

**BÁRBARA AZEVEDO ALVES**

**VALIDAÇÃO DA *FATIGUE ASSESSMENT SCALE*  
PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA**

**Orientador: Professora Doutora Bárbara Nazaré**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias  
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2017**

**BÁRBARA AZEVEDO ALVES**

**VALIDAÇÃO DA *FATIGUE ASSESSMENT SCALE*  
PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 20 de dezembro de 2017, perante o Júri nomeado pelo seguinte Despacho Reitoral nº 358/2017, com a seguinte composição:

**Presidente:** Professora Doutora Patrícia Pascoal

**Arguente:** Professora Doutora Neuza Silva

**Orientadora:** Professora Doutora Bárbara Nazaré

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2017**

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer às duas pessoas mais importantes da minha vida, o meu pai, pelo apoio incondicional, pelos seus “nãos” não ditos de forma propositada, com o intuito de ser eu própria a traçar o meu caminho e a fazer as minhas escolhas e a minha mãe, pelo seu grande companheirismo e por ter sempre uma força a dar.

Um grande obrigado ao meu irmão, por ter sido o meu “ombro amigo” excepcional, sempre presente quando necessitei.

Ao meu namorado, por ter acreditado sempre em mim, com a sua paciência e tranquilidade nos momentos mais difíceis.

Aos meus tios padrinhos, pelas infinitas conversas que me moldaram enquanto pessoa. Em particular à minha tia, no dia da escolha do curso que queria seguir, foi a ela a quem recorri.

Às minhas avós e às minhas amigas de faculdade, um grande obrigado! Ao meu avô, sabendo eu que um dos seus sonhos era ver a neta formada, isto deu-me alento para o realizar, assim espero que esteja orgulhoso.

À minha orientadora Professora Bárbara Nazaré, pela disponibilidade nesta etapa.

Um obrigado ainda a tantas outras pessoas, professores, conhecidos e colegas que, de forma direta ou indireta, colaboraram para que eu chegasse até aqui.

## Resumo

A fadiga compreende uma sensação subjetiva de cansaço com componentes comportamentais, emocionais e cognitivos.

O objetivo do presente estudo foi realizar a tradução, adaptação cultural e validação da Fatigue Assessment Scale (FAS) para a língua portuguesa, bem como verificar as suas propriedades psicométricas (fiabilidade e validade), para que a mesma possa ser usada como um instrumento específico para avaliação da fadiga em adultos com filhos até aos 24 meses.

Neste estudo, foram recrutados 182 participantes, de ambos os sexos. O protocolo de avaliação incluiu uma ficha de dados sociodemográficos dos pais e da criança, assim como uma ficha de dados clínicos. Os instrumentos utilizados no protocolo foram a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e EUROHIS-QOL-8 juntamente com a FAS.

O valor global de alfa de Cronbach foi de 0,87 para um total de 10 itens. A estrutura da escala apresentou um fator. A validade convergente foi demonstrada por uma correlação negativa significativa ( $r = -.53$ ) com a qualidade de vida e a validade divergente por uma correlação positiva significativa ( $r = .56$ ) com a depressão.

As qualidades psicométricas da escala, consideradas aceitáveis, apontam para um instrumento com potencial para a investigação em Portugal.

**Palavras-chave:** estudos psicométricos, fadiga, Fatigue Assessment Scale, pós-parto.

## Abstract

Fatigue comprises a subjective feeling of tiredness with behavioral, emotional and cognitive components.

The aim of this study was the translation, cultural adaptation and validation of the Fatigue Assessment Scale (FAS) into Portuguese. We also aimed to verify its psychometric properties (reliability and validity), so that it can be used as a specific instrument for assessing fatigue in adults with children up to 24 months.

In this study, 182 participants were recruited, of both genders. The evaluation protocol included a socio-demographic data sheet for parents and the child, as well as a clinical data sheet. The instruments used in the protocol were the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the EUROHIS-QOL-8 along with the FAS.

The overall Cronbach's alpha was 0.87 for a total of 10 items. The factorial structure of the scale comprised one factor. Convergent validity was shown through a significant negative correlation ( $r = -.53$ ) with quality of life and divergent validity through a significant positive correlation ( $r = .56$ ) with depression.

The psychometric qualities of the scale, considered to be acceptable, point to an instrument with potential for use in research in Portugal.

**Keywords:** psychometric studies, fatigue, Fatigue Assessment Scale, post-partum.

## **Abreviaturas e Siglas**

**EPDS** *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

**FAS** *Fatigue Assessment Scale*

## Índice Geral

INTRODUÇÃO.....	9
Definição e prevalência da fadiga .....	171
Impacto da fadiga durante a transição para a parentalidade .....	171
Relação entre fadiga e depressão .....	173
Escala de Avaliação da Fadiga .....	194
METODOLOGIA.....	14
Participantes.....	14
Instrumentos.....	147
Procedimento .....	168
Análise Estatística.....	179
RESULTADOS .....	17
Validade de construto .....	17
Validades convergente e divergente .....	170
Sensibilidade.....	219
Fidelidade .....	17
DISCUSSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	256
ANEXOS.....	29

## Índice de Quadros

Quadro 1: Versão traduzida e original dos 10 itens.....	17
Quadro 2: Pesos fatoriais, eigenvalue e variância explicada.....	20
Quadro 3: Características distribucionais dos itens e escala total.....	22
Quadro 4: Consistência interna da escala excluindo o item e correlação item-total.....	23

## INTRODUÇÃO

### Definição e prevalência da fadiga

A fadiga, na sua generalidade, engloba uma sensação de cansaço com elementos (Sanches & Cardoso, 2012) comportamentais, emocionais e cognitivos (Mota, Pimenta & Caponero, 2012; Sanches & Cardoso, 2012), refletindo-se em baixa atividade física, sonolência (Oliveira, Viganó, Lunardelli, Canêo, & Goulart, 2010), irritabilidade, falta de energia persistente, exaustão e cansaço extremos, fraqueza muscular e diminuição da concentração e atenção, sintomas que não diminuem após o repouso (Milligan, Lenz, Parks, Pugh & Kitzman, 1996; North American Nursing Diagnosis Association, 2001; Ream & Richardson, 1996). Neste sentido, é uma exaustão que tende a variar em duração e intensidade, afetando a competência de execução das atividades diárias, agravada pelo facto de esta energia não ser restaurada com as estratégias normativas (Mota & Pimenta, 2006, p.73). Contudo, a fadiga fisiológica pode ser analisada através de uma perspetiva psicológica adaptativa ou como um mecanismo de defesa empreendido pelos indivíduos, uma vez que vai reduzir a atividade e a motivação nos casos em que estes sintomas possam causar efeitos físicos e mentais adversos, enfrentando o risco de exaustão ou esgotamento (Van Dijk & Swaen, 2003).

A fadiga constante é um relato frequente entre pessoas em idade ativa com uma intensa atividade laboral (Van Dijk & Swaen, 2003), que possuem doenças crónicas (Mota, Pimenta & Caponero, 2012) e está entre os relatos de saúde mais comuns para os pais após o nascimento de um bebé (Brown & Lumley, 1998; Elek, Hudson & Fleck, 2002; Glazener et al, 1995), assim como nos primeiros anos de parentalidade (Cooklin, Giallo, & Rosa, 2011). Nas mães, estima-se que entre 60 a 70% sintam sintomas de fadiga após o nascimento de um filho (Glazener et al., 1995), que podem persistir para além do primeiro ano pós-natal para muitas mulheres (Parks, Lenz, Milligan & Han 1999).

### Impacto da fadiga durante a transição para a parentalidade

As tarefas de cuidado do bebé, em que o sono é constantemente interrompido, associadas à recuperação do processo de parto e aos ajustamentos à chegada do bebé são fatores de risco para os pais experienciarem cansaço extremo ou fadiga (Kienhuis, Rogers, Giallo, Matthews & Treyvaud, 2010). Esta fadiga pode ainda estar associada a perda de saúde mental (Giallo, Rose & Vittorino, 2011), aumento do *stress* parental, sensação de falta de competência e satisfação no papel de mãe/pai (Dunnig & Giallo, 2012), irritabilidade e frustração na relação

mãe-filho/pai-filho (Cooklin, Giallo & Roser, 2011; Giallo, Rose, Cooklin & McCormack, 2013), bem como a sintomas depressivos (Giallo, Gartland, Woolhouse & Brown, 2014).

Do ponto de vista funcional, quando os pais sentem exaustão física e mental, podem ter mais dificuldades em gerir recursos para lidar com o *stress* parental e desenvolver as suas estratégias de *coping* que regulam o humor, o que se reflete numa sensação de pouca competência no seu papel e baixas capacidades de mãe/pai enquanto cuidador (Dunnig & Giallo, 2012; Giallo et al., 2014), revelando-se por vezes hostis (sentem-se cansados, gritam e perdem a paciência com a criança), pouco afetuosos e pouco envolvidos no seu papel (brincam menos com o bebé) (Giallo, Rose & Vittorino, 2011). Para além disso, a fadiga pode diminuir a capacidade de prover as necessidades do bebé, comprometendo o funcionamento parental, devido à privação de sono, *stress* e isolamento social (Kienhuis et al., 2010).

A fadiga tem ainda impacto noutros domínios da vida. A nível laboral, tem como consequências um comprometimento da atenção e concentração, menor disposição para desenvolver objetivos e uma diminuição de resposta a situações de risco e potencialmente perigosas (De Vries, Michielsen & Van Heck, 2003; Van Dijk & Swaen, 2003). Num estudo realizado com 241 pais de bebés entre as 6 e as 12 semanas, com níveis de fadiga considerados moderados, este sintoma foi associado à diminuição da sua atenção aos comportamentos de segurança no trabalho (Mellor & St. John, 2012).

Glazener e colegas (1995) referem que, apesar de os homens partilharem cada vez mais a prestação de cuidado aos seus filhos, raramente procuram apoio para o cansaço e para a fadiga. As investigações sobre a experiência de fadiga paterna são reduzidas. Os estudos disponíveis indicam que a sua experiência é comparável com a das mães após o nascimento (Elek, Fleck & Hudson, 2002; David et al., 1990). Por outro lado, numa abrangente revisão de artigos, Lewis e Wessely (1992) demonstraram, de forma convincente, que as mulheres relatam duas a três vezes mais fadiga do que os homens. Resultados semelhantes foram obtidos por Bensing e Schreurs (1995).

Embora a investigação se foque principalmente no primeiro ano após o parto, alguns estudos revelam que a fadiga é um problema que se prolonga no tempo (Bosse-Henck, Brähler, Fleischera, Hinz & Wirtz, 2011), havendo relatos de pais de crianças na idade pré-escolar. Nestes estudos, a fadiga foi associada ao aumento do *stress* parental, às relações hostis e pouco afetivas entre pais e filhos e a baixa autoeficácia parental (Cooklin, Giallo & Rose, 2011; Giallo, Rose & Vittorino, 2011).

Também Giallo, Gartland, Woolhouse e Brown (2014) referem que os sintomas de depressão e fadiga são preocupações comuns no período pós-natal materno, podendo prolongar-se até 4 anos após o parto. Estudos australianos recentes, realizados com 1.276 pais de crianças entre os 0 e os 5 anos de idade, mostram que a fadiga está associada ao aumento da depressão, da ansiedade e do *stress* (Cooklin, Giallo & Rose, 2011) e um estudo com 164 mães de crianças com idades entre os 0 e os 4 anos relacionam-na com problemas de sono (Giallo, Rose & Vittorino, 2011).

### **Relação entre fadiga e depressão**

A relação entre fadiga e depressão é recíproca, pois a fadiga nos primeiros meses após o nascimento pode ser preditora de sintomas de depressão posteriores e vice-versa (Giallo et al., 2014). A sua distinção é complexa e pouco definida; se, por um lado, para as mães é difícil aceder a estratégias de *coping* e aos recursos de manutenção do seu bem-estar porque estão física e emocionalmente exaustas, contribuindo para o desenvolvimento de sintomas depressivos, por outro lado, os sintomas depressivos, como humor deprimido, distúrbios de sono e perda de motivação, podem contribuir para incrementar a fadiga (Brass, Duquette, Proulx-Therrien & Auerbach, 2010). Apesar desta relação, nem todas as mães que experienciam fadiga desenvolvem depressão, o que pode sugerir a existência de fatores de risco e protetores associados tanto à sintomatologia de fadiga como à de depressão (Wade, Giallo & Cooklin, 2012).

Brass, Duquette, Proulx-Therrien e Auerbach (2010) afirmam ainda que distinguir estes dois construtos poderá contribuir para o maior impacto das intervenções na população que se queixa de fadiga. Neste sentido, os autores sugerem que uma intervenção direcionada para a prevenção e a gestão da fadiga pode trazer alguns benefícios para a prevenção do desenvolvimento de sintomas depressivos nos períodos iniciais do exercício da parentalidade, assim como para o tratamento de depressão já diagnosticada, particularmente em mães mais relutantes em aceitar apoio (Giallo et al, 2014). As intervenções podem focar-se na modificação de fatores sociais, ambientais e psicológicos, como, por exemplo, um apoio social mais satisfatório, mais horas de sono e descanso, aumento da capacidade de *coping* e das capacidades parentais (Kienhuis et al, 2010).

Deste modo, percebe-se a necessidade de fazer a sua distinção, mas fundamentalmente de conceptualizar a fadiga, nomeadamente os seus determinantes, as suas manifestações e as suas consequências (Michielsen, De Vries, Van Heck, Van de Vijver & Sijtsma, 2004), o que

tem sido intensamente debatido, principalmente a partir da década de 90 do século passado. Particularmente, a sua multidimensionalidade tem sido discutida por vários autores: Chalder et al. (1993) sugerem as dimensões física e psicológica da fadiga; Ahsberg (2000) assume como dimensões a falta de energia, esforço físico, desconforto físico, falta de motivação e sonolência; e Smets, Garssen, Bonke, Vercoulen & De Haes, (1995), referem fadiga geral, fadiga física, perda de atividade, perda de motivação e fadiga mental como as cinco dimensões do seu instrumento *Multidimensional Fatigue Inventory* (MFI-20). No entanto, até agora, não há nenhuma evidência convincente para essa visão, sendo assinaladas algumas desvantagens da multidimensionalidade, como a extensão do questionário e a possível confusão entre fadiga e doença somática (Michielsen et al, 2004).

### **Escala de Avaliação da Fadiga**

Dada a importância de realizar um diagnóstico o mais preciso possível, no qual se baseie a intervenção, é necessário realizar uma avaliação do impacto da fadiga sobre o desempenho, podendo esta ser baseada em questionários de autorrelato. No entanto, a maioria das escalas de avaliação da fadiga têm sido desenvolvidas em inglês (Giallo, Wade & Kienhuis, 2014), holandês (De Vries et al, 2010) e francês (Debouverie; Pittion-Vouyovitch, Louis & Guillemin, 2007).

A *Fatigue Assessment Scale* (FAS) é um questionário desenvolvido por Michielsen et al. (2004), que tem como objetivo avaliar a fadiga crónica. A sua construção baseou-se em quatro questionários – *Fatigue Scale* de Chalder et al. (1993), *Checklist Individual Strength* de Vercoulen, Alberts e Bleijenbergh (1999), *Maslach Burnout Inventory* de Maslach, Jackson & Leiter (1996) e a Subescala Energia e Fadiga do *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL-BREF) do WHOQOL Group (1998) – e inicialmente era composto por 40 itens. Alguns itens foram removidos, pois eram pouco acessíveis à população geral, eram redundantes e revelavam baixa validade. Foi realizada uma análise semântica, de forma a incluir todas as categorias semânticas da fadiga. Posteriormente, com base na análise estatística, foram excluídos os itens de limitada validade. Foi ainda adicionado um item relacionado com a exaustão mental, de forma a obter um equilíbrio entre os domínios mental e físico da fadiga, tornando-se assim uma escala com 10 itens (Michielsen et al., 2004).

Cada item é avaliado numa escala de Likert de cinco pontos, em que 1 corresponde a *Nunca* e 5 corresponde a *Sempre*. Quanto maior for a pontuação, maiores serão os níveis de

fadiga. A versão original apresentou uma fidelidade elevada, com um alfa de Cronbach de 0,87 e a análise de Mokken revelou uma escala consistente ( $H = 0,47$ ) (Michielsen et al., 2004).

Ao contrário da multidimensionalidade apresentada por outros instrumentos, este pretende ser unidimensional, consistente com a análise fatorial que indicou um único fator, com uma variância de 48%, e corroborado pelos autores que entendem a avaliação do construto fadiga como um todo (Michielsen et al., 2004).

Existem várias versões da FAS, que já foi adaptada culturalmente para o Brasil, apresentando um alfa de Cronbach de 0,80 (Gouveia, Oliveira, Peixoto & Soares, 2015). Foi também adaptada culturalmente para a Croácia, apresentando um alfa de Cronbach de 0,91 (De Vries, Drent, Michielsen & Peros-Golubicic, 2005), e ainda para a Alemanha, apresentando um alfa de Cronbach de 0,90 (Bosse-Henck, Brähler, Fleischera, Hinz & Wirtz, 2011).

Este instrumento tem inúmeras aplicações, não sendo exclusivo das mães e pais no período pós-parto (Dunning & Giallo, 2008; Giallo, Wade & Kienhuis, 2014; Elek, Hudson & Fleck, 2002). O instrumento já foi utilizado para avaliar a fadiga em doentes crónicos (Smith, Michielsen, Pelle, Schiffer, Winter & Denollet, 2007), com sarcoidose (De Vries, Michielsen, Van Heck & Drent, 2004), com cancro de mama (De Vries, Steeg & Roukema, 2010), com esclerose múltipla, doença de Parkinson ou acidente vascular cerebral (Elbers et al, 2012).

Atendendo a isto, a sua validação para a população portuguesa justifica-se por ser um importante instrumento de apoio ao diagnóstico clínico da fadiga.

Considerando a falta deste instrumento no panorama de investigação nesta área em Portugal, o presente estudo foi desenhado com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas da FAS, focando a adaptação de homens e mulheres ao nascimento de um filho. Mais especificamente, pretendemos traduzir, adaptar e avaliar o comportamento psicométrico da Escala de Avaliação da Fadiga (designação portuguesa), que avalia um construto psicológico relevante para esta etapa desenvolvimental.

Caso revele propriedades psicométricas adequadas, pretende-se que seja um contributo, constituindo um instrumento internacionalmente credível, no âmbito clínico e de investigação, numa versão em português europeu.

## Metodologia

### Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 182 participantes, pais de crianças com idades até aos 24 meses. Os critérios de inclusão, para além da idade da criança, foram os seguintes: ter idade igual ou superior a 18 anos, ter um nível de compreensão adequado para o preenchimento dos questionários (escolaridade > 4º ano), residir em Portugal e possuir nacionalidade portuguesa.

Relativamente às características sociodemográficas, a amostra incluiu 66 homens (36,3%) e 116 mulheres (63,7%), com idades entre os 18 e os 52 anos (homens:  $M = 33.28$ ,  $DP = 6.98$ ; mulheres:  $M = 32.08$ ,  $DP = 5.54$ ). A maioria dos sujeitos é casado(a)/unido(a) de facto ( $n = 145$ ; 79,7%) e encontra-se empregada ( $n = 144$ ; 79,1%). Quanto à paridade, nesta amostra existem 101 pessoas primíparas (55,8%) e 80 pessoas múltiparas (44,2%).

Relativamente às 157 crianças, estas tinham uma idade média de 11.75 meses ( $DP=7.38$ ) e eram, na sua maioria, do sexo masculino ( $n=83$ , 52.9%).

### Instrumentos

O protocolo de avaliação utilizado no presente estudo incluiu uma ficha de dados sociodemográficos dos pais (idade, sexo, estado civil, situação profissional e residência) e da criança (idade, sexo), bem como uma ficha de dados clínicos (e.g., história de perturbações psicológicas, história de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, número de filhos e respetivas idades, características do parto). Para além disso, foram utilizados os instrumentos que descrevemos em seguida.

*Escala de Avaliação da Fadiga (FAS)*. É um questionário de autorrelato que avalia a fadiga (quadro 1). No estudo piloto, a FAS apresentou um alfa de Cronbach de 0,87 (Vries, Heck, & Michielsen, 2003).

## Quadro 1

### *Versão traduzida e original dos 10 itens*

---

Itens
1. A fadiga incomoda-me. [I am bothered by fatigue]
2. Fico cansado(a) muito rapidamente. [I get tired very quickly]
3. Não faço muita coisa durante o dia. [I don't do much during the day]
4. Tenho energia suficiente para a minha vida diária. [I have enough energy for everyday life]
5. Sinto-me fisicamente exausto(a). [Physically, I feel exhausted]
6. Tenho dificuldade em começar coisas. [I have problems starting things]
7. Tenho dificuldade em pensar com clareza. [I have problems thinking clearly]
8. Não tenho vontade de fazer nada. [I feel no desire to do anything]
9. Sinto-me mentalmente exausto(a). [Mentally, I feel exhausted]
10. Quando estou a fazer alguma coisa, consigo concentrar-me bastante bem. [When I am doing something, I can concentrate quite well]

---

*Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo* (EPDS; versão original: Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Consiste num questionário de autorrelato que avalia a sintomatologia depressiva no pós-parto. É composta por dez itens, cujas opções são avaliadas numa escala de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade do sintoma, sendo que valores mais elevados significam maior gravidade e duração dos sintomas. Os itens avaliam sintomas como: humor deprimido ou disfórico, distúrbio de sono, perda de prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpabilidade. Segundo Figueiredo (1997), pontuações iguais ou superiores a 9 indicam sintomatologia depressiva clinicamente significativa. No estudo piloto, a EPDS apresentou um alfa de Cronbach de 0,87 (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). A versão portuguesa foi adaptada por Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996. No presente estudo, a EPDS apresentou um alfa de Cronbach de 0,87 para as mulheres e um alfa de Cronbach de 0,83 para os homens.

*EUROHIS-QOL-8* (versão original: Power, 2003). Consiste num questionário que procura avaliar a qualidade de vida. O índice global deste questionário é calculado através do somatório dos 8 itens, sendo que a valores mais elevados corresponde uma melhor perceção da qualidade de vida. Este questionário tem escalas de resposta de cinco pontos variáveis. No estudo piloto, o EUROHIS-QOL-8 apresentou um  $\alpha$  de Cronbach de 0,78 (Power, 2003) e no

estudo da versão portuguesa apresentou um  $\alpha$  de Cronbach de 0,83 (Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). No presente estudo, o EUROHIS-QOL-8 apresentou um alfa de Cronbach de 0,77 para as mulheres e de 0,81 para os homens.

## **Procedimento**

Em primeiro lugar, o projeto desta investigação foi submetido à Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, tendo sido aprovado. Trata-se de um estudo quantitativo, não-experimental e transversal (uma vez que os dados foram recolhidos num único momento).

O passo seguinte consistiu no pedido de autorização à autora da versão original do instrumento para a sua tradução e adaptação para a população portuguesa. Com a autorização obtida, deu-se início ao processo de tradução da escala. A tradução da escala realizou-se segundo a metodologia de Hill e Hill (2005), pelo que a tradução da escala para a versão portuguesa foi realizada por duas pessoas. Uma terceira pessoa realizou novamente a tradução da escala para a língua inglesa e as duas versões (original e traduzida) foram comparadas, a fim de evitar diferenças no significado dos itens e que tal comprometesse a aplicação da escala.

O presente estudo englobou uma amostra de conveniência recolhida em Portugal, através de contactos presenciais e através de uma plataforma *online*. Relativamente ao processo de recolha através de contactos presenciais, estes ocorreram no Infantário Carochinha e na Instituição Ajuda de Mãe, tendo sido obtidas as devidas autorizações por parte das direções para a recolha de dados no local. Os objetivos do estudo foram explicados e foram posteriormente disponibilizados os instrumentos e o consentimento informado com todas as informações necessárias para uma decisão informada (ver Anexo). O anonimato foi garantido, pois o consentimento informado foi entregue separadamente do protocolo de avaliação.

O protocolo de avaliação foi preenchido pelos participantes sem o auxílio dos investigadores e recolhido no dia seguinte pelo responsável do local, devido à indisponibilidade dos pais para preencherem os questionários no momento da entrega.

Em relação à recolha de dados *online*, foi criada uma plataforma digital, através do *website* [www.typeform.com](http://www.typeform.com), permitindo um preenchimento *online* do protocolo de avaliação. O respetivo *link* foi divulgado por email e nas redes sociais.

### **Análise Estatística**

Após a recolha dos dados, foi construída uma base de dados no programa de tratamento e análise estatística IBM SPSS 22. Relativamente à análise dos dados, primeiramente, foi realizada a descrição da amostra, para a qual se utilizaram estatísticas descritivas.

Seguiu-se a análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa da FAS. Começando pela avaliação da estrutura fatorial da FAS, através da análise de componentes principais (ACP). Utilizaram-se correlações de Pearson de forma a analisar a validade convergente e divergente, as estatísticas descritivas para avaliar a sensibilidade dos itens e por fim os coeficientes de consistência interna através do alfa de Cronbach para avaliar a fidelidade.

## **Resultados**

### **Validade de construto**

Relativamente à estrutura fatorial da FAS, tendo por base os critérios apresentados por Maroco (2007), os fatores comuns retidos foram aqueles que apresentaram um *eigenvalue* superior a 1, em consonância com o *scree plot* e a percentagem de variância retida. Para avaliar a validade da ACP, utilizou-se o critério KMO, com os critérios de classificação definidos em Maroco (2007). Observou-se um KMO = .853 e o teste de esfericidade de Bartlett apresentou um  $p < .0001$ , concluindo-se que as variáveis estão correlacionadas significativamente.

Numa primeira análise, a ACP demonstrou uma estrutura trifatorial, com base no critério do *eigenvalue* superior a 1 (Maroco, 2007). O primeiro fator englobou quatro itens (item 1, 2, 4 e 9) e explicou 48.8% da variância, o segundo fator apresentou igualmente quatro itens (item 3, 6, 7 e 8) explicando 11,8%, e o terceiro fator contou com dois itens (item 3 e 10) explicando 10,4%. Nesta análise, o *scree-plot* indicou apenas um fator. Posteriormente, repetimos a análise, forçando a extração de um só fator, por forma a ser consistente com a FAS original.

Esta solução apresentou pesos fatoriais elevados (Maroco, 2007) em todos os itens, variando entre os .42 e os .82, e explicou 48.4% da variância total, como se pode verificar no

Quadro 2. Adicionalmente, as comunalidades, que se referem à percentagem da variância de cada variável explicada pelo fator comum extraído, indicaram, em quase todos os itens, valores superiores a .30. Como se pode verificar no Quadro 2, o item 3 apresenta um valor de .17, inferior ao desejável, porém devido ao seu peso fatorial, não se realizou a extração do mesmo (Maroco, 2007).

Por último, a análise do *scree plot* apenas sugeriu a extração de um fator, como se verificou na escala original.

Quadro 2.

*Pesos fatoriais, eigenvalue e variância explicada*

Item	Fator 1	Comunalidade
1	.77	.58
2	.82	.68
3	.42	.17
4	.55	.30
5	.77	.59
6	.80	.64
7	.70	.49
8	.66	.43
9	.74	.56
10	.58	.34
Eigenvalue	4.841	
Variância explicada	48.4%	

### **Validades convergente e divergente**

Para avaliar a validade convergente, recorreu-se à análise de correlação com uma medida que se encontra relacionada com o construto em causa (Melo, 2015). A validade convergente nesta amostra foi avaliada através da correlação da FAS com dois itens da EUROHIS-QOL-8 (i.e., domínio físico, representado pelo item 3 e o item 4), tal como no estudo piloto (Vries, Heck, & Michielsen, 2003). A FAS apresentou uma correlação significativa negativa com a EUROHIS-QOL-8 ( $r = -.63, p < .0001$ ). Ou seja, o valor de correlação suporta que estes dois instrumentos encontram-se relacionados, contudo em sentidos opostos.

A validade divergente reflete até que ponto as duas ou mais medidas se diferenciam entre si (Bagozzi & Phillips, 1982). A validade divergente nesta amostra foi avaliada através da correlação da FAS com a EPDS, tal como no estudo piloto (Vries, Heck, & Michielsen, 2003). A FAS apresentou uma correlação significativa positiva com a EPDS ( $r = .56, p < .0001$ ). Ou seja, o valor de correlação suporta que estes dois instrumentos encontram-se relacionados e no mesmo sentido.

### **Sensibilidade**

Para verificar os pressupostos da normalidade, começámos por analisar a distribuição do resultado total. Os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov revelaram-se significativos para o resultado total ( $K-S = 0.10, p < .001$ ) revelando violação dos pressupostos de normalidade. A análise da assimetria e curtose mostrou a existência de uma assimetria positiva à direita ( $Sk = .61$ ) e uma tendência para a distribuição normal ( $Ku = .26$ ) (Zanão Júnior et al., 2007). É de referir a tendência para o valor médio das respostas ser 22,47 com um desvio padrão de 6,78.

Relativamente às características descritivas dos itens da escala, é notória a tendência para o valor médio das respostas se aproximar do valor 2 (Quadro 3). Os valores do desvio-padrão mostraram-se desejáveis (Carretero-Dios & Pérez, 2005), visto que, maioritariamente, as respostas dadas encontram-se na opção intermédia, sendo minoritárias as respostas de valores extremos. Valores abaixo do ponto médio da escala, juntamente com os valores de assimetria, apontam para respostas com pontuações baixas, ou seja, na maioria, os participantes apresentaram uma tendência para baixa fadiga.

## Quadro 3

*Características distribucionais dos itens e escala total*

Item	Min-Max	<i>M</i>	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose
FAS Total	10-45	22.47	6.78	0.61	0.26
1	1-5	2.59	1.11	0.76	-0.20
2	1-5	2.25	0.97	0.77	0.34
3	1-5	1.91	0.98	0.94	0.32
4	1-5	3.51	1.03	-0.18	-0.89
5	1-5	2.36	1.01	0.79	0.06
6	1-5	1.99	0.85	1.11	1.17
7	1-5	1.90	0.86	1.11	1.44
8	1-5	1.99	0.85	1.07	1.43
9	1-5	2.27	1.06	0.91	0.25
10	1-5	3.30	1.05	-0.18	-0.81

**Fidelidade**

Relativamente aos índices de consistência interna da escala total (alfa de Cronbach=.87; coeficiente Split-Half=.83), podemos verificar que os valores encontrados, segundo o critério de Nunnaly (1978), correspondem a um elevado nível de fidelidade. Analisando os coeficientes de alfa de Cronbach excluindo os itens um a um, constatou-se que o valor do alfa de Cronbach variou entre .84 (quando se exclui o item 2) e .88 (quando se exclui o item 3). De forma geral, os resultados obtidos confirmaram a importância de cada item para o desempenho do instrumento, assim como a sua importância para a consistência interna do mesmo. Atendendo ao critério apontado por Kline (2000), ao analisar as correlações obtidas entre cada item e a nota global do instrumento, verificou-se que todas as correlações foram superiores a .40, variando entre .46 (Item 3) e .81 (Item 2), como se pode verificar no Quadro 4, indicando que cada item representa adequadamente, por si próprio, o construto que a escala pretende medir.

Quadro 4

*Consistência interna da escala excluindo o item e correlação item-total.*

Item	Alfa de Cronbach excluindo item	Correlação item-total corrigida
1	.85	.75
2	.84	.81
3	.88	.46
4	.87	.59
5	.85	.75
6	.85	.79
7	.86	.68
8	.86	.65
9	.85	.74
10	.86	.62

*Nota.*  $p < .001$ .

### Discussão

A parentalidade potencia alterações significativas na adaptação psicossocial dos diferentes elementos da família, podendo provocar o aumento da depressão, da ansiedade e do stress (Giallo et al., 2014). Assim, no sentido de evitar o aumento deste sintomas, as abordagens atuais concentram-se principalmente no apoio a mães com dificuldades em gerir a fadiga após o parto, incluindo a melhoria do sono e do repouso, reforçando a ajuda instrumental, prática e de cuidados nas tarefas domésticas (McQueen & Mander, 2003; Parks et al, 1999;. Taylor & Johnson, 2010).

Acrescentando ainda, Sonnentag e Fritz (2007) expressam que a recuperação da fadiga não depende apenas das atividades ou oportunidades de recuperação, mas também do próprio e das avaliações pessoais que faz das mesmas.

Neste sentido, surge a necessidade de validar instrumentos que auxiliem a avaliação e a intervenção. Como tal, o principal objetivo do presente estudo foi realizar a tradução, adaptação cultural e validação da FAS, para a língua portuguesa, bem como verificar as suas propriedades psicométricas.

As propriedades psicométricas da FAS foram atestadas pelos estudos realizados. Inicialmente, foi averiguada a validade de constructo da FAS, cuja análise sugeriu a presença de três fatores. Caso considerássemos esta estrutura trifatorial, contrariaríamos a literatura, pois

segundo Michielsen et al, (2004) a FAS é uma escala unidimensional. Neste sentido, e de modo a ser consistente com a FAS original, esta análise foi forçada a um único fator que demonstrou explicar 48,8%. No estudo de Michielsen, Vries e Heck (2003), autores da escala original, esse fator apresentou 53,3% da variância explicada. Na versão de Gouveia, Oliveira, Peixoto e Soares (2015), evidenciou 38,7%; já no estudo de De Vries, Drent, Michielsen e Peros-Golubicic (2005), apresentou 50%. Os valores de variância explicada diferem em todas as escalas.

Segundo a análise realizada para a validade convergente, constata-se que há uma relação negativa e moderada entre a FAS e os dois itens do domínio físico da EUROHIS-QOL-8, o que significa que, quanto maior for o nível de fadiga, menor será a qualidade de vida dos sujeitos em causa. As variáveis analisadas encontram-se associadas entre si, o que também sucede na escala original, com um valor de correlação de  $r = -.38$  (Michielsen, Vries & Heck, 2003), que é inferior à do presente estudo. No que se refere à validade divergente, verifica-se uma correlação positiva e moderada entre a FAS e EPDS, ou seja, quanto maior for o nível de fadiga maior será a sintomatologia depressiva no pós-parto; embora estes dois construtos se relacionem moderadamente, os próprios autores da escala original recorreram a uma escala de depressão para esta análise. No estudo original (Michielsen, Vries & Heck, 2003), o valor de correlação foi de  $r = .65$ . O sentido da relação é igual, contudo, apresenta um valor de correlação superior ao presente estudo.

Por último, no que concerne ao nível da fidelidade da FAS, a consistência interna revelou-se elevada. Contudo, os valores foram ligeiramente inferiores à FAS original de Michielsen, Vries e Heck (2003), com um  $\alpha = .90$ .

Assim sendo, podemos confirmar que os estudos psicométricos realizados da versão para português de Portugal do instrumento FAS revelaram boas características psicométricas, permitindo a utilização no nosso país, sendo uma boa medida para avaliar a fadiga.

Contudo, apesar da viabilidade dos resultados obtidos no presente estudo, admite-se que este apresenta também algumas limitações. Neste sentido, a primeira limitação encontrada centra-se na recolha de dados realizada com uma amostra por conveniência (Hill & Hill, 2005), diferindo da amostra recolhida da FAS original e das restantes versões existentes. Por exemplo, na versão brasileira (Gouveia, Oliveira, Peixoto & Soares, 2010), a amostra contou com profissionais e estudantes da área da saúde e, na versão croata (De Vries, Drent, Michielsen & Peros-Golubicic, 2005) e na versão alemã (Bosse-Henck, Brähler, Fleischera, Hinz & Wirtz,

2011), a amostra incluiu doentes crónicos. Relativamente à representatividade da amostra que compõe este estudo, realça-se que é constituída por indivíduos com filhos até aos 24 meses.

Dada a transculturalidade da FAS, as várias versões existentes e o facto de ser um instrumento com boas características psicométricas, salientamos inúmeras vantagens da escala. Primeiro, é possível comparar os resultados com os estudos internacionais. Segundo, este instrumento permite conhecer melhor os pacientes, a sua situação e adaptação à fadiga, num contexto clínico e da saúde. Terceiro, pode ser bastante útil como complemento na investigação de novas estratégias terapêuticas, em estudos de follow-up, etc.

Relativamente à forma de aplicação da escala, a quarta vantagem tem em conta que esta é bastante acessível, com um número reduzido de itens, assim como uma escala de resposta simples, derivando num curto tempo de aplicação, torna um instrumento importante para a prática clínica. Além do mais e como quinta vantagem, a FAS não requer uso de equipamentos especiais ou de alto custo. Sexta e última vantagem, esta escala pode ser utilizada em conjunto com outros instrumentos, que avaliem, por exemplo a qualidade de vida, a depressão e alguns aspetos da personalidade, tornando a avaliação assim mais consistente. Deste modo, espera-se que este instrumento seja útil para a realização de investigações nacionais no âmbito da fadiga e das consequências psicológicas resultantes.

Sugere-se, para estudos futuros, a aplicação da FAS, num número superior de indivíduos pertencentes a amostras clínicas, nomeadamente doentes crónicos (De Vries, Drent, Michielsen & Peros-Golubicic, 2005; Bosse-Henck, Brähler, Fleischera, Hinz & Wirtz, 2011), com a finalidade de obter um resultado mais comparável com o estudo original. Considera-se igualmente vantajoso relacionar a fadiga com outras variáveis que possam estar associadas e influenciem a mesma, como por exemplo, a inteligência ou regulação emocional (Fritz & Sonnentag, 2005; Sonnentag & Fritz, 2007), com a finalidade de encontrar outras causas ou consequências da fadiga.

Por fim, seria pertinente realizar um estudo que, utilizando a FAS, comparasse casais com filhos em momentos temporais distintos, o primeiro momento seria no pós-parto e o segundo momento após os dois primeiros anos, pois segundo Parks, Lenz, Milligan & Han (1999) os sintomas de fadiga podem persistir para além do primeiro ano pós-natal. Isto iria permitir a comparação dos níveis de fadiga sentidos nesses dois momentos distintos, uma vez que as dinâmicas familiares e as adaptações diferem, dado que a ocorrência de determinados acontecimentos de vida stressantes pode influenciar a dinâmica familiar do indivíduo, e

consequentemente, o funcionamento familiar (Brugman, Harland, Reijneveld, Verloove-Vanhorick, & Verhulst, 2002; Rydell, 2010).

Em suma, a validação deste instrumento pode contribuir para uma melhor avaliação da fadiga dos pais no pós-parto, bem como para a compreensão das suas consequências na depressão e na qualidade de vida.

## Referências

- Ahsberg, E. (2000). Dimensions of fatigue in different working populations. *Scand Journal Psychology*, 231-241.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J., Matos, E., & Figueiredo, E. (janeiro de 1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Porto.
- Bagozzi, R. P., Yi, Y., & Phillips, L. W. (1982). Assessing Construct Validity in Organizational Research.
- Bates, D., Schmitt, W., Buchwald, D., Ware, N., Lee, J., Thoyer, E., . . . Komaroff, A. (1993). Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. *Arch Intern Med*, 193-197.
- Beck, C. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 275-285.
- Bensing, J., & Schreurs, K. (1995). Sekseverschillen bij moeheid (Gender differences in fatigue). *Huisarts Wet*, 412-421.
- Bensing, J., Hulsman, R., & Schreurs, K. (1996). Vermoeidheid: een chronisch probleem (Fatigue: a chronic problem). *Med Contact*, 123-124.
- Brennan, P., Hammen, C., Anderson, M., Bor, W., Najman, J., & William, G. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: 131 relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, 759-766.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (7 de Junho de 2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, pp. 521-551.
- Cathébras, P., Robbins, J., Kirmayer, L., & Hayton, B. (1992). Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behaviour, and out-come. *J Gen Int Med*, 276-286.
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D., & Wallace, E. (1993). Development of a fatigue scale. *J Psychosom Res*, 147-153.

- Cogill, S., Caplan, H., Alexandra, H., Robson, K., & Kumar, R. (1986). Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal (Clin Res Ed)*, 1165-1167.
- David, A., Pelosi, A., McDonald, E., Stephens, D., Ledger, D., Rathbone, R., & Mann, A. (1990). Tired, weak, or in need of rest: fatigue among general practice attenders. *Br Med J*, 1199-1202.
- De Vries, J., Michielsen, H. J., & Van Heck, G. L. (2003). Assessment of fatigue among working people: A comparison of six questionnaires. *Occupational and Environmental Medicine*, 10-15.
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil*. Braga: Universidade do Minho (tese de doutoramento não publicada).
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do Puerperio. In Canavarro C (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. *Quarteto Editora*, 161-188.
- Gouveia, V. V., Oliveira, G. F., Mendes, L. A., Souza, L. E., Cavalcanti, T. M., & Melo, R. L. (2015). Escala de avaliação da fadiga: Adaptação para profissionais da saúde. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 246-256.
- Group, W. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*, pp. 551-558.
- Hann, D., Jacobsen, R., Azzarello, L., Martin, S., Curran, S., Fields, K., . . . Lyman, G. (1998). Measurement of fatigue in cancer patients: development and validation of the fatigue symptom inventory. *Qual Life Res*, pp. 301-310.
- Harland, P., Reijneveld, S., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, S., Verhulst, & FC. (Agosto de 2002). Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children.
- Hinz, F. M., Brähler, E., Wirtz, H., & Bosse-Henck, A. (24 de Junho de 2011). Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Jameson, P., Gelfand, D., Kulcsar, E., & Teti, D. (1997). Mother-toddler interaction patterns associated with maternal depression. *Developmental Psychopathology*, 537-550.
- Kline, P. (2000). *The Handbook of Psychological Testing*. London: Routledge.

- L, C. J., M, H. J., & R, S. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 782-786.
- Lewis, G., & Wessely, S. (1992). The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *J Epidemiol Community Health*, 92-97.
- Loge, J., Ekeberg, Ø., & Kaasa, S. (1998). Fatigue in the general Norwegian population: normative data and associations. *J Psychosom Res*, 53-65.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística Com utilização do SPSS*. Edições Sílabo.
- Mota, D. D., & Pimenta, C. (2006). Self-report instruments for fatigue assessment: a systematic review. *Res Theory Nurs Pract*, pp. 49-78.
- Mota, D. D., Pimenta, C. A., & Caponero, R. (2012). Fadiga em pacientes com câncer colorretal: Prevalência e fatores associados. *Revista Latino America de Enfermagem*, pp. 1-9.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). Murray L, FioriThe impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 2512-2526.
- Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P., & Stein, A. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1259-1271.
- Murray, L., Stanley, C., Hooper, R., King, F., & Fiori-Cowley, A. (1996). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 109-119.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: NY: McGraw-Hill.
- Okuyama, T., Akechi, T., Kugaya, A., Okamura, H., Shima, Y., Maruguchi, M., . . . Uchitomi, Y. (2000). Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 5-14.
- Oliveira, J. R., Viganó, M. G., Lunardelli, M. C., Canêo, L. C., & Goulart, E. (2010). Fadiga no trabalho: Como o psicólogo pode atuar? *Psicologia em Estudo (Maringá)*, pp. 633-638.

- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8.
- Piper, B., Dibble, S., Dodd, M., Weiss, M., Slaughter, R., & Paul, S. (1998). The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, pp. 677-684.
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys*. Amsterdam.
- Righetti, V., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 167-180.
- Sanches, K. C., & Cardoso, K. G. (2012). Study of fatigue and quality of life in patients with Parkinson's disease.
- Schaufeli, W., & Van Dierendonck, D. (1994). Burnout, een begrip gemeten. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL) (Burnout, the measurement of a concept. The Dutch version of the Maslach Burnout Inventory (MBI-NL)). *Gedrag Gezond*, pp. 153-157.
- Smets, E., Garssen, B., Bonke, B., Vercoulen, J., & De Haes, J. (1995). Het vaststellen van vermoeidheid: de Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI) (The assessment of fatigue: the Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)). *Gedrag Gezond*, pp. 79-85.
- Uttl, B., Graf, P., & Cosentino, S. (2000). Exacting assessments: do older adults fatigue more quickly? *J Clin Exp Neuropsychol*, pp. 496-507.
- Van Mens-Verhulst, J., & Bensing, J. (1998). Distinguishing between chronic and nonchronic fatigue, the role of gender and age. *Soc Sci Med*, pp. 621-634.
- Vercoulen, J., Alberts, M., & Bleijenberg, G. (1999). De Checklist Individual Strength. *Gedragstherapie (Utrecht)*, pp. 131-136.
- Zekoski, E., O'Hara, M., & Wills. (1987). The effects of maternal mood on mother-infant interaction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 361-378.

## **ANEXOS**

## FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

### Dados sociodemográficos

Sexo:  Feminino  Masculino

Idade: \_\_\_\_\_ (anos)

Estado civil:  Solteiro(a)  Casado(a)/Unido(a) de facto  
 Viúvo(a)  Divorciado(a)/Separado(a)

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ (anos)

Situação profissional:  Estudante  
 Trabalhador estudante  
 Trabalhador  Tempo inteiro  
 Tempo parcial  
 Desempregado  
 Outro: \_\_\_\_\_

Localidade de residência: \_\_\_\_\_

Religião:  Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar? \_\_\_\_\_

Com quem vive? \_\_\_\_\_

Qual é o rendimento ilíquido mensal do seu agregado familiar?

menos de 583 €/mês  de 583 a 1.666 €/mês  de 1.666 a 3.333 €/mês  
 de 3.333 a 6.666 €/mês  mais de 6.666 €/mês

### Dados relativos à história reprodutiva

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Idade do filho mais velho: \_\_\_\_\_ ano(s)

Idade do filho mais novo: \_\_\_\_\_ mes(es)

Caso tenha passado por perdas na gravidez, de que tipo e quantas foram?

- Aborto espontâneo. Quantos? \_\_\_\_\_  
 Interrupção médica da gravidez. Quantas? \_\_\_\_\_  
 Interrupção voluntária da gravidez. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso tenha recebido um diagnóstico de infertilidade, indique:

Origem:  Masculina  Feminina  Desconhecida

Duração da infertilidade: \_\_\_\_\_ ano(s) \_\_\_\_\_ meses

Número e tipo de tratamentos realizados: \_\_\_\_\_

Por favor, **responda às perguntas que se seguem relativamente ao seu filho mais novo.**

A gravidez foi planeada?  Sim  Não

A gravidez foi desejada?  Sim  Não

A gravidez foi...  Espontânea  Resultado de técnicas de reprodução medicamente assistida

Tratou-se de uma gravidez de risco?  Não  Sim. Porquê? \_\_\_\_\_

Durante a gravidez, teve algum problema médico?  Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

O parto foi:  Cesariana  
 Vaginal  Sem fórceps/ventosas  Sem episiotomia (corte vaginal)  
 Com fórceps/ventosas  Com episiotomia (corte vaginal)

Sexo do bebé:  Masculino  Feminino

Idade gestacional na altura do nascimento: \_\_\_\_\_ semanas

Peso na altura do nascimento: \_\_\_\_\_ gr

Comprimento na altura do nascimento: \_\_\_\_\_ cm

Durante a gravidez ou após o nascimento, foi detetado algum problema médico ao bebé?

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Após o nascimento, o bebé teve necessidade de ser hospitalizado?

Não  Sim. Durante quanto tempo e por que motivo? \_\_\_\_\_

Atualmente, o bebé é amamentado?

Sim  Não. Com que idade o bebé deixou de ser amamentado? \_\_\_\_\_ meses

Durante o dia, o bebé está:  em casa, com um dos pais  
 em casa, com familiares (p. ex., avós)  
 na creche  
 numa ama

Em relação a esta lista de características, indique, por favor, para cada uma delas, como é o seu bebé em comparação com a maioria dos bebés. Depois, indique se essa característica específica dificulta ou não dificulta a sua interação com o bebé.

	Comparativamente aos outros bebés...			Esta característica dificulta a sua interação com o bebé?	
	Mais do que os outros bebés	Igual aos outros bebés	Menos do que os outros bebés	Sim	Não
É calmo					
Chora					
É difícil de acalmar					
Tem dificuldades com a alimentação					
Bolsa ou tem problemas intestinais (cólicas)					
Tem dificuldade em adormecer					
Dorme por períodos prolongados					
Consegue estar atento e alerta ao que o rodeia					
É rabugento					
É fácil de cuidar					

#### Dados relativos ao relacionamento com o pai/mãe do bebé e sexualidade

Atualmente, mantém um relacionamento amoroso com o pai/mãe do bebé?

- Não. A relação terminou há quanto tempo? \_\_\_\_ meses  
 Sim. Há quanto tempo mantém esta relação? \_\_\_\_ anos

Retomou a atividade sexual com o pai/mãe do bebé após o parto?

- Não. Indique a principal razão: \_\_\_\_\_  
 Sim. Quanto tempo após o parto? \_\_\_\_ semanas

#### Dados relativos à história médica

Alguma vez lhe foi diagnosticada uma disfunção sexual?

- Não.  
 Sim. Qual foi o diagnóstico? \_\_\_\_\_  
Há quanto tempo?  menos de 6 meses  
 de 6 meses a 1 ano  
 de 1 ano a 2 anos  
 mais de 2 anos

Alguma vez foi diagnosticada uma disfunção sexual ao pai/mãe do seu filho?

- Não.  
 Sim. Qual foi o diagnóstico? \_\_\_\_\_  
Há quanto tempo?  menos de 6 meses  
 de 6 meses a 1 ano  
 de 1 ano a 2 anos  
 mais de 2 anos

Foi-lhe diagnosticada alguma outra doença física ou psiquiátrica?

Não.

Sim. Qual foi o diagnóstico? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo?  menos de 6 meses  
 de 6 meses a 1 ano  
 de 1 ano a 2 anos  
 mais de 2 anos

Faz atualmente algum tratamento para alguma das doenças?

Não.

Sim. Que tratamentos? \_\_\_\_\_

Tem, ou já teve, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

Não.

Sim. Qual e quando? \_\_\_\_\_

## ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO

(Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Figueiredo, 1997)

Por favor, sublinhe a resposta que melhor indica o modo como se tem sentido, nestes últimos 7 dias e não apenas hoje. Veja o exemplo seguinte: *Senti-me feliz*.

Sim, sempre

Sim, quase sempre

Não, poucas vezes

Não, nunca

Isto queria dizer: "Senti-me feliz, quase sempre, durante os últimos 7 dias."

Por favor, complete do mesmo modo as questões seguintes.

Desde há 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas:

Tanto como dantes	Menos do que antes	Muito menos do que antes	Nunca
-------------------	--------------------	--------------------------	-------

2. Tenho tido esperança no futuro:

Tanto como sempre	Bastante menos do que costumava ter	Muito menos do que costumava ter	Quase nenhuma
-------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---------------

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal:

Sim, a maioria das vezes	Sim, algumas vezes	Raramente	Não, nunca
--------------------------	--------------------	-----------	------------

4. Tenho estado ansiosa(o) ou preocupada(o) sem motivo:

Não, nunca	Quase nunca	Sim, por vezes	Sim, muitas vezes
------------	-------------	----------------	-------------------

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada(o) sem grande motivo:

Sim, muitas vezes	Sim, por vezes	Não, raramente	Não, nunca
-------------------	----------------	----------------	------------

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim:

Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las	Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes	Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	Não, resolvo-as tão bem como dantes
---	---	--	-------------------------------------

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal:

Sim, quase sempre	Sim, por vezes	Raramente	Não, nunca
-------------------	----------------	-----------	------------

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz:

Sim, quase sempre	Sim, muitas vezes	Raramente	Não, nunca
-------------------	-------------------	-----------	------------

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro:

Sim, quase sempre	Sim, muitas vezes	Só às vezes	Não, nunca
-------------------	-------------------	-------------	------------

10. Tive ideia de fazer mal a mim mesma(o):

Sim, muitas vezes	Por vezes	Muito raramente	Não, nunca
-------------------	-----------	-----------------	------------

## EUROHIS-QOL-8

(Power, 2003; Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011)

**Instruções:** Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

1. Como avalia a sua qualidade de vida?

Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
----------	----	----------------	-----	-----------

2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	---------------------------------------	---------------	---------------------

3. Tem energia suficiente para a sua vida diária?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
------	-------	---------------	----------	---------------

4. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia a dia?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	---------------------------------------	---------------	---------------------

5. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	---------------------------------------	---------------	---------------------

6. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	---------------------------------------	---------------	---------------------

7. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
------	-------	---------------	----------	---------------

8. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	---------------------------------------	---------------	---------------------

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FADIGA

(Michielsen, De Vries, Van Heck, Van de Vijver, & Sijtsma, 2004; adaptação portuguesa em curso)

As 10 afirmações seguintes referem-se à forma como se sente habitualmente. Para cada afirmação, por favor escolha uma das cinco categorias de resposta, que variam entre *Nunca* e *Sempre*.

**1** – Nunca   **2** – Algumas vezes   **3** – Regularmente   **4** – Muitas vezes   **5** – Sempre

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. A fadiga incomoda-me.					
2. Fico cansado muito rapidamente.					
3. Eu não faço muito durante o dia.					
4. Tenho energia suficiente para a minha vida diária.					
5. Sinto-me fisicamente exausto.					
6. Tenho problemas em começar as coisas.					
7. Tenho problemas em pensar com clareza.					
8. Sinto que não me apetece fazer nada.					
9. Sinto-me mentalmente exausto.					
10. Quando estou a fazer alguma coisa, consigo concentrar-me bastante bem.					