade para a prestação de cuidados.

“Tive que meter atestado para cuidar da minha mãe.” (C3)

“Eu fiz muitas questões aos enfermeiros, em relação ao vir para casa...para eu me preparar para o que podia acontecer...”; “Se temos alguém que nos dá algumas orientações, só temos que agradecer, porque naquele momento ficamos sem chão!”(C11); “Esses ensinamentos foram muito, muito importantes para casa.” (C6)

No discurso dos profissionais emergem as questões relacionadas com a organização e as políticas de saúde que são barreiras ou que dificultam a satisfação das necessidades destas pessoas.

“Nós trabalhamos em redes separadas... acho que as equipas deveriam falar mais” (E1 do FG2)

“Devíamos criar... uma linha de apoio também para familiares...” (E3 do FG2).

A análise dos dados evidencia que o regresso a casa da pessoa idosa após FEPE constitui um momento crítico do percurso de cuidados. Esta transição é vivida como um processo de rutura, no qual emergem simultaneamente limitações físicas, insegurança emocional e desafios contextuais.

As dificuldades relatadas pelas pessoas idosas centram-se predominantemente na perda de autonomia funcional e no medo de cair, que se assume como um elemento estruturante da experiência, condicionando a mobilidade, a confiança e a retoma das atividades da vida diária.

Por sua vez, os cuidadores familiares revelam uma preocupação centrada na capacidade de resposta às exigências do cuidado, evidenciando sentimentos de falta de preparação e insegurança. A necessidade de adaptar o ambiente físico e reorganizar a vida pessoal surge como um desafio significativo, sendo particularmente evidente a sobrecarga associada à assunção do papel de cuidador. Este processo evidencia uma transição simultânea também para o cuidador, muitas vezes sem suporte ou preparação adequados.

Do ponto de vista dos profissionais, é reconhecida a existência de fragilidades no sistema de cuidados, nomeadamente altas precoces, insuficiente preparação das famílias e limitações ao nível do suporte formal e da articulação entre serviços. As barreiras arquitetónicas, a ausência ou insuficiência de rede de apoio e o envelhecimento dos próprios cuidadores agravam ainda mais estas dificuldades, evidenciando constrangimentos estruturais na resposta às necessidades desta população.

DISCUSSÃO

Este estudo revelou as perceções das pessoas idosas e dos familiares cuidadores relativamente às dificuldades vivenciadas no regresso a casa após FEPE. Verificou-se que a limitação funcional, o controlo da dor, a gestão emocional, o suporte de cuidados e a capacidade de resposta constituem algumas das principais dificuldades, evidenciando simultaneamente necessidades ao nível do acesso a recursos e apoio nas AVD, da capacitação para o regresso a casa, da disponibilização de informação, da continuidade dos cuidados e do desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados.

Paralelamente, emergiram questões relacionadas com a organização dos serviços e com as políticas de saúde, identificadas como barreiras que dificultam uma resposta adequada às necessidades destas pessoas.

Neste estudo, a limitação funcional e o medo de cair foram aspetos que geraram grande apreensão na

pessoa idosa com FEPE no regresso a casa. Considerando que estas pessoas frequentemente se sentem inseguras e pouco preparadas no regresso a casa⁽⁸⁾, bem como a associação entre quedas e fraturas⁽¹⁾ e o significativo impacto económico do seu tratamento nos serviços de saúde, torna-se essencial implementar estratégias preventivas eficazes⁽²⁰⁾. Neste contexto, a implementação de estratégias preventivas centradas na pessoa, que integrem um planeamento de alta estruturado, intervenções de enfermagem de reabilitação que contemplem o treino de marcha, equilíbrio e força muscular, a avaliação e adaptação do domicílio, a educação da pessoa idosa e do familiar cuidador, bem como a garantia da continuidade dos cuidados após a alta, poderá contribuir para reduzir o risco de novas quedas e promover uma recuperação funcional mais segura.

No contexto da FEPE na pessoa idosa, a identificação dos fatores de risco para a queda, particularmente da fragilidade física associada ao envelhecimento, constitui um elemento essencial para orientar os profissionais de saúde na implementação de intervenções preventivas personalizadas, reduzindo o risco de novas quedas e fraturas⁽²¹⁾. As evidências mais robustas demonstram que na pessoa idosa, a prevenção de quedas na comunidade, beneficia de uma avaliação multifatorial abrangente, seguida de uma intervenção supervisionada ao longo de um período de 1 a 2 anos, com uma componente de equilíbrio, terapia cognitivo-comportamental e assistência domiciliária combinada com exercícios e educação⁽²⁾.

Os participantes no estudo salientam a necessidade de receber informação adequada à sua condição e ao momento de transição, valorizando particularmente aquela que lhes é transmitida, bem como o envolvimento da família desde a fase inicial do internamento. Esta evidência está em consonância com a literatura, que identifica desafios como a comunicação ineficaz e a fragmentação dos cuidados, na transição do hospital para casa após cirurgia por FEPE⁽⁸⁾. Neste contexto, verifica-se frequentemente um planeamento de alta insuficiente e uma prestação de cuidados fragmentada, reforçando a necessidade de melhorar a organização e a continuidade dos cuidados neste processo, identificando áreas passíveis de otimização⁽⁸⁾.

O sentimento de dificuldade em assegurar uma resposta adequada, bem como a expectativa de um suporte formal ajustado, constituíram fontes significativas de apreensão para os familiares cuidadores da pessoa idosa com FEPE no regresso a casa. De igual forma, os cuidadores valorizam o tempo de contacto com os profissionais de saúde, bem como a oportunidade de desenvolver competências e adquirir conhecimentos que lhes permitam apoiar a recuperação após a fratura⁽²²⁾.

Enfatiza-se a importância do desenvolvimento de intervenções que minimizem as dificuldades sentidas, assegurando a reabilitação pós-operatória, bem como apoio e aconselhamento⁽²³⁾. O

planeamento colaborativo e a individualização dos cuidados surgem como estratégias promissoras para facilitar o processo de transição, ajudando a gerir sentimentos de confusão e insegurança durante a fase inicial de recuperação, após a cirurgia⁽⁸⁾.

A análise dos discursos revelou a necessidade de reforçar a capacitação da pessoa idosa e o suporte prestado aos familiares cuidadores, de modo a promover uma transição mais segura para casa. Estes achados corroboram a evidência disponível⁽⁸⁾, que descreve fragilidades na comunicação durante o processo de transição, caracterizadas por uma partilha de informação insuficiente entre os profissionais de saúde, a pessoa idosa e a família, comprometendo a preparação para a alta e gerando sentimentos de frustração, insegurança e reduzida confiança na gestão dos cuidados após o regresso a casa.

Neste contexto, os profissionais de saúde referem que concentrar a informação exclusivamente na díade pessoa idosa-familiar cuidador pode constituir uma sobrecarga, atendendo à vulnerabilidade frequentemente vivenciada durante o internamento após uma FEPE, comprometendo a compreensão e a assimilação das orientações necessárias para uma transição segura para o domicílio.

Outro achado relevante no discurso dos profissionais prende-se com o reconhecimento do seu papel na promoção de uma transição segura, nomeadamente através da preparação para a alta, da educação e capacitação da pessoa idosa e do familiar cuidador, da articulação entre os diferentes níveis de cuidados e da promoção da continuidade dos cuidados. Contudo, os participantes salientaram que a concretização destas intervenções é frequentemente condicionada por aspetos relacionados com a organização dos serviços e as políticas de saúde, identificados como barreiras à resposta adequada às necessidades destas pessoas. Estudos recentes⁽⁸⁾ referem experiências de cuidadores em sistemas fragmentados e disfuncionais, evidenciando sentimentos de frustração face à burocracia e stress no acesso aos serviços necessários para apoiar pessoas com fratura da extremidade proximal do fémur, reconhecendo que os sistemas existentes não respondem adequadamente às suas necessidades de saúde mais abrangentes.

Neste contexto, os profissionais de saúde identificam dificuldades das pessoas idosas na compreensão da informação transmitida, verificando também que estas se encontram sobrecarregadas perante as exigências do período pós-alta. Paralelamente, os cuidadores manifestam confusão face ao volume e complexidade da informação disponibilizada, reforçando a necessidade de uma comunicação mais clara, ajustada e acessível por parte dos profissionais de saúde⁽⁸⁾.

Importa destacar que a organização dos cuidados e a eficácia da comunicação assumem um papel determinante na mitigação do risco aumentado de quedas nas pessoas idosas com fratura da extremidade proximal do fémur^(24,25). Após a alta,

estas pessoas apresentam frequentemente défices de mobilidade, diminuição da força muscular, dor persistente e medo de cair, fatores que, em conjunto, potenciam significativamente a probabilidade de novas quedas^(24,25).

Neste sentido, uma inadequada preparação para o regresso a casa, associada a falhas na comunicação entre profissionais de saúde, pessoa idosa e cuidadores, pode comprometer a adoção de estratégias preventivas eficazes⁽²⁶⁾. A falta de orientações claras relativamente à mobilização segura, à adaptação do domicílio e à utilização de ajudas técnicas favorece a manutenção de fatores de risco para novas quedas, dificultando a realização das AVD e comprometendo uma transição segura para casa⁽²⁷⁾.

Por outro lado, uma organização de cuidados centrada na continuidade e na articulação entre serviços, aliada a uma comunicação estruturada e personalizada, permite capacitar a pessoa idosa e o cuidador para a gestão do risco, promovendo comportamentos seguros e a adaptação do ambiente. Desta forma, é possível reduzir a incidência de novas quedas e, conseqüentemente, prevenir a ocorrência de novas fraturas, favorecendo uma recuperação e transição bem sucedida.

O discurso dos participantes evidenciou preocupações e sentimentos de insegurança relativamente ao período pós-alta hospitalar, em consonância com a literatura⁽⁸⁾, que indica que os serviços fora do contexto hospitalar nem sempre asseguram uma resposta adequada e atempada às necessidades de reabilitação destas pessoas, ficando aquém das expectativas. Destaca-se ainda que os cuidadores procuram suporte e segurança junto dos profissionais de saúde, especialmente perante alterações nas suas responsabilidades de cuidado.

No que respeita às limitações do estudo, destaca-se a utilização de uma amostragem intencional, que poderá limitar a transferibilidade dos resultados para outros contextos. Contudo, esta opção metodológica permitiu selecionar participantes com experiência direta do fenómeno em estudo, contribuindo para a profundidade, riqueza e relevância dos dados obtidos.

A triangulação de metodologias permitiu uma compreensão mais aprofundada da realidade dos cuidados transicionais, reforçando o rigor, a profundidade, a amplitude e a transferibilidade dos resultados, os quais devem ser interpretados à luz do contexto específico e das particularidades culturais dos participantes. A análise dos dados contou com a participação de peritos com experiência na área em estudo, cuja contribuição foi determinante no processo de codificação e categorização. Importa ainda salientar o cuidado na descrição detalhada dos procedimentos de recolha e análise de dados, bem como do enquadramento teórico que sustentou a investigação. Globalmente, foi desenvolvido um esforço significativo para mitigar potenciais limitações e assegurar o rigor científico exigido a um estudo desta natureza.

CONCLUSÃO

A transição do hospital para casa após FEPP envolve dificuldades relacionadas com a limitação funcional, a dor, a gestão emocional enfrentada pela pessoa idosa, bem como o suporte de cuidados e a capacidade de resposta por parte dos familiares cuidadores. Paralelamente, evidenciam-se necessidades comuns, como o acesso a recursos e apoio nas AVD, a capacitação para o regresso a casa, a disponibilização de informação adequada e a garantia da continuidade dos cuidados.

O discurso dos profissionais de saúde evidenciou ainda constrangimentos relacionados com a organização dos serviços e com as políticas de saúde, identificados como barreiras à resposta adequada às necessidades da pessoa idosa e da família durante a transição para casa.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de um planeamento estruturado de preparação para a alta, assente numa abordagem centrada na pessoa e na família, que integrem a avaliação das necessidades, a educação e capacitação da pessoa idosa e do familiar cuidador e a articulação efetiva entre o hospital e os cuidados de saúde primários. Neste contexto, a intervenção do EEER assume um papel determinante na promoção da funcionalidade, na prevenção de quedas, na capacitação e na garantia da continuidade dos cuidados, contribuindo para uma transição mais segura. Do ponto de vista organizacional, os resultados sustentam a necessidade de fortalecer modelos integrados de cuidados e de desenvolver políticas que favoreçam a continuidade assistencial e a coordenação entre níveis de cuidados, garantindo respostas mais adequadas às necessidades da pessoa idosa e dos familiares cuidadores.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento a todos os doentes e familiares e enfermeiros que participaram neste estudo. Foram de uma generosidade enorme.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- McDonough CM, Harris-Hayes M, Kristensen MT, Overgaard JA, Herring TB, Kenny AM, Mangione KK. Physical Therapy Management of Older Adults With Hip Fracture. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2021 Feb;51(2):CPG1-CPG81. doi: 10.2519/jospt.2021.0301. PMID: 33522384.
- Pillay J, Gaudet LA, Saba S, Vandermeer B, Ashiq AR, Wingert A, et al. Falls prevention interventions for community-dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of benefits, harms, and patient values and preferences. *Syst Rev*. 2024;13(1):289. doi:10.1186/s13643-024-02681-3.
- Contro D, Elli S, Castaldi S, Formili M, Ardoino I, Caserta AV, et al. Continuity of care for patients with hip fracture after discharge from rehabilitation facility. *Acta Biomed*. 2019;90(3):385-93. doi:10.23750/abm.v90i3.8872.
- Cunha LFC, Baixinho CL, Henriques MA, Sousa LMM, Dixe MA. Evaluation of the effectiveness of an intervention in a health team to prevent falls in hospitalized elderly people. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03695. doi:10.1590/S1980-220X2019031403695.
- Ariza-Vega P, Ortiz-Pina M, Kristensen MT, Castellote-Caballero Y, Jimenez-Moleon JJ. High perceived caregiver burden for relatives of patients following hip fracture surgery. *Disabil Rehabil*. 2019;41(3):311-8. doi:10.1080/09638288.2017.1390612.
- Baixinho CRSL, Dixe MDACR, Henriques MAP. Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):740-746. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0109.
- Gilboa Y, Maeir T, Karni S, Eisenberg ME, Liebergall M, Schwartz I, et al. Effectiveness of a tele-rehabilitation intervention to improve performance and reduce morbidity for people post hip fracture: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):135. doi:10.1186/s12877-019-1141-z.
- Welsh A, Hanson S, Pfeiffer K, Khoury R, Clark A, Grant K, et al. Facilitating the transition from hospital to home after hip fracture surgery: a qualitative study from the HIP HELPER trial. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):948. doi:10.1186/s12877-024-05390-7.
- Oliveira RA, Abreu M, Reis L. Preparação do familiar cuidador da pessoa idosa com fratura proximal do fémur. *Rev Investig Inov Saúde*. 2023;6(1):61-72. doi:10.37914/riis.v6i1.269.
- Dal Bello-Haas V, Kaasalainen S, Maximos M, Virag O, Sengiad S, Te A, et al. Short-term, community-based, slow-stream rehabilitation program for older adults transitioning from hospital to home: a mixed methods program evaluation. *Clin Interv Aging*. 2023;18:1789-1811. doi:10.2147/CIA.S420154.
- Asif M, Cadel L, Kulski K, Everall AC, Guilcher S. Patient and caregiver experiences on care transitions for adults with a hip fracture: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2020;42(24):3549-58. doi:10.1080/09638288.2019.1595181.
- Meleis, A.I. (2018). *Theoretical nursing. Development & progress*. (6th Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Oliveira ESE, Baixinho CL, Presado MHC. Qualitative research in health: a reflexive approach. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):830-1. doi:10.1590/0034-7167.2019-720401.
- Colorafi KJ, Evans B. Qualitative descriptive methods in health science research. *HERD*. 2016;9(4):16-25. doi:10.1177/193758671561417.
- Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2014.
- Renz SM, Carrington JM, Badger TA. Two strategies for qualitative content analysis: an intramethod approach to triangulation. *Qual Health Res*. 2018;28(5):824-31. doi:10.1177/1049732317753586.
- Denzin NK, Lincoln YS, Giardina MD, Cannella GS, editors. *The SAGE handbook of qualitative research*. 6th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2023.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1a ed. Lisboa: Edições 70; 2020.
- Pech-Ciau BA, Lima-Martínez EA, Espinosa-Cruz GA, Pacheco-Aguilar CR, Huchim-Lara O, Alejos-Gómez RA. Fractura de cadera en el adulto mayor: epidemiología y costos de la atención. *Acta Ortop Mex*. 2021;35(4):341-7.

21. Lim SK, Choi K, Heo NH, Kim Y, Lim JY. Characteristics of fragility hip fracture-related falls in the older adults: a systematic review. *J Nutr Health Aging*. 2024;28(10):100357. doi:10.1016/j.jnha.2024.100357.
22. Smith TO, Khoury R, Hanson S, Welsh A, Grant K, Clark AB, et al. Hospital-based caregiver intervention for people following hip fracture surgery (HIP HELPER): multicentre randomised controlled feasibility trial with embedded qualitative study in England. *BMJ Open*. 2023;13:e073611. doi:10.1136/bmjopen-2023-073611.
23. Rocha P, Baixinho CL, Marques A, Henriques MA. Safety-promoting interventions for the older person with hip fracture on returning home: a systematic review. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2024;52:101063. doi:10.1016/j.ijotn.2023.101063.
24. Lavareda Baixinho C, Dixe MA. Cuáles son las prácticas y comportamientos de los mayores institucionalizados para prevenir las caídas? *Index Enferm*. 2017;26(4):255-9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-2962017000300004&lng=es
25. Rocha P, Marques A, Matos L, Costa A, Henriques MA, Baixinho CL. Functional capacity and quality of life of older person with hip fracture at hospital discharge: a cross sectional study. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2026;60:101266. doi:10.1016/j.ijotn.2026.101266.
26. Pedrosa ARC, Ferreira ÓR, Baixinho CRSL. Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(5):e20210399. doi:10.1590/0034-7167-2021-0399.
27. Santos BW, Baixinho CL. Possibilities for nursing interventions in the prevention of falls in the elderly: a review. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e71326. doi:10.5380/ce.v25i0.71326.

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Concetualização: PR, CB, MAH,AC, CA, SB

Curadoria dos dados: PR, CB

Análise formal: PR, CB

Investigação: PR, CB, MAH,AC, CA, SB

Metodologia: PR, CB, MHA, AC

Administração do projeto: PR, CB

Recursos: PR, CB, MHA, AC

Software: PR, CB

Supervisão: PR, CB, MHA, AC

Validação: PR, CB, MHA, AC

Visualização: PR, CB, MAH,AC, CA, SB

Redação do rascunho original: PR, CB

Redação - revisão e edição: PR, CB, MHA, AC

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

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Estudo autorizado pela Comissão de Ética e Conselho de Administração da ULS da Guarda

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado por escrito para publicar este trabalho foi obtido pelos participantes.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.