



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

**Fadiga no Pós-parto:
da validação de um instrumento à análise de fatores associados**

Catarina Simões Castelo Branco

Coimbra, abril de 2019



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Fadiga no Pós-parto: da validação de um instrumento à análise de fatores associados

Catarina Simões Castelo Branco

Orientadora: Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes
(Professora Coordenadora, ESEnfC)

Co-orientadora: Professora Ana Bela de Jesus Roldão Caetano
(Professora Adjunta, ESEnfC)

*Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*

Coimbra, abril de 2019

“Cada nova vida
«permite-nos descobrir a dimensão mais gratuita do amor,
que nunca cessa de nos surpreender.
É a beleza de ser amado primeiro:
os filhos são amados antes de chegar».”

(Papa Francisco *in AMORIS LÆTITIA*)

AGRADECIMENTOS

Obrigado é a palavra que se impõe no final desta etapa.

Obrigado a Deus por me ajudar a trilhar os caminhos no dia a dia, não esquecendo do mais importante e do mais bonito que ele nos dá e nos ensina: o Amor.

Obrigado à Professora Isabel Margarida por toda a paciência, a ajuda incansável e a amizade bonita que se desenvolveu durante a elaboração deste nosso trabalho.

Obrigado à Professora Ana Bela Caetano, por ter estado ao meu lado e nos termos desafiado sempre uma à outra, para conseguirmos alcançar os objetivos.

Obrigado aos meus queridos Pais e ao meu Jaime, pela compreensão e amor incondicional, mesmo com a minha falta de paciência, com o mau-humor, e com as minhas ausências. Obrigado por estarem sempre ao meu lado e me incentivarem a não desistir!

Obrigado ao meu António, por ser o meu amor para a vida toda, pela paciência e compreensão que teve durante estes dois anos. Obrigado por nunca desistires de mim e me ensinares a ser e fazer mais e melhor.

Obrigado à minha família, por me acompanhar sempre nas etapas importantes, por me acolher sempre com um sorriso e de coração.

Obrigado aos meus amigos, por me ajudarem neste processo, e por estarmos sempre presentes na vida uns dos outros. Obrigado por não se esquecerem de mim e constantemente me incentivarem a estar presente nas vossas vidas.

Obrigado às minhas colegas de mestrado e especialidade, pelo companheirismo e amizade que construímos nestes dois anos.

Obrigado às restantes Professoras do Mestrado, pelos conhecimentos ministrados e pelo acompanhamento constante durante esta fase.

Obrigado às Enfermeiras Tutoras que me acompanharam, por me terem ajudado a construir a minha postura profissional, e por serem um exemplo de profissionalismo.

Obrigado à ESEnfC, por ser uma escola promissora e interessada no progresso da enfermagem, e ter sido a minha segunda casa durante os últimos 6 anos.

Por fim, **Muito Obrigado a todos!**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP – Análise dos Componentes Principais

APA – *American Psychological Association*

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS - Centro de Saúde

CTC – Conselho Técnico-Científico

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

EEESMO – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FAS – *Fatigue Assessment Scale*

FAS-e – *Fatigue Assessment Scale* - espanhola

FSC – *Fatigue Symptom Checklist*

GFI – *Goodness of Fit Index*

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

K-S - Kolmogorov-Smirnov

LM – Leite Materno

MeSH – *Medical Subject Headings*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo

REM – *Rapid Eyes Movement*

RN – Recém-nascido

S. - São

sPPP - Sessões de Preparação para o Parto e para a Parentalidade

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TP – Trabalho de Parto

UICISA - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Introdução: A fadiga é um fenómeno vivenciado pelos seres humanos em geral e ao longo do ciclo vital. No ciclo vital da mulher, o período pós-parto é propício ao desenvolvimento da fadiga, sendo um dos fenómenos mais comuns e angustiantes no pós-parto e em que a intensidade e duração têm uma relação diretamente proporcional com a saúde (Doering & Durfor, 2011).

Objetivos: efetuar a tradução, a adaptação cultural e a validação do *Fatigue Symptom Checklist* (FSC) para a população portuguesa; descrever a fadiga em mulheres entre os dois e seis meses do pós-parto.

Metodologia: estudo quantitativo, descritivo-correlacional, e do tipo metodológico, permitindo o processo de tradução, adaptação cultural e validação de um instrumento; desenvolvido a partir de uma amostra não probabilística em bola de neve, constituída por 180 puérperas, através de uma recolha de dados via *online*, após consentimento informado das próprias e o parecer favorável da Comissão de Ética. Questionário de autopercebimento composto por questões sociodemográficas e obstétricas e pelas escalas Lista de Sintomas da Fadiga (em validação) e a versão portuguesa da *Fatigue Assessment Scale* (FAS). Análise estatística descritiva utilizada: frequências absolutas e relativas, média, desvio-padrão e análise inferencial, após teste de aderência a normalidade, com os testes não paramétricos (coeficiente *Ró* de Spearman, e testes Mann-Witney e Kruskal-Wallis), através do programa estatístico SPSS, versão 23.0.

Resultados: A avaliação das propriedades psicométricas do instrumento em estudo foi realizada através de análise fatorial, da validade convergente (com a FAS versão portuguesa) e da análise inferencial. Usando a análise fatorial, compreendemos que a versão reduzida apresentava resultados satisfatórios; obtivemos 2 fatores: fadiga mental e física, com um total de 10 itens, representando 46,931% da variância total. A validade convergente, entre a versão reduzida e a FAS demonstrou-se estatisticamente significativa, sendo ambas capazes de avaliar a fadiga. Da confiabilidade, obtivemos uma consistência interna razoável, através do *alfa* de Cronbach (0,777), sem necessidade de exclusão de nenhum item. Pela análise inferencial, apenas a variável horas de sono/descanso teve uma correlação negativa estatisticamente significativa com a fadiga.

Conclusão: a Versão Reduzida da Fadiga Pós-parto da FSC é um instrumento que permite avaliar a fadiga na população-alvo em causa, revelando boas propriedades psicométricas e tornando-se uma ferramenta útil e fácil de usar pelos profissionais.

Descritores: *Fatigue; Postpartum period; Parenting; Women.*

ABSTRACT

Introduction: Fatigue is a phenomenon experienced by humans in general throughout their life cycle. In women's life cycle, the postpartum period is auspicious to the development of fatigue, being one of the most common and distressful feelings during the postpartum, and wherein the intensity and duration have a direct correlation with one's health (Doering & Durfor, 2011).

Objectives: Perform the translation, cultural adaptation and validation of the Fatigue Symptom Checklist (FSC) towards the Portuguese population. Describe fatigue in women between 2 and 6 months of postpartum.

Methodology: A methodological research of quantitative, descriptive-correlational nature, allowing the translation, cultural adaptation and validation of an instrument. Developed from a non-probabilistic snowball sampling, consisting of 180 postpartum mothers, from data collected online, after one's informed consent and the favorable legal opinion from the Ethics Committee. Self-completion questionnaire composed by sociodemographic and obstetric questions, and by the FSC (validation pending) and the FAS's Portuguese version, scales. Descriptive statistical analysis used: absolute and relative frequencies, average, standard deviation inferential analysis, followed by a test of adherence to normality, with non-parametric tests (Spearman's R_ρ coefficient and Mann-Witney and Kruskal-Wallis tests), through the SPSS statistics program, version 23.0.

Results: The evaluation of the instrument's psychometric properties was performed through a factor analysis of convergent validity (with FAS's Portuguese version) and inferential analysis. Using the factor analysis, we understood that the shortened 10-item scale delivered satisfactory results; we obtained 2 factors: mental and physical fatigue, with a total of 10 items, representing 46,931% of the total variance. The convergent validity, between the shortened 10-item scale and the FAS was statistically significant, being, both, able to evaluate fatigue. Reliability has shown a reasonable internal consistency through Cronbach's alpha (0,777), without excluding any item. By performing inferential analysis, we concluded that only the hours of sleep/rest variable had a negative, statistically significant, correlation with fatigue.

Conclusion: The Postpartum FSC's Portuguese short version is an instrument that allows the evaluation of fatigue in the target population under study, revealing good psychometric properties and becoming a practical and useful tool for professional usage.

Keywords: Fatigue, Postpartum period, Parenting, Women

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Interação de Fatores	66
Figura 2 – Procedimentos de Adaptação Transcultural de um instrumento	70
Figura 3 – Representação da idade das mulheres puérperas participantes	82
Figura 4 – Representação das habilitações académicas das mulheres puérperas participantes	83
Figura 5 – Representação da ocupação profissional das mulheres puérperas participantes	83
Figura 6 – Representação do estado civil das mulheres puérperas participantes	84
Figura 7 – Representação do agregado familiar das mulheres puérperas participantes	84
Figura 8 – Representação do número de filhos das mulheres puérperas participantes	85
Figura 9 – Representação da vigilância da gravidez das mulheres puérperas participantes	86
Figura 10 – Representação da realização das sessões de Preparação para o Parto das mulheres puérperas participantes	86
Figura 11 – Representação do local da realização das sessões de Preparação para o Parto das mulheres puérperas participantes	87
Figura 12 – Representação do número de sessões realizadas de Preparação para o Parto das mulheres puérperas participantes	88
Figura 13 – Representação do tipo de parto das mulheres puérperas participantes	89
Figura 14 – Representação da experiência de amamentação das mulheres puérperas participantes	89
Figura 15 – Representação do tempo da experiência de amamentação das mulheres puérperas participantes	90
Figura 16 – Representação da percepção de horas de sono/descanso reparador das mulheres puérperas participantes	91
Figura 17 - <i>Scree Plot</i> (Lista de Sintomas da Fadiga – 30 itens)	93
Figura 18 – <i>Scree Plot</i> (Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida)	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resumo dos fatores potenciadores da fadiga pós-parto	36
Tabela 2 – Resumo das consequências associadas à fadiga pós-parto	49
Tabela 3 – Resumo dos artigos usados neste subcapítulo	55
Tabela 4 – Distribuição descritiva da idade da amostra (em anos)	82
Tabela 5 – Distribuição descritiva do número de filhos (em filhos)	85
Tabela 6 – Distribuição descritiva do número de sPPP (em sessões)	88
Tabela 7 – Distribuição descritiva do tempo da experiência de amamentação (em semanas)	90
Tabela 8 – Teste de KMO e <i>Bartlett</i> (Lista de Sintomas da Fadiga – 30 itens)	92
Tabela 9 – Matriz de componentes extraídos após análise fatorial (30 itens)	94
Tabela 10 – Teste de KMO e <i>Bartlett</i> (escala versão reduzida)	96
Tabela 11 - Matriz de componentes extraídos após análise fatorial (versão reduzida)	96
Tabela 12 – Agregação dos itens nas dimensões correspondentes à Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida	97
Tabela 13 – Correlação entre FAS e Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida	98
Tabela 14 - Estatística dos Itens da Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida	99
Tabela 15 - Correlações Item-Total, Variância total e <i>Alfa</i> de <i>Cronbach</i> se um item for eliminado da Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida	99
Tabela 16 - Correlações Item-Total, Variância total e <i>Alfa</i> de <i>Cronbach</i> se um item for eliminado das subescalas da versão reduzida (física e mental)	101
Tabela 17 - Análise descritiva dos itens dentro de cada fator (versão reduzida)	102
Tabela 18 – Teste de Normalidade para a Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida	103
Tabela 19 - Correlação entre a Idade e a Fadiga Pós-parto	103
Tabela 20 - Correlação entre as Habilidades Literárias e a Fadiga Pós-parto	104
Tabela 21 - Correlação entre a Ocupação Profissional e a Fadiga Pós-parto ..	104
Tabela 22 - Correlação entre o Agregado Familiar e a Fadiga Pós-parto	105
Tabela 23 - Correlação entre o número de filhos e a Fadiga Pós-parto	105

Tabela 24 - Correlação entre o Tipo de Parto e a Fadiga Pós-parto	106
Tabela 25 - Correlação entre a Experiência da Amamentação e a Fadiga Pós-parto	106
Tabela 26 - Correlação entre a percepção de horas de Sono/Descanso Reparador e a Fadiga Pós-parto	107

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES: TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	27
2. FADIGA GERAL E CICLO VITAL DO SER HUMANO: CONCEITO E DIMENSÕES	29
3. FADIGA NO PÓS-PARTO NAS MULHERES PUÉRPERAS	33
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	63
4. METODOLOGIA	65
4.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	65
4.2. TIPO DE ESTUDO	67
4.3. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	68
4.4. ESTUDO PRELIMINAR: ADAPTAÇÃO E TRADUÇÃO DE INSTRUMENTOS	69
4.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	71
4.6. POPULAÇÃO E AMOSTRA	72
4.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	73
4.8. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	74
4.9. PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS	75
5. ESTUDO PSICOMÉTRICO DAS ESCALAS UTILIZADAS	77
5.1. BREVE DESCRIÇÃO DAS VERSÕES ORIGINAIS DAS ESCALAS UTILIZADAS	77
5.1.1. Lista de Sintomas da Fadiga, com origem na <i>Fatigue Symptom Checklist</i> (FSC)	77
5.1.2. Escala de Avaliação da Fadiga, com origem na <i>Fatigue Assessment Scale</i> (FAS)	79
6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	81
6.1. ANÁLISE DESCRIPTIVA DAS CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES	81
6.2. AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA LISTA DE SINTOMAS DA FADIGA	91
6.2.1. Validade da Lista de Sintomas da Fadiga e versão reduzida	91

6.2.2. Confiabilidade da Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida	99
6.3. RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA LISTA DE SINTOMAS DA FADIGA – VERSÃO REDUZIDA ÀS PARTICIPANTES	101
6.4. ANÁLISE INFERENCIAL, ASSOCIANDO A FADIGA PÓS-PARTO COM AS VARIÁVEIS EM ESTUDO	102
7. DISCUSSÃO	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

APÊNDICES

APÊNDICE I – Quadro Conceptual

APÊNDICE II – Projeto Alargado para a Comissão de Ética da UICISA

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Avaliação da Fadiga: *Fatigue Assessment Scale*

ANEXO II – Autorização para a utilização dos dados do Estudo Preliminar (Gomes et al., 2012)

ANEXO III – Parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA, ao Projeto Alargado

ANEXO IV – Adenda efetuada para a Comissão de Ética da UICISA e parecer favorável

ANEXO V – Dados Estatísticos sobre a idade materna a nível nacional (2017)

ANEXO VI - Dados Estatísticos sobre o número de filhos a nível nacional (2017)

ANEXO VII - Dados Estatísticos prováveis sobre o tipo de parto a nível nacional (2017)

INTRODUÇÃO

“A investigação científica é (...) um processo sistemático, que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação.” (Fortin, 1996, p. 17). Polit, Beck e Hungler (2004) rematam ainda que “A meta final da pesquisa é desenvolver, refinar e expandir um corpo de conhecimentos.” (p.20). Assim sendo, a investigação em enfermagem é o ponto de partida para a melhoria dos conhecimentos e das práticas efetuadas, tendo como principais agentes os profissionais envolvidos e interessados em realizar investigações no âmbito da enfermagem.

Esta investigação torna-se pertinente, já que o desenvolvimento e os frutos subjacentes desta estão fortemente interligados com a teoria e a prática de enfermagem (Fortin, 1996). Assim, os profissionais que se disponham a realizar investigação, tornam-se investigadores e potenciadores do progresso da disciplina em causa, partindo sempre dos problemas ou das questões que surgem no quotidiano. Por isto mesmo, entende-se que a investigação é um acesso de melhoria da qualidade. “Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.” (Adebo, 1974 como referido por Fortin, 1996, p.48).

Para além da prática do quotidiano, existem momentos do ciclo vital que, pelas suas características, apresentam fenómenos relevantes e potenciadores de investigação; por exemplo, os períodos de transição apresentam diversos elementos sensíveis para o bem-estar do ser humano e que carecem de intervenção profissional, especificamente de enfermagem. “A Enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida.” (Brito, 2012, p. 28). Deste modo, os enfermeiros têm um papel fundamental neste processo de adaptação à mudança ou ao efeito percecionado pelo ser humano durante a passagem de um estado para outro, auxiliando-o na busca de recursos facilitadores da evolução. Contudo, para que os enfermeiros possam intervir eficazmente, estes têm de conhecer os fenómenos subjacentes e mais influentes no processo; por isso,

é nesta vertente que a investigação se encaixa, através da formulação de um problema de investigação.

Assim sendo, na área da Saúde Materna e Obstetrícia, um dos processos de transição possíveis é a adaptação da diáde parental ao novo elemento, formando a tríade durante o período pós-parto. Relativamente a esta fase, há dois conceitos muito relevantes que muitas vezes são confundidos, sendo eles puerpério e pós-parto; segundo Graça (2005) como referido por Ordem dos Enfermeiros (2015), o puerpério (vulgarmente denominado pós-parto) é “o período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez” (p. 49), já o período pós-parto (do latim *postpartum*) é um período não delineado, mas engloba o puerpério e o restante tempo necessário à adaptação física e psicoemocional da tríade e à transição para a parentalidade.

Por isso, as primeiras 6 semanas são marcadas pelas transformações físicas e morfológicas da mulher após as alterações sofridas durante a gravidez, contudo, a mulher e também a diáde têm de se adaptar a um novo ser e a novos papéis sociais, criando um equilíbrio familiar e social. Por outro lado, as alterações psicológicas e emocionais não estão delineadas em nenhuma fase específica do pós-parto, como acontece com as alterações físicas, daí elas poderem ocorrer em qualquer altura da mudança, sendo mais desgastantes e duradoras.

Afonso (2000) como referido por Ordem dos Enfermeiros (2015) defende que “o apoio dado à Mulher/família pelos técnicos de saúde, nomeadamente os enfermeiros, é importante nesta fase da vida, (...) tendo em vista a promoção da saúde e do bem-estar de toda a família, com repercussões positivas também para a sociedade.” (p.49). De modo geral, os enfermeiros têm a responsabilidade de auxiliar no processo de transição, porém, os enfermeiros especialistas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica são os elementos mais focalizados para gestão saudável do período pós-parto, já que estes profissionais têm a competência de cuidar da mulher durante o período pós-natal, principalmente na promoção da saúde e no diagnóstico precoce das complicações, com impacto negativo na vida da mulher neste período. Por isso, é importante observar e aprofundar os fenómenos-chave deste período e investigá-los para crescer e melhorar a teoria, e consequentemente a prática.

Ao refletir sobre o período em causa e a influência da transição no bem-estar da família e de cada sujeito individualmente, detetei um fenómeno negativo que ocorre durante o pós-parto, influenciando a saúde em geral da família. Nesta transição, a família tem de se adaptar a um novo membro, cuidando dele, e fortalecendo ou reajustando o equilíbrio anteriormente existente; no entanto, esta mudança nem sempre é saudável, englobando diversos aspectos pejorativos e desgastantes, como por exemplo a fadiga.

A fadiga no pós-parto, definida por “... um fenómeno complexo, multicausal, multidimensional, não-específico e subjetivo que não tem uma definição única amplamente aceite.” (Tiesinga, Dassen & Halfens, 1998 como referidos por Cano-Climent, Oliver-Roig, Cabrero-García, Vries & Richart-Martínez, 2017, p.1). Arizmendi e Affonso (1987); Fawcett e York (1986); Gardner (1991); Gardner e Campbell (1991); Tulman e Fawcett (1988) como referidos por Milligan, Parks, Kitzman e Lenz (1997) rematam ainda que “Durante o período pós-parto, as mulheres sentem fadiga, o que pode impedir a sua capacidade de readquirir um *status* funcional como pessoa e mulher.” (p.3).

Assim sendo, é compreensível que existe uma lacuna no processo de transição para a parentalidade e que, por isso, esta mudança possa trazer efeitos negativos e nefastos para a diáde parental e principalmente para a mulher. Esta lacuna assinalada pode-se tornar num problema de investigação e, posteriormente ser trabalhada pelos profissionais, tanto na teórica como na prática, para melhorar os cuidados nesta fase e para que cada intervenção planeada seja mais eficaz e saudável.

A partir desta visão e desta necessidade teórica e prática em enfermagem, o problema de investigação que deu base ao meu estudo relaciona-se com a vivência de fadiga no pós-parto, que culminará com a dissertação em causa; este fenómeno surgiu através da minha experiência clínica, da literatura de enfermagem e de aspectos sociais com que fui contactando, sendo uma abordagem mais específica e focalizada da revisão da literatura elaborada no 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre a influência das redes de apoio sociais e das intervenções de enfermagem no processo de transição para a parentalidade. Tudo isto, proporcionou o aparecimento das seguintes conclusões: a fadiga pós-parto é um problema atual e com desvalorização contínua na história da humanidade; a fadiga pós-parto afeta a diáde parental, mas com maior prevalência nos indivíduos do sexo feminino, sobretudo pelas suas características psicossociais e socioculturais; esta fadiga afeta grande parte das famílias atuais e influencia negativamente o bem-estar e a saúde familiar; e este fenómeno pode ser avaliado e poderão surgir intervenções por parte dos

profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, que satisfaçam eficazmente as necessidades dos sujeitos.

Quanto à incidência da fadiga pós-parto, a literatura afirma que 65% a 69% das mulheres reporta fadiga durante o período pós-parto (Fawcett & York, 1986 como referidos por Milligan et al., 1997; Ansara, Cohen, Gallop, Kung, & Schei, 2005; Saurel Cubizolles, Romito, Lelong, & Ancel, 2000 como referidos por Giallo et al., 2016), provando que o número de mulheres afetadas por este fenómeno é avassalador e com crescimento possível.

Assim, a experiência demonstra que muitos casais vivenciam a fadiga durante o pós-parto, mas não existem intervenções nem avaliações eficazes por parte dos profissionais, com vista a minorar os efeitos deste fenómeno sobre a tríade parental e a família.

Por tudo isto, “A finalidade da pesquisa é “solucionar” o problema – ou contribuir para a sua solução – acumulando informações relevantes.” (Polit et al., 2004, p. 104). E assim, partindo da realidade subjacente, a minha investigação será desenvolvida, assentando nos seguintes objetivos: efetuar a tradução, a adaptação cultural e a validação do *Fatigue Symptom Checklist* (FSC) para a população portuguesa; e descrever a fadiga em mulheres puérperas entre os dois e seis meses do pós-parto.

A dissertação, para cumprir todos os requisitos anteriormente expostos e para garantir a utilização da metodologia de investigação, irá organizar-se a partir deste capítulo (a Introdução) em 2 partes (Parte I – Enquadramento Teórico e Parte II – Estudo Empírico), englobando 7 capítulos, e encerrando com as Considerações Finais e as Referências Bibliográficas. Para além destas partes constituintes, surgirão ainda alguns subcapítulos estruturantes, para facilitar a leitura e a compreensão do tema, dos procedimentos e dos resultados obtidos

Todo este trabalho será organizado e elaborado tendo em conta as diretrizes baseadas na APA 6º edição, apresentadas pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no ano de 2016, não esquecendo que se trata de uma investigação científica. Tendo em conta os aspetos inerentes a uma investigação, foram pesquisados e eleitos alguns artigos elaborados sobre esta temática, através de alguns descritores (MeSH e DeCS) previamente escolhidos; os descritores *Fatigue; Postpartum period; Parenting; Women* permitiram encontrar diversos artigos para elaborar o Enquadramento Teórico e compreender a pertinência do tema e a incidência da problemática na sociedade e na saúde

da mulher e familiar. Os artigos foram obtidos a partir das bases de dados *b-on*, *Scielo* e *Google Académico*, filtrando pelo ano de publicação (desde 2000), e pela existência do texto integral; porém, com o avançar da pesquisa tivemos de excluir os artigos sobre depressão pós-parto (*NOT depression*). Por outro lado, os artigos encontrados eram em língua portuguesa e a maioria em língua inglesa, pelo que todas as traduções necessárias ao longo do trabalho foram efetuadas por nós.

Em suma, todo este estudo anteriormente apresentado sucintamente terá finalidades teóricas e práticas, sendo elas: a validação de um instrumento de avaliação da fadiga no pós-parto, de fácil uso e eficaz na prática de enfermagem com a mulher e/ou a triade parental; o planeamento de intervenções dirigidas à mulher e à família, tanto no pré-parto como no pós-parto, a fim de capacitar os indivíduos na gestão da fadiga e no melhoramento da saúde individual e familiar; e sensibilizar e alertar a sociedade, principalmente as redes de apoio sociais e os profissionais de saúde (que têm um enorme impacto na transição para a parentalidade), para esta realidade contemporânea e negativa num seio de uma família.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tal como a designação indica, Enquadramento Teórico corresponde a uma explanação do tema ou dos assuntos mais relevantes para o desenvolvimento do trabalho em si, tendo por base os fundamentos apresentados na literatura.

Ao analisar a literatura existente, surgem diversas definições dos conceitos em estudo e várias visões do mesmo conceito, e é a partir desta variedade de definições e de reflexões, que se torna possível enquadrar os temas. Posto isto, a parte constituinte seguinte, dividida em 3 capítulos, explanará as diversas visões dos temas em causa.

Assim, os temas englobados neste capítulo serão três: a transição para a parentalidade, a fadiga numa visão geral e a fadiga no pós-parto; este último tema, é o constructo de referência ao estudo metodológico seguinte, pelo que são usados diversos artigos para a elaboração desta parte constituinte, resumidos no final do terceiro capítulo.

1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES: TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Transição (do verbo Transitar), segundo o dicionário Priberam, significa passagem de um lugar, assunto, tom ou estado para outro, ou trajeto.

De acordo com Meleis, o ser humano está sujeito a momentos ou fases de trajeto ou passagem para outro estado ao longo de toda a sua vida, caracterizando-se por instabilidade e novos desafios. Porém, ao pensarmos nas transições que os sujeitos vivenciam, estes passam de um momento de estabilidade e conforto, para outro de instabilidade e desafios, tentando restabelecer uma nova estabilidade posteriormente.

A partir desta visão, Meleis desenvolveu uma teoria para explicar as transições sofridas pelo ser humano e enquadrá-las na prática, possibilitando a implementação de intervenções de enfermagem; a teoria em causa denomina-se Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance.

Esta teoria engloba o ser humano no seu todo, já que as transições propostas têm várias naturezas, tais como: desenvolvimental (quando há mudança no ciclo vital), situacional (quando se alteram os papéis sociais), saúde/doença (quando há uma mudança do bem-estar para um estado de doença) e organizacional (quando há mudanças na estrutura social envolvente). Para além disto, a teoria aborda ainda a capacidade e a forma como o indivíduo se adapta à mudança, durante o processo de transição (Guimarães & Silva, 2016).

Deste modo, um dos momentos do ciclo vital do ser humano que converge numa transição, é todo o processo de preconceção, gravidez, parto e pós-parto, culminado com a adaptação da diáde ao novo ser, dando origem à tríade parental; a esta transição denomina-se Transição para a Parentalidade, contudo, é premente conhecer o significado de parentalidade.

A parentalidade (do latim *parentâle*) é um processo maturativo, desenvolvimental, multifacetado e multideterminado que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é de responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s), que numa perspectiva antropológica designa os laços de aliança e de filiação. (Bayle, 2005; Gomez, 2005 como referidos Mendes, 2007, p.49).

Assim, é um processo que envolve tanto os homens (pais/progenitores) como as mulheres (mães puérperas) após o parto, porém, as características que se desenvolvem neste momento da vida do casal são fruto de um processo contínuo desde a decisão de serem pais. Segundo Afonso (2000) como referido Mendes (2007), a parentalidade é “... um processo de ajustamento a uma nova identidade (identidade materna), de aprendizagem de um novo papel (de mãe), de adaptação a um novo elemento familiar com entidade própria (o filho), e de reestruturação das relações familiares e sociais.” (p.51). Assim sendo, comprehende-se o facto de o período pós-parto ser visto como uma transição (do que foi vivido anteriormente para o atual), tendo em conta os contextos e as experiências pessoais e do casal e a relação interpessoal existente.

Este conceito pode muitas vezes ser confundido com paternidade/maternidade; estes dizem respeito a uma dinâmica inserida na sociedade, segundo os seus valores e crenças, padrões culturais e representações sociais que são determinantes para a criação destes conceitos (Mendes, 2007); ou seja, a parentalidade pressupõe uma adaptação da pessoa a uma nova realidade pessoal, familiar, socioeconómica e cultural, englobando o companheiro e o novo ser, enquanto que a maternidade/paternidade é uma realidade individual e depreende-se das mudanças nos papéis sociais da mulher e do homem, enquanto cuidadores do RN.

Bradt (1995) como referido Lopes e Menezes (2007) considera que nesta transição, o casal deve aceitar os novos membros e adaptar-se para criar espaço para o filho e para os novos papéis, necessitando igualmente de se unir nas tarefas de educação deste, nas tarefas financeiras e domésticas, tendo por base constantes negociações. Assim sendo, considera-se um acontecimento que redefine a relação conjugal.

Como já foi referido, o período pós-parto é marcado pela aquisição de novos papéis, crenças e valores, ocorrendo tudo dentro de um processo de transição para a parentalidade e de construção da paternidade/maternidade. Contudo, durante este período, a diáde parental vivencia diversas alterações e mudanças tanto físicas, como psicológicas e/ou sociais, podendo surgir efeitos nefastos para o bem-estar geral e comum, como veremos de seguida.

2. FADIGA GERAL E CICLO VITAL DO SER HUMANO: CONCEITO E DIMENSÕES

Fadiga deriva do latim *Fatigāre* e surge na língua portuguesa desde 1844 (Mota, Cruz & Pimenta, 2005), tendo como significado no dicionário da Língua Portuguesa Infopédia 2003-2018 - cansaço resultante de um esforço. Contudo, este conceito já era usado na antiguidade, principalmente na Bíblia, associado ao sofrimento e causado por aspectos físicos ou mentais. Deste modo, o conceito de fadiga remonta às populações antigas, mantendo-se transversal à população contemporânea.

Muitos estudos ao longo dos anos têm aproveitado para investigar e aprofundar o conceito da fadiga na sua visão geral, já que este se mantém bastante imaturo e pouco desenvolvido; Mousseau (2004) como referido por Cárdenas, Conde-González e Perales (2017) defende que não existe uma definição ou conceção universalmente aceite para a fadiga. Numa linguagem informal, este fenómeno surge como uma sensação de cansaço, associando-se ao esforço físico e mental com diversas naturezas, originando desmotivação para a continuação do esforço (Cárdenas et al., 2017). Cientificamente, Mota e Pimenta (2002) como referidos por Mota et al. (2005) afirmam que "... é um fenómeno subjetivo, multicausal, cuja gênese e expressão envolvem aspectos físicos, cognitivos e emocionais." (p. 285). Ambas as visões vão ao encontro da vertente de fadiga já usada na antiguidade, em que se relacionava com questões físicas (como o excesso de trabalho) ou mentais (como por exemplo a culpa); assim comprehende-se que o fenómeno em causa não é totalmente desconhecido e que realmente é relevante para os seres humanos, já que é abordado muitas vezes e em contextos diversos.

Nas diversas pesquisas centradas neste conceito da fadiga, surgem dimensões caracterizadoras deste; segundo Michielsen, de Vries, van Heck, van de Vijver e Sijtsma (2004), a fadiga apresenta as dimensões da componente física, centrada na dor, no desgaste muscular após o exercício e no desgaste de energia sem restabelecimento, e da componente mental, centrada na diminuição da capacidade psicológica do indivíduo e na redução da capacidade de estabelecimento do bem-estar. Segundo o estudo de Mota et al. (2005), a fadiga poderá apresentar diversos atributos, muitas vezes relacionados com a área subjacente; contudo, o cansaço, a exaustão, o desgaste, a alteração da capacidade

funcional e a falta de recursos/energia são aspectos transversais da fadiga, independentemente da disciplina em causa. No que diz respeito aos atributos – letargia, sonolência, diminuição da motivação, da atenção e da concentração, necessidade extrema de descanso e mal-estar – estes não estão identificados em todos os casos de fadiga, considerando-os então como antecedentes ou consequências da situação em causa.

Partindo ainda do estudo acima mencionado, comprehende-se que a fadiga é muito mais que cansaço ou falta de motivação, sendo sim um culminar de todos estes sintomas negativos e de exaustão, potenciando um estado extremo de desgaste e desmotivação pela vida e pelas relações interpessoais pré-estabelecidas, que afeta negativamente a saúde da pessoa. Esta situação torna-se prevalente e desgastante no quotidiano dos seres humanos, já que surge como um desequilíbrio entre as atividades com gasto de energia e o descanso, sem que seja possível o restabelecimento após um período de sono reparador (Kurth, Kennedy, Spichiger, Hosli & Zempstutz, 2011 como referidos por Badr & Zauszniewski, 2017).

Com o decorrer do tempo, o fenómeno da fadiga foi-se tornando um conceito de relevo e de preocupação para os diversos profissionais, principalmente os ligados à área da saúde e às relações interpessoais, no entanto, cada área profissional assumiu uma definição de fadiga segundo as suas perspetivas subjacentes. Tiesinga, Dassen e Halfens (1998) como referidos por Cano-Climent et al. (2017) também esclarecem que a fadiga pode ter definições distintas consoante a área em causa, pois a “Fadiga é um fenómeno complexo, multicausal, multidimensional, não-específico e subjetivo que não tem uma definição única amplamente aceite.” (p.1). Porém, na visão de enfermagem, a fadiga foi definida e aprofundada, tornando-se um diagnóstico de enfermagem; a *North American Nursing Diagnosis Association* aceitou a fadiga como um diagnóstico de enfermagem em 1988, e foi revisto a 1998 (Mota et al., 2005), e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) introduziu o conceito na última atualização elaborada em 2015, definindo-a como “Emoção negativa: sentimentos de diminuição da força ou resistência, desgaste, cansaço mental ou físico e lassidão, com capacidade reduzida para o trabalho físico ou mental.” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.58).

Bates (1993); Bensing (1996) como referidos por De Vries, Michielsen e van Heck (2003) afirmaram que a fadiga é uma das principais queixas entre os indivíduos nas instituições de cuidados de saúde primários, evidenciando que se verifica entre 14% e 22% dos utentes. Assim sendo, é fulcral compreender o impacto deste fenómeno na vida e no

quotidiano dos seres humanos, para minorar os efeitos nefastos para a saúde; porém, é ainda necessário aprofundar o conceito e avaliá-lo de forma eficaz e prática através de instrumentos estudados e validados. Mota et al. (2005) afirmam que a forma de avaliar a fadiga relaciona-se com a avaliação dos antecedentes e das consequências, já que este fenómeno é subjetivo e não-observável; isto torna-se um elemento-chave para a prática de enfermagem, já que são profissionais dotados de características essenciais à educação em saúde, avaliação e implementação de intervenções.

Tal como foi perceptível, a fadiga engloba os seres humanos em geral em alguma altura do ciclo vital, com maior prevalência nas fases de transição ou em situações de doenças crónicas e/ou degenerativas. O nascimento e o pós-parto marcam uma fase bastante positiva para os pais e para a família na maioria dos casos (Bozoky & Corwin, 2002), já que esta transição é algo saudável, feliz e enriquecedora na vida dos indivíduos; no entanto, quando há dificuldades de adaptação e reestruturação neste período e pelas suas características e especificidades, torna-se propício o desenvolvimento da fadiga no casal, mas principalmente na mulher. Os estudos de Lewis e Wessely (1992); Bensing e Schreurs (1995) como referidos por Alves (2017) enfatizaram que a fadiga pós-parto é uma realidade do casal, mas que afeta 2 a 3 vezes mais as mulheres.

3. FADIGA NO PÓS-PARTO NAS MULHERES PUÉRPERAS

Pós-parto pode ser definido como “(...) um período marcado pela grande vulnerabilidade emocional para ambos os pais, em geral. Período este que comporta mudanças e consequentes reajustamentos, sobretudo aqueles referentes ao ajustamento no papel parental.” (Mendes, 2009, p.23). Por isto mesmo, quando a adaptação ao ser dependente e a introdução dos novos papéis sociais não é eficaz nem saudável, a fadiga torna-se num dos sintomas angustiantes mais relatados pelos casais e que influencia mais o processo de transição e também a saúde familiar e pessoal, tornando-se um fenómeno prevalente nesta fase do ciclo vital. “A fadiga pós-parto é um fenómeno complexo conceituado atendendo à sua relação com inúmeras variáveis físicas, psicológicas e situacionais.” (Milligan, Lenz, Parks, Pugh, & Kitzman, 1997 como referidos por Runquist, 2007, p.29).

A percentagem deste fenómeno entre as mulheres puérperas difere entre os demais estudos, contudo são diferenças pouco significativas quando comparadas entre si, mantendo-se ao longo dos tempos acima dos 50% de prevalência. Fawcett e York (1986) como referidos por Milligan et al. (1997) indicam que 65% das mulheres referem ter fadiga no período após o parto. Também, Affonso, Lovett, Paul e Sheptak (1990) como referidos por Corwin e Arbour (2007) apresentam uma taxa de 70% de mulheres com fadiga em níveis elevados nas primeiras 2 semanas (mantendo-se 40% destas fatigadas após 12 semanas do parto), e para Saurel-Cubizolles, Romito, Lelong, e Ancel (2000); Ansara, Cohen, Gallop, Kung, e Schei (2005) como referidos por Giallo et al. (2015) a percentagem é ligeiramente superior a 69%, nos primeiros 6 meses do pós-parto.

Para além disto, Schytt, Lindmark e Waldenstrom (2005) como referidos por Badr e Zauszniewski (2017) indicam que 63,8% das mulheres puérperas de “primeira viagem” são afetadas por fadiga no pós-parto, enquanto que Rychnovsky (2007) como referido por Lai, Hung, Stocker, Chan e Liu (2015) evidenciaram que 62% das mulheres da amostra apresentavam fadiga moderada e 18,3% fadiga elevada (num total de 80,3% mulheres fatigadas). Por fim, “Nas mães, estima-se que entre 60 a 70% sintam sintomas de fadiga após o nascimento de um filho...” (Glazener et al., 1995 como referidos por Alves, 2017, p.9).

Assim, concluiu-se que a maior parte das mulheres se sente fatigada e vivencia o período após o parto de forma negativa e em exaustão, percebendo também que esta realidade não é algo contemporâneo, apenas tem sido desvalorizado desde 1986 e mantendo-se até 2017. “A fadiga pós-parto é frequentemente vista como uma consequência inevitável da transição para a parentalidade.” (Corwin & Arbour, 2007, p. 216); esta afirmação vai ao encontro da alta incidência verificada nos diversos estudos, contudo, esta perspetiva é bastante desanimadora, tendo em conta que a gravidez e o pós-parto devem ser um estado de graça, de felicidade e bem-estar geral.

A definição do conceito fadiga pós-parto também apresenta diversas designações, sofrendo do mesmo que o conceito de fadiga geral e dificultando a compreensão dos profissionais e dos indivíduos em geral. Os diversos autores definem a fadiga pós-parto através de expressões como fenômeno, estado ou condição debilitante, experiência esmagadora, sintoma desagradável, sensação de exaustão ou desagradável, ou preocupação. Contudo, comprehende-se que é um conceito bastante difícil de definir, devido à sua subjetividade e à sua complexidade de causas e consequências; Milligan et al. (1997) e NANDA 2005-2007 como referidos por Taylor e Johnson (2010) afirmam que “Fadiga pós-natal é definida como uma esmagadora sensação de exaustão que é acompanhada por um decréscimo na capacidade para o trabalho mental e físico ao nível normal do indivíduo.” (p. 368).

Uma análise epidemiológica desenvolvida pelos autores Çınar, Çınar, Gorpelioglu e Sozeri (2007) demonstrou que o período pós-parto é 3 a 4 vezes mais exigente e nefasto para os indivíduos do que a gravidez, especificamente para as mulheres; assim, comprehende-se que a fadiga no período após o parto seja mais comum e mais intensa do que se calcula, tendendo a ser desvalorizada e a pensar que é algo intrínseco ao processo de transição para a parentalidade.

Taylor e Johnson (2010) demonstram que a sociedade exerce uma enorme pressão inconsciente sobre as mulheres, para que estas sejam “supermulheres”, isto é, que sejam capazes de cuidar do bebé e da família, e ainda realizar as tarefas domésticas, sem terem de se sentir cansadas ou incapazes de restabelecer a energia e a estabilidade. Contudo, sabe-se que as mulheres necessitam de cuidar de si para terem capacidade de cuidar dos outros; esta postura perante a mulher e a sua necessidade de tempo de reestruturação está associada à cultura e às crenças sociais existentes, não sendo por isso compreendida por todos da mesma forma. Segundo Song, Chang, Park, Kim e Nam (2010), a cultura afeta

a percepção e o desenvolvimento da fadiga, tendo assim uma vertente social tão grande e significativa que influencia o bem-estar da mulher e da família.

Quanto à sua delineação no tempo e às suas características, vários estudos demonstram que na maioria dos casos a fadiga pós-parto é progressiva e se mantém após as 6 semanas indicativas da recuperação funcional e biológica da mulher; Fairbrother, Hutton, Hall e Kluka (2008), no seu estudo, demonstraram que a fadiga se vai desenvolvendo (aumentando) desde a gravidez até ao período pós-parto, afetando diretamente alguns aspectos (como o processo de transição para a parentalidade positiva, a amamentação, o humor materno, e a qualidade relacional do casal), mas verificando-se um decréscimo desta problemática à medida que a idade infantil aumenta, e os padrões de sono se normalizam (menor período de sono fragmentado). Por outro lado, o estudo de Giallo et al. (2015), ao analisar o pós-parto entre os 0 e os 7 meses, indica que a fadiga se mantém em níveis moderados a altos até aos 3 meses após o parto, percebendo que as mulheres vivenciam este sentimento mesmo quando as rotinas de sono e alimentação estão normalizadas, pela exigência do cuidado com o recém-nascido. “Mulheres que relataram altos níveis de fadiga no início do estudo provavelmente continuariam a experimentar fadiga alta em todo o período pós-parto.” (Giallo et al., 2015, p.11).

Çinar et al. (2007) estudaram a diferença entre fadiga aguda e fadiga crónica tanto num prisma geral como particularizado para o período pós-parto; a fadiga aguda delimita-se num período até aos 6 meses, em que a partir daí se classifica como fadiga crónica. Estes autores afirmam que a fadiga aguda tem um papel protetor para os indivíduos, prevenindo os resultados nefastos das atividades prejudiciais nesta fase de transição, através de um restabelecimento da energia após um período de sono/descanso reparador.

Porém, a literatura tem demonstrado que a fadiga pós-parto surge num número elevado de mulheres, existindo fatores determinantes ou preditores desta situação e potenciando níveis de fadiga mais elevados e situações mais complexas. Alguns destes fatores preditores ou potenciadores enunciados nos diversos estudos analisados são as características obstétricas (como o paridade/número de partos, a duração do trabalho de parto, o tipo de parto e a presença de hemorragias), o número de filhos, a idade materna, o apoio social ou relações interpessoais fracas/inexistentes, a pobreza ou situações de baixo rendimento, as características culturais ou sociodemográficas, a existência de sintomas depressivos prévios ou depressão maternal ou o desenvolvimento de stress ou ansiedade, o temperamento infantil (ou seja, a percepção de ser uma “criança difícil” e as

dificuldades no cuidar), as alterações nos padrões de descanso/sono ou os distúrbios de sono, os fatores ambientais, o nível de escolaridade e a existência de emprego, o processo de parentalidade ou os contextos familiares, as características imediatas do pós-parto (como a amamentação) e os problemas de saúde pessoais (como infecções, doenças psicológicas, alterações bioquímicas ou alterações na atividade física).

Para facilitar a compreensão destes elementos todos, a tabela1 resumirá os fatores apresentados anteriormente, e que de seguida serão analisados:

Tabela 1 – Resumo dos fatores potenciadores da fadiga pós-parto

FATORES POTENCIADORES DA FADIGA	
Características Obstétricas e de Puerpério	<ul style="list-style-type: none"> • Paridade; • Duração do TP; • Tipo de parto; • Presença de hemorragias pós-parto; • Amamentação
Características Pessoais e Sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Idade; • Número de filhos; • Apoio social e relações interpessoais fracas/inexistentes; • Pobreza / Baixo rendimento económico; • Aspetos culturais e fatores ambientais; • Nível de escolaridade e empregabilidade; • Alterações no processo de parentalidade e contextos familiares
Características de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatologia depressiva prévia / depressão materna; • Desenvolvimento de stress ou ansiedade; • Alterações do padrão de sono ou descanso reparador; • Infecções ou alterações bioquímicas; • Doenças psicológicas; • Alterações na atividade física.

Quanto às características obstétricas, existem estudos que apresentam como preditores o facto de as mulheres serem primíparas, a existência de trabalho de parto (TP) prolongado, o facto de o parto ser do tipo cesariana e a ocorrência de hemorragias pós-parto.

Barclay, Everitt, Rogan, Schmied e Wyllie (1997); Lee e Zaffke (1999); McQueen e Mander, (2003) como referidos por Fairbrother et al. (2008), e também Milligan (1989); MacArthur (1999) como referidos por Taylor e Johnson (2010) indicam que as mulheres

primíparas experienciam mais fadiga no período após o parto; “É comum para as novas mães, particularmente novas mães que cuidam do primeiro filho, declararem sentirem-se sem forças, mentalmente cansadas, e exaustas.” (Barclay et al., 1997; Lee & Zaffke, 1999; McQueen & Mander, 2003 como referidos por Fairbrother et al., 2008, p.150).

Giallo et al. (2015) também abordam o número de filhos como preditor da fadiga, mas inclui a idade dos mesmos nesta perspetiva; estes autores concluem que a existência de vários filhos influencia o autocuidado materno e a execução das tarefas domésticas. Deste modo, comprehende-se que é este triângulo de circunstâncias que potencia o desenvolvimento da fadiga, ou seja, a mulher ter mais que um ser dependente ao seu cuidado, levando então à diminuição do autocuidado e à manutenção das tarefas domésticas (que se mantêm da sua responsabilidade na maioria das vezes).

Quanto ao parto *per si*, comprehende-se que é um momento de bastante desgaste e dor, tornando o casal e especificamente a mulher, mais suscetível aos aspetos negativos; Lai et al. (2015) afirmam que o tipo de parto é um dos fatores potenciadores da fadiga, realçando que as mulheres submetidas a uma cesariana experienciam mais recorrentemente sentimentos como a fadiga, insónias ou hipersónias após o parto. Estas mulheres submetidas a cesariana apresentam mais dificuldade em cuidar do RN, em alojamento conjunto (Lai et al., 2015), o que potencia diversos sentimentos negativos. Também, Pugh e Milligan (1995); Wambach (1998); Chien e Ko (2004); Gay, Lee e Lee (2004); Lee e Gay (2004); Dennis e Ross (2005) como referidos por Fairbrother et al. (2008) e Taylor e Johnson (2010) enunciam que há maior risco de desenvolvimento da fadiga aquando de um parto por cesariana.

Por outro lado, Çinar et al. (2007) indicam que não encontrara influência significativa entre a fadiga pós-parto e o tipo de parto, o que vai de encontro com os artigos acima descritos; contudo, a influência descrita entre a fadiga e o tipo de parto (principalmente cesariana) acarreta outros fatores associados (como as dificuldades de cuidar do RN, a dor, e as hemorragias), sendo por isso mais provável o desenvolvimento deste fenómeno.

Ainda associado ao parto, Taylor e Johnson (2010) apresentam a duração do parto, especificamente o TP prolongado, como um fator potenciador do problema central da dissertação; complementando isto, surge o stress e a dor associados a um parto prolongado, que segundo Çinar et al. (2007) é um dos fatores preditores com mais influência na fadiga do pós-parto. Para além disto, a hemorragia no pós-parto também

entra como preditor; Milligan (1989); MacArthur, Lewis e Knox (1991) como referidos por Taylor e Johnson (2010) e Badr e Zauszniewski (2017) incluem este fator nas suas investigações, sendo que os últimos autores apresentados, no seu estudo de 2017, indicam que a hemorragia pós-parto tem um efeito baixo sobre a fadiga, mas com influência significativa para os resultados da investigação.

Relativamente à idade materna como fator preditor, esta é ainda algo pouco consistente, já que a maioria dos estudos não a apresentam como tal; Çinar et al. (2007) demonstraram não ter encontrado uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e a problemática em estudo. Contudo, Badr e Zauszniewski (2017) encontraram uma baixa relação entre a idade materna e a fadiga pós-parto. Também, Lee e Zaffke (1999) como referidos por Giallo et al. (2015) assumem a idade materna como um fator predisponente, principalmente as idades mais jovens. O estudo de Giallo et al. (2015) demonstrou que as idades maternas mais jovens estão associadas a altos níveis de fadiga no início do estudo (aos 0 meses do pós-parto), e que as idades mais avançadas se associam a uma fadiga que persiste ao longo do pós-parto, ou seja, mais duradora. Isto pode estar bastante associado com outro fator predisponente da fadiga: o suporte/apoio social da mulher, criando uma relação forte para o desenvolvimento do fenómeno em estudo.

Doering e Durfor (2011) indicam que o suporte social é um elemento bastante importante e relevante para as 16 mulheres participantes, e que é essencial para gerir a fadiga e o sono, nos primeiros meses do pós-parto; comprehende-se que sem este suporte social, a mulher e a família ficam obrigados a lutar mais para restabelecer a normalidade, ocupando e demorando mais tempo a reestruturar a funcionalidade. Para estas mulheres afro-americanas estudadas pelos autores acima mencionados, o apoio é obtido através dos membros femininos da família, mas na maioria dos contextos, o apoio não é apenas por estes elementos, já que este poderá surgir de toda a comunidade envolvente da mulher, através da criação de redes de apoio social.

Pugh e Milligan (1995); Wambach (1998); Chien e Ko (2004); Gay, Lee e Lee (2004); Lee e Gay (2004); Dennis e Ross (2005) como referidos por Fairbrother et al. (2008) e Gardner e Campbell (1991) como referidos por Song et al. (2010) afirmam que a fadiga pós-parto aumenta com a ausência ou com a existência de um pequeno e fraco grupo de apoio social. Os últimos autores, no seu estudo de 2010, declararam que o suporte social contribui para a diminuição das dificuldades na amamentação e no cuidado do RN, e para a redução da incidência da depressão nas puérperas, amenizando assim a fadiga (Song et

al., 2010); porém reforçam que o apoio social *per si* não tem uma correlação direta na fadiga, mas sim noutros aspectos fisiológico e psicológicos subjacentes ao desenvolvimento desta. Também Gottlieb e Mendelson (1995) como referidos por Taylor e Johnson (2010), estudaram a influência do suporte social na gestão da fadiga, pois torna-se evidente que este suporte e apoio dos elementos mais próximos é uma ótima estratégia de *coping*. No entanto, algumas mulheres têm dificuldade em negociar o apoio que recebem, influenciando negativamente a eficácia da estratégia em causa; e para além disto, a sociedade exerce pressão social inconsciente, levando as puérperas a terem que agir como “supermulheres” capazes de responder eficazmente a diversas demandas, potenciando assim o aparecimento dos efeitos nefastos e pouco saudáveis. Segundo Unger e Wandersman (1988); Leahy-Warren, McCarthy e Corcoran (2012) como referidos por Giallo et al. (2015), à semelhança do anterior, a pressão exercida pela sociedade pode exercer uma sobrecarga maior sobre as relações familiares e interpessoais da mulher puérpera, limitando o apoio social disponível nesta fase do ciclo vital.

Porém, o suporte social não se relaciona apenas com as redes criadas na sociedade e nos recursos disponíveis, a família e, principalmente, o companheiro, podem tornar-se uma grande influência tanto positiva como negativa para o desenvolvimento da fadiga no pós-parto; Giallo et al. (2017) apresentam a diminuição da qualidade do relacionamento como um fator desencadeador do problema em estudo. Para além da qualidade, a existência de um companheiro também pode ser determinante, já que Nicholson, D’Esposito, Lucas e Westrupp (2013) como referidos por Giallo et al. (2017) enunciam que os pais solteiros têm menos recursos disponíveis e uma probabilidade menor de assegurar um suporte emocional e instrumental/prático eficaz. Sinceramente, esta visão é compreensível a nível teórico, em que a mulher assume todas as demandas sozinha sem que possa delegar tarefas específicas, aumentando assim a sobrecarga, stress e ansiedade; no entanto, a nível das vivências, esta realidade pode não ser tão linear, e em alguns contextos, o companheiro poderá ser um fator negativo e potenciador de aspectos nefastos (como por exemplo, em situações de violência doméstica).

Conclui-se então, que esta estratégia é bastante subjetiva, pois um elevado número de pessoas poderá não ser sinónimo de bom suporte social, e consequentemente ausência de fadiga. Na minha opinião, como transmiti acima, esta dimensão do suporte social pode estar associada também à idade materna, e consequentemente à fadiga pós-parto; ou seja, as mulheres mais jovens, na maioria das vezes, têm uma menor rede de apoio

desenvolvida, o que poderá potenciar o desenvolvimento de fadiga pós-parto mais precocemente. Enquanto que, as mulheres com idade mais avançada poderão ter uma rede mais bem desenvolvida e sólida, mas apresentam mais condicionantes envolventes, como por exemplo, um maior número de filhos para cuidar, o que predispõe a uma fadiga crónica e duradora ao longo do pós-parto; ainda assim, o suporte social existente ou não, influencia outros fatores como a amamentação, o cuidar do ser dependente, e a saúde da mulher, que também são fatores potenciadores desta problemática.

Relativamente aos fatores das características culturais e da pobreza, Song et al. (2010) esclarecem que a cultura afeta a percepção e o desenvolvimento da fadiga, como já referimos anteriormente. Neste contexto, cultura entende-se por crenças, valores e ideais subjacentes à parentalidade (ou seja, os papéis sociais da mulher e do homem enquanto pais). Giallo et al. (2015) reforçam que as mulheres incluídas num meio socialmente desfavorecido (baixo estatuto social) apresentam menos recursos e serviços disponíveis e de qualidade, tornando-as seres com menos suporte social e de saúde; tal como vimos anteriormente, famílias ou puérperas com fraco apoio social estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de fadiga no período pós-parto. Por outro lado, a pobreza incluiu-se neste grupo, enfatizando que “... complica ainda mais o sono e a fadiga no período pós-parto.” (Doering & Durfor, 2011, p. 258); por isso, as mulheres incluídas num contexto desfavorecido experienciam um grande desafio de gestão da fadiga pós-parto, influenciando os aspectos da transição para a parentalidade. Também os fatores ambientais se coordenam neste processo de transição e de instabilidade, como o ruído noturno, a partilha de cama, a qualidade fraca do colchão, e a instabilidade da temperatura ambiental, pois podem ser decisivos para a qualidade do período pós-parto e para a gestão de um sentimento exaustivo, como é a fadiga neste período (Cauter & Spiegel, 1999 como referidos por Doering & Durfor, 2011). Por fim, no estudo anteriormente destacado afirma-se que as circunstâncias de pobreza ou de baixo poder económico potenciam o desenvolvimento da fadiga pós-parto, podendo culminar em sintomas depressivos ou depressão.

Os sintomas depressivos prévios ou a existência de depressão maternal acima mencionados também se assumem como um fator potenciador do desenvolvimento da fadiga pós-parto; Song et al. (2010) afirmam que a fadiga pós-parto é um preditor da depressão, no entanto, também é visível no estudo que a pré-existência de depressão maternal ou sintomas depressivos potenciam o desenvolvimento da fadiga após o parto.

“... a depressão é também descrita como um dos fatores psicológicos mais importantes causadores de fadiga (...) Assim podemos estabelecer uma relação na qual a depressão pós-parto afeta diretamente a fadiga pós-parto.” (Song et al., 2010, p. 2629).

Também Pugh e Milligan (1995); Wambach (1998); Chien e Ko (2004); Gay, Lee e Lee (2004); Lee e Gay (2004); Dennis e Ross (2005) como referidos por Fairbrother et al. (2008), tal como Milligan (1989) e Wambach (1998) como referidos por Taylor e Johnson (2010) abordam a existência prévia de depressão materna em mulheres que desenvolveram fadiga no pós-parto, dizendo que estes sintomas prévios contribuem para o aparecimento de fadiga, principalmente após 2 ou 3 meses do parto. Para Groer et al. (2005); Doering Runquist et al. (2009); Thomas e Spieker (2016) como referidos por Badr e Zauszniewski (2017), a depressão materna é o fator potenciador com maior relação à fadiga pós-parto, e a ansiedade e o stress evidenciam uma relação moderada (Wambach, 1998; Groer et al., 2005; Taylor & Johnson, 2013 como referidos por Badr e Zauszniewski, 2017); Doering Runquist et al. (2009) como referidos por Badr e Zauszniewski (2017) encontraram uma forte relação entre a existência de sintomas depressivos no pós-parto e a fadiga, nos 1º, 3º e 6º meses após o parto (com maior evidência no 3º mês). Também para Thomas e Spieker (2016) como referidos por Badr e Zauszniewski (2017), há uma relação significativa entre estes dois elementos, principalmente após 32 semanas do parto. Por isso, estes quatro estudos apresentam resultados similares e congruentes entre si.

Quanto ao stress e à ansiedade, Groer et al. (2005) como referidos por Badr e Zauszniewski (2017) afirmam que o stress potencia um estado de sobrecarga e ainda de falta de controlo e previsão da vida, correlacionando-se com a fadiga pela incapacidade de retorno ao estado funcional anterior. Já Taylor e Johnson (2013) como referidos por Badr e Zauszniewski (2017), tornaram evidente que a ansiedade maternal aumenta significativamente a partir da 1º semana até ao 6º mês após o parto.

Por outro lado, Bozoky e Corwin (2002) compreenderam que as demandas físicas e emocionais impostas à puérpera, potenciavam o desenvolvimento de um humor distímico. Contudo, para estes dois autores, a depressão maternal está associada com a fadiga, mas não é preditor deste fenômeno. O estudo assume a existência de relação entre estas duas variáveis, mas não é significativamente importante; para além disto, Beck (1998) como referido por Bozoky e Corwin (2002) indica que existem diversas ferramentas que

avaliam a depressão no pós-parto, mas que não há nenhuma que aborde a fadiga e que avalie o risco a que a mulher está sujeita.

Torna-se perceptível que as puérperas com sintomas depressivos prévios ou depressão maternal se encontrem bastante suscetíveis ao desenvolvimento de fadiga, pois o desgaste de energia torna-se superior ao que é reposto durante um descanso reparador; para além disto, ainda se incluem outros aspectos, como o padrão de sono alterado, o humor alterado e a capacidade de reestruturação social e pessoal comprometida, que são inerentes a uma mulher com depressão ou sintomas depressivos prévios.

Prosseguindo nos fatores preditores, os diversos autores também incluem o temperamento infantil neste processo de transição. “O temperamento infantil é também considerado um fator preditivo da fadiga pós-parto...” (Song et al., 2010, p.2629), mas pela sua relação com outras variáveis existentes. Este fator é potenciador da fadiga já que afeta outros componentes relevantes na transição para a parentalidade, tais como o stress materno-infantil, a diminuição da qualidade do sono/descanso, e a depressão pós-parto, surgindo como um fator preditor indireto. Também Milligan (1989); Wambach (1998) como referidos por Taylor e Johnson (2010) e Çinar et al. (2017) indicam o temperamento infantil difícil como um elemento potenciador desta circunstância negativa que é a fadiga. Para Lin, Lee, Kuo, Mu e Shu (2004) como referidos por Lai et al. (2015), as mulheres puérperas sentem-se confusas e perdidas nas demandas necessárias nas primeiras horas do pós-parto, devido à falta de experiência na amamentação e no cuidar do ser dependente. As mulheres nesta fase inicial necessitam de descanso adequado e ainda acompanhamento e informação sobre os cuidados ao RN, sendo que isto deve ser fornecido e fortalecido durante o internamento na maternidade (Fishbein & Burggraf, 1998 como referidos por Lai et al., 2015). À semelhança destes autores, o facto de a mulher puérpera ter de cuidar do recém-nascido durante 24 horas e, por vezes, ter a cargo ainda outras crianças (filhos mais velhos) pode contribuir a fadiga (McQueen & Mander, 2003 como referidos por Corwin & Arbour, 2007).

Num estudo similar desenvolvido por Badr e Zauszniewski, este fator é apresentado como dificuldade em cuidar do RN, associado então à irritabilidade do bebé, à dificuldade na execução das tarefas de cuidar e alimentar e à dificuldade de promover a segurança do RN (Wambach, 1998; Taylor & Johnson, 2013; Lai et al., 2015 como referidos por Badr & Zauszniewski, 2017); segundo os resultados gerais obtidos neste estudo, a variável Dificuldade em Cuidar do RN afeta a fadiga no pós-parto, mas com efeito baixo em

comparação a outras. Porém, Wambach (1998) como referido por Badr e Zauszniewski (2017) encontrou uma correlação moderada entre as duas variáveis acima apresentadas, principalmente entre a 6º e a 9º semanas pós-parto. Também Taylor e Johnson (2013) como referidos por Badr e Zauszniewski (2017) estudaram a relação entre o temperamento infantil e a fadiga após o parto; evidenciou-se que à 6º semana após o parto a correlação é significativamente moderada, enquanto que ao 6º mês, a correlação já é pequena e praticamente insignificante. Por fim, Lai et al. (2015) como referidos por Badr e Zauszniewski (2017) comparou a relação entre três variáveis: a dificuldade de cuidar do RN, a fadiga e o tipo de parto, evidenciando-se com este estudo, que a correlação entre as duas primeiras variáveis apresentadas era significativa, mas sem influências aparentes com as vivências do parto.

Por outro lado, num estudo de 2015, Giallo et al. afirmam que as variáveis relacionadas com as crianças não se revelaram significativas na investigação, já que se demonstrou que a demanda dos cuidados ao recém-nascido isolados não é suficiente para o desenvolvimento da fadiga, dependendo assim dos fatores contextuais e pessoais.

Quanto às alterações de sono ou de descanso, este elemento é fortemente descrito na literatura e associado à fadiga no período do pós-parto como um fator potenciador; para Giallo et al. (2015) esta variável é o fator principal para o desenvolvimento da fadiga no pós-parto, enquanto que para Song et al. (2010) é um fator relevante, mas com menos significância que a depressão.

A sonolência surge nesta linha de pensamento e define-se como uma necessidade fisiológica causada por algo externo que impede a aquisição de sono, e que impulsiona uma necessidade maior de descanso, quando se pretende manter desperto/acordado, podendo então potenciar o aparecimento de distúrbios de sono ou de sono insuficiente (Insana & Montgomery-Downs, 2010). Lee e Zaffke (1999) como referidos por Insana e Montgomery-Downs (2010) compreenderam que a fadiga aumentava em associação a períodos de privação de sono, mesmo sem a presença de um distúrbio diagnosticado; e ainda Troy (2003); Wolfson e Lee (2005) como referidos por Insana e Montgomery-Downs (2010) afirmam que as puérperas experienciam maiores níveis de sonolência durante o pós-parto, e por isso, níveis de fadiga mais elevados. “As experiências de sonolência e fadiga podem ter consequências de longo alcance para as mães no pós-parto, suas famílias e a sociedade, devido às suas responsabilidades de cuidar das crianças e da sua presença no mercado de trabalho.” (Insana & Montgomery-Downs, 2010, p.468).

Noutra perspetiva, Hantos (1993); Webster (1994); Wambach (1998); Lee e Zaffke (1999); Hunter, Rychnovsky e Yount (2009); Rychnovsky e Hunter (2009) como referidos por Song et al. (2010) encontraram uma forte ligação entre a fadiga pós-parto e a qualidade do sono, principalmente pela interferência do sono durante a fase REM (ou seja, fase do movimento rápido dos olhos). Também Fairbrother et al. (2008), tal como Wambach (1998); Elek, Hudson e Fleck (2002) como referidos por Taylor e Johnson (2010), e ainda Hung e Chen (2014) como referidos por Cano-Climent et al. (2017) indicam nos seus estudos que os distúrbios do sono ou as alterações da qualidade dos períodos sono/descanso são potenciadores do fenómeno subjetivo e complexo, que é a fadiga.

Para além destes estudos, Armstrong, O'Donnell, McCallum e Dadds (1998); Giallo, Wade, Cooklin e Rose (2011) como referidos por Giallo et al. (2015) afirmam que as mulheres referem fadiga evidenciando diversos fatores no seu quotidiano, sendo alguns deles os distúrbios do sono e a percepção negativa da qualidade e quantidade de sono; o estudo em causa demonstrou que o fator potenciador com impacto moderado nos níveis de fadiga no início do pós-parto e também no decurso da mesma, é a má qualidade do sono.

Um estudo similar de 2017 e congruente com os anteriores, apresentou nos seus resultados os problemas de sono/descanso como um fator preditor com um efeito moderado sobre a fadiga no pós-parto; Wambach (1998); Groer et al. (2005); Lee e Lee (2007) como referidos por Badr e Zauszniewski (2017) indicam que o que influencia a fadiga é a pobre qualidade e quantidade de sono e a sonolência presente durante o dia. O sono materno no pós-parto apresenta diminuições na sua qualidade e quantidade, somando mais horas de pausa durante a noite; por isso, surge um sono fragmentado, principalmente durante o 1º mês após o parto, devido à exigência dos cuidados ao RN. Segundo Lee (1999) como referido por Badr e Zauszniewski (2017), existe uma relação entre o sono fragmentado e a fadiga, entre o 1º e o 3º meses do período pós-parto, com maior significância no 1º mês. Para Groer et al. (2005) como referidos por Badr e Zauszniewski (2017), a sonolência tem um significado enorme no aparecimento da fadiga, durante as 4 e 6 semanas do pós-parto; estes autores ainda relacionaram estas duas variáveis com os níveis de melatonina no leite materno, compreendendo que uma puérpera que apresente sonolência, terá os níveis aumentados de melatonina no LM e por isso, o RN estará mais desperto e ativo, criando-se assim um agregado de fatores

potenciadores da fadiga. Também Lai et al. (2015) estudaram a relação apresentada acima, afirmando que quando uma puérpera se encontra exausta, aumenta a produção e libertação de melatonina pelo LM, afetando assim o RN e impedindo-o de manter ciclos estáveis de sono-vigília e aumentando a probabilidade de sono materno fragmentado.

Outro fator preditor da fadiga pós-parto apresentado pelas diversas investigações, é o nível de escolaridade e as características do emprego, se existente; segundo o estudo de Badr e Zauszniewski (2017), o nível de escolaridade da puérpera tem um efeito pequeno sobre o fenómeno em estudo. Taylor e Johnson (2013) como referidos por Badr e Zauszniewski (2017) afirmam que o facto de as mulheres terem completado o Ensino Básico tem uma correlação baixa com a fadiga na 1º semana após o parto; com o decorrer do período em causa, esta correlação torna-se insignificante. Os resultados apresentados acima são justificados pelo adiamento do descanso pessoal antes do parto, devido ao trabalho (ou seja, trabalham mais tempo antes do parto, dificultando a adaptação e a transição gravidez-pós-parto). No entanto, o estudo Çinar et al. (2007) indica que não se evidenciou nenhuma influência significativa entre as duas variáveis: fadiga e nível de escolaridade.

Por outro lado, para Pugh e Milligan (1995); Wambach (1998); Chien e Ko (2004); Gay, Lee e Lee (2004); Lee e Gay (2004); Dennis e Ross (2005) como referidos por Fairbrother et al. (2008) o emprego é um dos fatores preditores da fadiga no período pós-parto.

Por fim, surgem outros fatores potenciadores da fadiga pós-parto, sendo eles as características do pós-parto imediato e os problemas de saúde maternos. Quanto às características do pós-parto imediato enunciadas por diversos autores, incluiu-se a amamentação e as dificuldades subjacentes.

Lai et al. (2015) apresentam as dificuldades precoces com a amamentação como um fator preditor da fadiga pós-parto, enunciando que as puérperas se sentem confusas e ansiosas nas primeiras horas, pela falta de experiência. Em maternidades com alojamento conjunto, as mães sentem-se mais desprotegidas e ansiosas por contactarem com o RN durante 24h; o elo facilitador deste processo e diminuindo os fatores para o desenvolvimento da fadiga nestes casos são os profissionais de enfermagem (Hunter, Rychnovsky & Yount, 2009 como referidos por Lai et al., 2015). Para Badr e Zauszniewski (2017), as dificuldades com a amamentação evidenciaram uma correlação moderada; e segundo Wambach (1998) como referido por Badr e Zauszniewski (2017)

um dos problemas encontrados para a fadiga surgir de forma moderada a elevada é o leite insuficiente. A correlação entre a percepção de ter leite insuficiente e a fadiga é moderada, tornando-se maior na 3º semana do que no 3º dia após o parto; esta ideia formatada da amamentação, e especificamente da quantidade do leite, leva a que a puérpera se sinta muito desmotivada e ansiosa, potenciando o aparecimento de dificuldades e de fadiga.

Pelo contrário, Çinar et al. (2017) indicam que no seu estudo, não se evidenciou nenhuma relação significativa entre a amamentação e o fenómeno em estudo nesta dissertação.

Por fim, os autores enumeraram diversos fatores potenciadores da fadiga associados a problemas de saúde pessoais da puérpera, tais como: alterações bioquímicas, infecções, doenças/alterações psicológicas, e alterações na atividade física.

Corwin e Arbour (2007) no seu estudo de intervenções baseadas na evidência compreenderam que a fadiga pós-parto era potenciada por alterações bioquímicas como anemia e disfunção tiroideia. “Anemia por défice de ferro é comum durante (...) o período pós-parto, especialmente em mulheres jovens e de baixo nível social, e está ligada à fadiga pós-parto e a um pior *outcome* clínico.” (Corwin & Arbour, 2007, p. 216); em todas as mulheres é normal que após o parto, os níveis de hemoglobina reduzam ligeiramente nas primeiras 24h, devido às perdas sanguíneas verificadas durante o parto, voltando a aumentar após 2 a 5 dias, contudo, o efeito negativo surge quando esta alteração se prolonga por um período maior. Estes autores compreenderam que a anemia está associada a sintomas como irritabilidade, apatia e dificuldade de concentração, e por isso, o desenvolvimento desta sintomatologia culminaria em fadiga após o parto. O rastreio da anemia após o parto mantém-se bastante ineficaz e escasso para a maioria das mulheres, comprometendo assim a exclusão de um dos fatores potenciadores do fenómeno em causa.

Também para Badr e Zauszniewski (2017), a evidência de níveis baixos de ferritina e hemoglobina (ou seja, anemia e anemia por défice de ferro) têm um efeito moderado sobre a fadiga pós-parto. Contudo, estes distúrbios, como o é a anemia e a disfunção tiroideia por exemplo, ainda não são abordados pela maioria dos autores, tornando os resultados pouco consistentes. No entanto, estas alterações bioquímicas surgem num elevado número de puérperas, podendo ser o início potenciador do fenómeno fadiga. Assim, torna-se relevante investir mais na investigação das alterações bioquímica após o

parto e compreender a influência das mesmas no bem-estar e na saúde da mulher, e consequentemente da nova família.

Quanto às infeções maternas no pós-parto, esta circunstância engloba as situações que ocorrem nas primeiras horas após o parto e também as que se vão desenvolvendo ao longo do restante tempo; endometriose e mastite são alguns exemplos de infeções que podem ocorrer, contudo a maioria das infeções surgem após a alta hospitalar, diminuindo o acompanhamento disponível para a mulher (Corwin & Arbour, 2007). Badr e Zauszniewski (2017) apresentam uma correlação de efeito baixo entre esta variável e a fadiga após o parto; Groer et al. (2005) como referidos por Badr e Zauszniewski (2017) encontraram também esta relação baixa entre as variáveis, principalmente na 4º e 6º semanas do período pós-parto. Contudo, Wambach (1998) como referido por Badr e Zauszniewski (2017) relatou uma correlação moderada entre as variáveis, esclarecendo que as puérperas relatam mais mastites e infeções do trato respiratório superior durante a 9º semana.

Por outro lado, nesta fase podem surgir doenças ou alterações psicológicas ou de cariz emocional na puérpera; Badr e Zauszniewski (2017) indicam que as alterações psicológicas influenciam moderadamente a fadiga no pós-parto. Também, Çinar et al. (2007) encontraram uma relação muito significativa entre o estado emocional da mulher e a fadiga, compreendendo que o estado emocional afeta negativamente o fenômeno em causa. Esta relação entre as alterações emocionais e a fadiga têm maior impacto nas dimensões do humor, nas relações interpessoais e na vontade de viver.

Por fim, surgem as alterações na atividade física como fator potenciador da fadiga no pós-parto; Parks, Lenz e Milligan (1999); Cooklin, Giallo e Rose (2011) como referidos por Giallo et al. (2017) identificam a pobre saúde física e, consequentemente níveis de atividade física baixos como aspectos relacionados com o desenvolvimento do fenômeno em causa. Associado à fraca saúde física e aos níveis baixos de exercício físico, podem surgir as dores corporais como influenciadoras e potenciadoras de sintomas negativos (Gay, Lee & Lee, 2004; McGovern et al., 2006; Runquist, 2007 como referidos por Lai et al., 2015).

Kline, Martin e Deyo (1998) como referidos por Çinar et al. (2017) afirmam que as mulheres não se sentem preparadas para as alterações físicas e psicológicas subjacentes

ao período pós-parto, sendo que isto pode ser amenizado através do fornecimento de informação e acompanhamento dos profissionais de saúde.

Entre estes fatores potenciadores acima descritos, o desenvolvimento da fadiga e o aparecimento das consequências associadas, existe uma linha ténue, sendo que se torna difícil de definir se a fadiga surgiu por determinado fator ou se esse aspecto surgiu como consequência. Por exemplo, as alterações do padrão de sono/descanso potenciam obviamente a fadiga no pós-parto, pois se a puérpera se sente cansada, não consegue repor a energia despendida, e rapidamente surgem os sintomas subjacentes à fadiga e esta desenvolve-se por acréscimo. Porém, quando a fadiga está instalada a mulher terá dificuldade em descansar e em obter um sono reparador, a fim de restabelecer o estado prévio. Por isso, torna-se um ciclo de ação-reação, sem compreender especificamente a causa e o efeito.

Contudo, a literatura apresenta algumas consequências da fadiga identificadas como tal, que acarretam um impacto negativo holístico, abrangendo tanto o nível pessoal, familiar, social e de saúde; são descritas as seguintes: alterações do estado emocional (como o aumento da ansiedade/stress parental), a perda de saúde mental (e consequentemente, o desenvolvimento de depressão ou o aparecimento de sintomas depressivos), o menor desempenho do desenvolvimento infantil, a diminuição do autocuidado materno e da capacidade de cuidar do RN, o aparecimento dos problemas de saúde associados e o atraso no retorno ao estado funcional, a cessação/desmame precoce da amamentação, e a diminuição da qualidade das relações familiares/interpessoais.

Assim, comprehende-se que o impacto do desenvolvimento da fadiga no pós-parto não se cinge apenas à mulher afetada ou ao RN por si só, mas à vinculação mãe-filho, a todos os familiares e à sua rede social. À semelhança do que foi feito para os fatores potenciadores, a tabela seguinte (tabela 2) esquematiza as consequências que de seguida serão analisadas, facilitando a leitura.

Tabela 2 – Resumo das consequências associadas à fadiga pós-parto

CONSEQUÊNCIAS ASSOCIADAS À FADIGA	
Consequências de Saúde	<ul style="list-style-type: none">• Alterações do estado emocional;• Aumento da ansiedade/ stress parental;• Perda de saúde mental;• Aparecimento de sintomas depressivos ou desenvolvimento de depressão materna;• Aparecimento de problemas associados ao atraso no retorno ao estado funcional.
Consequências associadas ao RN e à vinculação	<ul style="list-style-type: none">• Diminuição do desempenho infantil;• Diminuição da capacidade de cuidar do RN;• Cessação/ desmame precoce da amamentação.
Consequências Pessoais e Familiares	<ul style="list-style-type: none">• Diminuição do autocuidado;• Diminuição da qualidade das relações familiares e interpessoais.

Centrando-se na mulher por si só, pode-se abordar as alterações do estado emocional, a perda de saúde mental, o atraso do retorno ao estado funcional prévio, tal como os problemas de saúde associados, e também a diminuição do autocuidado materno; segundo Wambach (1998); Dennis e Ross (2005) como referidos por Fairbrother et al. (2008), o desenvolvimento da fadiga potencia o aumento da ansiedade e segundo Cooklin, Giallo e Rose (2012) como referidos por Cano-Climent et al. (2017), a fadiga inicial pode proporcionar o aumento do stress parental. Também para Wade, Giallo e Cooklin's (2012) como referidos por Giallo et al. (2015), o stress parental é uma consequência do desenvolvimento da fadiga no pós-parto. Também Alves (2017) no seu estudo, afirma que a exaustão física e mental dificulta a gestão dos recursos para lidar com o stress parental, tornando o casal, e principalmente a mulher, mais hostil e menos afetuosa. Assim, verificam-se alterações do estado emocional da puérpera.

Quanto à perda de saúde mental, Giallo, Rose e Vittorino (2011) como referidos por Alves (2017) afirmam que as puérperas estão predispostas a esta consequência, aumentando a probabilidade do aparecimento de sintomas depressivos ou do desenvolvimento de depressão. Segundo Affonso et al. (1990); Bozoky e Corwin (2002); Corwin et al. (2005) como referidos por Taylor e Johnson (2010), também Parks, Lenz, Milligan e Han (1999); McVeigh (2000); Doering Runquist, Morin e Stetzer (2009) como referidos por Doering e Durfor (2011), e ainda Wade, Giallo e Cooklin (2012) como referidos por Cano-Climent

et al. (2017), a fadiga existente após o parto associa-se ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva ou de depressão materna.

Num artigo de 2010, foi apresentada a dualidade de relação entre a fadiga com a depressão após o parto, explicando que existem autores que apresentam a fadiga pós-parto como um fator preditor da depressão (Beck, 2001, 2008; Corwin & Arbour, 2007; Runquist, 2007 como referidos por Song et al. 2010), e outros evidenciam que a depressão é um fator psicológico para a fadiga pós-parto, tal como foi apresentado anteriormente neste capítulo (Song et al., 2010).

Para além disto, Wambach (1998); Dennis e Ross (2005) como referidos por Fairbrother et al. (2008), mais Corwin, Brownstead, Barton, Heckard e Morin (2005) como referidos por Corwin e Arbour (2007) e Giallo et al. (2015) reforçam que o fenómeno em estudo pode aumentar o risco do desenvolvimento de depressão materna, ou pelo menos, torna a puérpera mais suscetível ao desenvolvimento desta patologia.

Para além da saúde mental, também a saúde física pode ser afeta pela realidade em estudo; os autores enunciam que as mulheres puérperas fatigadas apresentam alguns problemas de saúde associados e demoram mais tempo a retornar ao estado funcional prévio à gravidez.

Song et al. (2010) abordam que os “... problemas de saúde relacionados com um atraso na recuperação física...” (p.2628) podem surgir como consequência da fadiga pós-parto; à semelhança destes autores, também Taylor e Johnson (2010) reforçam que a fadiga potencia o atraso no retorno do estado funcional materno.

“A intensidade e a duração da fadiga têm uma relação de proporcionalidade direta com a gravidade dos efeitos relacionados com a saúde.” (Doering & Durfor, 2011, p.258); isto é compreensível pela fragilidade a que a mulher puérpera está sujeita aquando de existência de fadiga pós-parto, tornando-a um alvo sensível para a diminuição do *status* de saúde. A partir da definição de saúde [“A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual.” (OE, 2002, p.8)], é perceptível esta influência da fadiga com a representação mental do estado de saúde, implicando uma visão negativa do bem-estar pessoal e aumentando a sensação de doença.

Por fim, abordando a diminuição do autocuidado materno enquanto consequência da fadiga pós-parto, Song et al. (2010) apresentam este aspeto como uma das consequências

subjacentes à fadiga. Também Troy (2003); McQueen e Mander (2003) como referidos por Corwin e Arbour (2007) indicam que a existência de fadiga no período pós-parto atrasa o retorno funcional da mulher puérpera às suas capacidades de autocuidado. Os demais autores não abordam esta temática, centrando-se apenas na necessidade dos cuidados com o RN, contudo, como é compreensível o processo de cuidar nem sempre é fácil e prazeroso, por mais inato que seja, e quando surgem grandes desafios e dificuldades, o primeiro cuidar a ser menosprezado é o do próprio ser humano, principalmente quando o outro se trata de um ser frágil e dependente. Por isso, genericamente, a figura materna, na vertente de cuidadora do filho recém-nascido e da família, privilegia estes e subvaloriza o seu autocuidado

A partir desta análise da literatura, é compreensível que a puérpera, ao se sentir fatigada, se torne um alvo frágil para o desenvolvimento de outros sintomas e sentimentos negativos, já que, no decorrer dos dias após o parto e do aparecimento de todos os desafios e experiências novas, o cansaço aumenta, tal como a fraqueza e também a exaustão, tanto física como emocional. A mulher puérpera vê-se obrigada a adquirir novos papéis sociais, tendo de equilibrar com os já existentes antes da gravidez; assim, é nesta reestruturação necessária dos papéis sociais que a mulher pode apresentar novos desafios e mais dificuldades. Deste modo, ao perceber esta dimensão pessoal da fadiga pós-parto, é pertinente as intervenções centradas na mulher e com os objetivos de a empoderar, de a tranquilizar e relembrar que para cuidar dos outros tem de cuidar de si.

Por outro lado, a literatura demonstra que a fadiga pós-parto afeta diretamente o novo ser – recém-nascido – já que vários autores defendem que esta situação potencia um menor desenvolvimento infantil, ou seja, o RN desenvolve-se lentamente e com condicionantes físicas e psico-emocionais (Parks et al., 1999 como referidos por Taylor & Johnson, 2010; Parks et al., 1999; McVeigh, 2000; Doering Runquist, Morin & Stetzer, 2009 como referidos por Doering & Durfor, 2011). Esta realidade é compreensível pelo facto de a fadiga prejudicar em vários níveis a capacidade de cuidar da mulher puérpera e também de discernimento da mesma perante o bem-estar e saúde do seu filho; esta situação não pode ser comparada a negligência, já que não é algo consciente da mãe, ocorrendo sempre pela existência de sentimentos negativos e exaustão associada.

Assim, noutra perspetiva, a vinculação mãe-filho é afetada, potenciando o aparecimento de outras consequências, que a literatura permite associar à fadiga pós-parto;

consequências como a menor capacidade de cuidar do RN e a cessação/desmame precoce da amamentação ou dificuldades na mesma, são reconhecidas como tal.

Song et al. (2010) evidenciam que “... a capacidade de cuidar do recém-nascido pode também ser negativamente afetada.” (p.2628). À semelhança do que os autores anteriores referiram, também Johnston e Mash (1989); McQueen e Mander (2003); Bayer, Hiscock, Hampton e Wake (2007); Cooklin, Giallo e Rose (2011); Dunning e Giallo (2012) como referidos por Giallo et al. (2015) apresentam no artigo em causa que a fadiga após o parto influencia negativamente o senso que os pais têm sobre a capacidade de cuidar do seu novo ser dependente, tal como a satisfação do seu cuidado.

Também Lai et al., em 2015, abordaram esta dimensão enquanto consequência da fadiga após o parto; “Fadiga pós-parto está significativamente correlacionada com dificuldades nas atividades do cuidado do bebé e pode de forma adversa influenciar o conforto e a capacidade materna para aprender técnicas de cuidado infantil.” (McQueen & Mander, 2003; Kurth et al., 2010 como referidos por Lai et al., 2015).

Para além disto, Alves (2017) apresenta uma influência da fadiga nas vivências familiares e consequentemente, na interação com o novo ser e no vínculo criado; segundo Dunning e Giallo (2012); Giallo et al. (2014) como referidos por Alves (2017), os pais que experienciam fadiga têm maiores dificuldades em estabelecer estratégias de *coping* para regular o humor, o que potencia sentimentos negativos e incapacidade em cuidar do RN. Ainda se comprehende que, esta exigência de cuidar do RN sentindo-se fatigados, aumenta a probabilidade de os pais se tornarem mais hostis e menos disponíveis para o vínculo da tríade e para o cumprimentos dos seus novos papéis sociais: “... sentem-se cansados, gritam e perdem a paciência com a criança (...) brincam menos com o bebé...” (Giallo, Rose & Vittorino, 2011 como referidos por Alves, 2017, p.10).

Por outro lado, a amamentação é outro aspeto que é influenciado pela existência de fadiga pós-parto, mas tal como a depressão, há uma linha muito ténue entre a amamentação enquanto fator potenciador ou como consequência desta problemática; segundo Wambach (1998); Dennis e Ross (2005) como referidos por Fairbrother et al. (2008) e Wambach (1998) como referido por Cano-Climent et al. (2017), a fadiga pós-parto potencia o aparecimento de dificuldades na amamentação. E ainda, de acordo com Tulman et al. (1990); Milligan, Flenniken e Pugh (1996); Parks et al. (1999); McVeigh (2000) como referidos por Taylor e Johnson (2010) e Parks, Lenz, Milligan e Han (1999);

McVeigh (2000); Doering Runquist, Morin e Stetzer (2009) como referidos por Doering e Durfor (2011), a problemática em estudo pode associar-se a uma cessação/desmame precoce da amamentação.

Na nossa opinião, a amamentação é, por si só, um elemento do pós-parto bastante sensível; mesmo em mulheres saudáveis, a amamentação pode acumular diversas dificuldades e desafios, potenciando sentimentos de medo, insegurança e vontade de desistir. Ademais, quando uma mulher puérpera está bastante fragilizada e fatigada, a amamentação torna-se ainda mais desafiante, porém, quando ultrapassados estes sentimentos negativos e os maiores desafios, torna-se algo gratificante e que ajuda a mulher puérpera a obter mais bem-estar e felicidade, pela liberação de endorfinas e pela superação dessa dificuldade.

Por último, a vertente familiar e social também é afetada pela existência de fadiga pós-parto; neste âmbito, a literatura apresenta dados sobre as implicações negativas nas relações familiares/interpessoais, mas também dados sobre as influências no emprego e nas tarefas domésticas.

Vários autores afirmam que a fadiga pós-parto “Também pode atrasar o retorno de uma mulher ao *status* funcional nas áreas das tarefas domésticas, sociais, de emprego...” (Troy, 2003; McQueen & Mander, 2003 como referidos por Corwin & Arbour, 2007, p.216). Por outro lado, Pugh e Milligan (1993) como referidos por Song et al. (2010) reforçam que as relações familiares são bastante afetadas pela problemática em estudo, “... enfraquecendo a capacidade de relações interpessoais.” (p. 2628).

À semelhança do que foi abordado pelos autores anteriores, também Wade, Giallo e Cooklin (2012) como referidos por Giallo et al. (2015) referiram no seu estudo, que se verificam alterações ao nível do funcionamento familiar, ou seja, perante situações de fadiga em níveis elevados, as mulheres puérperas reportam uma baixa qualidade nas relações interpessoais, no seio da família. Assim, revela-se uma relação significativa da fadiga pós-parto com a qualidade (pobre) dos relacionamentos entre o casal, familiares e sociais, limitando a mulher puérpera a um apoio social ineficaz pela dificuldade de relacionamento (Giallo et al., 2015).

Partindo de tudo o que acima foi apresentado, é visível que a fadiga após o parto é uma realidade bem presente e bem influenciadora negativamente na vida de uma mulher e de uma família; é de ressalvar que os vários autores enunciados, através dos seus estudos,

apresentam fatores potenciadores e consequências desta problemática, no entanto, na minha opinião, torna-se complicado entender a linha ténue que separa os fatores potenciadores das consequências, ou seja, compreender que aspectos potenciam o desenvolvimento da fadiga (ou melhor, surgem previamente) e que elementos surgem pela existência desta. Contudo, sendo a fadiga pós-parto uma realidade subjetiva, acho premente conhecer e trabalhar/empoderar as famílias, e também a sociedade; isto porque, ao estabelecer uma relação empática e terapêutica com a puérpera e com a família, o processo de avaliação e implementação de estratégias fica facilitado.

Deste modo, torna-se evidente a necessidade de intervenção prática incidente na fadiga pós-parto; Taylor e Johnson (2010) afirmam que os estudos e a compreensão da fadiga pós-parto de uma forma global capacitam os enfermeiros especialista em Saúde Materna e Obstétrica na intervenção personalizada e prática com a mulher e os casais, preparando-os e empoderando-os para a gestão deste fenómeno. Através do conhecimento dos atributos, dos fatores potenciadores e das consequências, os profissionais de saúde podem procurar estratégias de *coping*, e até recursos facilitadores de prevenção da fadiga, permitindo classificar quando uma mulher ou casal/família são alvos vulneráveis ao desenvolvimento deste fenómeno. Posto isto, a gestão dos sintomas e do impacto negativo será mais facilitador do processo de transição. Giallo et al. (2015) conclui que são pesquisas e estudos sobre esta realidade que permitem investir no conhecimento científico, de forma a identificar intervenções terapêuticas efetivas, universais e focadas na gestão da fadiga.

Em suma, “Dada a importância da fadiga como um sintoma durante a gravidez e o pós-parto, várias diretrizes internacionais (World Health Organization, 2013) (...) recomendam que esta seja estudada na maternidade [na transição para a parentalidade] em geral, e particularmente durante o período pós-parto.” (Cano-Climent, 2017, p.3).

Para finalizar, será apresentada uma tabela com o resumo dos artigos usados neste subcapítulo, para aferir a realidade global da fadiga pós-parto, permitindo uma melhor compreensão e uma análise eficaz do enquadramento e da metodologia usada em cada artigo selecionado (tabela 3).

Tabela 3 – Resumo dos artigos usados neste subcapítulo

AUTOR DATA	OBJETIVOS	AMOSTRA E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Bozoky & Corwin 2002	Examinar se e quando a fadiga no pós-parto se torna um fator preditor da depressão pós-parto.	A amostra é composta por 38 mulheres saudáveis, recrutadas numa maternidade após o parto. Para avaliar a fadiga foi usado o <i>Modified Fatigue Symptom Checklist</i> (nos dias 0, 7, 14 e 28 após o parto), e para avaliar a depressão, foi usado a escala <i>Center for Epidemiological Studies-Depressive Symptomatology</i> (no 28º dia após o parto).	Os resultados do estudo demonstraram que a fadiga no pós-parto é um fator preditor da depressão maternal após o parto. Foi evidente uma correlação entre os dados obtidos de sintomas da fadiga nos dias 7, 14 e 28 após o parto e os dados de depressão materna no 28º dia pós-parto, apoiando a relação evidente entre o desenvolvimento da fadiga pós-parto com o de depressão.
Çinar, Çinar, Gorpelioglu & Sozeri 2007	Avaliar e comparar a gravidade da fadiga aguda nas mulheres grávidas e puérperas, definindo as modificações pré-natais potenciadoras da fadiga e o impacto deste problema nas AVD's.	A amostra é composta por 128 mulheres grávida a termo, excluindo mulheres que não aceitaram participar, que dificultaram a comunicação durante o estudo longitudinal e que apresentavam uma doença crónica (tal como DM ou HTA) O instrumento usado para cumprir os objetivos pretendidos foi o Inventário de Fadiga Reduzido (<i>Brief Fatigue Inventory</i>).	Os resultados evidentes para a fadiga no pós-parto foram mais elevados que os resultados do pré-parto, concluindo que a probabilidade de desenvolvimento de fadiga após o parto é maior. Para além disto, a fadiga no pós-parto pareceu estar associada à perda de energia e exaustão devido ao parto, à dor e ao stress existente e às dificuldades associadas aos cuidados do RN. Neste estudo, não houve uma relação significativa entre o score da fadiga pós-parto e as atividades gerais, a capacidade de locomoção e as rotinas diárias, contudo, surgiram evidências de uma correlação significativa com o humor, o prazer e as relações interpessoais.

AUTOR DATA	OBJETIVOS	AMOSTRA E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Corwin & Arbour 2007	Rever a fadiga do pós-parto, especialmente no que diz respeito à sua ocorrência e à fisiopatologia., tendo em conta 3 condições potenciadoras: anemia, infecção/inflamação e disfunção da tireoide.	Este estudo baseou-se em diversos artigos sobre a temática em causa, abordando as 3 condições potenciadoras - anemia, infecção/inflamação e disfunção da tireoide.	As 3 condições potenciadoras estão fortemente ligadas com a fadiga pós-parto, sendo que os profissionais de saúde têm um papel fundamental na prevenção destas condições e, consequentemente, da fadiga pós-parto. Posto isto, existem intervenções práticas fundamentais, tais como: sinalizar previamente as mulheres que possam ser suscetíveis às condições associadas a este problema; avaliar a fadiga em todas as mulheres, na 2ª semana após o parto, através da FSC (ou outro instrumento validado); e avaliar todas as mulheres para sintomas de infecção e anemia, na consulta de revisão do Puerpério.
Fairbrother, Hutton, Hall & Kluka 2008	Fornecer uma avaliação psicométrica da escala <i>Multidimensional Assessment of Fatigue</i> (MAF), para uso em grávidas e puérperas.	O estudo foi realizado a partir de 2 amostras de mulheres grávidas e “novas mães”, aplicando a MAF. A primeira respondeu ao instrumento em 3 momentos: 98 mulheres às 35 semanas de gestação, 87 e 81 após 4 e 12 semanas do parto, respectivamente. A segunda respondeu em 4 momentos: 186 mulheres no 3º trimestre, 168 após 2 semanas do parto, 157 na 12ª semana do pós-parto e 133 após o 6º mês.	A fadiga é um fenómeno que abrange as mulheres, tanto na gravidez como no pós-parto, podendo ter um efeito desgastante e devastador no processo do parto, na transição para a parentalidade positiva, na amamentação, no humor materno e até na qualidade relacional do casal e da família. Este estudo demonstrou que a fadiga materna se desenvolve da gravidez até ao período do pós-parto, contudo, vai diminuindo à medida que a criança se desenvolve, e que os padrões de sono se normalizam (menor probabilidade de sono fragmentado).
Insana & Montgomery-Downs	Explorar se os instrumentos padronizados e as medidas objetivas diferenciam os	A amostra é composta por 79 mulheres puérperas, excluindo as com partos prematuros, com partos gemelares, as que	Foram obtidos 3 fatores, para 83,84% da variância total, sendo que o fator 1 englobou o ESS, SSS e o VAS; o fator 2

AUTOR DATA	OBJETIVOS	AMOSTRA E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
2010	<p>conceitos sonolência e fadiga entre as mulheres puérperas.</p>	<p>tiveram RN com necessidade de cuidados intensivos neonatais, as com antecedentes de depressão major, e as que obtiveram um score inferior a 16 na escala <i>Center for Epidemiologic Studies Depression</i>.</p> <p>Os instrumentos usados foram: a <i>Stanford Sleepiness Scale</i> (SSS), a <i>Epworth Sleepiness Scale</i> (ESS), a <i>Visual Analogue of Fatigue Scale</i> (VAS), a subescala da <i>Profile of Mood States</i> (POMS) e a <i>Psychomotor Vigilance Test</i> (PVT).</p>	<p>englobou apenas o PVT; já o fator 3 englobou apenas 2 itens da POMS.</p> <p>Posto isto, percebeu-se que o fator 1 estava relacionado com a duração do sono noturno, enquanto que o fator 2 estava associado à eficácia do sono.</p> <p>Deste modo, os autores perceberam que fenómenos como a sonolência e a fadiga, podem necessitar de intervenção eficaz, focando-se em aspectos específicos do sono (por exemplo: consolidação do sono)</p>
Song, Chang, Park, Kim & Nam	<p>Testar uma teoria explicativa da fadiga pós-parto.</p>	<p>A amostra é composta por 291 mulheres puérperas, recrutadas em 5 instituições de saúde, tendo como critérios de inclusão: terem partos de termo, terem RN com mais de 2500g, e terem entre 4 a 8 semanas de pós-parto. Ainda, foram excluídas mulheres com partos gemelares, com problemas de saúde e antecedentes de depressão.</p> <p>O questionário usado neste estudo é composto por questões sociodemográficas, a escala reduzida <i>Fatigue Symptom Checklist</i> (10 itens) de Milligan et al. (1997), traduzida para coreano e modificada para uma escala de Likert – 4 pontos, e a <i>Edinburgh Postnatal</i></p>	<p>A depressão materna apresenta-se como o fator preditor da fadiga pós-parto mais forte, superando até a qualidade do sono. Também, a qualidade do sono demonstrou ter um efeito forte sobre o desenvolvimento da fadiga.</p> <p>Por outro lado, o stress infantil potencia indiretamente a fadiga no pós-parto, já que o estudo demonstra que as dificuldade com o RN influenciam o desenvolvimento de depressão e, consequentemente o desenvolvimento de fadiga.</p> <p>Por fim, ao contrário do que os estudos anteriores demonstravam, esta investigação não obteve dados satisfatórios para a relação entre a fadiga no pós-parto e uma alimentação materna insatisfatória; porém poderá ter um efeito indireto através do aumento do stress e a diminuição</p>

AUTOR DATA	OBJETIVOS	AMOSTRA E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
2010		<i>Depression Scale</i> (EPDS) também traduzida para a população coreana.	da qualidade do sono. Também, o apoio social e o temperamento infantil influenciam a fadiga indiretamente.
Taylor & Johnson	Explorar as estratégias usadas pelas mulheres no sentido de gerir a fadiga nos primeiros seis meses do pós-parto.	A amostra é composta por 59 mulheres (27 primíparas e 32 multíparas) e foi avaliada em três momentos distintos (6 semanas, 12 semanas e 24 semanas após o parto) com auxílio de 3 questões abertas. Para além disto, os instrumentos de avaliação usados foram a <i>Postpartum Fatigue Scale</i> (PFS) e a <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS).	As estratégias mais usadas pelas mulheres da amostra foram similares às sugeridas pela literatura. Entre as 6 semanas e os 6 meses do pós-parto, as mulheres afirmam que usaram estratégias autónomas, ou seja, dormir/descansar e relaxar por exemplo. Contudo, estas mesmas mulheres declaram ter imensas demandas no dia a dia, sentindo-se bastante sobrecarregadas por ter de cuidar do bebé, da família e ainda realizar as tarefas domésticas. Uma das estratégias menos usadas pela amostra foi o exercício físico, no entanto, algumas das mulheres referem obter energia extra e um decréscimo do sentimento de fadiga. Para além disto, o apoio social dos parceiros e dos outros indivíduos é assumido como uma estratégia de gestão da fadiga.
	Construir a teoria da fadiga e descanso/dormir em mulheres urbanas de baixa renda não deprimidas nos 6 meses após o nascimento.	A amostra é composta por 16 mulheres, entrevistadas no 1º, 3º e 6º meses do pós-parto. Os participantes foram envolvidos num processo denominado <i>Persevering Toward Normalcy</i> . O instrumento usado neste estudo foi <i>Edinburgh Postpartum Depression Scale</i> (EPDS).	As semanas iniciais após o parto são as mais difíceis e exaustivas, independentemente da paridade, pois as mulheres referem dificuldade em gerir a fadiga. Todo este desgaste deve-se ao facto de as mulheres não conseguirem repor a energia após o TP, devido às demandas urgentes. O processo imposto neste estudo demonstrou que as rotinas capacitam os indivíduos a ter mais horas de sono, a diminuir a fadiga e a gerir as demandas do dia a dia, retomando à normalidade.

AUTOR DATA	OBJETIVOS	AMOSTRA E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
2011			<p>Nos primeiros 3 meses, as participantes afirmaram não dormir o suficiente, percebendo que o sono era fragmentado pelas necessidades do RN. Esta evidência foi diminuindo à medida que o RN aumentava os ciclos de sono, e consequentemente, a fadiga diminuía.</p> <p>Para além disto, o suporte social é importante e relevante para todos os participantes, sendo obtido principalmente pelos membros femininos da família. Nos primeiros 6 meses, é essencial para gerir a fadiga e o sono. Sem suporte social, a família tem de lutar mais para restabelecer a normalidade, demorando mais tempo.</p> <p>Por fim, o estudo demonstrou que a vida das participantes mudou drasticamente entre os 3 e 6 meses após o parto. Após 6 meses, surge o tempo de rotinas, estabilidade e prazer, recuperando a normalidade da vida. Ao longo dos 6 meses, a fadiga vai decrescendo e o sono vai sendo recuperado, potenciando às mulheres uma procura ativa.</p>
Giallo, Seymour, Dunning, Cooklin, Loutzenhiser & McAuslan	<p>Este estudo teve dois objetivos principais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar o decorrer da fadiga materna; • Identificar o alcance dos fatores individuais e contextuais potencialmente 	<p>A amostra é composta por 70 mulheres puérperas, de RN entre os 0 e os 7 meses de idade, segundo os seguintes critérios: ter mais de 18 anos e ter conhecimentos de inglês que permitissem compreender os instrumentos.</p> <p>Esta amostra foi analisada em 3 momentos distintos: 4 meses de pós-parto (tempo 1), 6</p>	<p>A fadiga demonstrou-se, neste estudo, em níveis moderados a altos até aos 3 meses após o parto.</p> <p>Os resultados do estudo demonstraram que havia evidência de maiores níveis médios de fadiga quando associados aos seguintes fatores: mães jovens, maior desfavorecimento socioeconómico, menor disponibilidade para comportamentos saudáveis e existência de problemas de sono (menor qualidade de sono).</p>

AUTOR DATA	OBJETIVOS	AMOSTRA E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
2015	<p>modificáveis, associando ao decurso da fadiga ao longo do tempo.</p>	<p>meses de pós-parto (tempo 2) e 7 meses de pós-parto (tempo 3).</p> <p>O instrumento usado para avaliar a fadiga materna foi a <i>Fatigue Severity Scale</i> (FSS), sendo uma escala <i>Likert-7</i> pontos.</p>	<p>Para além disto, foi perceptível que as mulheres vivenciam fadiga pela exigência do cuidado ao RN, mesmo em situações de rotinas estáveis, potenciando as seguintes consequências: prejuízos na saúde mental, depressão, ansiedade e stress.</p> <p>Na prática, os cursos pré-natais podem ajudar a gerir a fadiga, através de mecanismos de <i>coping</i>.</p>
Lai, Hung, Stocker & Chan	<p>Comparar a fadiga pós-parto das mulheres com as atividades de cuidar do RN e a vinculação materno-fetal após partos vaginais e cesarianas em alojamento conjunto.</p>	<p>A amostra é composta por 120 mulheres puérperas, recrutadas em dois hospitais Amigos dos Bebés, de Taiwan.</p> <p>Os instrumentos usados foram a Escala Visual Analógica na Fadiga do pós-parto, a Escala de Atividades do Cuidado com o RN e o Inventário de Vinculação Materno-infantil.</p>	<p>As mulheres no pós-parto estão mais suscetíveis ao aparecimento de fadiga no pós-parto, independentemente do tipo de parto. Porém, as mulheres submetidas a cesariana expericiam maiores níveis de fadiga, mesmo em ambientes de alojamento conjunto. As participantes indicaram que sentiram mais dificuldades em cuidar dos RN, em alojamento conjunto, quando do desenvolvimento de fadiga. Por outro lado, a dificuldade em cuidar do RN também afeta a vinculação mãe-filho.</p> <p>Este estudo ainda comprovou que as mulheres beneficiam de maior bem-estar quando realizam um descanso ininterrupto após o parto.</p> <p>No 3º dia após o parto, a fadiga e o desconforto tinham reduzido substancialmente, em mulheres submetidas a cesariana, permitindo uma maior vinculação mãe-filho e uma maior participação da mulher nas demandas ao RN, melhorando substancialmente com o apoio dos enfermeiros.</p>

AUTOR DATA	OBJETIVOS	AMOSTRA E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
2015			Por fim, compreendeu-se que futuramente a avaliação bioquímica dos níveis de melatonina no sangue (por exemplo) poderia ser um bom indicador de fadiga pós-parto, em substituição ao instrumento usado.
Cano-Climent, Oliver-Roig, Cabrero-García, Vries & Richart-Martínez	Traduzir a <i>Fatigue Assessment Scale</i> (FAS) para a população espanhola e assegurar as propriedades psicométricas.	A amostra é composta por 870 mulheres recrutadas em 17 hospitais regionais do Oeste espanhol. A FAS original, uma escala de Likert (1 a 5 pontos) de 10 itens, foi o instrumento aplicado à amostra em causa, com o sentido de validar a escala para a população espanhola, segundo todos os métodos metodológicos.	A versão espanhola da FAS (FAS-e) é unidimensional e preparada para estudar a avaliar as fadiga das mulheres espanholas no pós-parto.
Badr & Zauszniewski	Identificar os fatores potenciadores da fadiga pós-parto, e documentar a intensidade e os efeitos dos mesmos.	Este estudo é uma meta-análise baseada em 9 artigos, incluídos nos critérios previamente estabelecidos. Estes artigos foram obtidos, usando <i>Google Scholar</i> e <i>PubMed</i> .	O estudo em causa demonstrou que a fadiga tem relação com alguns fatores preditores, tais como: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Correlação baixa</u> - nível de escolaridade, idade, hemorragia pós-parto, infecção e dificuldade no cuidar do RN; • <u>Correlação moderada</u> – stress/ansiedade, doença psicológica, dificuldade na amamentação, baixos níveis de ferritina e de hemoglobina, e problemas de sono/descanso. • <u>Correlação elevada</u> – depressão.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

4. METODOLOGIA

Neste capítulo, denominado Metodologia, ter-se-á em conta o desenvolvimento da fase metodológica da investigação em causa; para tal, teremos como foco principal a obtenção de respostas às questões de investigação ou, ainda, às hipóteses formuladas, determinando os métodos necessários para o efeito (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Enquadramento, a pesquisa no âmbito da Enfermagem “... é a investigação sistemática que usa métodos para responder às questões ou resolver os problemas. A meta final da pesquisa é desenvolver, refinar e expandir um corpo de conhecimentos.” (Polit et al., 2004, p.20).

Neste capítulo apresentar-se-á o desenho da investigação, os objetivos e as hipóteses de investigação, o instrumento de recolha de dados, a população e a amostra eleita, os procedimentos formais, éticos e de recolha dos dados, e, por fim, os procedimentos usados para a análise dos dados.

4.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

O estudo em causa tem como ponto de partida uma temática do interesse dos investigadores e dos autores contemporâneos: a Fadiga Pós-parto. Este tema tem sido investigado desde há muitos anos, mas com uma incidência maior nos últimos anos, pela necessidade de intervenção por parte de diversos profissionais. Contudo, mantém-se a necessidade de investigação sobre a fadiga nesta fase do ciclo vital, já que se torna premente analisar o contexto envolvente da fadiga pós-parto e empoderar as mulheres puérperas e/ou os casais para a obtenção de estratégias de *coping*, minimizando o impacto negativo desta problemática.

Para além disto, a investigação da fadiga pós-parto torna-se muito importante na atualidade, já que os pais ou futuros pais têm uma maior preocupação pela Parentalidade Positiva e pela necessidade de tornar todo o processo mais natural, ou pelo menos, menos medicalizado. Porém, para que isto seja possível, deve existir uma equipa multidisciplinar para estabelecer estratégias eficazes, a fim de minimizar os efeitos negativos do pós-parto.

e impedindo assim o provável desenvolvimento da fadiga; esta equipa multidisciplinar deve ser constituída pela mulher, pela família ou indivíduos significativos, pelos recursos sociais relevantes e pelos profissionais de confiança. Assim, na nossa opinião, a mulher e a família são capazes de estabelecer mecanismos de adaptação ao novo ser e aos novos papéis, no entanto, por vezes, em algumas situações, os indivíduos necessitam de apoio, e daí a relevância dos estudos sobre esta problemática.

Após todo o enquadramento teórico e a elaboração do quadro conceptual (apêndice I), ou seja, "... definido como uma estrutura abstracta formada por uma ou várias teorias ou conceitos, que são reunidos em conjunto, devido às relações que eles têm com o problema de investigação a definir." (Fortin et al., 2009, p.114), compreendemos a pertinência e a importância do estudo em causa e da continuação das investigações sobre a fadiga após o parto. Para além de compreender o significado desta problemática em termos teóricos e na sociedade contemporânea, delineámos os fatores que, na sua maioria, poderiam potenciar o desenvolvimento do problema. Posto isto, para facilitar a compreensão destes mesmos fatores, elaborámos uma figura da interação dos mesmos, representada de seguida (figura 1).

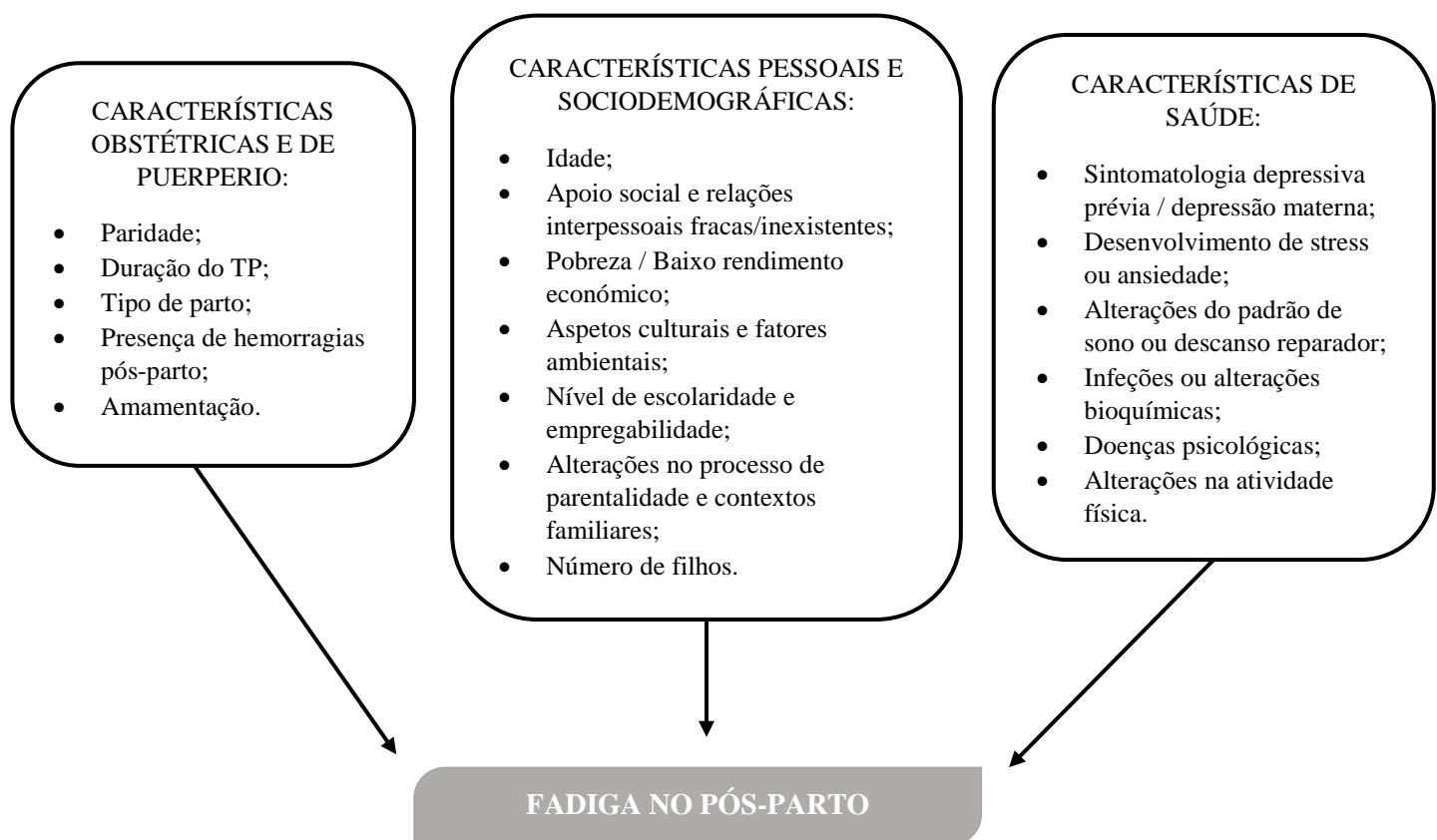


Figura 1 – Modelo de Intereração de Fatores

Assim sendo, no presente estudo empírico, procurou-se investigar as possíveis relações entre a variável dependente (Fadiga Pós-parto) com algumas das variáveis independentes mais valorizadas pela literatura e pelos participantes em causa, tais como, a idade, as habilitações literárias, a ocupação profissional, o agregado familiar, o número de filhos, o tipo de parto, a experiência de amamentação e a percepção materna das horas de sono/descanso reparador.

Relativamente aos instrumentos de avaliação da variável dependente, e ao analisar a realidade portuguesa através da revisão da literatura, compreendemos que existia uma escala validada para Portugal, no entanto, não tinha sido estudada na vertente do pós-parto; assim sendo, elegemos uma escala não validada em Portugal, mas em que a escala original tinha sido estudada na população de mulheres puérperas.

4.2. TIPO DE ESTUDO

A partir do anteriormente apresentado, comprehende-se que o estudo em causa é um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, transversal e do tipo metodológico.

Um estudo de natureza quantitativa pressupõe uma abordagem científica; os autores clarificam esta ideia, explicando que o investigador tende a estruturar o seu estudo a partir da aquisição de conhecimentos, e posteriormente, a elaboração de questões de investigação e análise dos dados obtidos, assumindo todo o controlo do processo e tentando mensurá-lo. “Um aspecto final é que a pesquisa em enfermagem tende a se concentrar nos seres humanos, que são inherentemente complexos e diversificados. (...) as complexidades tendem a ser controladas e, tanto quanto possível, eliminadas, mais do que estudadas diretamente.” (Polit et al., 2004, p.30).

Relativamente à descrição do estudo enquanto descritivo-correlacional, entendo que permite ao investigador explorar e determinar a relação/associação existente ou não entre as diversas variáveis, e consequentemente, descrevê-la. “O estudo descritivo-correlacional tem por objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las. (...) permite determinar quais são as variáveis associadas ao fenómeno estudado...”. (Fortin et al., 2009, p.244), sendo estas obtidas através de escalas ou questionários e após a formação de uma amostra representativa da população, quanto possível.

Sendo um estudo transversal, a recolha de dados será circunscrita num determinado período de tempo, definido pelo investigador, ou seja, demonstrará dados definidos da amostra como que de uma fotografia se tratasse. Os autores acrescentam que “Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo.” (Polit et al., 2004, p. 180), e que ainda são um recurso mais económico e de fácil controlo para o investigador.

Por fim, um estudo do tipo metodológico é aquele em que se “...visa estabelecer e verificar a validade dos novos instrumentos de medida, permitindo, assim aos investigadores utilizá-los com toda a confiança.” (Fortin et al., 2009, p.255). Segundo os diversos autores, comprehende-se que o sucesso deste estudo não é apenas do desenho de investigação criado na fase metodológica, mas também da fidelidade e da validade dos instrumentos escolhidos. Estes aspetos “... são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida.” (Fortin, 1996, p.225), principalmente num processo de validação de um instrumento de avaliação, como é o caso.

Considerando então o estudo em causa, para a concretização de uma investigação do tipo metodológica, ou seja, para validar um instrumento de avaliação, não é relevante a relação da(s) variável(ies) independente(s) e da(s) variável(ies) dependente(s). Contudo, perante uma das questão de investigação e as hipóteses formuladas, foram valorizados os conceitos de variáveis dependente e independente, para concretizar a análise da associação das variáveis com a problemática em estudo.

4.3. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

O estudo em desenvolvimento tem como finalidade a validação de um instrumento de avaliação da fadiga pós-parto para a população portuguesa, facilitando assim a possível avaliação desta problemática por parte dos profissionais, essencialmente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Este instrumento em português e validado para esta população específica facilita a avaliação da fadiga pós-parto, promovendo uma atitude e possíveis intervenções eficazes na minimização dos efeitos nefastos da fadiga, neste período sensível do ciclo vital da mulher. À semelhança, este estudo pode contribuir para a sustentação científica relativa a esta problemática. Assim, os objetivos definidos para este estudo foram:

1. Efetuar a tradução, a adaptação cultural e a validação do *Fatigue Symptom Checklist* (FSC), para a população portuguesa;
2. Descrever a fadiga em mulheres puérperas entre os 2 e os 6 meses pós-parto.

Decorrente do segundo objetivo, surgem as seguintes questões de investigação:

- Questão 1 – Qual a experiência de fadiga pós-parto nas mulheres puérperas portuguesas?
- Questão 2 – Será que existe uma associação entre a fadiga pós-parto e as variáveis sociodemográficas e obstétricas, sendo elas a idade, o nível de escolaridade, a ocupação profissional, a proximidade de indivíduos significativos no dia a dia, o número de filhos, o tipo de parto, a experiência da amamentação e a perceção de sono/descanso reparador?

Resultante das questões acima elaboradas formularam-se as seguintes hipóteses unidireccionais de investigação:

- H1 – Existe diferença na fadiga pós-parto consoante a idade materna.
H2 – Existe diferença na fadiga pós-parto em função das habilitações académicas.
H3 – Existe diferença na fadiga pós-parto consoante a ocupação profissional.
H4 – Existe diferença na fadiga pós-parto consoante o agregado familiar.
H5 – Existe diferença na fadiga pós-parto em função do número de filhos.
H6 – Existe diferença na fadiga pós-parto consoante o tipo de parto.
H7 – Existe diferença na fadiga pós-parto em função da experiência da amamentação.
H8 – Existe diferença na fadiga pós-parto consoante a percepção materna das horas de sono/descanso reparador.

4.4. ESTUDO PRELIMINAR: ADAPTAÇÃO E TRADUÇÃO DE INSTRUMENTOS

Gomes, Mota, Correia e Pedro, em 2012, com a orientação da Senhora Professora Isabel Mendes, realizaram um estudo de investigação com os seguintes objetivos: verificar a consistência interna da versão piloto portuguesa da FSC, no período pós-parto, e analisar a associação de fatores de natureza sociodemográfica à fadiga no pós-parto. Para dar resposta a estes objetivos, as autoras propuseram duas questões de investigação (Será que a fadiga no período pós-parto está associada/relacionada com variáveis de natureza sociodemográfica como idade, habilitações literárias, profissão/ocupação e o número de

filhos? e Será que a fadiga no período pós-parto difere consoante as variáveis obstétricas: tipo de parto e o tempo de gravidez?), que deram resposta através da análise inferencial desenvolvida nesta investigação.

Este estudo foi do tipo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, com uma amostra do tipo não probabilística accidental, composta por 59 mulheres puérperas, até ao 3º mês do período pós-parto, e com RN saudáveis e de termo; esta amostra foi obtida após as autorizações de algumas instituições de saúde de Coimbra (CS Santa Clara, CS S. Martinho do Bispo, CS Norton de Matos, CS Fernão Magalhães, CS Eiras, USF CelaSaúde e Cruz de Celas), entre os meses de julho e setembro de 2012.

A escala eleita para a adaptação transcultural foi a FSC, denominada pelas autoras de Lista de Sintomas da Fadiga, que após autorização das autoras originais, foi analisada e avaliada em função de 3 dimensões: Fadiga Física, Fadiga Mental e Sintomas da Fadiga.

Para a realização da adaptação cultural, as autoras seguiram os procedimentos comuns deste processo, sistematizados na figura seguinte (figura 2), tendo todos os procedimentos sido efetuados com a amostra em causa como pré-teste.

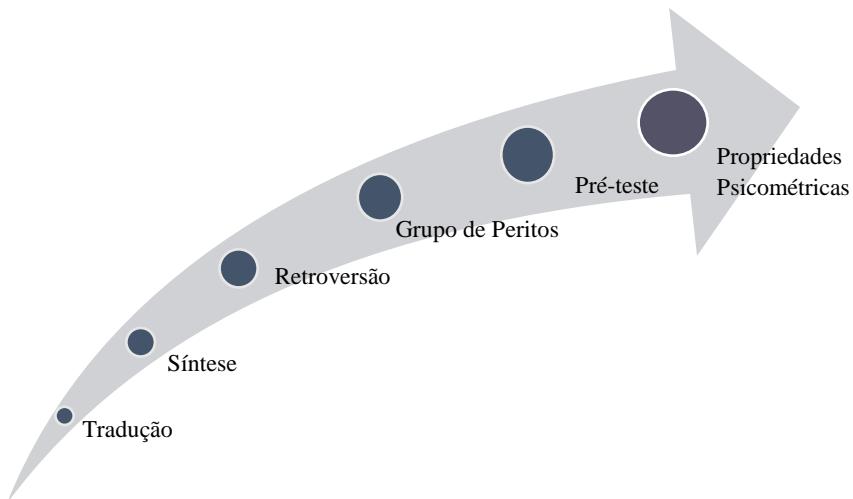


Figura 2– Procedimentos de Adaptação Transcultural de um instrumento

Relativamente à avaliação da validade e da fiabilidade, os autores demonstram que a escala de 30 itens traduzida para português apresentava um *alfa de Cronbach* igual a 0,865, garantindo uma consistência interna boa. Por outro lado, os sintomas mais frequentes para a amostra em causa, nas 3 dimensões, foram: Sinto-me sonolenta (fadiga física), Sinto-me ansiosa com as coisas (fadiga mental) e As minhas costas doem-me (sintomas da fadiga).

Por fim, segundo a análise inferencial, as autoras Gomes et al. (2012) perceberam que a Fadiga Física apresenta uma correlação positiva com a idade, que a Fadiga em geral não apresenta qualquer correlação com as habilitações literárias, a ocupação/profissão, o número de filhos e o tipo de parto, e que a Fadiga total e as suas três subescalas evidenciam uma correlação negativa com o tempo de gravidez.

Assim sendo, dando continuidade ao estudo preliminar anterior, realizado em 2012, este foi utilizado como pré-teste para a nossa investigação, permitindo-nos utilizar a tradução feita, denominada Lista de Sintomas da Fadiga, e concluir a adaptação transcultural da mesma.

4.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento elaborado para a recolha de dados desta investigação trata-se de um questionário; “Um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos.” (Fortin, 1996, p.249), podendo as questões constituintes serem fechadas (com alternativas fixas) ou abertas (de resposta livre). Os participantes recebem um instrumento elaborado com as mesmas questões, na mesma ordem e com as mesmas opções de resposta (questões fechadas).

Segundo a autora anteriormente citada, os questionários têm diversas vantagens, como ser menos dispendioso, permitir um melhor controlo do *envies*, e poder ser aplicado num grande número de indivíduos, até de diversas regiões populacionais; por outro lado, este tipo de instrumento não permite explorar a situação em estudo com tanta profundidade e limita o sujeito às questões formuladas e, por vezes, às opções de resposta sugeridas (Fortin, 1996).

Porém, como permite uma abordagem global da temática e de um grande número de indivíduos de uma população, o instrumento eleito para este estudo, como já foi referido, foi o questionário; este instrumento está dividido em 3 partes, contendo apenas questões fechadas (Apêndice II): a primeira centra-se nas características pessoais, sociodemográficas e obstétricas da participante, sendo constituída por 14 questões fechadas, a maioria com alternativas fixas. A segunda parte do questionário contém a escala em validação, denominada Lista de Sintomas da Fadiga, com 30 itens do tipo dicotómica; por fim, a terceira parte diz respeito a uma escala validade em Portugal para

avaliar a fadiga, do tipo *Likert* (Nunca a Sempre), usada para a avaliar a validade convergente (Anexo I).

4.6. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população trata-se de um conjunto de elementos que agregam as mesmas características, diferenciando-se da população-alvo, já que esta “... é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.” (Fortin et al., 2009, p.311), ou seja, são os indivíduos agrupados pelo investigador, após definir os seus critérios de inclusão e exclusão. Porém, nem sempre é possível aceder à totalidade da população-alvo, pelo que se delimita à população acessível ao momento do estudo; neste caso, a população-alvo seria constituída por todas as mulheres puérperas entre os 2 e os 6 meses após o parto e que se incluíssem nos restantes critérios, e a população acessível seria todas as mulheres dentro dos critérios com acesso à rede social *Facebook* ou ao próprio correio eletrónico.

Por outro lado, a amostra “... é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. (...) uma réplica em miniatura da população alvo.” (Fortin, 1996, p.202), sendo estes indivíduos o cerne da investigação em curso.

Tendo em conta o que foi apresentado anteriormente, considerou-se como população-alvo as mulheres puérperas, que estavam entre o 2º e o 6º meses do período pós-parto, que saibam ler e escrever português, com um parto de feto único e que aceitem participar neste estudo, sendo estes aspectos denominados de critérios de inclusão. Desta população-alvo, os elementos acessíveis foram incentivados a participar através da rede social *Facebook*.

A amostra do estudo é do tipo não probabilística, por conveniência ou accidental e em bola de neve; segundo Polit et al. (2004), “A amostragem de conveniência (...) acarreta o uso das pessoas mais convenientes disponíveis como participantes do estudo.” (p.226), sendo que os participantes foram surgindo através do contacto pelo *Facebook* e pelo preenchimento do questionário *online*, contrapondo com os critérios de inclusão previamente definidos. Este método foi escolhido, pois não nos era possível alcançar toda a população de mulheres puérperas existente, pelo que a amostra foi sendo formada com os indivíduos que foram surgindo e que foram respondendo ao questionário.

O método de amostragem em bola de neve corresponde ao facto de os participantes iniciais irem incentivando e sugerindo novos elementos que cumpram os critérios de inclusão; assim, neste estudo, alguns dos participantes que foram preenchendo o questionário vão incentivando outras pessoas, amigos ou colegas, para participar nesta investigação.

Quanto ao tamanho da amostra, a literatura afirma que se o investigador pretende fazer uma análise fatorial dos dados, a amostra deve ter pelo menos 100 elementos (Bartlett, Kotrlik & Higgins, 2001) e, no mínimo, 5 indivíduos por cada item do questionário em análise (Tinsley & Tinsley, 1987 como referidos por Ribeiro, 2010).

Em suma, a constituição da amostra desta investigação ocorreu através do tipo não probabilístico, com dois métodos por conveniência e em bola de neve, o que permite um grande número de indivíduos, com distintas características, mas deve haver uma preocupação cuidada sobre a generalização dos resultados obtidos (Polit et al., 2004). O tamanho da amostra recomendável pela literatura é de, pelo menos, 150 participantes, já que este estudo tem 30 itens a validar ($30\text{ itens} * 5\text{ indivíduos} = 150\text{ questionários}$); neste caso, a amostra será composta por 180 mulheres puérperas.

Inicialmente, aquando da estruturação do Projeto de Investigação para o CTC, um dos critérios de inclusão era ter apenas 2 meses de pós-parto, contudo, com o estudo da literatura, compreendemos que a maior incidência deste problema se delimita entre os primeiros meses, estendendo-se até ao 6º mês. Desta forma, realizámos uma adenda à Comissão de Ética da UICISA a pedir autorização para o alargamento do período pós-parto nos critérios de inclusão, tendo sido aceite.

Assim, de uma totalidade de 269 participantes que responderam ao questionário, foram apenas selecionadas 180 mulheres puérperas, cumprindo todos os critérios previamente estabelecidos.

4.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Tendo em conta o primeiro objetivo estabelecido (Efetuar a tradução, a adaptação cultural e a validação do *Fatigue Symptom Checklist* (FSC), para a população portuguesa), diversos procedimentos formais e éticos se imponham.

No primeiro passo, procedeu-se ao pedido de autorização às enfermeiras Catarina Gomes, Eunice Mota, Susana Correia e Zilda Pedro, que iniciaram a validação da Lista de Sintomas da Fadiga, sendo que, após a autorização das mesmas (Anexo II), o trabalho em causa foi assumido como estudo preliminar, dando seguimento à prévia autorização da autora principal da *Fatigue Symptom Checklist* (FSC), para a validação da escala para a população portuguesa, através de correio eletrónico .

Posteriormente, foi feito um pedido de autorização aos autores originais da FAS e, consequentemente ao Dr. Tiago Alfaro, para o uso da escala já validada para a população portuguesa, denominada Escala de Avaliação de Fadiga: *Fatigue Assessment Scale* (FAS), usando para analisar a validade convergente, para o qual ambas as autorizações foram concedidas (Apêndice II).

Neste seguimento, foi feito um pedido de aprovação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que foi favorável (Anexo III); e posteriormente, foi realizada uma adenda ao projeto de investigação sobre os critérios de inclusão, tendo igualmente anuência (Anexo IV).

Para além dos pedidos de autorizações formais, anteriormente referidos, surge ainda a dimensão ética deste estudo; segundo Polit et al. (2004), o *Belmont Report* (Relatório de Belmont) aborda os princípios éticos necessários numa investigação, tais como, a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça. Estes princípios éticos subjacentes a uma investigação foram explicados e assegurados no projeto de investigação elaborado para a Comissão de Ética da ESEnfC (Apêndice II).

4.8. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi feita a partir do questionário elaborado e aprovado pela Comissão de Ética da ESEnfC, tendo-se iniciado a recolha de dados entre os meses julho e dezembro de 2018. Esta recolha de dados, como já foi referido, foi obtida através da divulgação do questionário nas redes sociais (*Facebook*) e através do método bolo de neve (passagem da palavra entre as pessoas conhecidas).

Para além disto, foi ainda elaborado um documento de Informação ao Participante com todos os detalhes desta investigação, tendo sido feita uma pequena introdução ao

questionário baseada neste documento, aprovado também pela Comissão de Ética (Apêndice II).

4.9. PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

A análise de forma descritiva e inferencial dos dados, obtidos a partir dos questionários, foi realizada através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23.0 de 2016.

A caracterização da amostra foi realizada através da estatística descritiva, já que, num estudo quantitativo torna-se pertinente este tipo de análise, para que os dados não se tornem um aglomerado de números sem significado entre si; “A *estatística descritiva* é usada para descrever e sintetizar os dados. As médias e as porcentagens são exemplos...” (Polit et al., 2004, p.312).

Quanto à determinação das propriedades psicométricas da versão portuguesa da FSC (Lista de Sintomas da Fadiga), foi necessário avaliar a validade e a fiabilidade; para analisar a validade do instrumento em causa, utilizaram-se os procedimentos da análise factorial dos componentes principais, com uso de uma rotação ortogonal do tipo *varimax*: o coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), o teste de esferacidade de *Bartlett*, o critério de Kaiser, tal como, o *Scree plot* e o coeficiente de Pearson (para a validade convergente/concomitante). Para analisar a fiabilidade, recorreu-se ao *alfa de Cronbach*, para avaliar a consistência interna, em substituição à antiga fórmula de Kuder-Richardson.

Relativamente ao teste de normalidade da distribuição das frequências das variáveis quantitativas foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov, pelo que se verificou a ausência de uma distribuição normal, sendo necessária a utilização de testes não paramétricos: correlação com o *Rô de Spearman*, o teste de Kruskal-Wallis e o de Mann-Whitney.

Assim sendo, em todos os testes realizados fixou-se o valor de 0,05 como limite de significância, isto é, as hipóteses serão rejeitadas quando a probabilidade de erro tipo I for inferior a 5% (ou seja, a significância do teste for menor que 5% - $p < 0,05$).

5. ESTUDO PSICOMÉTRICO DAS ESCALAS UTILIZADAS

Como já foi transmitido anteriormente, até à data da elaboração do nosso estudo não conhecemos a existência de instrumentos aferidos para a avaliação da fadiga no subgrupo de mulheres puérperas na população portuguesa.

5.1. BREVE DESCRIÇÃO DAS VERSÕES ORIGINAIS DAS ESCALAS UTILIZADAS

Para melhorar a compreensão dos instrumentos eleitos, torna-se pertinente conhecer a escala que deu origem (FSC) à que pretendemos validar para a população portuguesa e a escala usada para analisar a validade convergente (FAS).

5.1.1. Lista de Sintomas da Fadiga, com origem na *Fatigue Symptom Checklist* (FSC)

A *Fatigue Symptom Checklist* (FSC) de 30 itens foi desenvolvida anteriormente por Yoshitake, em 1971, para avaliar a fadiga física e mental em ambientes industriais. A escala desenvolvida era dicotómica e permitia avaliar a fadiga no momento da aplicação do instrumento, obtendo um valor final entre 0 (sem fadiga) e 30 (fadiga máxima).

Inicialmente, esta escala foi desenvolvida para os trabalhadores japoneses saudáveis, com trabalhos industriais, o que se difere bastante das mulheres no período pós-parto, contudo, alguns dos elementos da mesma tornam-na aceitável para a avaliação da fadiga a esta população, como foi percecionado em estudos posteriores. Yoshitake traduziu, em 1978, a escala para inglês, porém, a sua confiabilidade não estava assegurada, pelo que foi feita uma melhoria à tradução realizada, para garantir a adaptação cultural.

Milligan, Parks, Kitzman e Lenz, em 1997, examinaram a confiabilidade e a validade da FSC de 30 itens modificada e traduzida para inglês, através de uma amostra de 285 mulheres puérperas caucasianas, em três momentos distintos: pós-parto imediato (1), 6 semanas do pós-parto (2), e 3 meses do pós-parto (3).

Relativamente à escala de 30 itens, as médias-desvio padrão dos níveis de fadiga avaliados nos 3 momentos foram $7,2 \pm 4,7$, $7,5 \pm 5,2$, $5,6 \pm 4,4$, respetivamente.

Para avaliar a confiabilidade, através da fórmula de Kuder-Richardson, a FSC de 30 itens obteve os seguintes resultados: 0,82, 0,95 e 0,82 para os momentos 1, 2 e 3 respetivamente. Já, as correlações item-total variaram entre 0,17 e 0,45 (momento 1), entre 0,09 e 0,50 (momento 2), e entre 0,22 e 0,49 (momento 3). Ao avaliar a validade deste instrumento, foram obtidos valores de *Goodness of Fit Index* (GFI) abaixo de 0,90, conferindo ser uma análise fatorial razoável, nos três momentos (0,87, 0,87 e 0,85 respetivamente).

Quanto à validade de constructo, foram usadas duas rotações (oblíqua e ortogonal) para confirmar os fatores apresentados previamente por Yoshitake; contudo, os fatores prévios não correspondiam ao fatores encontrados pelas autoras em causa, pelo que os itens não se agrupavam no mesmo padrão, pelos três períodos. Assim, concluiu-se que alguns itens eram específicos para um período determinado do período pós-parto, levando as autoras a agrupar os itens abrangentes dos 3 momentos temporais, numa única escala reduzida de 10 itens, designada pelas autoras como um instrumento desejável. A escala de 30 itens não foi suportada nem pela análise fatorial confirmatória, nem pela análise fatorial exploratória, através de ambas as rotações.

Posto isto, foram analisadas as propriedades psicométricas da escala reduzida (10 itens). Perante este instrumento, foram extraídos 2 fatores, e foi possível agrupar 4 itens na dimensão física (fator 1) e 6 itens na dimensão mental (fator 2).

Quanto à média dos níveis de fadiga avaliados pela FSC de 10 itens foram $2,74 \pm 2,11$, $3,26 \pm 2,49$ e $2,38 \pm 2,18$, respetivamente para o tempo 1, 2 e 3.

Para esta escala, ao avaliar a confiabilidade, obtiveram-se os seguintes resultados na fórmula de Kuder-Richardson: 0,71, 0,77 e 0,73, nos 3 momentos respetivamente. Ao avaliar a validade do instrumento, um dos parâmetros avaliados foi o GFI, com um valor igual a 0,97, que segundo a literatura confere ser uma análise fatorial boa (Pestana & Gageiro, 2014).

Em suma, a escala de 30 itens e a escala reduzida de 10 itens tornam-se instrumentos fundamentais para a avaliação desta problemática nas mulheres puérperas, havendo possibilidade então de realizar a adaptação transcultural para a população portuguesa.

5.1.2. Escala de Avaliação da Fadiga, com origem na *Fatigue Assessment Scale* (FAS)

A *Fatigue Assessment Scale* (FAS) foi desenvolvida originalmente pelos autores Michielsen, de Vries, van Heck, van de Vijver e Sijtsma e publicada no ano de 2004, num estudo onde se explica a construção deste novo instrumento de avaliação. Em 2017, foi traduzida e validada para a população portuguesa por Alfaro, e aceite pela *Ild Care Fondation*. A FAS original é uma escala unidimensional, do tipo *Likert* (Nunca a Sempre), com 10 itens de avaliação.

O artigo publicado pelos autores Michielsen, de Vries, van Heck, van de Vijver e Sijtsma, em 2004, era composto por dois momentos de investigação, com objetivos distintos: examinar a dimensionalidade das escalas da fadiga existentes (estudo 1) e construir um novo instrumento de avaliação da fadiga e examinar as suas propriedades psicométricas (estudo 2).

- **ESTUDO 1**

Num primeiro momento, a amostra de 876 participantes (452 homens, 412 mulheres e 12 participantes em que o género não foi identificado) respondeu a 4 questionários: *Checklist Individual Strength- 20* (CIS-20), *Emotional Exhaustion subscale* (EE-MBI), *Energy and Fatigue subscale* (EF-WHOQOL desenvolvida pela OMS) e *Fatigue Scale* (FS); segundo os *scree plot* das escalas EE, EF-WHOQOL e FS, estas são do tipo unidimensional, enquanto que o *scree plot* da escala CIS-20 demonstrou que há possibilidade de extração de 1 ou 4 fatores, contudo a escala em causa foi assumida como unidimensional, devido à sua confiabilidade. Assim, trataram-se de 4 questionários unidimensionais, que ao agregar todos os seus itens (para um total de 40 itens) foi possível extrair um fator, com uma variância de 42% do total. Perante estes resultados, foi possível observar os seguintes valores: para a CIS-20 obteve-se uma média-desvio padrão $51,25 \pm 23,70$ e um α de *Cronbach* de 0,94; para a EE-MBI obteve-se $2,57 \pm 1,12$ e um α de *Cronbach* de 0,87; para a EF- WHOQOL obteve-se $10,08 \pm 2,75$ e um α de *Cronbach* de 0,85; e por fim, para a FS obteve-se $19,80 \pm 5,86$ e um α de *Cronbach* de 0,87. Ou seja, o α de *Cronbach*, compreendendo-se entre 0,85 e 0,94, conferiu uma consistência interna total de boa a muito boa.

- ESTUDO 2

No segundo tempo, através de 2 amostras, a amostra 1 (igual à usada no primeiro tempo do estudo), teve como função construir a nova escala; e a amostra 2, composta por 1893 pessoas (1128 homens e 765 mulheres), permitiu testar a validade e confiabilidade da nova escala.

O primeiro procedimento deste estudo foi remover os itens que eram dirigidos a grupos específicos (como trabalhadores), que perguntavam duas coisas em simultâneo e que tinham baixa validade *à priori*. A seguir, foi realizado um processo semântico pelos itens restantes, para assegurar quais os itens com semânticas idênticas, e assim reduzi-los, agrupando-os ainda em categorias, tendo em conta o tipo de fadiga a que estão associados e que pretendem avaliar.

Depois, foi incluído um item relativo à exaustão mental, para garantir que pelo menos duas das dimensões mais comuns fossem questionadas, de modo equilibrado.

Posteriormente, a escala obtida, denominada *Fatigue Assessment Scale* (FAS), foi apresentada à amostra 2 e obtiveram-se os seguintes resultados: α de *Cronbach* igual a 0,87, correspondendo a uma consistência interna boa (Pestana & Gageiro, 2014), e foi extraído apenas um fator, explicando 48% da variância total. Quanto às cargas fatoriais, estas compreendiam-se entre 0,57 e 0,78 no item 10 e 1, respectivamente.

Os autores concluíram que esta nova escala de 10 itens unidimensional, é de pequena dimensão e, consequentemente, fácil de usar.

Em 2017, tal como Alfaro procedeu à adaptação transcultural, para a população portuguesa da *Fatigue Assessment Scale*, denominando-se Escala de Avaliação da Fadiga, também Cano-Climent, Oliver-Roig, Cabrero-García, Vries e Richart-Martínez validaram a FAS para a população espanhola de mulheres puérperas (FAS-e). A amostra deste estudo era composta por 870 mulheres puérperas, recrutada em 17 hospitais regionais. Para analisar as propriedades psicométricas foram formadas 2 sub-amostras, atingindo diversas conclusões; concluiu-se que a escala FAS-e é unidimensional, apresenta um α de *Cronbach* igual a 0,81 (garante uma consistência interna boa) e é um bom instrumento de avaliação para a população de mulheres puérperas.

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo terá como cerne os resultados obtidos através da recolha de dados da amostra de 180 indivíduos, tentando sempre responder aos objetivos e às questões de investigação delineados no início do estudo. Contudo, os dados ou os resultados por si só não respondem nem frutificam os objetivos estabelecidos; assim, torna-se premente uma análise sistemática dos dados para compreender a realidade no seio da amostra eleita e para satisfazer os objetivos e responder às questões de investigação.

Deste modo, a análise dos resultados será dividida entre a estatística descritiva e a estatística inferencial dos dados obtidos e das variáveis dependente e independentes previamente estabelecidas e apresentadas.

6.1. ANÁLISE DESCRIPTIVA DAS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A análise descritiva delineada neste subcapítulo pretende retratar e apresentar a amostra eleita para este estudo, ou seja, “... destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos.” (Fortin et al., 2009, p.411), recorrendo aos aspetos inerentes à estatística descritiva (as distribuições de frequências, os gráficos, a média e o desvio padrão).

Primeiramente, analisando a idade das mulheres puérperas participantes (figura 3), dividiu-se em faixas etárias definidas pelo INE e pela PORDATA nas suas estatísticas, para facilitar a análise das mulheres puérperas da amostra; assim, compreendemos que a maior parte das participantes se situa na faixa etária dos 30 anos aos 34 anos, com uma incidência de 70 mulheres puérperas (38,90%). Por outro lado, a faixa etária com menos participantes é entre os 45 anos e os 49 anos, apresentando uma frequência de 1 mulher puérpera (0,60%), e a seguir, entre os 40 anos e os 44 anos, com 5 mulheres participantes (2,80%).

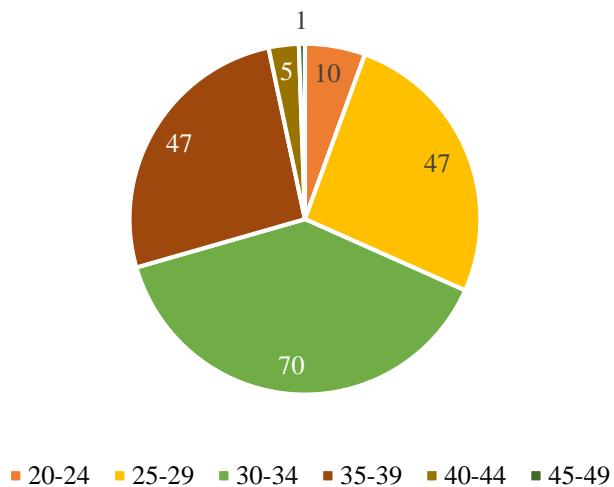


Figura 3 – Representação da idade das mulheres puérperas participantes

Tendo em conta os restantes aspectos da estatística descritiva, apresentados na tabela 4, as 180 participantes apresentavam idades entre os 20 anos e os 45 anos, com uma média de 31,69 anos e um desvio padrão de 4,425 anos ($31,69 \pm 4,425$ anos).

Tabela 4 – Distribuição descritiva da idade da amostra (em anos)

Amostra (n)	IDADE	Mínimo	Máximo	Média (\bar{x})	Desvio Padrão (s)
180		20	45	31,69	4,425

Quanto às habilitações académicas (figura 4), a maioria das participantes, ou melhor, 75 das 180 (41,70%) têm uma licenciatura ou um bacharelato, seguindo-se de 26,70% (48 mulheres) das participantes com o Ensino Secundário e, muito próximo, 47 mulheres puérperas (26,10%) têm um Mestrado. Dos restantes itens escolhidos, apenas 4 mulheres puérperas (2,20%) têm um Doutoramento.

Por outro lado, nenhuma participante referiu nenhuma destas três respostas: não ter a 4º classe, ter o 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano) ou ter o 2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano).

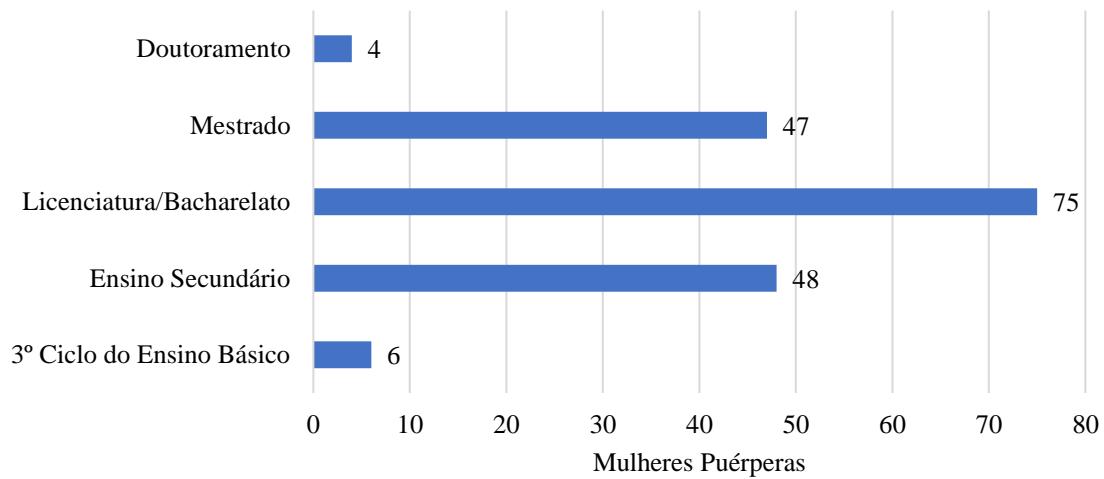


Figura 4 – Representação das habilitações académicas das mulheres puérperas

Ao analisar a ocupação profissional das participantes (figura 5), percebemos que, das 180 mulheres puérperas da amostra, a maioria se encontra empregada (156 mulheres, ou seja, 86,70%); por sua vez, 24 das participantes (ou melhor, 13,30%) encontram-se desempregadas ou sem ocupação profissional.

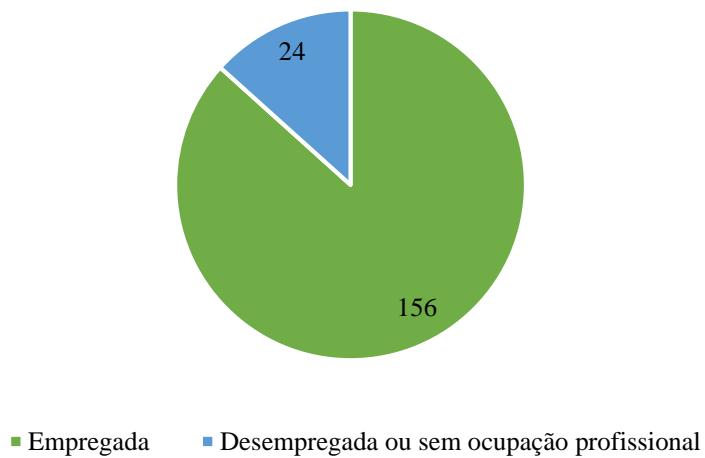


Figura 5 – Representação da ocupação profissional das mulheres puérperas participantes

Relativamente ao estado civil das mulheres participantes (figura 6), a maioria das mulheres puérperas está casada ou em união de facto, ou seja, 154 participantes (85,60%); e a seguir, 24 das mulheres da amostra (13,30%) são solteiras. Ao invés, apenas 1 mulher puérpera é divorciada (0,60%) e também 1 participante referiu ser viúva (0,60%), neste estudo.

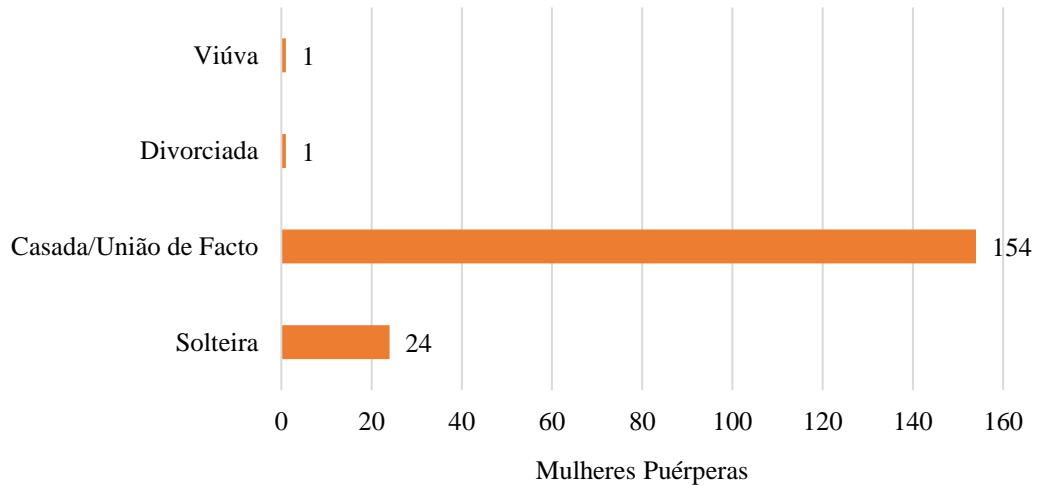


Figura 6 – Representação do estado civil das mulheres puérperas participantes

Quanto ao agregado familiar (figura 7), a amostra é heterogénea, no que diz respeito ao apoio familiar às mulheres puérperas participantes (depreendido pelo agregado familiar); o maior número das participantes (148 mulheres, ou seja, 82,20% da amostra) vive com o cônjuge e os filhos, e a seguir, 21 das mulheres puérperas (11,70%) vive apenas com o(s) filho(s). Por outro lado, 11 das 180 mulheres participantes (equivalente a 6,10%) referiu viver com os filhos, o cônjuge e/ou os pais/sogros.

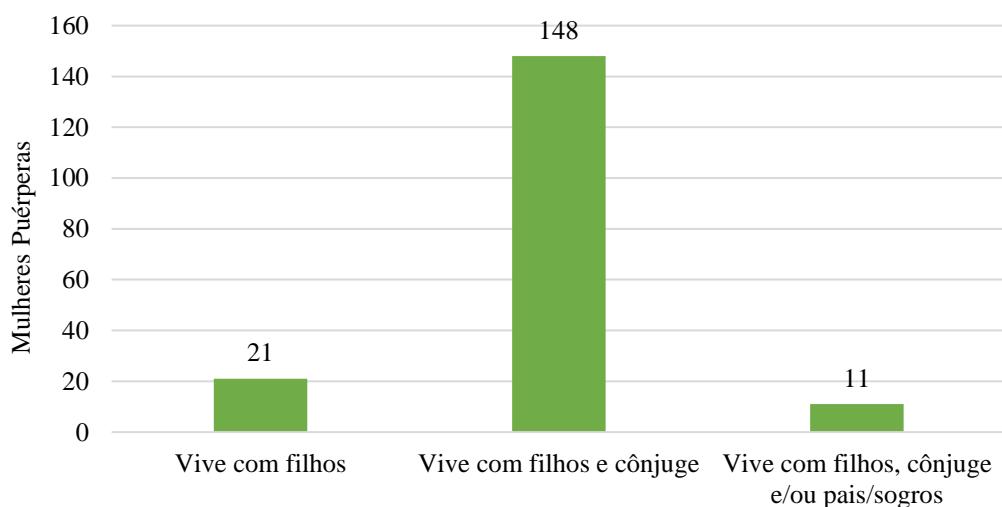


Figura 7 – Representação do agregado familiar das mulheres puérperas participantes

Assim, partindo destas duas últimas características sociodemográficas, denota-se que a amostra eleita é um grupo de mulheres puérperas heterogéneo e com vivências familiares distintas, tanto pelo seu estado civil como pelo agregado familiar existente.

Continuando, analisámos o número de filhos das mulheres da amostra deste estudo (figura 8), dividindo em duas categorias: mulheres apenas com 1 filho e mulheres puérperas com 2 ou mais filhos. Percebeu-se que a maioria das participantes (118 das 180 mulheres, ou seja, 65,60%) tem apenas um filho (o novo ser da família), enquanto que 62 participantes referiram ter 2 ou mais filhos (34,50%).

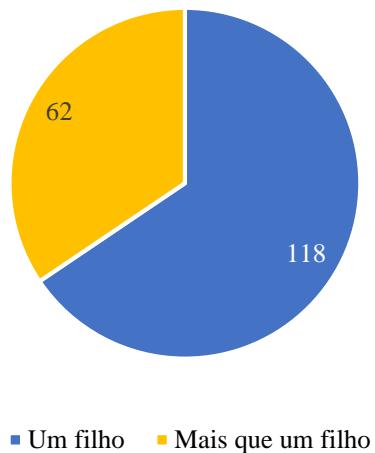


Figura 8– Representação do número de filhos das mulheres puérperas participantes

De acordo com a estatística descritiva pormenorizada dos dados antes de os agrupar nos dois grupos acima indicados (tabela 5), esta amostra de 180 mulheres puérperas teve 1 filho no mínimo e 4 filhos no máximo, tendo uma média de 1,41 filhos e um desvio padrão de 0,631 filhos ($1,41 \pm 0,631$ filhos).

Tabela 5 – Distribuição descritiva do número de filhos (em filhos)

Amostra (n)	NÚMERO DE FILHOS	Mínimo	Máximo	Média (\bar{x})	Desvio Padrão (s)
180		1	4	1,41	0,631

Relativamente à vigilância da gravidez (figura 9), as mulheres participantes demonstraram acumular mais que um recurso para vigiar a sua gravidez, sendo que 116 das participantes recorreram a mais que uma instituição, entre o Centro de Saúde, a Maternidade ou Hospital e o Consultório Privado (contra 64 mulheres que apenas vigiaram numa instituição).

A maioria das participantes – 58 mulheres (32,20%) – recorreram ao Centro de Saúde e à Maternidade/Hospital, seguindo-se de 27 mulheres (15%) que vigiaram no Centro de Saúde e no Consultório Privado ao mesmo tempo, e também 27 mulheres que vigiaram apenas na Maternidade/Hospital.

Por outro lado, com a frequência mais baixa, 9 participantes (5%) vigiaram a gravidez entre a Maternidade/Hospital e o Consultório Privado.

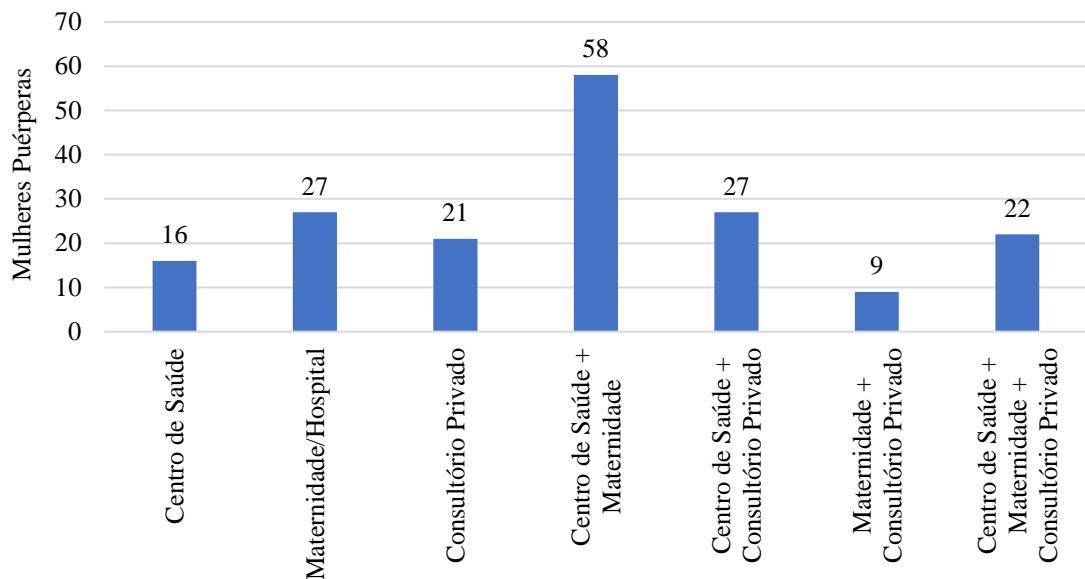


Figura 9 – Representação da vigilância da Gravidez das mulheres puérperas participantes

Em relação à realização de sessões de Preparação para o Parto e para a Parentalidade (sPPP), 123 mulheres participantes neste estudo afirmaram ter realizado sPPP, compreendendo uma percentagem de 68,33% da amostra. Por sua vez, 57 participantes não realizaram nenhuma sPPP durante a gravidez, como é visível na figura 10.

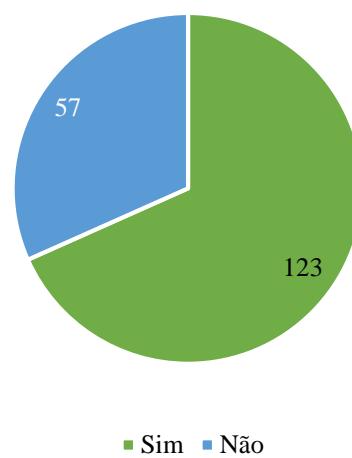


Figura 10 –Representação da realização das sessões de Preparação para o Parto das mulheres puérperas participantes

Ainda relativamente às sPPP, as mulheres puérperas que realizaram sessões foram questionadas sobre onde o fizeram e com que frequência.

Quanto ao local de realização de sPPP, do espectro de 123 mulheres participantes que responderam sim à questão anterior, compreendemos que 50,41% (ou melhor, 62 mulheres) realizaram as suas sessões no centro de saúde, seguindo-se de 29,27% (36 mulheres) que realizaram na Maternidade ou Hospital da área, como é representado na figura 13.

No espectro da resposta Privado, onde 22 mulheres realizaram sessões exclusivamente, engloba-se a realização das sPPP em locais certificados, tais como, clínicas privadas (por exemplo, a CUF), Terna Aventura (ESEnfC), a Gimnográvida, Centro Pré e Pós-parto (Lisboa), entre outros.

Por último, 2 mulheres participantes realizaram sPPP em mais que um sítio, acumulando CS e Maternidade, ou ainda Maternidade/Hospital e Privado.

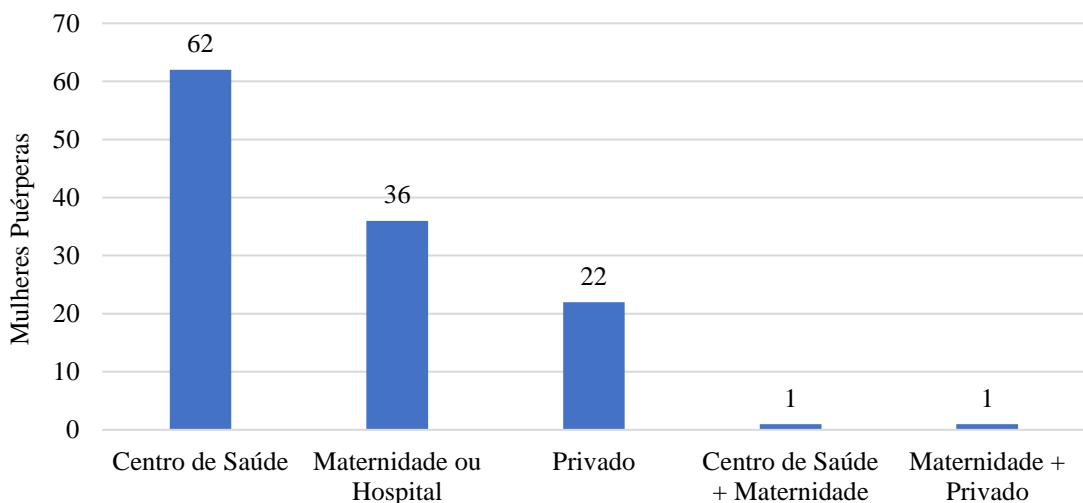


Figura 11 –Representação do local da realização das sessões de Preparação para o Parto das mulheres puérperas participantes

Por fim, analisou-se o número de sessões de Preparação para o Parto e a Parentalidade que cada mulher participante realizou durante a gravidez; tendo em conta a análise descritiva, apresentada pela tabela 6, percebe-se que da amostra de 123 mulheres que afirmaram ter realizado sPPP, apenas 122 especificaram o número de sessões realizadas. Assim, destas mulheres puérperas, o número de sessões mínimas realizadas foi 2 sessões e o máximo foi 40 sessões, com uma média calculada de 9,44 sessões, com um desvio padrão de 6,101 sessões ($9,44 \pm 6,101$ sessões).

Tabela 6 – Distribuição descritiva do número de sPPP (em sessões)

Amostra (n)	NÚMERO DE sPPP	Mínimo	Máximo	Média (\bar{x})	Desvio Padrão (s)
122		2	40	9,44	6,101

Analizando particularmente as respostas dadas e com o auxílio da figura 14, compreendemos que o número de sessões com mais respostas foi 6 sessões, pois 18 mulheres (ou seja, 14,75%) realizaram esse número exato de sessões; a seguir, 17 mulheres participantes (13,93%) realizaram 10 sessões.

No gráfico representado na figura 14, percebe-se que apenas uma participante frequentou respectivamente 11 sessões, 13, 18, 24, 30 e 40 sPPP.

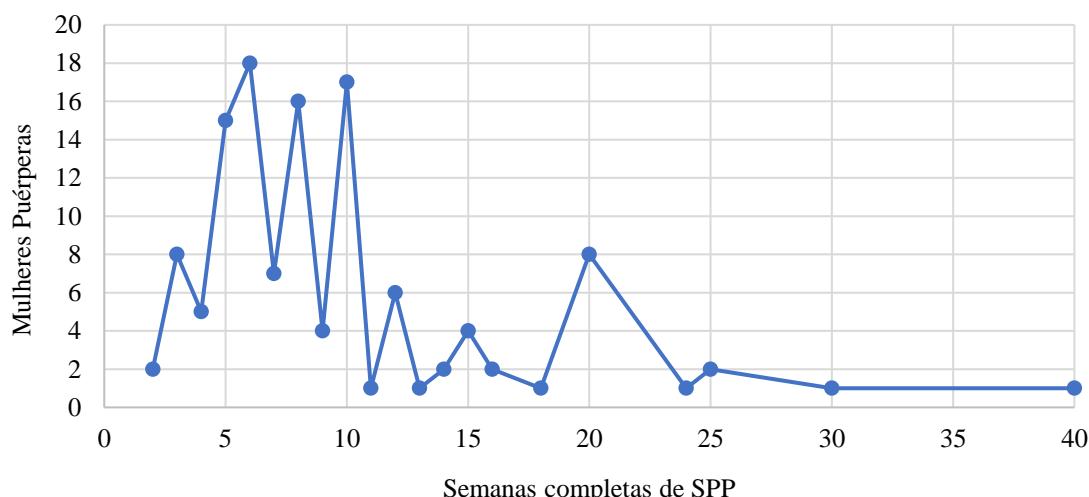


Figura 12 – Representação do número de sessões realizadas de Preparação para o Parto das mulheres puérperas participantes

Concentrando-se noutra dimensão, o tipo de parto das mulheres participantes também foi analisado (figura 15); 89 das mulheres puérperas (49,40%) tiveram um parto normal, sem necessidade de instrumentação, seguindo-se de 26,70% das mulheres, que foram submetidas a uma cesariana. Por sua vez, uma pequena parte da amostra (12 mulheres, ou seja, 6,70%) tiveram um parto por fórceps.

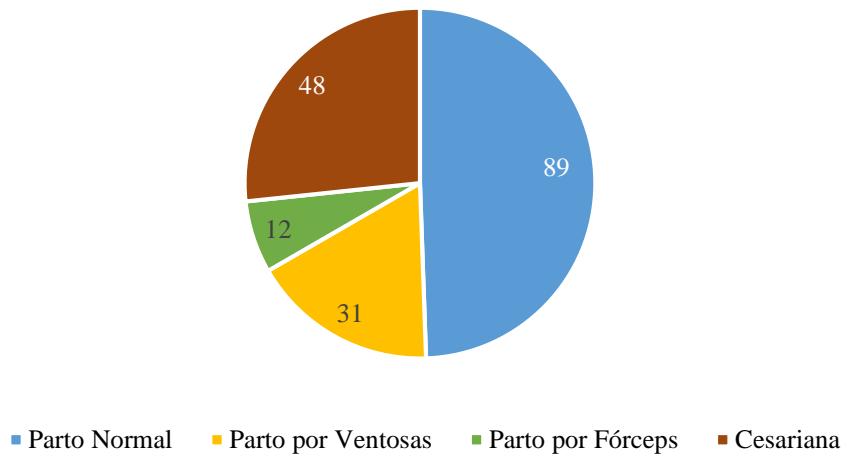


Figura 13 –Representação do tipo de parto das mulheres puérperas participantes

Quanto à experiência de amamentação, a maioria das mulheres ainda amamentavam aquando da recolha de dados, isto porque, 166 mulheres puérperas (92,20%) continuavam a amamentar na altura do preenchimento do questionário. Por outro lado, 7,80% das participantes (apenas 14 mulheres) amamentaram, mas na altura do estudo já tinham cessado.



Figura 14 –Representação da experiência de amamentação das mulheres puérperas participantes

Relativamente ao tempo de experiência de amamentação, compreendemos que as 14 mulheres que responderam já terem concluído a experiência de amamentação explicitaram quantas semanas completas amamentaram; posto isto, o mínimo de semanas completas de amamentação foi de 1 semana e o máximo foi de 18 semanas, tendo como média (\bar{x}) 6,93 semanas, com um desvio padrão de 4,446 semanas ($6,93 \pm 4,446$ semanas).

Tabela 7 – Distribuição descritiva do tempo da experiência de amamentação (em semanas)

Amostra (n)	TEMPO DE AMAMENTAÇÃO	Mínimo	Máximo	Média (\bar{x})	Desvio Padrão (s)
14		1	18	6,93	4,446

Tendo em conta os dados apresentados na figura 15, comprehende-se que as 14 mulheres que cessaram a amamentação, foram deixando ao longo das 18 semanas, verificando-se entre a 1^a e a 4^a semanas e a 5^a e a 8^a semanas cessaram o mesmo número de mulheres (5 em cada período), com uma maior incidência na 4^a e 8^a semanas.

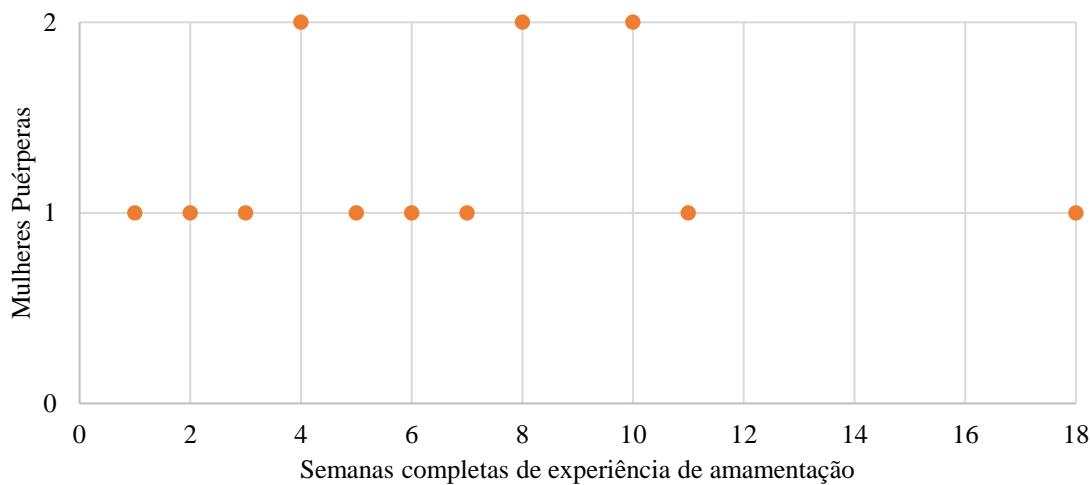


Figura 15 –Representação do tempo da experiência de amamentação das mulheres puérperas

Por último, as mulheres puérperas foram questionadas sobre a percepção de horas de sono/descanso reparador que apresentaram após o parto, revelando que 123 participantes, ou 68,30% da amostra, têm a noção de que dormem ou descansam entre 4 a 7 horas por dia, seguindo-se das mulheres que percecionam dormir/descansar menos de 4 horas por dia (41 mulheres participantes). Por sua vez, 8,90% das mulheres, ou seja, 16 mulheres, responderam dormir ou ter um descanso reparador por mais de 7h por dia. Deste modo, é perceptível que as mulheres puérperas que participaram neste estudo, e estão representadas na figura 16, têm a percepção que dormem ou descansam pouco ou com uma qualidade pobre, podendo isto ter influência nas restantes dinâmicas.

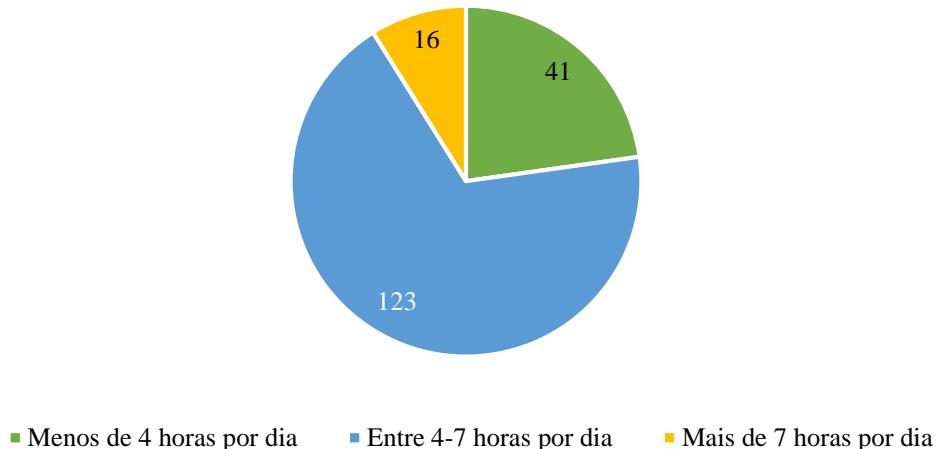


Figura 16 – Representação da percepção de horas de sono/descanso reparador das mulheres puérperas participantes

6.2. AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA LISTA DE SINTOMAS DA FADIGA

Na adaptação transcultural de um instrumento torna-se pertinente a avaliação das propriedades psicométricas, tais como a validade e a confiabilidade, permitindo avaliar a equivalência cultural. Polit et al. (2004) ajudam-nos a compreender a importância destes critérios na avaliação e validação dos instrumentos quantitativos, principalmente a validade e a confiabilidade. “A validade é o grau em que o instrumento mede o que supostamente deve medir.” (p.291), permitindo a produção de uma resposta correta; e “A confiabilidade refere-se à consistência com que o instrumento mede o atributo.” (p.288), ou seja, permite produzir a mesma resposta em situações distintas (forma e tempo de aplicação diferentes).

6.2.1. Validade da Lista de Sintomas da Fadiga e versão reduzida

Para a análise da validade do instrumento da Lista de Sintomas da Fadiga realizámos uma análise fatorial dos componentes principais, seguindo-se a rotação ortogonal do tipo *varimax*. A partir deste processo, pretendemos reduzir um grande número de itens/variáveis num número reduzido de componentes ou dimensões/fatores, aglomerando os itens de acordo com parâmetros de ligação e sintetizando a informação inicial. Para isto, recorreu-se ao critério de Kaiser, surgindo os fatores extraídos, que apresentam valores próprios superiores à unidade (também denominados de *eigenvalues*).

Estes elementos são usados pelos investigadores para identificar e melhorar a relação entre os diferentes itens com um determinado fator ou dimensão; ou seja, “... desvenda as inter-relações complexas entre as variáveis e identifica quais as variáveis que pertencem ao mesmo grupo de conceitos ou fatores.” (Polit et al., 2004, p.343).

Posto isto, a partir da rotação do tipo *varimax*, tentou-se determinar as correlações mais baixas e as mais elevadas dos itens/variáveis com os fatores, criando uma matriz de correlações. Porém, para que isso seja possível, recorreu-se à medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e ao teste de esferacidade de *Bartlett*, isto porque, estes “... procedimentos estatísticos (...) permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise fatorial.” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 520). Tendo em conta os dados abaixo apresentados na tabela 8, é possível concluir que a análise fatorial será de boa qualidade e indica que existirão coeficientes de correlação parciais pequenos.

Tabela 8 – Teste de KMO e *Bartlett* (Lista de Sintomas da Fadiga – 30 itens)

KMO	0,814
Teste de <i>Bartlett</i>	
Qui-quadrado	1499,034
Graus de liberdade	435
Significância (p)	0,000

De seguida, foram analisados os fatores a extrair a partir do critério de Kaiser (pela existência de 30 itens), onde observámos que os valores próprios com uma variância superior à unidade (ou *initial eigenvalues*) surgem até ao 9º fator, representando uma variância total de 60,524%. Para além disto, para sustentar este resultado, observámos ainda o *Scree Plot* para o instrumentos em causa (figura 17), concluindo que o ponto de maior declive parece surgir antes da 4º componente.

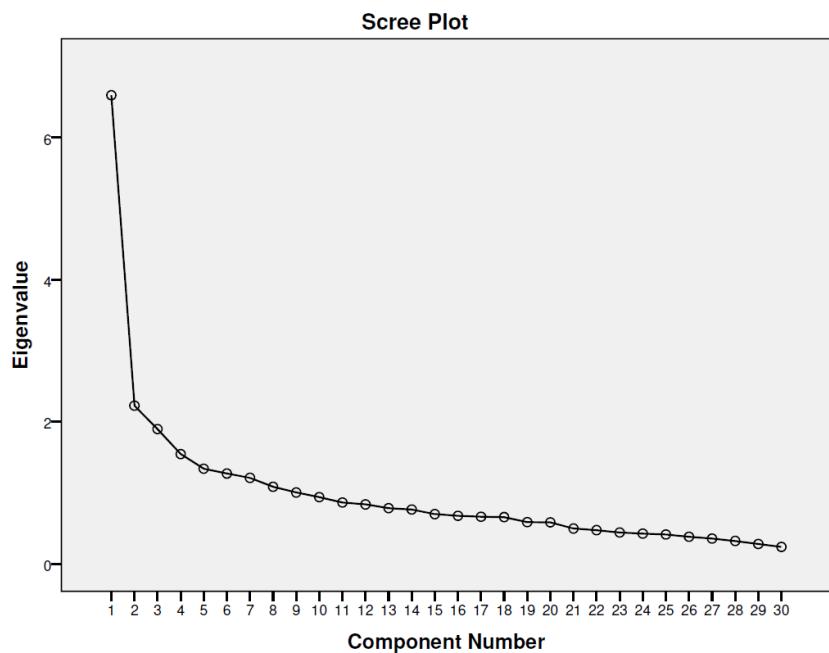


Figura 17 – Scree Plot (Lista de Sintomas da Fadiga – 30 itens)

Por outro lado, após realizar a rotação ortogonal *varimax* e analisar as cargas fatoriais dos diversos itens pelos 9 fatores, concluímos que as cargas fatoriais estão dispersas pelas 9 dimensões, não apresentando na sua maioria cargas fatoriais significativas.

Posto isto, e ainda recordando a análise feita através do *scree plot*, realizámos de novo toda a análise fatorial, agora referente a 3 fatores/dimensões; para estas 3 dimensões, os itens representam apenas 35,715% da variância total. Quanto às cargas fatoriais dos 30 itens, após rotação ortogonal *varimax* e a extração para 3 fatores, estas não apresentam na sua maioria valores significativos (acima de 0,5), e com uma menor expressão na dimensão 3.

Posteriormente, analisámos ainda todos os processos, quando extraídos apenas 2 fatores, apresentando também a percentagem de variância total e da variância acumulada para cada fator, tal como a discriminação da saturação fatorial e as comunidades (proporção da variância de cada item explicada pelos componentes principais).

Para os 30 itens considerados, a extração forçada de apenas 2 fatores garantiu uma variância total de 29,396%, sabendo que a dimensão 1 representa 21,98% e a dimensão 2 uma percentagem de 7,42%, como está representado de seguida na tabela 5. Relativamente à discriminação das cargas fatoriais e das comunidades (Comun.), é perceptível que as cargas fatoriais variam entre 0,326 (mínimo) e 0,788 (máximo), sabendo

que 14 dos 30 itens apresenta uma saturação fatorial superior a 0,5; já as comunalidades variam entre 0,089 (mínimo) e 0,626 (máximo), concluindo então que a questão_25 é explicada em cerca de 8,90% dos dois fatores, e a questão_29 é explicada em 62,60%.

Assim sendo, retiramos as seguintes conclusões: a partir do valor de KMO apresentado para a escala de 30 itens, comprehende-se que é possível realizar uma análise fatorial de boa qualidade.

Neste seguimento, centrámo-nos nos fatores a reter através do critério de Kaiser, percebendo que era possível extraír 9 fatores, explicando 60,524% da variância total. Porém, a partir da discriminação da saturação fatorial, após uma rotação *varimax*, concluiu-se que na maioria, as cargas fatoriais não eram estatisticamente significativas (inferiores a 0,5).

Decorrente destes resultados, realizámos uma nova análise fatorial, forçando a reter 3 fatores e explicando 35,715% da variância total. Quando observadas as cargas fatoriais, concluiu-se que a dimensão 3 apresentava valores menos significativos, incluindo a carga fatorial mínima (0,298 na questão_28).

Por isso, decidimos ainda forçar a extração dos fatores a apenas 2, explicando somente 29,396% da variância total; toda a análise dos dados foi representada na tabela 9, demonstrando os dados recolhidos desta análise fatorial, principalmente as cargas fatoriais (a variarem entre 0,326 e 0,788) e as comunalidades (variando entre 0,089 e 0,626).

Tabela 9 – Matriz de componentes extraídos após análise fatorial (30 itens)

Itens	Fator 1	Fator 2	Comun.	Itens	Fator 1	Fator 2	Comun.
Questão_1	0,486	0,240	0,294	Questão_16	0,598	-0,015	0,358
Questão_2	0,520	0,259	0,337	Questão_17	0,427	0,079	0,189
Questão_3	0,165	0,466	0,244	Questão_18	0,523	0,071	0,278
Questão_4	0,326	0,100	0,116	Questão_19	0,153	0,401	0,184
Questão_5	0,662	0,052	0,440	Questão_20	0,539	0,151	0,313
Questão_6	0,410	0,291	0,253	Questão_21	0,519	0,239	0,326
Questão_7	0,442	0,369	0,332	Questão_22	0,372	0,420	0,315
Questão_8	0,252	0,471	0,285	Questão_23	0,374	0,326	0,246

Itens	Fator 1	Fator 2	Comun.	Itens	Fator 1	Fator 2	Comun.
Questão_9	-0,136	0,627	0,412	Questão_24	0,033	0,465	0,218
Questão_10	0,431	0,221	0,235	Questão_25	0,061	0,292	0,089
Questão_11	0,607	0,166	0,396	Questão_26	0,077	0,306	0,100
Questão_12	0,233	0,436	0,244	Questão_27	0,206	0,523	0,316
Questão_13	0,613	0,112	0,389	Questão_28	0,239	0,331	0,166
Questão_14	0,709	0,072	0,508	Questão_29	-0,071	0,788	0,626
Questão_15	0,509	0,066	0,263	Questão_30	0,208	0,549	0,345
<u>Valores Próprios</u>		<u>Fator 1:</u> <u>6,594</u>			<u>Fator 2:</u> <u>2,225</u>		
<u>% Variância</u>		<u>Fator 1:</u> <u>21,980</u>			<u>Fator 2:</u> <u>7,416</u>		
<u>% Acumulada</u>		<u>Fator 1:</u> <u>21,980</u>			<u>Fator 2:</u> <u>29,396</u>		

Após toda esta análise dos procedimentos efetuados para a Lista de Sintomas da Fadiga (30 itens), ponderámos que, à semelhança das autoras Milligan, Parks, Kitzman e Lenz, a versão reduzida da escala (10 itens apenas) poderia ter melhores resultados e mais significância para o subgrupo em causa. Assim, repetimos o processo de análise, realizando, de novo a rotação do tipo *varimax*, observando os valores do teste de KMO e *Bartlett* e, por fim, avaliando os valores próprios para os fatores extraídos.

Relativamente ao teste de KMO e *Bartlett* para a escala versão reduzida (10 itens), apresentado na tabela 10, verifica-se que o coeficiente de KMO tem o valor de 0,810, pelo que, segundo Marôco (2011) e Pestana e Gageiro (2014), valores entre 0,8-0,9 significam uma análise factorial boa; e, para além disto, com o teste de *Bartlett*, verifica-se a existência de correlações significativas e que a análise factorial se torna útil, já que o valor da significância (*p*) é inferior a 0,05 (*p*= 0,000).

Tabela 10 – Teste de KMO e *Bartlett* (escala versão reduzida)

KMO	0,810
Teste de <i>Bartlett</i>	
Qui-quadrado	386,710
Graus de liberdade	45
Significância (p)	0,000

A seguir, serão apresentados os resultados da análise factorial realizada aos componentes principais (tabela 11), através da rotação do tipo *varimax*, com o critério de Kaiser, como efetuado anteriormente, mas agora relativa aos 10 itens da versão reduzida da escala. Verificou-se que há 2 fatores retidos, com um valor próprio superior a 1, pelo número de variáveis (K) ser inferior a 30 (K=10), representando cumulativamente 46,931%.

Tabela 11 – Matriz de componentes extraídos após análise factorial (versão reduzida)

Itens	Fator 1	Fator 2	Comunalidades
Questão_1	0,378	0,397	0,301
Questão_2	0,261	0,726	0,595
Questão_3	0,025	0,574	0,330
Questão_5	0,755	0,180	0,603
Questão_6	0,182	0,636	0,437
Questão_10	0,129	0,692	0,495
Questão_11	0,790	0,082	0,631
Questão_12	0,451	0,211	0,248
Questão_14	0,789	0,132	0,640
Questão_16	0,629	0,135	0,414
<u>Valores Próprios</u>	<u>3,441</u>	<u>1,252</u>	—
<u>% Variância</u>	<u>34,414</u>	<u>12,518</u>	—
<u>% Acumulada</u>	<u>34,414</u>	<u>46,931</u>	—

Mesmo tratando-se de uma análise com apenas 10 variáveis pode-se observar o *Scree Plot* (figura 18), concluindo que os pontos de maior declive nesta situação surgem antes do 3º componente/fator, ou seja, que os fatores a reter são apenas dois.

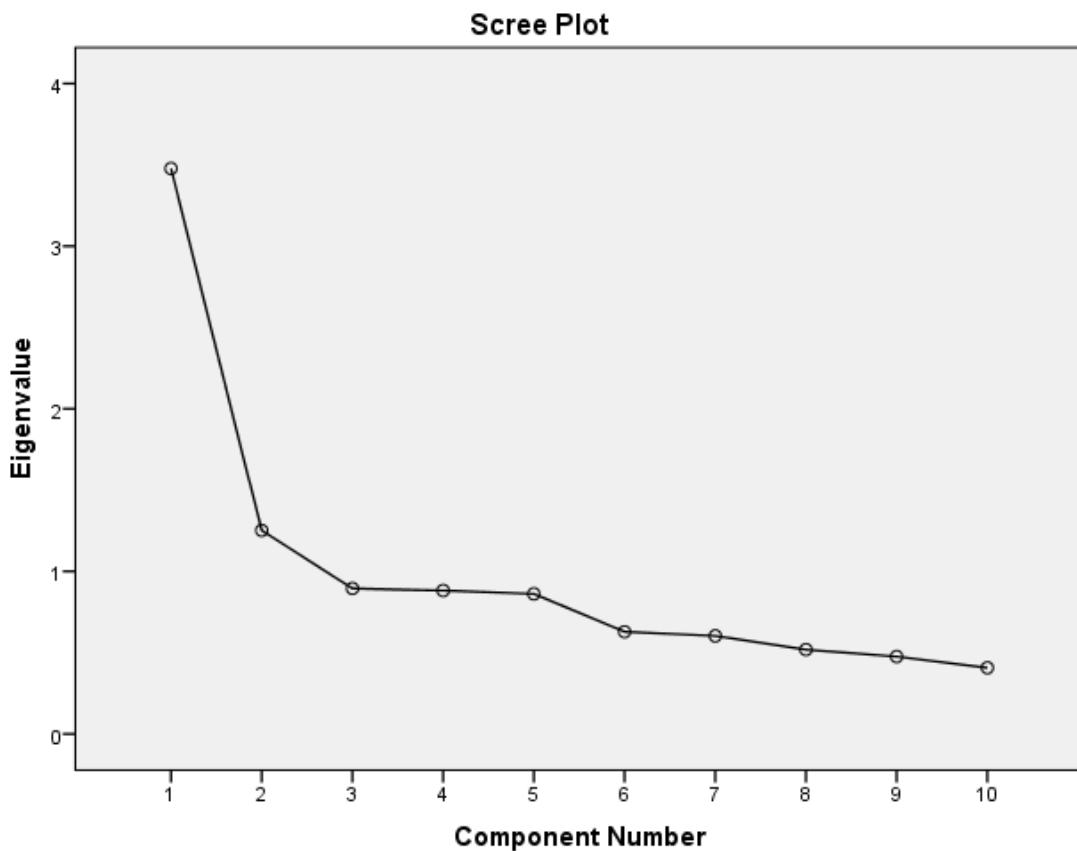


Figura 18 – Scree Plot (Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida)

Voltando de novo à análise da matriz dos componentes extraídos, relativos à escala de versão reduzida, comprehende-se que a primeira dimensão explica 34,414% da variância, enquanto que a 2º dimensão explica 12,518% da variância, num total de 46,931%. Quanto aos fatores *per si*, todos apresentam cargas fatoriais interpretáveis, ou seja, iguais ou superiores a 0,4 arredondado; por conseguinte, a questão_1 apresenta cargas fatoriais próximas nas duas dimensões, contudo, optámos por agregar esse item à dimensão 2, por ser nessa onde apresenta uma carga fatorial mais elevada (ao contrário do que se verificou na versão reduzida de 10 itens original).

Deste modo, cada dimensão agregou 5 itens, sendo a questão_5, questão_11, questão_12, questão_14 e questão_16 relativas à dimensão 1, enquanto que a questão_1, questão_2, questão_3, questão_6 e questão_10 são relativas à dimensão 2. Esta agregação dos itens está sistematizada na tabela seguinte (tabela 12), para facilitar a compreensão, atribuindo às dimensões designações oriundas da versão original; porém, como já foi referido, a questão_1 na versão original foi agregada à dimensão 1 (dimensão mental), mas no nosso estudo, a carga fatorial apresentava maior relevância na dimensão 2 (dimensão física).

Tabela 12 - Agregação dos itens nas dimensões correspondentes à Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida

Dimensão	Itens
1 – Dimensão Mental	questão_5, questão_11, questão_12, questão_14 e questão_16
2 – Dimensão Física	questão_1, questão_2, questão_3, questão_6 e questão_10

Centrando-nos agora na validade convergente/concomitante, o importante foi avaliar a correlação existente ou não entre a Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida e a *Fatigue Assessment Scale* (FAS) já validada em Portugal, com o fim de avaliar a fadiga; segundo Polit et al. (2004), a melhor maneira para descrever a relação entre duas variáveis ou dois instrumentos é a correlação, através do coeficiente de correlação.

A tabela 13 demonstra os dados relacionados com o coeficiente de correlação linear R de Pearson para o instrumento FAS e o instrumento em validação (Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida), concluindo que o R de Pearson é de 0,475 (para n igual a 180 participantes), ou seja, existe uma correlação linear positiva entre a FAS e o outro instrumento para a avaliação da fadiga. Para além disto, concluiu-se ainda que a correlação é estatisticamente significativa, já que o *Sig.* é igual a 0,000.

Assim sendo, partindo da FAS, que previamente estava validada e analisada para avaliar a fadiga, e ao verificar-se uma correlação linear positiva, concluímos que o instrumento em estudo também avalia a fadiga eficazmente.

Tabela 13 – Correlação entre FAS e Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida

		FAS	LISTA DE SINTOMAS DA FADIGA – VERSÃO REDUZIDA
FAS	R de Pearson	1	0,475*
	<i>Sig.</i>		0,000
	n	180	180
Versão Reduzida	R de Pearson	0,475*	1
	<i>Sig.</i>	0,000	
	n	180	180

*Correlação é significativa para *Sig.* < 0,01

6.2.2. Confiabilidade da Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida

A confiabilidade, como já foi referido anteriormente, avalia se existe coerência entre as respostas obtidas pelo mesmo instrumento, em utilizações repetidas, e se os resultados obtidos se mantêm independentes em casos de acidentes ocasionais (Ferreira & Marques, 1998); para analisar este aspeto tivemos em conta a consistência interna, ou seja, “... a concordância existente entre todos os enunciados individuais que constituem o instrumento de medida.” (Fortin et al., 2009, p.350) e, por sua vez, o *alfa* (α) de Cronbach, que permite avaliar se cada enunciado do instrumento mede da mesma forma o conceito em estudo, que quanto maior for o seu valor, melhor é a consistência interna.

Segundo Pestana e Gageiro (2014), para melhorar a análise da consistência interna deve-se conhecer a média e o desvio padrão, a variância e o α de Cronbach do total de 10 itens, apresentado de seguida na tabela 14, a média, o desvio padrão, a variância e o α de Cronbach da escala de 10 itens.

Relativamente ao estudo em causa, e ao instrumento em análise – Lista de Sintomas da Fadiga - versão reduzida – o α de Cronbach é igual a 0,777, indicando uma consistência interna razoável (Pestana e Gageiro, 2014).

Tabela 14 – Estatística dos Itens da Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida

ITENS	Média	Desvio Padrão	Variância	α de Cronbach	Amostra (n)
10	6,20	2,650	7,021	0,777	180 participantes

Por outro lado, quanto à correlação total da escala reduzida com cada item *per si*, os resultados são visíveis na tabela 15 de seguida.

Tabela 15 – Correlações Item-Total, Variância total e *Alfa* de Cronbach se um item for eliminado da Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida

Item	Correlação Item-Total	Variância total se o item for eliminado	<i>Alfa</i> de Cronbach se o item for eliminado
Questão_1	0,418	5,774	0,761
Questão_2	0,526	5,972	0,751
Questão_3	0,263	6,117	0,783
Questão_5	0,572	5,456	0,740

Item	Correlação Item-Total	Variância total se o item for eliminado	<i>Alfa de Cronbach</i> se o item for eliminado
Questão_6	0,402	5,894	0,763
Questão_10	0,380	6,077	0,765
Questão_11	0,537	5,537	0,745
Questão_12	0,364	6,003	0,768
Questão_14	0,564	5,459	0,741
Questão_16	0,447	5,994	0,758

A partir da análise da tabela apresentada anteriormente (tabela 15), é perceptível que a variância total quando um dos itens é eliminado fica sempre inferior à total da escala versão reduzida; quanto ao α de *Cronbach*, verificámos que este fica sempre com valores inferiores ao total, exceto se eliminado o item 3, totalizando um α de *Cronbach* igual a 0,783. Posto isto, decidimos não eliminar o item em causa, já que o valor atribuído ao α de *Cronbach* na sua ausência, não confere ao instrumento um maior nível de consistência interna, mantendo-se um instrumento com consistência razoável.

Perante uma visão particularizada de cada dimensão (na tabela 16), compreendemos que a dimensão 1 ou dimensão mental apresenta uma consistência interna razoável (α de *Cronbach* igual a 0,756) e, que a exclusão de uma questão não valorizaria mais a consistência interna. No que diz respeito ao α de *Cronbach* da dimensão física, depreendemos que este é mais baixo (α de *Cronbach* igual a 0,629), conferindo a esta subescala uma consistência interna menos razoável que a anterior, não valorizando pela exclusão de nenhum item.

Quanto à variância, esta é superior para a subescala mental, quando comparada com a subescala física, contudo, nenhum dos 10 itens garante uma melhor variância quando excluído. Assim sendo, as subescalas apresentam 5 itens cada, com relevância entre si e com o total, sem haver a necessidade de exclusão de algum item.

Tabela 16 – Correlações Item-Total, Variância total e *Alfa de Cronbach* se um item for eliminado das subescalas da versão reduzida (física e mental)

		$\bar{x} \pm s$	Correlação Item-Total	Variância total se o item for eliminado	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
DIMENSÃO MENTAL	Questão_5	0,58±0,494	0,585	1,753	0,684
	Questão_11	0,60±0,491	0,589	1,766	0,687
	Questão_12	0,29±0,455	0,353	2,104	0,768
	Questão_14	0,56±0,498	0,617	1,721	0,675
	Questão_16	0,81±0,397	0,468	2,083	0,731
	TOTAL	2,83±1,666	----	2,777	0,756
DIMENSÃO FÍSICA	Questão_1	0,56±0,498	0,349	1,387	0,595
	Questão_2	0,85±0,358	0,514	1,469	0,528
	Questão_3	0,49±0,501	0,285	1,449	0,630
	Questão_6	0,68±0,466	0,431	1,357	0,550
	Questão_10	0,78±0,413	0,386	1,485	0,575
	TOTAL	3,37±1,430	----	2,044	0,629

6.3. RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA LISTA DE SINTOMAS DA FADIGA – VERSÃO REDUZIDA ÀS PARTICIPANTES

Os resultados da aplicação da versão reduzida da Lista de Sintomas da Fadiga foram obtidos após a sua aplicação na amostra eleita de mulheres puérperas; observando cada item *per si*, através da tabela 17, esquematizamos os valores das médias, dos desvios padrão, da variância, os mínimos-máximos e as frequências de respostas de cada fator, respetivamente. As médias de cada item apresentam todos valores próximos da unidade (valor máximo de resposta), evidenciando então que as mulheres participantes identificam os sintomas representados nos itens como um sintoma presente na altura da colheita de dados. A única questão que apresenta uma média com valores próximo de 0 (valor mínimo de resposta) é a questão_12, percebendo-se que apenas algumas mulheres identificam este item como presente.

A questão com maior número de respostas positivas e, por conseguinte, uma média mais próxima do valor máximo, foi a questão_2 (“O meu corpo sente-se cansado”), seguindo-se da questão_16 (“Tendo a esquecer as coisas”), com médias de 0,85 e 0,81 respetivamente.

Por outro lado, as questões com menor significância para a amostra de 180 mulheres puérperas, foram a questão_12 (“Canso-me a falar”), seguida da questão_3 (“Sinto as minhas pernas cansadas”), com valores de médias de 0,29 e 0,49 respectivamente. Assim, a dimensão física tem a questão com maior relevância para a amostra e a dimensão mental tem a menor, evidenciando-se a existência de um valor superior da média na dimensão física.

Tabela 17 – Análise descritiva dos itens dentro de cada fator (versão reduzida)

	DIMENSÃO MENTAL					DIMENSÃO FÍSICA				
	Q_5	Q_11	Q_12	Q_14	Q_16	Q_1	Q_2	Q_3	Q_6	Q_10
Amostra	180 Mulheres Puérperas									
Média	0,58	0,60	0,29	0,56	0,81	0,56	0,85	0,49	0,68	0,78
Desvio Padrão	0,494	0,491	0,455	0,498	0,397	0,498	0,358	0,501	0,466	0,413
Variância	0,244	0,241	0,207	0,248	0,158	0,248	0,128	0,251	0,218	0,171
Min. – Máx.	0 (mínimo) – 1 (máximo)									
Frequência	NÃO	75	72	128	80	35	79	27	92	57
	SIM	105	108	52	100	145	101	153	88	123
										39

6.4. ANÁLISE INFERENCIAL, ASSOCIANDO A FADIGA PÓS-PARTO COM AS VARIÁVEIS EM ESTUDO

A análise inferencial baseia-se em leis de probabilidade, permitindo conhecer os meios que levam às conclusões sobre uma população, a partir dos dados obtidos através da amostra em estudo (Polit et al., 2004). Deste modo, o importante é compreender se a amostra eleita representa fielmente a população envolvida, a fim de permitir corroborar ou rejeitar as hipóteses previamente estabelecidas e as teorias existentes.

Para verificar o pressuposto da normalidade da distribuição da variável dependente (fadiga pós-parto), realizámos o teste não paramétrico de aderência à normal Kolmogorov-Smirnov (K-S), com a correção de Lilliefors, e o teste de *Shapiro Wilks*, usado muitas vezes quando a amostra é inferior a 50 indivíduos (Pestana & Gageiro, 2014). Na tabela seguinte (tabela 18) estão representados os dois testes anteriormente referidos, permitindo concluir que a versão reduzida da Lista de Sintomas da Fadiga não obedece a uma distribuição normal, já que, o valor de Sig. (p) no teste K-S é inferior ao

valor do erro tipo I ($p<0,05$). Posto isto, os testes que serão utilizados na estatística inferencial serão os não paramétricos. Assim, a aplicação destes testes permitirá realizar a associação entre a fadiga pós-parto e as características da amostra, permitindo responder à questão de investigação 2, e consequentemente, corroborar ou refutar as hipóteses formuladas anteriormente.

Tabela 18 – Teste de Normalidade para a Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida

	Kolmogorov-Smirnov *			Shapiro-Wilks		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Versão Reduzida	0,135	180	0,000	0,941	180	0,000

* com a correção de Lilliefors

Relembrando a hipótese 1 (Existe diferença na fadiga pós-parto consoante a idade materna), focamo-nos na variável idade e fazemos uso do *Ró* de Spearman para conhecer a correlação entre esta variável e a idade.

Os valores apresentados na tabela seguinte (tabela 19) demonstram que não existe uma correlação significativa entre a idade e a fadiga pós-parto, já que os valores de Sig.(p) encontrados são superiores a 0,01 ($p>0,01$). Deste modo, a hipótese 1 deste estudo foi refutada (esta amostra não demonstrou relação entre a fadiga e a idade).

Tabela 19 – Correlação entre a Idade e a Fadiga Pós-parto

		<i>Ró</i> (ρ) de Spearman			
		Versão	Subescala	Subescala	Idade
		Reduzida	mental	física	
Versão	ρ de Spearman	1,000	0,888*	0,789*	0,031
	Sig.	---	0,000	0,000	0,675
	n	180	180	180	180
Subescala	ρ de Spearman	0,888*	1,000	0,434*	0,040
	Sig.	0,000	---	0,000	0,590
	N	180	180	180	180
Mental	ρ de Spearman	0,789*	0,434*	1,000	-0,007
	Sig.	0,000	0,000	---	0,921
	N	180	180	180	180
Física	ρ de Spearman	0,031	0,040	-0,007	1,000
	Sig.	0,675	0,590	0,921	---
	n	180	180	180	180
Idade					

*Correlação é significativa para Sig. < 0,01

Quanto à segunda variável independente em análise, as habilitações académicas, formulámos anteriormente a hipótese 2 (Existe diferença na fadiga pós-parto em função das habilitações académicas) que foi testada através do teste de Kruskal-Wallis, pelo facto de a variável independente ser nominal.

Segundo a tabela 20, os valores de Sig. são superiores a 0,05 ($p>0,05$) e, por isso, a hipótese 2 tem de ser refutada, concluindo que o facto de as mulheres atingirem um determinado nível académico não as predispõe ao desenvolvimento (ou não) de fadiga.

Tabela 20 – Correlação entre as Habilidades Literárias e a Fadiga Pós-parto

	Versão Reduzida	Subescala Mental	Subescala Física
<i>Chi-Square</i>	4,685	3,817	4,166
df	4	4	4
Sig. (p)	0,321	0,431	0,384

Ao analisar a variável ocupação profissional, surge a hipótese 3 anteriormente apresentada: Existe diferença na fadiga pós-parto consoante a ocupação profissional; a partir desta, demos uso ao teste de Mann-Whitney, que permite relacionar duas variáveis em substituição do teste *t* de Student.

Para esta amostra de 180 mulheres puérperas, há um maior número de participantes empregadas, pelo que o teste não paramétrico, com $\text{Sig.}=0,592$ (para a escala de 10 itens), demonstrou que a distribuição da fadiga pós-parto é igual independentemente da ocupação profissional, como está representado na tabela 21.

Tabela 21 – Correlação entre a Ocupação Profissional e a Fadiga Pós-parto

	Profissão	Amostra (n)	Mean Rank
Versão Reduzida	Empregada	156	91,31
	Desempregada	24	85,23
	TOTAL	180	
Estatística do Teste de Mann-Whitney			
	Versão Reduzida	Subescala Mental	Subescala Física
Mann-Whitney U	1745,500	1769,500	1560,500
Wilcoxon W	2045,500	14015,500	1860,500
Z	-0,536	-0,439	-1,346
Sig.	0,592	0,661	0,178

Relativamente ao agregado familiar, ou noutra perspetiva, à proximidade de indivíduos significativos, relembramos a hipótese 4 (Existe diferença na fadiga pós-parto consoante o agregado familiar) e testemo-la através do teste de Kruskal-Wallis; ao observar os valores de Sig. (tabela 22) tanto para a Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida, como para as suas duas subescalas, compreendemos que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o agregado familiar e a fadiga após o parto, e assim, a hipótese não é corroborada.

Tabela 22 – Correlação entre o Agregado Familiar e a Fadiga Pós-parto

	Versão Reduzida	Subescala Mental	Subescala Física
Chi-Square	2,581	4,604	0,020
df	2	2	2
Sig. (p)	0,275	0,100	0,990

O número de filhos é outra variável independente analisada através do teste de Mann-Whitney, para testar a hipótese: Existe diferença na fadiga pós-parto em função do número de filhos. Tendo em conta os valores apresentados na tabela 23, o número de filhos não tem qualquer correlação estatisticamente significativa com a problemática em estudo, pelo que a hipótese 5 é refutada, já que os valores de Sig. são superiores a 0,05.

Tabela 23 – Correlação entre o número de filhos e a Fadiga Pós-parto

	Nº Filhos	Amostra (n)	Mean Rank
Versão Reduzida	Um filho	118	88,38
	Mais do que um filho	62	94,54
	TOTAL	180	
Estatística do Teste de Mann-Whitney			
	Versão Reduzida	Subescala Mental	Subescala Física
Mann-Whitney U	3407,500	3539,500	3372,000
Wilcoxon W	10428,500	10560,500	10393,000
Z	-0,759	-0,363	-0,884
Sig.	0,448	0,716	0,377

Focando-nos na hipótese 6 (Existe diferença na fadiga pós-parto consoante o tipo de parto), a variável independente em análise é o tipo de parto, dando uso ao teste de Kruskal-Wallis para testar a hipótese anteriormente referida. Através da tabela 24, percebemos que os valores de Sig. para a versão reduzida de 10 itens e para as duas subescalas são

superiores ao erro tipo I ($p>0,05$); deste modo, concluiu-se que a hipótese 6 não é corroborada, pelo que, a fadiga pós-parto não é influenciada pelo tipo de parto ocorrido.

Tabela 24 – Correlação entre o Tipo de Parto e a Fadiga Pós-parto

	Versão Reduzida	Subescala Mental	Subescala Física
<i>Chi-Square</i>	3,040	4,161	1,861
df	3	3	3
Sig. (p)	0,386	0,245	0,245

Centrando-nos agora na experiência de amamentação, foi formulada a hipótese 7 (Existe diferença na fadiga pós-parto em função da experiência da amamentação) que poderá ser testada através do teste de Kruskal-Wallis; segundo os valores apresentados na tabela seguinte (tabela 25), o valor de Sig. para a versão reduzida de 10 itens é superior a 0,05, tal como os valores de Sig. para as subescalas. Posto isto, é possível afirmar que a hipótese 7 tem de ser refutada.

Tabela 25 – Correlação entre a Experiência da Amamentação e a Fadiga Pós-parto

	Versão Reduzida	Subescala Mental	Subescala Física
<i>Chi-Square</i>	0,750	0,394	1,047
df	1	1	1
Sig. (p)	0,386	0,530	0,306

Por último, surge a variável independente – perceção de horas de sono/descanso reparador, que deu origem à seguinte hipótese: Existe diferença na fadiga pós-parto consoante a percepção materna das horas de sono/descanso reparador. Perante esta hipótese, foi utilizado o *Ró* de Spearman para conhecer a correlação entre a problemática em estudo e a percepção materna do tempo de sono/descanso; os valores apresentados na tabela 26 demonstram que há uma correlação negativa estaticamente significativa entre a percepção materna de horas de sono/descanso e a fadiga após o parto, isto porque, os valores de Sig. são inferiores a 0,01 tanto para a Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida como para as subescalas (mental e física). Assim sendo, concluiu-se que a hipótese 8 é corroborada pelos dados colhidos nesta amostra de 180 mulheres puérperas, segundo o Sig. estabelecido para este teste específico.

Tabela 26 – Correlação entre a percepção de horas de Sono/Descanso Reparador e a Fadiga Pós-parto

Ró (ρ) de Spearman					
		Versão Reduzida	Subescala mental	Subescala física	Horas_
					Sono/Descanso
Versão Reduzida	ρ de Spearman	1,000	0,888	0,789	-0,311
	Sig.	---	0,000	0,000	0,000
	n	180	180	180	180
Subescala Mental	ρ de Spearman	0,888	1,000	0,434	-0,266
	Sig.	0,000	---	0,000	0,000
	N	180	180	180	180
Subescala Física	ρ de Spearman	0,789	0,434	1,000	-0,257
	Sig.	0,000	0,000	---	0,000
	N	180	180	180	180
Horas_Sono/Descanso	ρ de Spearman	-0,311*	-0,266*	-0,257*	1,000
	Sig.	0,000	0,000	0,000	---
	n	180	180	180	180

*Correlação significativa para Sig. < 0,01

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, pretendemos tirar conclusões sobre os dados recolhidos e, posteriormente, analisados, sempre numa vertente de investigação e de continuação dos conhecimentos sobre a problemática (Polit et al., 2004). Para além de confortar os resultados com a literatura existente, será importante relembrar e contrapor as conclusões com os dados nacionais relevantes.

Do total dos dados recolhidos e analisados, destacaremos os mais relevantes para a investigação, perspetivando sempre implicações futuras destes resultados, e tentando dar resposta aos objetivos, questões de investigação e hipóteses previamente estabelecidas.

Numa primeira abordagem, destacaremos os **aspetos inerentes à amostra e às suas características**, complementando com a realidade nacional, através de estatísticas existentes.

A amostra do estudo é constituída por 180 mulheres puérperas entre os 2 e os 6 meses do pós-parto, com média de idades de 31,69 anos, sendo a faixa etária [30, 34] anos a que apresenta maior número de participantes. Segundo os dados estatísticas nacionais de 2017 (Anexo V), existentes no INE e na PORDATA, as mulheres portuguesas que tiveram filhos apresentavam uma média de 32,00 anos de idade, sendo muito similar ao valor médio por nós encontrado, do ano de 2018. Para além disto, as estatísticas nacionais demonstraram que as mulheres portuguesas tiveram o primeiro filho com uma média de idades de 30,30 anos. Assim, comprehende-se que as idades da nossa amostra vão ao encontro das médias nacionais, para 2017, servindo apenas de comparação pelo facto de ser uma amostra por conveniência.

Quanto ao nível de estudos académicos da amostra, percebe-se que a maioria das participantes investiu na sua educação, tendo maior oportunidade de obtenção de informações relacionadas com a saúde e o bem-estar. Isto porque, os dados colhidos demonstram que 41,70% da totalidade da amostra tem uma licenciatura ou um bacharelato, seguido de 26,70% terem o Ensino Secundário. Por outro lado, é ainda perceptível que todas as mulheres puérperas participantes têm estudos até o 3º Ciclo do Ensino Básico, pelo menos.

A maioria das mulheres (86,70%) referiu ter uma ocupação profissional, ou seja, uma fonte de rendimentos para a família, enquanto que 13,30% não o têm ainda (por estarem no desemprego ou por serem ainda estudantes). Por outro lado, 85,60% das mulheres é casada ou está em união de facto, havendo ainda um caso de divórcio e um de viuvez.

Relativamente ao agregado familiar, grande parte das participantes refere morar com o(s) filho(s) e com o companheiro (82,20%), contudo, 6,10% declarou que vive também com os pais e/ou sogros. Por outro lado, a análise do número de filhos demonstrou que 65,60% das participantes tem apenas um filho, enquanto que as restantes têm 2 ou mais, num máximo de 4 filhos. A média de filhos calculada para esta amostra foi de 1,41 filhos, enquanto que a nível nacional, em 2017 (Anexo VI), a média de filhos por mulher é de 1,37 filhos; estes dois valores estão muito próximos entre si, demonstrando que as mulheres e as famílias contemporâneas tendem a ter um ou dois filhos, sendo raro encontrar uma família numerosa (3 filhos ou mais).

Centrando-nos agora nas características obstétricas, a recolha de dados deste estudo demonstrou que todas as mulheres realizaram vigilância da gravidez, nas diversas tipologias de instituições de saúde. A maioria das participantes (116 mulheres) recorreu a mais do que uma instituição de saúde para realizar a vigilância, em que 32,20% do total recorreu ao CS e à Maternidade em simultâneo. Por outro lado, apenas 9 mulheres puérperas da amostra recorreram em simultâneo à Maternidade e a um Consultório Privado, constituindo a frequência de resposta mais baixa. Assim sendo, é perceptível que as mulheres puérperas em estudo demonstram preocupação com a saúde da mulher e o bem-estar do RN, garantindo um acompanhamento seguro e saudável nesta fase do ciclo vital da família.

Por outro lado, a realização de Preparação para o Parto e para a Parentalidade também foi analisada nesta amostra, sendo que 68,33% das mulheres puérperas participou em sessões, numa média de 9,44 sPPP, num mínimo de 2 e num máximo de 40 sessões. Estas sPPP foram realizadas no CS por 50,41% das que responderam sim, seguindo-se de 29,27% que realizou na Maternidade ou Hospital da área. Para além disto, 22 das participantes que referiram fazer Preparação para o Parto e para a Parentalidade numa instituição privada certificada para o efeito. Perante esta realidade, percebe-se que as mulheres planearam o tempo de gravidez e demonstraram interesse em trabalhar os aspetos práticos do parto (como a respiração e os posicionamentos) e obter conhecimentos sobre os cuidados ao RN, a amamentação, entre outros assuntos. Sobre esta vertente, não

foram encontrados dados nacionais: nem da percentagem de mulheres que participam, nem dos locais mais comuns.

Relativamente ao tipo de parto, a maioria não necessitou de um parto instrumentado (49,40%), ou seja, foi um parto eutóxico; porém, 26,70% das mulheres foi submetida a uma cesariana. Comparando com o panorama nacional estimado para 2017 (números estatísticos provisórios no Anexo VII), verifica-se que a percentagem de partos eutóxicos a nível nacional tem um valor muito próximo ao por nós apurado na amostra (%partos eutóxicos em 2017 = 47,68%); por outro lado, a percentagem de cesarianas realizadas em 2017, a nível nacional, é superior à encontrada para a amostra de 180 mulheres puérperas, sendo de 33,09%.

Posto isto, não é seguro fazer generalizações dos dados obtidos neste estudo para o panorama geral, mas é possível concluir que os partos eutóxicos não atingem nem os 50% do total e que a taxa de cesarianas adota ainda valores bastante elevados, sendo sempre superior a um quarto do total de partos, o que ainda demonstra grande medicalização do parto, mesmo quando não há evidências clínicas para tal.

Centrando-nos agora na experiência da amamentação, é possível afirmar que 100% da amostra experienciou a amamentação, mesmo que por um curto período de tempo; no momento da colheita de dados, 92,20% ainda mantinha a amamentação. Por outro lado, 7,80%, já tinha cessado a amamentação, tendo mantido num mínimo de 1 semana e no máximo de 18 semanas, com uma média de 6,93 semanas. Analisando o gráfico da figura 15 (na página 90), comprehende-se que 5 mulheres participantes cessaram a amamentação entre a 1^a e a 4^a semanas (ou seja, o primeiro mês), percebendo que o período com maior frequência de cessação foi da 3^a para a 4^a semanas pós-parto. Também esta incidência se verificou no 2º mês após o parto (entre a 5^a e a 8^a semanas), com um pico de 2 mulheres a cessar na 8^a semana. Por outro lado, apenas 1 mulher manteve a amamentação após o 3º mês pós-parto (ou melhor, a 12º semana), mantendo por mais 3 semanas.

À semelhança das sPPP, também não encontrámos dados nacionais sobre a realidade da amamentação na população portuguesa, no entanto, é perceptível pelos dados apresentados pelos *media* que existem mulheres que recusam a experiência da amamentação, pelo que vai de encontro com os dados encontrados nesta amostra.

Por último nas características da amostra, avaliou-se a percepção materna de horas de sono ou descanso reparador, tendo-se compreendido que 68,30% da amostra perceciona que

dorme/descansa entre 4 a 7 horas por dia. Uma minoria das participantes (8,90%) relataram que fazem mais de 7 horas diárias de sono/descanso reparador.

Em seguida, destacaremos as **propriedades psicométricas** da Lista de Sintomas da Fadiga que foram avaliadas, tendo em conta a validade do instrumento e a sua confiabilidade.

Tendo em conta a validade, os procedimentos foram os seguintes: analisar a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e ao teste de esferacidade de *Bartlett*, que permitiu concluir que era possível desenvolver uma boa análise fatorial e que existiam coeficientes de correlação parciais pequenos. Em seguida, analisámos os fatores a extraír, através do critério de Kaiser, tendo compreendido que existiam 9 fatores a ser extraídos para o total dos 30 itens, explicando 60,524% da variância total. Porém, foi notório que as cargas fatoriais não eram significativas ao se distribuírem pelos 9 fatores.

Assim, observámos o *Scree Plot* e percebemos que a zona de maior declive acontecia antes da 4^a componente; consequentemente, forçámos a extração de 3 fatores e depois de 2 fatores, explicando 35,715% e 29,396% da variância total, respetivamente.

A partir desta análise, decidimos analisar também a validade da versão reduzida de 10 itens da FSC, à semelhança do que as autoras originais fizeram no seu estudo de 1997. Para que isto fosse possível, repetimos todo o processo anterior: avaliámos a medida de KMO e o teste de *Bartlett*, conferindo na mesma a possibilidade de uma análise fatorial boa. Depois, através do critério de Kaiser, foram extraídos 2 fatores que representavam 46,931% da variância total, e que adotaram as designações da vertente original (dimensão física e dimensão mental).

Após uma rotação ortogonal do tipo *varimax*, as cargas fatoriais dos 10 itens variavam entre 0,397 e 0,789, permitindo agregar os itens aos fatores extraídos; posto isto, a dimensão 1 (ou mental) agregou os 5 itens - questão_5, questão_11, questão_12, questão_14 e questão_16 - e a dimensão 2 (ou física) agregou os restantes cinco: a questão_1, questão_2, questão_3, questão_6 e questão_10.

Relativamente à validade convergente, a Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida foi correlacionada com a Escala de Avaliação da Fadiga: FAS, tendo-se verificado a existência de uma correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Por isso, ambos os instrumentos avaliam o mesmo conceito, relacionando-se entre si.

Seguidamente, a análise da confiabilidade foi realizada através da avaliação da consistência interna do instrumento; o α de Cronbach para a Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida foi igual a 0,777, que confere ao instrumento em causa uma consistência razoável, como já enunciámos anteriormente. Recordando o valor do α de Cronbach da versão reduzida de 10 itens da FSC, verificámos que no 3º momento do estudo, o instrumento apresentou um *alfa* de valor igual a 0,730, ou seja, inferior ao que a nossa amostra conferiu à escala. Concluiu-se então, que os itens avaliados têm uma melhor consistência interna, o que lhe garante uma maior consistência das respostas obtidas em diferentes participantes, e em diferentes ocasiões.

Após conhecer as propriedades psicométricas, foram analisados os **resultados da aplicação da Lista de Sintomas da Fadiga – versão reduzida** na amostra de 180 participantes. Os resultados vêm modificar em parte os resultados obtidos pelas autoras, relativos à versão original da escala reduzida de 10 itens, no 3º momento avaliado (único que se situa no espaço temporal por nós avaliado).

Quanto às dimensões, os nossos resultados corroboraram as dimensões apresentadas pelas autoras em 1997, mantendo-se a dimensão física e a dimensão mental. Contudo, os itens a estas agregados diferem um pouco do original, tal como apresentámos anteriormente. Focando ainda nas dimensões, concluímos que as médias obtidas para ambas foram mais elevadas neste estudo, do que no estudo original, quando comparado com o 3º momento (3 meses após o parto); para a dimensão mental, obtivemos uma média-desvio padrão total de $2,83 \pm 1,666$ (contra $0,90 \pm 1,23$), enquanto que, para a dimensão física, obtivemos $3,37 \pm 1,430$ (contra $1,47 \pm 1,31$). Relativamente à visão total dos 10 itens (representado anteriormente na tabela 14 – página 99), comparamos a média-desvio padrão obtida por nós ($6,20 \pm 2,650$) com a média total do estudo original, no 3º momento ($2,38 \pm 2,18$), compreendendo que obtivemos resultados mais elevados. A partir destes resultados e relembrando a questão de investigação 1 (Qual a experiência de fadiga pós-parto nas mulheres puérperas portuguesas?), concluímos que grande parte das participantes da amostra apresentam fadiga, tanto ao nível mental como físico. Em similitude com os resultados do estudo original, consideramos que quanto maior a pontuação obtida através do instrumento, mais fadiga.

Concluiu-se, portanto, que a dimensão física se torna mais significativa e com uma maior importância para as mulheres, já que, quando se evidencia, pode ter um impacto mais limitante nas AVD. Ainda relativamente às dimensões, Michielsen et al. (2004) já tinham

enunciado que a fadiga apresenta uma componente física e outra mental, associada à dor e ao desgaste de energia, ou à diminuição da capacidade psicológica e de bem-estar, respetivamente; deste modo, comprehende-se que o instrumento em causa apresente estas duas dimensões, e que cada item esteja dirigido para os sintomas subjacentes.

Na perspetiva da **análise inferencial**, tornou-se premente avaliar se a variável dependente cumpre os requisitos de uma distribuição normal, através do teste não paramétrico de aderência à normal Kolmogorov-Smirnov (K-S), com a correção de Lilliefors, e o teste de *Shapiro Wilks*; como é visível na tabela 18, na página 103, os testes evidenciam que a variável dependente – fadiga pós-parto – não cumpre uma distribuição normal. Por isso, a análise inferencial da associação da variável dependente com as variáveis independentes teve de ser feita através de testes não paramétricos, tais como a Correlação com o *Ró* de Spearman, e os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis; estes testes permitiram responder à 2^a questão de investigação e perceber se as hipóteses formuladas eram corroboradas ou não.

Assim sendo, iremos apresentar cada uma das hipóteses, perceber a sua conclusão e contrapor com as conclusões da literatura existente.

H1 – Existe diferença na fadiga pós-parto consoante a idade materna.

Esta hipótese pressupõe então uma relação entre a variável dependente, a fadiga pós-parto, e a idade materna (variável independente), tendo sido avaliada através do *Ró* de Spearman. Este teste não paramétrico demonstrou que não existia qualquer correlação estatisticamente significativa e que, por conseguinte, a hipótese não era corroborada. Conclui-se então, que a idade materna parece não ter qualquer influencia com a fadiga pós-parto, contudo, o pré-teste realizado em 2012 para a adaptação transcultural da versão piloto portuguesa da FSC demonstrou uma correlação positiva entre a fadiga física e a idade materna (ou seja, quanto mais idade, maior a probabilidade de existência de fadiga física).

Segundo a literatura por nós analisada, a idade não é um dos fatores preditores transversais a todos os estudos, pelo que, surgiu a descrição de uma correlação estatística em apenas 2 artigos. No estudo de Badr e Zauszniewski, de 2017, a idade apresentava uma correlação baixa com a fadiga pós-parto ($r = 0,13$ e $p < 0,01$); enquanto que, segundo Giallo et al. (2015), a idade materna mais jovem relacionava-se com níveis elevados de

fadiga aos 4 meses após o parto, enquanto que a idade materna mais avançada apresentou uma relação com a persistência da fadiga ao longo do tempo.

Por outro lado, Çinar et al. (2007) não encontraram valores que evidenciassem uma correlação significativa entre a idade e a fadiga, tendo como valores: $r = -0,029$ e $p = 0,757$ (ou seja, $p > 0,05$).

Deste modo, os resultados por nós encontrados foram de encontro com os retratados na maioria da literatura analisada no Enquadramento Teórico, reforçando a necessidade de mais investigações sobre esta possível relação, já que, não é seguro generalizar os resultados por nós encontrados.

H2 – Existe diferença na fadiga pós-parto em função das habilitações académicas.

A hipótese 2 foi testada através do teste de Kruskal-Wallis, permitindo concluir que não era possível corroborar a hipótese em causa, pois os valores de Sig. eram superiores a 0,05. Segundo o pré-teste realizado, estas duas variáveis também não apresentaram uma correlação estatisticamente significativa. Também o artigo de Çinar et al. (2007) enuncia que a variável independente – nível académico – não tem qualquer relação com a problemática em estudo, apresentando uma correlação com $r = 0,101$ e $p = 0,255$.

Por outro lado, Badr e Zauszniewski (2017) encontraram uma relação baixa estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, nos 3 momentos do estudo (1^a semana, 6^a semana e 3º mês após o parto), onde se evidenciavam os seguintes coeficientes de correlação, para um valor de Sig. $< 0,01$: $r_1 = 0,20$, $r_2 = 0,11$ e $r_3 = 0,11$.

Assim sendo, também a relação entre a fadiga e o nível académico das mulheres não é ainda transversal e possível de generalizações.

H3 – Existe diferença na fadiga pós-parto consoante a ocupação profissional.

A ocupação profissional, enquanto variável independente, foi relacionada com a fadiga pós-parto (variável dependente), através do teste de Mann-Whitney, tentando dar resposta à hipótese anterior; esta hipótese não foi corroborada, pois o valor de Sig. era superior a 0,05. Estes resultados vão ao encontro do pré-teste realizado por Gomes et al. (2012).

A literatura encontrada praticamente não aborda a ocupação profissional, tendo sido encontrada apenas uma referência desta variável independente no artigo de 2008, de Fairbrother et al., referenciando outros autores, tais como: Pugh e Milligan (1995); Wambach (1998); Chien e Ko (2004); Gay, Lee e Lee (2004); Lee e Gay (2004); Dennis e Ross (2005).

Tendo em conta isto, achamos que seria pertinente investir no estudo desta relação emprego-fadiga pós-parto, já que, a ocupação profissional é um dos objetivos do ser humano, no sentido de estruturar o seu dia a dia e os seus projetos futuros, permitindo ganhar estabilidade familiar para receber um novo ser; assim, na nossa opinião, quando isso não se verifica, há uma pressão inconsciente sobre a mulher, podendo dificultar a transição para a parentalidade. Porém, o outro lado da medalha também pode afetar negativamente a mulher, potenciando o desenvolvimento da fadiga, ou seja, quando as mulheres têm uma ocupação profissional precária, ao qual não têm direito ao tempo de licença de maternidade, pode-se potenciar o cansaço e as dificuldades em restabelecer à normalidade com energia, tornando-se mais desafiante o cumprimento de todas as demandas.

H4 – Existe diferença na fadiga pós-parto consoante o agregado familiar.

O agregado familiar é uma variável que pode estar relacionada com a proximidade com indivíduos significativos, e consequentemente, com a existência de apoio nas tarefas diárias e no cuidado com o RN. Segundo o teste de Kruskal-Wallis, a fadiga pós-parto não é influenciada pela estrutura do agregado familiar, ou seja, pelo conjunto de pessoas que está próximo da família.

Através da literatura, surgiu um artigo de 2011, em que os autores Doering e Durfor afirmavam que o suporte social era obtido primordialmente no seio familiar, sobretudo pelos elementos do sexo feminino, tendo como função a gestão da fadiga e dos padrões de sono/descanso nos primeiros 6 meses após o parto. Estes autores investigaram ainda o significado do suporte instrumental durante este período para as participantes; este tipo de apoio surge quando certos elementos assumem as demandas do cuidado ao RN durante largas horas, permitindo à mãe restabelecer um padrão de sono contínuo e reparador. Este método foi declarado como muito eficaz por algumas das participantes do estudo (Doering e Durfor, 2011).

Também outros artigos abordam a relação entre a existência de suporte social e a gestão da fadiga pós-parto, sendo que uns evidenciam uma correlação direta estatisticamente significativa e outros apenas relatam uma relação indireta, ou seja, através de outros fatores potenciadores. Contudo, mais nenhum estudo dos encontrados faz este ênfase ao apoio proveniente do meio familiar.

Assim sendo, consideramos que o apoio social é primordial e estruturante durante a transição para a parentalidade, porém, não tem de surgir apenas do agregado familiar, tendo de ter uma abrangência superior e agregadora de mais recursos da sociedade. Posto isto, tornar-se-ia pertinente mais estudos sobre a relação da influência entre o apoio social e a fadiga, potenciando o aparecimento de estratégias de *coping* e de apoio à mulher e à família, para diminuir a incidência desta problemática.

Porém, torna-se fundamental para a mulher, ter uma relação de proximidade e de confiança com os profissionais desta área, para que consiga gerir e avaliar todas as informações dadas pelos recursos/apoios sociais, que muitas vezes se tornam contraditórias e potenciadoras de stress e ansiedade (como retratei e constatei na monografia desenvolvida no 4º ano do curso de licenciatura).

H5 – Existe diferença na fadiga pós-parto em função do número de filhos.

O número de filhos é uma variável independente analisada neste estudo, tendo-se verificado que não há qualquer correlação estatisticamente significativa entre o número de filhos de uma mulher e a fadiga pós-parto, sendo refutada a hipótese 5. Também, no pré-teste elaborado não se evidenciou qualquer correlação entre estas duas variáveis.

Na literatura, encontrámos um artigo que abordava o número de filhos como sendo um fator preditor da problemática, concluindo que há uma relação significativa entre estas duas variáveis.

Nesta linha de pensamento, poder-se-ia ter analisado a relação entre a fadiga e outra variável (a paridade materna), no entanto, a questão elaborada no questionário apenas se referia ao número de filhos, pelo que não podemos remeter à paridade, pela possibilidade de existência de filhos adotivos ou enteados. Contudo, dois dos artigos por nós analisados apresentam esta relação como significativa, evidenciando que as mulheres primíparas podem estar suscetíveis ao desenvolvimento de fadiga, pela inexperiência nas demandas existentes.

Assim, torna-se pertinente um maior número de investigações em torno desta possível relação, para que, nos cursos de Preparação para o Parto e a Parentalidade ou nas consultas

de acompanhamento se possa dar um apoio e um *background* mais eficaz às famílias, estando mais disponíveis para as ouvir e acompanhar em todo o processo de transição. Porém, também para as mulheres multíparas se torna importante este acompanhamento e preparação, pois, enquanto que para as mães de primeira viagem tudo é uma novidade, e por isso tudo é um desafio, para as mulheres multíparas surgem outros desafios de reestruturação do novo ser à família já existente (por exemplo, a relação e a aceitação dos filhos mais velhos ao RN).

H6 – Existe diferença na fadiga pós-parto consoante o tipo de parto.

A relação entre a fadiga pós-parto e o tipo de parto foi analisado através do teste de Kruskal-Wallis, permitindo concluir que a hipótese tem de ser refutada pela não existência de uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis. Esta conclusão vai ao encontro do que foi estudado através do pré-teste, mas vai de encontro com o que alguns dos autores evidenciados no Enquadramento Teórico apresentam nos seus estudos; autores como Pugh e Milligan (1995); Wambach (1998); Chien e Ko (2004); Gay et al. (2004); Lee e Gay (2004); Dennis e Ross (2005) como referidos por Fairbrother et al. (2008), Taylor e Johnson (2010) e Lai et al. (2015), enunciam que as mulheres puérperas submetidas a cesariana têm maior probabilidade de desenvolvimento de fadiga. Contudo, Çinar et al. (2007) não encontraram uma relação significativa entre estas duas variáveis, já que o valor de Sig. era superior a 0,05 ($r = 0,052$; $p > 0,05$).

Na nossa opinião, seria pertinente melhorar a assistência à família, durante o parto, atendendo às suas preferências e necessidades, tentando tornar o processo mais humano e menos medicalizado, a fim de surgirem menos desafios ou complicações subjacentes.

H7 – Existe diferença na fadiga pós-parto em função da experiência da amamentação.

À semelhança do que enunciámos acima, a variável independente Experiência da Amamentação não tem qualquer correlação estatisticamente significativa com a fadiga pós-parto, não sendo possível corroborar a hipótese 7. Também Çinar et al. (2017) não encontraram qualquer relação significativa.

Por outro lado, um dos autores, que apresenta uma correlação moderada entre a experiência de amamentação e a fadiga, é Wambach (1998) como referido por Badr e Zauszniewski (2017); este autor evidenciou uma correlação moderada desde o 3º dia após o parto até à 3ª semana, contudo, a relação é maior na 3ª semana ($r = 0,4$; $p = 0,003$).

H8 – Existe diferença na fadiga pós-parto consoante a percepção materna das horas de sono/descanso reparador.

Por fim, a última hipótese relaciona-se com a fadiga pós-parto e as horas de sono/descanso reparador; a partir do *R*ó de Spearman, foi possível perceber que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa, já que os valores de Sig. são inferiores a 0,01 (valor definido no próprio teste). Deste modo, concluiu-se que quanto menor é o tempo de sono/descanso reparador, maior os níveis de fadiga em geral, e também os níveis de fadiga física e mental.

À semelhança disto, esta variável independente foi a variável que se evidenciou como fator potenciador num maior número de artigos usados para o Enquadramento Teórico; para Song et al. (2010), apenas a depressão tem uma correlação mais forte com a problemática em estudo, seguindo-se da qualidade dos padrões de sono, e para Giallo et al. (2015), esta variável é o fator principal.

Neste sentido, torna-se muito importante conhecer os padrões de sono da mulher puérpera e auxiliá-la a descobrir ferramentas para otimizar os padrões de sono. O descanso e o sono surgem como uma estratégia de gestão da fadiga no estudo desenvolvido por Taylor e Johnson, em 2010; porém, surgem outras estratégias estudadas pelos autores que permitem à mulher restabelecer energias e melhorar o seu bem-estar geral e o estado anímico, a fim de minimizar os efeitos nefastos sobre os padrões de sono/descanso e a probabilidade de desenvolvimento da fadiga. As participantes deste estudo identificaram diversas estratégias de gestão da fadiga, umas para promover o autocuidado e outras para gerir a carga diária (tarefas diárias); dentro do autocuidado, as mulheres puérperas afirmaram que as estratégias escolhidas eram conservar energia (através de comprar comida de *take away*, usar fraldas descartáveis e diminuir as tarefas domésticas e pessoais), tirar tempo para si (como participar em *hobbies* que as fazem sentir felizes), e fazer exercício (como aulas de aeróbica ou passeios). Quanto às estratégias de gestão da carga diária, as participantes identificaram o seguinte: planejar as tarefas essenciais e as não essenciais, priorizando-as por execução durante o dia, ter expectativas realistas sobre as demandas domésticas e o cuidado com o RN, tentando não alimentar a ideia que tem de se ser uma “supermulher”, e procurar ajuda no cuidado com o RN.

Destas estratégias, todas as participantes referiram que o exercício e o procurar ajuda para as demandas do RN eram as estratégias mais utilizadas e com mais eficácia; o exercício

permitia às mulheres puérperas diminuir os níveis de fadiga mental e aumentar os níveis de energia. Por outro lado, o procurar ajuda para as demandas muitas vezes era difícil para as participantes, pois demonstravam dificuldades em negociar a ajuda necessária.

Deste modo, há estratégias que podem ser propostas às mulheres puérperas, ajudando-as a identificar a mais eficaz para si e para cada situação; a ajuda deve ser multidisciplinar, mas os EESMO têm um papel fundamental no acompanhamento e na descoberta destas estratégias de *coping*, sem generalizar ou impor qualquer estratégia, pois o que se pode adequar a uma mulher, não significa que seja o essencial para outra e naquela situação.

Por isto mesmo, a fadiga não pode ser um assunto tabu nem para a família, nem para a sociedade ou para os profissionais de saúde; a mulher deve-se sentir à vontade para partilhar os sentimentos negativos e pedir ajuda quando necessita, mas os indivíduos significativos, a sociedade e os profissionais devem estar despertos para os sinais nefastos evidentes, facilitando a avaliação e a implementação de estratégias. Hunter, Rychnovsky e Yount (2009) como referidos por Lai et al. (2015) reforçaram que os enfermeiros devem abordar a fadiga nos cuidados pós-parto, pois as mães necessitam de ajuda para cuidar do RN durante a noite e para aliviar a pressão/stress sobre as demandas, principalmente no puerpério imediato aquando de alojamento conjunto.

Em suma, partindo dos dados da evidência científica e dos resultados do estudo apresentados, torna-se importante falar com a mulher, o companheiro e a família sobre a fadiga pós-parto nas consultas pré-natais e/ou nos cursos de Preparação para o Parto e a Parentalidade, essencialmente em mulheres grávidas que tenham aspetos de risco apresentados no Enquadramento Teórico. Porém, torna-se também importante estabelecer um contacto próximo das mulheres e das famílias no pós-parto para detetar possíveis sinais de alerta desta problemática, podendo usar as consultas de acompanhamento do RN ou as consultas da saúde da mulher para esse efeito, ou também incentivar à participação nos cursos de recuperação pós-parto, mantendo um contacto próximo da mulher e incentivando à prática de exercício.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No fim de todo o trabalho desenvolvido, surgem as conclusões finais e as últimas considerações da investigação desenvolvida.

A problemática escolhida como centro do estudo em causa (a fadiga pós-parto) surgiu da percepção de sintomas negativos e devastadores durante o período pós-parto e a necessidade de um instrumento validado para a população portuguesa, que permitisse avaliar a fadiga durante este período em causa.

Através da literatura, fomos percebendo que a fadiga é algo difícil de definir, pois trata-se de algo subjetivo e complexo dependente de cada ser humano; mas que era um problema bastante presente na sociedade contemporânea, e com poucas intervenções estudadas e implementadas para o efeito. Inicialmente, decidimos que a população-alvo seriam as mulheres puérperas, pelo facto de a literatura nos indicar que a fadiga é mais comum e intensa no sexo feminino, e para cingir a análise dos dados a um grupo mais restrito; depois, pensámos em estudar as mulheres puérperas no 2º mês do pós-parto, contudo, a literatura ajudou-nos a perceber que a fadiga se pode prolongar até ao 6º mês de forma intensa e significativa. Por isso, decidimos alargar a população-alvo, após realizar uma adenda à Comissão de Ética e esta ser aceite

Assim sendo, estruturou-se toda a investigação em torno de dois objetivos; o primeiro, ia ao encontro da necessidade de um instrumento de avaliação para a fadiga no pós-parto, sendo preciso efetuar a validação transcultural para a população portuguesa. Já o segundo objetivo, orientava-nos para a possibilidade de analisar a fadiga nas mulheres puérperas entre os 2 e os 6 meses, e compreender que tipo de correlações existiam com algumas variáveis independentes.

Centrando-nos no primeiro objetivo, a escala eleita para validar foi a versão reduzida da FSC (de 10 itens), por ter apresentado propriedades psicométricas mais satisfatórias e por se demonstrar ser um instrumento eficaz e de fácil uso para avaliar a fadiga nesta população-alvo. A versão reduzida original de 10 itens também apresentou propriedades psicométricas mais relevantes e promissoras como ferramenta de avaliação. Assim, a partir da amostra de 180 participantes e da escala adaptada inicialmente num estudo

preliminar (pelas autoras Gomes, Mota, Correia e Pedro), a versão reduzida de 10 itens foi validada e está apta para avaliar a fadiga no pós-parto, ajudando os profissionais a intervir nesta problemática. A esta escala, adaptada transculturalmente para a população portuguesa e para o período pós-parto, denominámos Versão Reduzida da Fadiga Pós-parto da FSC.

Quanto ao segundo objetivo, a fadiga pós-parto está presente na amostra escolhida, já que as médias de cada item, na sua maioria, demonstram valores muito próximos da unidade (valor máximo de resposta), o que nos faz refletir, que as mulheres puérperas da amostra estão fatigadas, tanto ao nível físico como mental.

Para além desta evidência, foi ainda possível concluir que a única variável independente estudada que tem correlação estatisticamente significativa com a problemática em estudo é a percepção de horas de sono/descanso reparador; esta variável evidenciou uma correlação negativa com a fadiga, pelo que nos fez compreender que menos horas de sono/descanso reparador podem indicar níveis maiores de fadiga, e vice-versa. Esta evidência já tinha sido apresentada anteriormente, no enquadramento teórico, pois foi perceptível que as alterações nos padrões de sono/descanso e até a existência de sonolência eram um fator potenciador muito forte da fadiga.

Porém, os resultados encontrados através da análise inferencial, obrigam a um cuidado redobrado aquando de generalizações para fora dos limites da amostra, pois trata-se de uma amostra não probabilística, por conveniência e em bola de neve; ou seja, a amostra em causa pode não ser representativa da população portuguesa, o que faz com que os resultados obriguem a generalizações cuidadas. No entanto, a amostra do estudo demonstrou diversos parâmetros semelhantes à população portuguesa, quando comparada com dados nacionais, nomeadamente, na idade, no tipo de parto e no número de filhos.

A partir do que foi acima descrito, surgiram algumas limitações no decorrer desta investigação, à semelhança da limitação da generalização dos resultados, como foi apresentada anteriormente. Também, evidenciamos uma limitação aquando da avaliação da fadiga na amostra em causa, ou seja, os resultados evidenciavam que as mulheres puérperas apresentavam fadiga, contudo, foi-nos impossível quantificar ou qualificar a fadiga sentida pelas mesmas; a escala original (tanto a de 30 itens, como a de 10 itens) não nos oferece uma forma de quantificar a fadiga. Na nossa opinião, a determinação desta medida é bastante importante para que se possa perceber o nível de fadiga de cada

mulher puérpera, implementando intervenções e estratégias de *coping* adaptadas ao nível em causa. Decorrente disto, uma sugestão futura surge no sentido de criar parâmetros dentro da Versão Reduzida da Fadiga Pós-parto da FSC (ou seja, uma escala ordinal, semelhante à escala numérica de avaliação da dor).

Toda esta investigação tem implicações na prática dos seres humanos, essencialmente, na prática de enfermagem. Como vimos anteriormente, em 2015 esta problemática surgiu na CIPE como conceito e diagnóstico, no entanto, na prática clínica, sobretudo no subgrupo das mulheres puérperas, são escassas as implementações práticas transversais para avaliar e gerir a fadiga após o parto. Deste modo, a escala validada e adaptada para a população portuguesa poderá ser usada no puerpério imediato (na Maternidade ou nos Hospitais) e ainda, nas consultas de revisão do puerpério, ou nas de saúde da mulher. Porém, é muito importante avaliar, mas também saber como intervir para prevenir ou para tratar a fadiga. É nesta vertente, que se torna ainda mais importante ter uma relação empática e terapêutica já criada, e conhecer o meio envolvente, as práticas diárias e as crenças e valores da mulher e da família. Tudo isto em conjunto, permitirá ao profissional ser um facilitador da mudança, nesta fase de transição para a parentalidade, mas empoderando a mulher a ser o agente da mudança.

Em suma, os EESMO devem construir uma estrutura, que acolha a mulher e a família, que a acompanhe durante o processo de pré-conceção, gravidez e pós-parto (quando possível), para criar um relação de confiança e de intervenção naquela família, sem impor estratégias ou mecanismos. Desta forma, os profissionais serão os principais aliados neste processo de transição para a parentalidade, abordando sempre temas como a fadiga pós-parto, para que a mulher se sinta capaz de ter uma transição saudável.

E é este o ponto final do estudo, não esquecer que a fadiga existe, que não é o mesmo que depressão, e que a família, a sociedade e os profissionais de saúde devem reconhecer os sinais e os fatores potenciadores, para que antes de tratar, possam prevenir e alcançar o bem-estar geral e a parentalidade segura e feliz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, B. (2017). *Validação da Fatigue Assessment Scale para a População Portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <http://recil.grupolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/8629/1/barbara%20Alves%20%20Dissertacao.pdf>.
- Badr, H., & Zauszniewski, J. (2017). Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. *Applied Nursing Research*, 36, 122-127. Recuperado de: <http://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/124624.pdf>.
- Bartlett, J; Kotrlik, J; & Higgins, C. (2001). Organizational Research: Determining Appropriate Sample Size in Survey Research. *Information Technology, Learning, and Performance Journal* 19(1), 43-50. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.486.8295&rep=rep1&type=pdf>.
- Bozoky, I., & Corwin, E. (2002). Fatigue as a Predictor of Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 31(4), 436-443. Recuperado de: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)33982-4/abstract](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)33982-4/abstract).
- Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado – uma teoria explicativa* (Tese de Doutoramento). Recuperado de: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese_alicebrito_reconstrucao_a_utonomia_autocuidado.pdf.
- Cano-Climent, A., Oliver-Roig, A., Cabrero-García, J., de Vries, J., & Richart-Martínez, M. (2017). The Spanish version of the Fatigue Assessment Scale: reliability and validity assessment in postpartum women. *PeerJ*, 5, e3832. <https://doi.org/10.7717/peerj.3832>.
- Cárdenas, D., Conde-González, J., & Perales, J. (2017). La fatiga como estado motivacional subjetivo. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 10(1), 31-41. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-andaluza-medicina-del-deporte-284-articulo-la-fatiga-como-estado-motivacional-S1888754616300569>.

- Çinar, S., Çinar, N., Gorpelioglu, S., & Sozeri, C. (2007). Prepartum and Postpartum Acute Fatigue and the Influencing Factors. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*, 20(1), 60-64. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820111>.
- Corwin, E., & Arbour, M. (2007). Postpartum Fatigue and Evidence-Based Interventions. *MNC: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(4), 215-220. doi: 10.1097/01.NMC.0000281959.71454.e5.
- De Vries, J., Michielsen, H., & Van Heck, G. (2003). Assessment of fatigue among working people: a comparison of six questionnaires. *Occupational & Environmental Medicine*, 60(1), i10-i15. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765720/pdf/v060p00i10.pdf>.
- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa - Porto: Porto Editora, 2003-2018. Recuperado de: <https://www.infopedia.pt/>.
- Dicionário Priberam – Lisboa, Portugal. Recuperado de: www.priberam.pt
- Doering, J., & Durfor, S. (2011). The Process of “Persevering Toward Normalcy” After Childbirth. *MNC: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(4), 258-265. doi: 10.1097/NMC.0b013e31821826e7.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos*. Coimbra, Portugal: ESEnfC.
- Fairbrother, N., Hall, K., Hutton, E. & Kluka, S. (2008). Psy Psychometric evaluation of the Multidimensional Assessment of Fatigue Scale for use with pregnant and postpartum women. *Psychological Assessment*, 20(2), 150-158. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.150>.
- Ferreira, P., & Marques, F. (1998) *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais*. Recuperado de: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/9968>
- Fortin, M. (1996). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

- Giallo, R., Seymour, M., Dunning, M., Cooklin, A., Loutzenhiser, L., & McAuslan, P. (2015). Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(5), 1-17. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2015.1021769>.
- Gomes, C., Mota, E., Correia, S. & Pedro, Z. (2012). *A Fadiga no Pós-parto* (Trabalho de Investigação). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Gouveia, V., Oliveira, G., Mendes, L., Souza, L., Cavalcanti, T., & Melo, R. (2015). Escala de avaliação da fadiga: Adaptação para profissionais da saúde. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 15(3), 246-256. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/281675089_Escala_de_avaliacao_da_fadiga_adaptacao_para_profissionais_da_saude.
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. *Journal de Dados PPGENFBIO*, 1-6. Recuperado de: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transicoes-e-sua-aplicabilidade.pdf>.
- Insana, S., & Montgomery-Downs, H. (2010). Maternal postpartum sleepiness and fatigue: Associations with objectively measured sleep variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 467-473. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2958168/#R17>.
- Lai, Y., Hung, C., Stocker, J., Chan, T., & Liu, Y. (2015). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research*, 28, 116-120. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189714001530>.
- Lopes, R., & Menezes, C. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12(1), 83-93. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a10.pdf>.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5^a ed.). Pero Pinheiro, Portugal: ReportNumber.
- Mendes, I. (2002). *Ligaçao Materno-Fetal*. Coimbra, Portugal: Quarteto.

Mendes, I. (2007). *Ajustamento materno e paterno: Experiências vividas pelos pais no pós-parto* (Dissertação de Doutoramento). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7250/2/DissertaodoutoramentoIsabelMendesAjustamento%20Materno%20e%20Paterno.pdf>.

Mendes, I. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra, Portugal: Mar da Palavra.

Michielsen, H. J., De Vries, J., Van Heck, G. L., Van de Vijver, F. J. R., & Sijtsma, K. (2004). Examination of the Dimensionality of Fatigue. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(1), 39–48. doi: <https://doi.org/10.1027/1015-5759.20.1.39>.

Milligan, R., Parks, P., Kitzman, H., & Lenz, E. (1997). Measuring Women's Fatigue During the Postpartum Period. *Journal of Nursing Measurement*, 5(1), 3-16.

Mota, D., Cruz, D., & Pimenta, C. (2005). Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 285-293. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a09v18n3.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos*. Recuperado de: <https://www.ordemenermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialista em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Recuperado de http://www.ordemenermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Cipe Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta. Recuperado de: <https://www.flipsnack.com/ordemenermeiros/catalogo-ciper-2015.html>.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementariedade do SPSS* (6^a ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (5^a ed.). São Paulo, Brasil: ARTMED Editora S.A.

- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigaçāo em Psicologia e Saúde* (2º Ed.). Recuperado de: file:///C:/Users/katyc/Downloads/114_c.pdf.
- Runquist, J. (2007). Persevering through postpartum fatigue. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36(1), 28–37. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00116.x>
- Song, J., Chang, S., Park, S., Kim, S., & Nam, C. (2010). Empirical test of an explanatory theory of postpartum fatigue in Korea. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2627–2639. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05380.x.
- Taylor, J., & Johnson, M. (2010). How women manage fatigue after childbirth. *Midwifery*, 26(3), 367-375. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.004>.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Quadro Conceptual

Referência	Conceito da fadiga (original)	Conceito da fadiga (tradução)
Mota & Pimenta, 2002 como referido por Mota, Cruz & Pimenta, 2005, p. 285	(...) é um fenómeno subjetivo, multicausal, cuja gênese e expressão envolvem aspectos físicos, cognitivos e emocionais.	
CIPE, 2015, p.58	Emoção negativa: sentimentos de diminuição da força ou resistência, desgaste, cansaço mental ou físico e lassidão, com capacidade reduzida para o trabalho físico ou mental.	
Dicionário infopédia da Língua Portuguesa, 2003-2018	(...) cansaço resultante de um esforço qualquer.	
Tiesinga, Dassen & Halfens, 1998 como referido por Cano-Climent, Oliver-Roig, Cabrero-García, Vries & Richart-Martínez, 2017, p.1	Fatigue is a complex, multi-causal, multi-dimensional, non-specific, and subjective phenomenon that has no widely accepted single definition.	Fadiga é um fenómeno complexo, multicausal, multidimensional, não-específico e subjetivo que não tem uma definição única amplamente aceite.

Referência	Conceito da fadiga (original)	Conceito da fadiga (tradução)
Arizmendi & Affonso, 1987; Fawcett & York, 1986; Gardner, 1991; Gardner & Campbell, 1991; Tulman & Fawcett, 1988 como referido por Milligan, Parks, Kitzman & Lenz, 1997, p.3.	During the postpartum period, women experience fatigue, which can inhibit their ability to regain functional status as a person and a mother.	Durante o período pós-parto, as mulheres sentem fadiga, o que pode impedir a sua capacidade de readquirir um <i>status</i> funcional como pessoa e mulher.
Gardner & Campbell, 1991 como referido por Milligan, Parks, Kitzman & Lenz, 1997, p.4	Fatigue has been described as “nature’s way of telling a new mother rest”.	Fadiga foi descrita como “a forma da natureza dizer a uma nova mãe para descansar”.
Milligan, Parks, Kitzman, & Lenz, 1997; NANDA 2005-2007 como referido por Taylor & Johnson, 2010, p. 368	Postnatal fatigue is defined as an overwhelming sense of exhaustion that is accompanied by a decreased capacity for physical and mental work at the individual's usual level.	Fadiga pós-natal é definida como uma esmagadora sensação de exaustão que é acompanhada por um decréscimo na capacidade para o trabalho mental e físico ao nível normal do indivíduo.
Runquist, 2007 como referido por Doering & Durfor, 2011, p. 258	(...) postpartum fatigue is an overwhelming experience, which pervades all aspects of postpartum life.	Fadiga no pós-parto é uma experiência esmagadora, que se sobrepõe a todos os aspectos da vida no pós-parto.

Referência	Conceito da fadiga (original)	Conceito da fadiga (tradução)
National Library of Medicine, 2016 como referido por Cano-Climent, Oliver-Roig, Cabrero-García, Vries, & Richart-Martínez, 2017, p.1	“(...) the state of weariness following a period of exertion, mental or physical, characterized by a decreased capacity for work and reduced efficiency to respond to stimuli.”	“(...) o estado de cansaço que se segue a um período de esforço mental ou físico, caracterizado por um decréscimo na capacidade para trabalhar e reduzida eficiência na resposta a estímulos.”
Troy, 2003; McGovern et al., 2006; Rychnovsky, 2007; Taylor & Johnson, 2008 como referido por Song, Chang, Park, Kim, & Nam, 2010, p.2628.	(...) postpartum fatigue is the most common unpleasant symptom following childbirth (McGovern et al. 2006, Rychnovsky, 2007) and one of the major concerns among the postpartum women (Troy 2003, Taylor & Johnson 2008).	(...) fadiga no pós-parto é o mais comum sintoma desagradável após o parto (McGovern et al. 2006, Rychnovsky, 2007) e uma das maiores preocupações entre as mulheres no pós-parto (Troy 2003, Taylor & Johnson 2008)..
Carpenito-Moyet, 2006, como referido por Song, Chang, Park, Kim, & Nam, 2010, p.2628.	This definition of fatigue represents an unpleasant sensation in contrast to the satisfied feeling of having done a job well or feeling good after exercise.	Esta definição de fadiga representa uma sensação desagradável em contraste com o sentimento de satisfação de ter feito bem um trabalho ou sentir-se bem após o exercício.
Troy, 2003 como referido por Corwin & Arbour, 2007, p. 216	Postpartum fatigue is a debilitating condition that may have an impact on a new mother's ability to care for her child.	Fadiga no pós-parto é uma condição debilitante que pode ter impacto na capacidade da nova mãe de cuidar do seu filho.

APÊNDICE II

Projeto Alargado para a Comissão de Ética da UICISA

COMISSÃO DE ÉTICA
da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

**Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a
Estudos de Investigação**

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva “não se aplica”. Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: *Estudo de adaptação e validação transcultural do Fatigue Symptom Checklist - FSC, para a população portuguesa.*

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Catarina Simões Castelo Branco

Filiação Institucional: Estudante número 21634003 do VII Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; e Enfermeira na Unidade de Convalescença do Hospital Arcebispo João Crisóstomo (em Cantanhede) e na Instituição Casa do Jardim – Residência Sénior (em Coimbra)

Anexar resumo do Curriculum Vitae (máximo 1 página A4)

Investigador responsável/orientador: Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias

Mendes

Co-Orientadora: Professora Ana-Bela de Jesus Roldão Caetano

Justificação: A fadiga é um fenómeno vivenciado pelos seres humanos em geral e ao longo do ciclo vital, tendo este uma elevada prevalência na comunidade contemporânea e prejudica substancialmente a qualidade de vida dos sujeitos. Desde 1988, revisto a 1998, que a fadiga é um diagnóstico de enfermagem reconhecido pela *North American Nursing Diagnosis Association*, e desde 2015 que integra os conceitos gerais da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Deste modo, torna-se premente que os enfermeiros tenham uma visão e um papel mais integrador desta dimensão que engloba a maioria dos utentes em algum contexto ou fase de transição.

Focando no pós-parto, surge o processo de transição para a parentalidade, em que o casal vivencia

diversas mudanças e adaptações físicas, emocionais e culturais. Neste período de transição para a parentalidade é bastante propício o desenvolvimento da fadiga por parte do casal, mas sobretudo da mulher, tornando-se muitas vezes angustiante e em que a intensidade e a duração da mesma têm uma relação diretamente proporcional com a saúde (Doering & Durfor, 2011).

A fadiga pós-parto é definida como uma sensação exacerbada de exaustão, acompanhada de uma diminuição acentuada da capacidade individual física e mental (Milligan, Parks, Kitzman & Lenz, 1997; NANDA, 2005-2006 como referido por Taylor & Johnson, 2010), tornando-se progressiva ao longo do pós-parto e mantendo-se após as seis semanas indicativas da recuperação física. Perante isto, os estudos indicam-nos que é uma experiência comum e que chega a afetar entre 15 e 76% da população (Cano-Climent, Oliver-Roig, Cabrero-García, Vries & Richart-Martínez, 2017), sendo um desafio a gestão da fadiga no pós-parto.

Assim sendo, é pertinente o aprofundamento da temática Fadiga no Pós-parto e o acompanhamento das mulheres e dos casais para aliviar as consequências prováveis e a influência na saúde dos mesmos; para isto, é necessário avaliar a intensidade e as características da fadiga e intervir junto da população para a capacitar na gestão deste problema, através de planeamentos, intervenções e avaliações de enfermagem, promovendo assim a saúde das puérperas/mulheres.

Objetivos do Estudo: efetuar a tradução, a adaptação cultural e a validação do *Fatigue Symptom Checklist (FSC)* para a população portuguesa; descrever a fadiga em mulheres puérperas aos dois meses do pós-parto.

Data prevista de início dos trabalhos: 2º trimestre de 2018

Data prevista de fim dos trabalhos: 1º trimestre de 2019

Data prevista de início da colheita de dados: julho de 2018

Data prevista de fim da colheita de dados: outubro de 2018

Metodologia

Tipo de Estudo: estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, segundo as etapas de um estudo metodológico no processo de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos de avaliação.

População e Amostra/Informantes: amostra não probabilística, por conveniência ou acidental e em bola de neve constituída por mulheres puérperas aos dois meses do pós-parto, que aceitem responder ao questionário.

Critérios de Inclusão/Exclusão:

Critérios de Inclusão

- Mulheres puérperas durante o 2º mês do período pós-parto;
- Mulheres puérperas que saibam ler e escrever português;
- Mulheres puérperas com parto de feto único
- Mulheres puérperas que aceitem participar no estudo.

Critérios de Exclusão

- Mulheres puérperas com parto gemelar e/ou parto pré-termo.
- Mulheres puérperas adolescentes (com menos de 18 anos).

Locais onde Decorre a Investigação:

A recolha de dados é efetuada através da divulgação do questionário à comunidade em causa através de dois meios específicos:

- Online, com envio de link do *Google Docs* com publicitação nas redes sociais, principalmente em grupos ou pequenas comunidades de puérperas;
- Entregue em mão às puérperas que se incluam nos critérios definidos.

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

Questionário composto por aspectos sociodemográficos e obstétricos, e por duas escalas: uma validada para a população portuguesa – Escala de Avaliação da Dor (com origem na *Fatigue Assessment Scale*) de Alfaro (2017); e outra em versão piloto – Lista de Sintomas de Fadiga (com origem na *Fatigue Symptom Checklist*) de Mendes et al. (2012).

Garantia de Confidencialidade:

A garantia da confidencialidade estará assegurada às mulheres participantes pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos; também, se assegurará que os dados da investigação só serão usados para a elaboração da investigação em causa e apenas pelo investigador.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):

Documento do Consentimento Informado em anexo segundo as indicações a seguir apresentadas.

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?

Não estão previstos qualquer tipo de danos para os sujeitos de investigação.

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação?

Os benefícios previstos são os de obtenção de conhecimentos e dados relevantes para futuros estudos e investigações científicas.

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:

Não tem quaisquer custos para os sujeitos.

ANEXAR

1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação (caso já exista)

2 - Folha de Consentimento Informado (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- caráter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados

4 – Projeto de Investigação (máximo 20 páginas)

5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s) (máximo 1 página por cada)

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data:

O(s) Proponente(s):

Catarina Simões Castelo Branco

(Assinatura manuscrita)

2- Folha de Informação ao Participante e de Consentimento Informado

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Eu, Catarina Simões Castelo Branco, enfermeira na Unidade de Convalescença do Hospital Arcebispo João Crisóstomo (Cantanhede), e na Casa do Jardim – Residência Séniors (Coimbra), e estudante do VII Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, estou a realizar um estudo de investigação intitulado *Estudo de adaptação e validação transcultural do Fatigue Symptom Checklist - FSC, para a população portuguesa.*

Os objetivos traçados para esta investigação são os seguintes:

- efetuar a tradução, a adaptação cultural e a validação do *Fatigue Symptom Checklist (FSC)* para a população portuguesa;
- descrever a fadiga em mulheres puérperas aos dois meses do pós-parto.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo acima apresentado e agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração, tornando-se pertinente o esclarecimento de alguns aspectos que se pretendem cumprir de forma rigorosa.

1º momento: leitura do documento elaborado com a informação dirigida ao participante e pedido o consentimento informado e livre com a respetiva assinatura, no caso de aceitação;

2º momento: recolha de informação relevante para o estudo, através de um questionário composto por questões sociodemográficas e obstétricas e por duas escalas portuguesas, com o intuito de obter informações fidedignas e reias para traduzir fielmente as suas vivências, opiniões e sentimentos sobre a temática.

A informação recolhida é exclusivamente usada nesta investigação e não estará disponível a terceiros; para isto, o seu nome será substituído por um código.

Após a conclusão do estudo, poderá ter acesso aos resultados obtidos através da consulta pública do estudo em causa ou mesmo contactando-me diretamente.

Riscos: Não estão previstos quaisquer riscos físicos, emocionais ou colaterais.

Benefícios: Os benefícios previstos são os de obtenção de conhecimentos e dados relevantes para futuros estudos e investigações científicas.

Alternativas: A sua participação é livre e voluntária e apenas deve aceitá-la após o devido esclarecimento, podendo colocar quaisquer questões ou dúvidas.

Se decidir aceitar participar no estudo, pedir-lhe-ei para assinar a folha do Consentimento Informado, onde conclui que está de acordo em participar na investigação.

Terá sempre oportunidade de abandonar o estudo em qualquer altura ou até não responder a questões específicas do questionário, invalidando a sua participação. Claramente, tudo isto não trará quaisquer consequências para si.

Confidencialidade: A garantia da confidencialidade estará assegurada às mulheres participantes pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos; também, se assegurará que os dados da investigação só serão usados para a elaboração da investigação em causa e apenas pelo investigador.

Custos: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

Disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas: Se surgir alguma dúvida ou preocupação, poderá contactar-me através do meu e-mail pessoal: catarina.scastelobranco@gmail.com

Agradeço novamente o seu tempo e a sua disponibilidade.

(Catarina Castelo Branco)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Venho por este meio declarar que fui informada sobre o âmbito, os objetivos, os momentos da investigação, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, os custos e a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas relativos à investigação *Estudo de adaptação e validação transcultural do Fatigue Symptom Checklist - FSC, para a população portuguesa*, a desenvolver pela enfermeira e estudante de Mestrado Catarina Simões Castelo Branco.

Ainda fui esclarecida que a minha participação é voluntária e livre, sem quaisquer constrangimentos da desistência durante a elaboração do estudo.

Declaro que compreendi as explicações fornecidas, tendo lido o documento apresentado - Informação ao Participante.

Afirmo que com a minha assinatura abaixo, participarei no estudo voluntária e livremente.

Assinatura da Participante

Data: ____/____/_____

Assinatura do Investigador

Data: ____/____/_____

3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados

QUESTIONÁRIO

O questionário em causa destina-se exclusivamente à obtenção de dados relevantes para a investigação desenvolvida, que se insere na elaboração da Dissertação do VII Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Todas as informações transmitidas são rigorosamente anónimas e nenhuma será disponibilizada a terceiros, apenas serão estudadas pelo investigador de forma individual.

Este questionário não tem respostas certas ou erradas, por isso responda sempre segundo o que sente, pensa ou faz; nunca surgirão juízos de valor.

No fim, certifique-se que está tudo preenchido por favor.

Obrigado pela sua participação!

Código: _____

Exemplo: CAT27071994

(o seu código é as 3 primeiras letras do seu nome e a sua data de nascimento pela ordem dia-mês-ano)

1. IDADE: _____

2. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

- Não tem a 4º classe
- 1º ciclo do Ensino Básico (4º ano)
- 2º ciclo do Ensino Básico (6º ano)
- 3º ciclo do Ensino Básico (9º ano)
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

3. PROFISSÃO: _____

4. ESTADO CIVIL:

- Solteira
- Casada/ União de Facto
- Divorciada
- Viúva

5. AGREGADO FAMILIAR (pode selecionar várias):

- Vive só
- Vive com cônjuge
- Vive com filhos
- Vive com pais ou sogros
- Outros: _____

6. NÚMERO DE FILHOS: _____

7. VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ (pode selecionar várias):

- Não vigiada
- Centro de Saúde
- Hospital ou Maternidade
- Consultório Privado

8. PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARA A PARENTALIDADE:

- Não realizei preparação
- Realizei preparação

Onde: _____

Quantas sessões: _____

9. DATA DO PARTO: ____/____/_____

10. TIPO DE PARTO:

- Parto Normal
- Parto por Ventosas
- Parto por Fórceps
- Cesariana

11. AMAMENTAÇÃO:

- Não amamentei
- Sim, e ainda amamento
- Sim, mas já não amamento

Quantas semanas amamentou: _____

12. HORAS DE SONO/DESCANSO REPARADOR:

- Menos de 4 horas por dia
- Entre 4 – 7 horas por dia
- Mais de 7 horas por dia

13. Versão piloto portuguesa Lista de Sintomas de Fadiga (Mendes, Rodrigues, Gomes, Mota, Correia & Pedro, 2012) de *Fatigue Symptom Checklist* (Milligan, Parks, Kitzman & Lenz, 1997):

Por favor, coloque um X na resposta que mais se adequa a si desde o parto (Sim ou Não); preencha todas as questões (não há respostas certas ou erradas).

	SIM	NÃO
Sinto a minha cabeça pesada		
O meu corpo sente-se cansado		
Sinto as minhas pernas cansadas		
Bocejo muito		
Sinto a minha cabeça baralhada		
Sinto-me sonolenta		
Sinto os meus olhos tensos		
Os meus movimentos são rígidos ou desajeitados		
Não tenho estabilidade quando me encontro em pé		
Quero deitar-me		
É difícil pensar		
Canso-me a falar		
Estou nervosa		
Não consigo concentrar-me		
Não consigo interessar-me pelas coisas		
Tendo a esquecer coisas		
Não tenho autoconfiança		
Sinto-me ansiosa com as coisas		
Não consigo endireitar a minha coluna		
Não tenho paciência		
Tenho dor de cabeça		
Sinto os ombros pesados		
As minhas costas doem-me		
É-me difícil respirar		
Tenho sede		
Tenho a voz rouca		
Sinto-me tonta		
As minhas pálpebras piscam		
As minhas pernas ou braços tremem		
Sinto-me doente		

14. Escala de Avaliação da Fadiga (Alfaro, 2017) traduzida a partir da *Fatigue Assessment Scale* (Michielsen, De Vries , Van Heck, Van de Vijver, & Sijtsma, 2004):

As dez afirmações que se seguem referem-se a como se sente habitualmente. Dê uma resposta para cada questão, mesmo que não tenha quaisquer queixas de momento.

Por afirmação, pode escolher uma das cinco categorias de resposta, variando de Nunca a Sempre. Por favor, assinale a resposta que mais se adequa a si, colocando um X.

	Nunca	Algumas Vezes	Regularmente	Com Frequência	Sempre
A fadiga incomoda-me					
Fico cansado muito rapidamente.					
Não faço muito durante o dia.					
Tenho energia suficiente para a vida do dia-a-dia.					
Fisicamente, sinto-me exausto.					
Tenho problemas em começar as tarefas.					
Tenho problemas em pensar com clareza.					
Não tenho vontade de fazer nada.					
Mentalmente, sinto-me exausto.					
Quando estou a fazer algo, consigo concentrar-me bastante bem.					

Certifique-se que tem todas as questões respondidas, para garantir a sua participação no estudo.
Não coloque qualquer identificação no questionário (apenas o código)

Muito Obrigado pela sua colaboração!

4 – Projeto de Investigação

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

(Despacho nº 85182016/2016, de 30 de Junho)

I – IDENTIFICAÇÃO

Estudante

Nome: Catarina Simões Castelo Branco

Telef: 914 095 745

Email: catarina.scastelobranco@gmail.com

Dados do Projecto

Título: *Estudo de adaptação e validação transcultural do Fatigue Symptom Checklist - FSC, para a população portuguesa.*

Área e sub-área do Conhecimento: Ciências da Saúde – Enfermagem

Transição para a parentalidade: respostas no processo de ajustamento.

Descritores: *Fatigue; Postpartum period; Parenting; Women*

Resumo:

Introdução: A fadiga é um fenómeno vivenciado pelos seres humanos em geral e ao longo do ciclo vital, compreendendo que este tem uma elevada prevalência na comunidade contemporânea e que diminui substancialmente a qualidade de vida. Ao longo do ciclo vital da mulher, o período pós-parto é bastante propício ao desenvolvimento da fadiga, sendo um dos sentimentos mais comuns e mais angustiantes após o parto e em que a intensidade e a duração têm uma relação diretamente proporcional com a saúde (Doering & Durfor, 2011).

A fadiga pós-parto é definida como uma sensação exacerbada de exaustão, acompanhada de uma diminuição acentuada da capacidade individual física e mental (Milligan, Parks, Kitzman & Lenz, 1997; NANDA, 2005-2006 como referido por Taylor & Johnson, 2010), tornando-se progressiva ao longo do pós-parto e mantendo-se após as seis semanas indicativas da recuperação física.

Metodologia: estudo de natureza quantitativa, descriptivo-correlacional, segundo as etapas de um estudo metodológico no processo de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos de avaliação. A amostra será não probabilística, por conveniência ou accidental e em bola de neve, constituída por mulheres puérperas aos dois meses do pós-parto, que aceitem responder ao questionário.

Objetivos: efetuar a tradução, a adaptação cultural e a validação do *Fatigue Symptom Checklist (FSC)* para a população portuguesa; descrever a fadiga em mulheres aos dois meses do pós-parto.

Resultados Esperados: O estudo tem como finalidade fornecer aos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica um instrumento para avaliar a fadiga das mulheres no pós-parto. Neste sentido, poderão desenvolver intervenções no âmbito da visitação domiciliária e do acompanhamento das mulheres, tendo em conta a avaliação de uma variável determinante no bem-estar da mulher e da família no período pós-parto.

Orientador: Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes

Co-orientador: Professora Ana-Bela de Jesus Roldão Caetano

II – PROJECTO

1. INTRODUÇÃO (assunto, problema, marco teórico, relevância, justificação e viabilidade)

A fadiga é um fenómeno vivenciado pelos seres humanos em geral e ao longo do ciclo vital, tendo este uma elevada prevalência na comunidade contemporânea e prejudica substancialmente a qualidade de vida dos sujeitos. Desde 1988, revisto a 1998, que a fadiga é um diagnóstico de enfermagem reconhecido pela *North American Nursing Diagnosis Association*, e desde 2015 que integra os conceitos gerais da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Deste modo, torna-se premente que os enfermeiros tenham uma visão e um papel mais integrador desta dimensão que engloba a maioria dos utentes em algum contexto ou fase de transição.

Focando no pós-parto, surge o processo de transição para a parentalidade, em que o casal vivencia diversas mudanças e adaptações físicas, emocionais e culturais. Neste período de transição para a parentalidade é bastante propício o desenvolvimento da fadiga por parte do casal, mas sobretudo da mulher, tornando-se muitas vezes angustiante e em que a intensidade e a duração da mesma têm uma relação diretamente proporcional com a saúde (Doering & Durfor, 2011).

A fadiga pós-parto é definida como uma sensação exacerbada de exaustão, acompanhada de uma diminuição acentuada da capacidade individual física e mental (Milligan, Parks, Kitzman & Lenz, 1997; NANDA, 2005-2006 como referido por Taylor & Johnson, 2010), tornando-se progressiva ao longo do pós-parto e mantendo-se após as seis semanas indicativas da recuperação física. Perante isto, os estudos indicam-nos que é uma experiência comum e que chega a afetar entre 15 e 76% da população (Cano-Climent, Oliver-Roig, Cabrero-García, Vries & Richard-Martínez, 2017), sendo um desafio a gestão da fadiga no pós-parto.

Assim sendo, é pertinente o aprofundamento da temática Fadiga no Pós-parto e o acompanhamento das mulheres e dos casais para aliviar as consequências prováveis e a influência na saúde dos mesmos; para isto, é necessário avaliar a intensidade e as características da fadiga e intervir junto da população para a capacitar na gestão deste problema, através de planeamentos, intervenções e avaliações de enfermagem, promovendo assim a saúde das mulheres puérperas.

2. REVISÃO DA LITERATURA (enquadramento sobre o tema)

Fadiga deriva do latim *Fatigāre* e surge na língua portuguesa desde 1844 (Mota, Cruz & Pimenta, 2005), tendo como significado no dicionário da Língua Portuguesa Infopédia 2003-2018 - cansaço resultante de um esforço. Contudo, este conceito já era usado na antiguidade, principalmente na Bíblia, associado ao sofrimento e causado por aspetos físicos ou mentais. Deste modo, o conceito de fadiga remonta às populações antigas, mantendo-se transversal à população contemporânea.

Muitos estudos ao longo dos anos têm aproveitado para investigar e aprofundar o conceito da fadiga na sua visão geral, já que este se mantém bastante imaturo e pouco desenvolvido; Mota e Pimenta (2002) como referido por Mota, Cruz e Pimenta (2005) afirmam que “(...) é um fenómeno subjetivo, multicausal, cuja gênese e expressão envolvem aspectos físicos, cognitivos e emocionais.” (p. 285). Isto vai ao encontro da vertente da fadiga já usada

na antiguidade, em que se relacionava com questões físicas (como o excesso de trabalho) ou mentais (como por exemplo a culpa); assim comprehende-se que o fenómeno em causa não é totalmente desconhecido e que realmente é relevante para os seres humanos, já que é abordado muitas vezes e em contextos diversos.

Com as várias investigações que foram elaboradas ao longo dos anos, o fenómeno da fadiga foi-se tornando um conceito de relevo e de preocupação para os diversos profissionais, tais como os ligados à área da saúde e às relações interpessoais, no entanto, cada área profissional assumiu uma definição de fadiga segundo as suas perspetivas subjacentes. Tiesinga, Dassen e Halfens (1998) como referido por Cano-Climent, Oliver-Roig, Cabrero-García, Vries e Richart-Martínez (2017) também esclarecem que a fadiga pode ter definições distintas consoante a área em causa, pois a “Fadiga é um fenómeno complexo, multicausal, multidimensional, não-específico e subjetivo que não tem uma definição única amplamente aceite.” (p.1). Porém, na visão de enfermagem, a fadiga foi definida e aprofundada, tornando-a um diagnóstico de enfermagem; a *North American Nursing Diagnosis Association* aceitou a fadiga como um diagnóstico de enfermagem em 1988, e foi revisto a 1998 (Mota et al., 2005), e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) introduziu o conceito na última atualização elaborada em 2015, definindo-a como “Emoção negativa: sentimentos de diminuição da força ou resistência, desgaste, cansaço mental ou físico e lassidão, com capacidade reduzida para o trabalho físico ou mental.” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.58).

Segundo o estudo de Mota et al. (2005), a fadiga poderá apresentar diversos atributos, muitas vezes relacionados com a área subjacente; contudo, o cansaço, a exaustão, o desgaste, a alteração da capacidade funcional e a falta de recursos/energia são aspetos transversais da fadiga, independentemente da disciplina em causa. No que diz respeito aos atributos – letargia, sonolência, diminuição da motivação, da atenção e da concentração, necessidade extrema de descanso e mal-estar – estes não estão identificados em todos os casos de fadiga, considerando-os então como antecedentes ou consequências da situação em causa.

Partindo ainda do estudo acima mencionado, comprehende-se que a fadiga é muito mais que cansaço ou falta de motivação, mas sim um culminar de todos estes sintomas negativos e de exaustão, potenciando um estado extremo de desgaste e desmotivação pela vida e pelas relações interpessoais pré-estabelecidas, que afeta negativamente a saúde da pessoa. Assim sendo, é fulcral compreender o impacto deste fenómeno na vida e no quotidiano dos seres humanos, para minorar os efeitos nefastos para a saúde, porém, é ainda necessário aprofundar o conceito e avaliá-lo de forma eficaz e prática através de instrumentos estudados e validados. Mota et al. (2005) afirmam que a forma de avaliar a fadiga relaciona-se com a avaliação dos antecedentes e das consequências, já que este fenómeno é subjetivo e não-observável.

Tal como foi perceptível, a fadiga engloba os seres humanos em geral, em alguma altura do ciclo vital, como por exemplo, fases de transição ou doenças crónicas e/ou degenerativas. Perante isto, o período pós-parto, pelas suas características e especificidades, é um momento sensível ao desenvolvimento da fadiga no casal, mas principalmente na mulher; os estudos de Lewis e Wessely (1992) e de Bensing e Schreurs (1995) como referido por Alves (2017) enfatizaram que a fadiga pós-parto é uma realidade do casal, mas que afeta 2 a 3 vezes mais as mulheres.

Esta fase “(...) é um período marcado pela grande vulnerabilidade emocional para ambos os pais, em geral. Período este que comporta mudanças e consequentes reajustamentos, sobretudo aqueles referentes ao ajustamento no papel parental.” (Mendes, 2009, p.23). Por isto mesmo, a fadiga é um dos sintomas angustiantes mais relatados

pelos casais e que influencia mais o processo de transição e também a saúde familiar e pessoal. Fawcett e York (1986) como referido por Milligan, Parks, Kitzman e Lenz (1997) indicam que 65% das mulheres referem ter fadiga no período após o parto, e Giallo et al. (2015) encontraram uma percentagem ligeiramente superior, de 69% das mulheres, nos primeiros 6 meses do pós-parto; assim, concluimos que a maior parte das mulheres se sente fatigada e vivencia o período após o parto de forma negativa e em exaustão, percebendo também que esta realidade não é algo contemporâneo, apenas não tem sido devidamente valorizado desde 1986 e mantendo-se até 2015.

Os diversos autores definem a fadiga pós-parto de formas distintas e fazendo uso de definições diferentes, ou seja, a fadiga pós-parto é definida como um fenômeno, um estado ou condição debilitante, uma experiência esmagadora, um sintoma desagradável, uma sensação de exaustão ou desagradável, ou uma preocupação. Contudo, comprehende-se que é um conceito bastante difícil de definir devido à sua subjetividade e à sua complexidade de causas e consequências; Milligan et al. (1997) e NANDA 2005-2007 como referido por Taylor e Johnson (2010) afirmam que “Fadiga pós-natal é definida como uma esmagadora sensação de exaustão que é acompanhada por um decréscimo na capacidade para o trabalho mental e físico ao nível normal do indivíduo.” (p. 368).

Assim, comprehende-se que a fadiga no período de pós-parto é mais comum e mais intensa do que se calcula, tendendo a ser desvalorizada e a pensar que é algo intrínseco ao processo de transição para a parentalidade; Taylor e Johnson (2010) demonstram que a sociedade exerce uma enorme pressão inconsciente sobre as mulheres, para que estas sejam super-mulheres, isto é, que sejam capazes de cuidar do bebé e da família, e ainda realizar as tarefas domésticas, sem terem de se sentir cansadas ou incapazes de restabelecer a energia e a estabilidade. Contudo, sabe-se que as mulheres necessitam de cuidar de si para terem capacidade de cuidar dos outros.

Vários estudos demonstram que na maioria dos casos a fadiga pós-parto é progressiva e se mantém após as 6 semanas indicativas da recuperação funcional e biológica da mulher; o estudo de Giallo et al. (2015), ao analisar o pós-parto entre os 0 e os 7 meses, indica que a fadiga se mantém em níveis moderados a altos até aos 3 meses após o parto, percebendo que as mulheres vivenciam este sentimento mesmo quando as rotinas de sono e alimentação estão normalizadas, pela exigência do cuidado com o recém-nascido. “Mulheres que relataram altos níveis de fadiga no início do estudo provavelmente continuariam a experimentar fadiga alta em todo o período pós-parto.” (Giallo et al., 2015, p.11).

Por outro lado, os estudos têm demonstrado que a fadiga pós-parto surge num número elevado de mulheres, porém, existem fatores determinantes ou preditores desta situação, potenciando níveis de fadiga mais elevados e situações mais complexas. Alguns destes fatores preditores ou potenciadores analisados são as características obstétricas (como o número de partos, a duração do trabalho de parto, o tipo de parto e a presença de hemorragias), a idade materna, o apoio social ou relações interpessoais fracas/inexistentes, a pobreza, as características culturais, a existência de sintomas depressivos prévios ou depressão maternal, o temperamento infantil (ou seja, a percepção de ser uma “criança difícil”), as alterações nos períodos de descanso/sono ou os distúrbios de sono, os fatores ambientais, a existência e as características do emprego, o processo de parentalidade e os problemas de nutrição.

Quanto às características obstétricas, existem estudos que apresentam como preditores o facto de as mulheres serem primíparas, a existência de trabalho de parto (TP) prolongado, o facto de o parto ser do tipo cesariana e a

ocorrência de hemorragias pós-parto.

Barclay, Everitt, Rogan, Schmied e Wyllie (1997); Lee e Zaffke (1999); McQueen e Mander, (2003) como referido por Fairbrother, Hall, Hutton e Kluka (2008), e também Milligan (1989); MacArthur (1999) como referido por Taylor e Johnson (2010) indicam que as mulheres primíparas experienciam mais fadiga no período após o parto; “É comum para as novas mães, particularmente novas mães que cuidam do primeiro filho, declararem sentirem-se sem forças, mentalmente cansadas, e exaustas.” (Barclay et al., 1997; Lee & Zaffke, 1999; McQueen & Mander, 2003 como referido por Fairbrother et al., 2008, p.150).

Relativamente à idade materna como fator preditor, esta é ainda algo pouco consistente, já que maioria dos estudos não apresentam como tal; contudo, Lee e Zaffke (1999) como referido por Giallo et al. (2015) assumem a idade materna como um fator predisponente, principalmente as idades mais jovens. O estudo de Giallo et al. (2015) demonstrou que as idades maternas mais jovens estão associadas a altos níveis de fadiga no início do estudo (aos 0 meses do pós-parto), e que as idades mais avançadas se associam a uma fadiga que persiste ao longo do pós-parto, ou seja, mais duradora. Isto pode estar bastante associado com outro fator predisponente da fadiga: o suporte/apoio social da mulher.

Doering e Durfor (2011) indicam que o suporte social é um elemento bastante importante e relevante para as 16 mulheres participantes, e que é essencial para gerir a fadiga e o sono, nos primeiros meses do pós-parto, compreendendo que sem este suporte social, a mulher e a família ficam obrigados a lutar mais para restabelecer a normalidade, ocupando e demorando mais tempo ao restabelecimento da funcionalidade. Para estas mulheres afro-americanas estudadas pelos autores acima mencionados, o apoio é obtido através dos membros femininos da família, mas na maioria dos contextos, o apoio não é apenas por estes elementos, já que este poderá surgir de toda a comunidade envolvente da mulher, obrigando à criação de redes de apoio social.

Song, Chang, Park, Kim e Nam (2010) afirmam que a fadiga pós-parto aumenta com a ausência ou com a existência de um pequeno grupo de apoio social. Também Taylor e Johnson (2010), estudaram a influência do suporte social na gestão da fadiga, pois torna-se evidente que este suporte e apoio dos elementos mais próximos é uma ótima estratégia de *coping*. No entanto, algumas mulheres têm dificuldade em negociar o apoio que recebem, influenciando negativamente a eficácia da estratégia em causa. Esta estratégia é bastante subjetiva, pois um elevado número de pessoas poderá não ser sinônimo de bom suporte social e consequentemente ausência de fadiga.

Na minha opinião, como transmiti acima, esta dimensão do suporte social pode estar associada também à idade materna, e consequentemente à fadiga pós-parto; isto é, as mulheres mais jovens, na maioria das vezes, têm uma menor rede de apoio desenvolvida, o que poderá potenciar o desenvolvimento de fadiga pós-parto mais precocemente. Enquanto que, as mulheres com idade mais avançada poderão ter uma rede mais bem desenvolvida e sólida, mas apresentam mais condicionantes envolventes, como por exemplo, um maior número de filhos para cuidar, o que predispõe a uma fadiga duradora ao longo do pós-parto.

Quanto aos fatores das características culturais e da pobreza, Song et al. (2010) esclarecem que a cultura afeta a percepção e o desenvolvimento da fadiga. Neste contexto, cultura compreende-se com base nas crenças, nos valores e nos ideais subjacentes à parentalidade (ou seja, os papéis sociais da mulher e do homem enquanto pais). A pobreza incluiu-se neste grupo, enfatizando que “(...) complica ainda mais o sono e a fadiga no período pós-parto.” (Doering & Durfor, 2011, p. 258); as mulheres incluídas num contexto desfavorecido experienciam um grande

desafio de gestão da fadiga pós-parto, influenciando os aspectos da transição para a parentalidade. Também os fatores ambientais se coordenam neste processo de transição e de instabilidade, como o ruído noturno, a partilha de cama, a qualidade fraca do colchão, e a instabilidade da temperatura ambiental, pois podem ser decisivos para a qualidade do período pós-parto e para a gestão de um sentimento exaustivo, como é a fadiga neste período (Doering & Durfor, 2011). Por fim, o estudo anteriormente destacado afirma que as circunstâncias de pobreza ou de baixo poder económico potenciam o desenvolvimento da fadiga pós-parto, podendo culminar em sintomas depressivos ou depressão.

Os sintomas depressivos prévios ou a existência de depressão maternal acima mencionados também se assumem como um fator potenciador do desenvolvimento da fadiga pós-parto; Song et al. (2010) afirmam que a fadiga pós-parto é um preditor da depressão, no entanto, também é visível no estudo que a pré-existência de depressão maternal ou sintomas depressivos potenciam o desenvolvimento da fadiga após o parto. “(...) a depressão é também descrita como um dos fatores psicológicos mais importantes causadores de fadiga (...) Assim podemos estabelecer uma relação na qual a depressão pós-parto afeta diretamente a fadiga pós-parto.” (Song et al., 2010, p. 2629).

Também Fairbrother et al. (2008), tal como Milligan (1989) e Wambach (1998) como referido por Taylor e Johnson (2010) abordam a existência prévia de depressão materna em mulheres que desenvolveram fadiga no pós-parto, dizendo que estes sintomas prévios contribuem para o aparecimento de fadiga principalmente após 2 ou 3 meses do parto.

Para além disto tudo, os diversos autores também incluem o temperamento infantil neste processo de transição, como algo potenciador da fadiga após o parto. “O temperamento infantil é também considerado um fator preditivo da fadiga pós-parto...” (Song et al., 2010, p.2629). Este fator é potenciador da fadiga já que afeta outros componentes relevantes na transição para a parentalidade, tais como o stress materno-infantil, a diminuição da qualidade do sono/descanso, a dificuldade de alimentação e a depressão pós-parto. Também Milligan (1989); Wambach (1998) como referido por Taylor e Johnson (2010) indicam o temperamento infantil difícil como um elemento potenciador desta circunstância negativa que é a fadiga. Por outro lado, num estudo de 2015, Giallo et al. afirma que as variáveis relacionadas com as crianças não se revelaram significativas na investigação sobre os fatores potenciados da fadiga no pós-parto, já que se demonstrou que a demanda dos cuidados ao recém-nascido isolados não é suficiente para o desenvolvimento da fadiga, dependendo dos fatores contextuais e pessoais.

Quanto às alterações de sono ou de descanso, este elemento é fortemente descrito na literatura e associado à fadiga no período do pós-parto como um fator potenciador; Song et al. (2010) encontraram uma forte ligação entre a fadiga pós-parto e a qualidade do sono, principalmente pela interferência do sono durante a fase REM (ou seja, fase do movimento rápido dos olhos). Também Fairbrother et al. (2008), tal como Wambach (1998); Elek, Hudson e Fleck (2002) como referido por Taylor e Johnson (2010), e ainda Hung e Chen (2014) como referido por Cano-Climent et al. (2017) indicam nos seus estudos, que os distúrbios do sono ou as alterações da qualidade dos períodos sono/descanso são potenciadores do fenômeno subjetivo e complexo, que é a fadiga.

Para além destes estudos, Armstrong, Van Haeringen, Dadds e Cash (1998) como referido por Giallo et al. (2015) afirmam que as mulheres referem ter fadiga, devendo-se a muitos fatores, sendo um deles os distúrbios do sono; o estudo em causa demonstrou que o fator potenciador com mais impacto nos níveis da fadiga no início do pós-parto, mas também no decurso da mesma, foi a má qualidade do sono.

Por outro lado, existem mais fatores preditores também descritos na literatura, que se associam aos restantes anteriormente descritos; as condições de emprego, o processo de parentalidade e tudo o que lhe esta intrínseco, e ainda os problemas de nutrição são fatores predisponentes para o desenvolvimento de sintomas como a fadiga. Pugh e Milligan (1995); Wambach (1998); Chien e Ko (2004); Gay, Lee e Lee (2004); Lee e Gay (2004); Dennis e Ross (2005) como referido por Fairbrother et al. (2008), e também Milligan (1989); Hantos (1993); Pugh e Milligan (1995); Wambach (1998); Fisher et al. (2004) como referido por Song et al. (2010) são alguns dos autores que referem tal influência para as mulheres puérperas.

Assim sendo, existindo fatores potenciadores que levam ao desenvolvimento da fadiga pós-parto, surgem como consequência as complicações associadas; as diversas complicações descritas na literatura acarretam um impacto negativo holístico, abrangendo tanto o nível pessoal, familiar, social e de saúde. Por isso, comprehende-se que o impacto do desenvolvimento da fadiga no pós-parto não se cinge apenas à mulher afetada, mas à vinculação mãe-filho, a todos os familiares e à sua rede social.

No âmbito pessoal, encontrei descrito o aumento da ansiedade/*stress* parental, o desenvolvimento de depressão maternal ou o aparecimento de sintomatologia depressiva, a diminuição do autocuidado, o atraso do retorno ao estado funcional e o aumento de problemas de saúde associados (como por exemplo, a diminuição da saúde mental). Claramente, as complicações na vertente pessoal são em maior número, já que a fadiga é um sintoma subjetivo e complexo que afeta um sujeito individualmente, mas com influências na rede social.

Cooklin, Giallo e Rose (2011) como referido por Alves (2017) e ainda Cooklin, Giallo e Rose (2011) como referido por Cano-Climent et al. (2017) concluíram que os pais, aquando do aparecimento da fadiga no processo de parentalidade e o desenvolvimento desta em níveis elevados, experienciam um aumento da ansiedade e/ou *stress*. Também, Wambach (1998); Dennis e Ross (2005) como referido por Fairbrother et al. (2008) e Cooklin, Giallo e Rose (2012) como referido Cano-Climent et al. (2017) encontraram evidência científica congruente e similar.

Quanto ao desenvolvimento de depressão materna ou ao aparecimento de sintomas depressivos, já comprehendemos em cima que a fadiga tem uma relação muito ténue com a depressão; ou seja, tanto a existência de sintomas depressivos prévios potencia a fadiga no período pós-parto, como a existência de fadiga precipita o desenvolvimento de depressão.

Relativamente à influência da fadiga no vínculo mãe-filho, a literatura descreve a diminuição da capacidade materna de cuidar o bebé e a cessação ou desmame precoce ou existência de dificuldades na amamentação.

Por fim, no âmbito social, a fadiga pós-parto tem grande impacto negativo na qualidade das relações interpessoais ou familiares, pondo em risco a rede social existente da mulher puérpera, que a suporta durante o período pós-parto.

Com a percepção de tudo isto, torna-se evidente a necessidade de intervenção prática incidente na fadiga pós-parto; Taylor e Johnson (2010) afirmam que os estudos e a compreensão da fadiga pós-parto de uma forma global capacitam os enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia na intervenção personalizada e prática com a mulher e os casais, preparando-os e empoderando-os para a gestão deste fenómeno. Através do conhecimento dos atributos, dos fatores potenciadores e das consequências, os profissionais de saúde podem procurar estratégias de *coping*, e até recursos facilitadores de prevenção da fadiga, permitindo classificar quando uma mulher ou casal/família são alvos vulneráveis ao desenvolvimento deste fenómeno; deste modo, a gestão dos sintomas e do

impacto negativo será mais facilitador do processo de transição. Giallo et al. (2017) conclui que são pesquisas e estudos sobre esta realidade que permitem investir no conhecimento científico, de forma a identificar intervenções terapêuticas efetivas, universais e focadas na gestão da fadiga.

Em suma,

Dada a importância da fadiga como um sintoma durante a gravidez e o pós-parto, várias diretrizes internacionais (World Health Organization, 2013) (...) recomendam que esta seja estudada na maternidade [na transição para a parentalidade] em geral, e particularmente durante o período pós-parto. (Cano-Climent, 2017, p.3).

3. OBJECTIVOS

- Efetuar a tradução, a adaptação cultural e a validação do *Fatigue Symptom Checklist (FSC)* para a população portuguesa;
- Descrever a fadiga em mulheres puérperas aos dois meses do pós-parto.

4. METODOLOGIA (Tipo, método, amostra, local, recolha de dados, tratamento de dados)

Tipo de Estudo:

Estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, segundo as etapas de um estudo metodológico no processo de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos de avaliação.

População e Amostra/Informantes:

Amostra não probabilística, por conveniência ou accidental e em bola de neve constituída por mulheres puérperas aos dois meses do pós-parto, que aceitem responder ao questionário.

Critérios de Inclusão/Exclusão:

Critérios de Inclusão

- Mulheres puérperas durante o 2º mês do período pós-parto;
- Mulheres puérperas que saibam ler e escrever português;
- Mulheres puérperas com parto de feto único
- Mulheres puérperas que aceitem participar no estudo.

Critérios de Exclusão

- Mulheres puérperas com parto gemelar e/ou parto pré-termo.
- Mulheres puérperas adolescentes (com menos de 18 anos).

Locais onde Decorre a Investigação:

A recolha de dados é efetuada através da divulgação do questionário à comunidade em causa através de dois meios específicos:

- Online, com envio de link do *Google Docs* com publicitação nas redes sociais, principalmente em grupos ou pequenas comunidades de puérperas;
- Entregue em mão às puérperas que se incluam nos critérios definidos.

Instrumento(s) de Recolha de Dados:

Questionário composto por aspetos sociodemográficos e obstétricos, e por duas escalas: uma validada para a população portuguesa – Escala de Avaliação da Dor (com origem na *Fatigue Assessment Scale*) de Alfaro (2017); e outra em versão piloto – Lista de Sintomas de Fadiga (com origem na *Fatigue Symptom Checklist*) de Mendes et al. (2012).

Tratamento de Dados:

Tratamento descritivo e inferencial de acordo com a utilização do SPSS, versão 23.0 (2018).

5. BIBLIOGRAFIA

- Alves, B. (2017). *Validação da Fatigue Assessment Scale para a População Portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <http://recil.grupolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/8629/1/barbara%20Alves%20-%20Dissertacao.pdf>.
- Cano-Climent, A., Oliver-Roig, A., Cabrero-García, J., de Vries, J., & Richart-Martínez, M. (2017). The Spanish version of the Fatigue Assessment Scale: reliability and validity assessment in postpartum women. *PeerJ*, 5, e3832. <https://doi.org/10.7717/peerj.3832>.
- Corwin, E., & Arbour, M. (2007). Postpartum Fatigue and Evidence-Based Interventions. *MNC: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(4), 215-220. doi: 10.1097/01.NMC.0000281959.71454.e5.
- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa - Porto: Porto Editora, 2003-2018. Recuperado de: <https://www.infopedia.pt/>.
- Doering, J., & Durfor, S. (2011). The Process of “Persevering Toward Normalcy” After Childbirth. *MNC: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(4), 258-265. doi: 10.1097/NMC.0b013e31821826e7.
- Fairbrother, N., Hall, K., Hutton, E. & Kluka, S. (2008). Psy Psychometric evaluation of the Multidimensional Assessment of Fatigue Scale for use with pregnant and postpartum women. *Psychological Assessment*, 20(2), 150-158. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.150>
- Giallo, R., Seymour, M., Dunning, M., Cooklin, A., Loutzenhiser, L., & McAuslan, P. (2015). Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(5), 1-17. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2015.1021769>.
- Mendes, I. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra, Portugal: Mar da Palavra.
- Michielsen, H. J., De Vries, J., Van Heck, G. L., Van de Vijver, F. J. R., & Sijsma, K. (2004). Examination of the Dimensionality of Fatigue. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(1), 39–48. doi: <https://doi.org/10.1027/1015-5759.20.1.39>.
- Milligan, R., Parks, P., Kitzman, H., & Lenz, E. (1997). Measuring Women's Fatigue During the Postpartum Period. *Journal of Nursing Measurement*, 5(1), 3-16.

- Mota, D., Cruz, D., & Pimenta, C. (2005). Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 285-293. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a09v18n3.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa. Lisboa, Portugal: Lusodidacta. Recuperado de: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>.
- Song, J., Chang, S., Park, S., Kim, S., & Nam, C. (2010). Empirical test of an explanatory theory of postpartum fatigue in Korea. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2627–2639. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05380.x.
- Taylor, J., & Johnson, M. 2010. How women manage fatigue after childbirth. *Midwifery*, 26(3), 367-375. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.004>.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Meses											
	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV
Projeto	■	■										
Revisão da Literatura		■	■	■								
Construção do instrumento de colheita de dados			■									
Metodologia			■	■								
Recolha de dados				■	■	■	■					
Análise de dados							■	■				
Discussão									■	■		
Revisão do trabalho											■	
Entrega do trabalho final											■	■

Coimbra, 03/06/2018

INFORMAÇÃO PESSOAL



Catarina Simões Castelo Branco

📍 Rua do Brasil, nº 98, 3º esquerdo, 3030-775 Coimbra (Portugal)

📞 914 095 745

✉ catarina.scastelobranco@gmail.com

Sexo Feminino | Data de nascimento 27/07/1994 | Nacionalidade Portuguesa

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

02/05/2018–Presente

Enfermeira

Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Cantanhede (Portugal)

Unidade de Convalescença

10/10/2016–Presente

Enfermeira

Casa do Jardim, Coimbra (Portugal)

Residência Séniior centrada na Humanitude

12/10/2016–30/06/2017

Professora de Dança

CASPAE, Coimbra (Portugal)

Aulas de Dança Criativa a crianças dos 3 aos 5 anos.

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

01/03/2017–Presente

Mestrado em Enfermagem de Saúde de Materna e Obstetrícia

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

17/09/2012–07/07/2016

Licenciatura em Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Média Final: 16 valores

INFORMAÇÃO ADICIONAL

Cursos

- 17/11/2017 - Módulo de “**Insulinoterapia na Diabetes tipo 2**” na Formação Pós-Graduada em Diabetes, com duração de 8h (Coimbra)
- 07/07/2017 a 29/07/2017 - **Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno**: dinamizado pela SOS Amamentação (Coimbra).
- 29/01/2017 a 05/02/2017 - **Workshop de Humanitude**: Workshop dinamizado pela ESEnfC, em parceria com a IGM Portugal.
- 05/11/2016 e 06/11/2016 - **Curso de Suporte Avançado de Vida Profissional**: Curso de SAV, certificado pela AHA, dinamizado pela BWIZER em Coimbra (Aprovada e com certificado até Novembro de 2018).
- 05/02/2015 e 06/02/2015 - **III Congresso Internacional de Feridas**: participação em dois Workshops sobre Pé Diabético e Terapia Compressiva.
- 07/05/2014 - **Mass Training Suporte Básico de Vida**: certificado pela ESEnfC (Coimbra), com duração de 2 horas.
- 28/05/2013 - **Mass Training Suporte Básico de Vida**: certificado pela ESEnfC (Coimbra).



Catarina Castelo Branco <catarina.scastelobranco@gmail.com>

request and permission to use the Assessment fadigue Scale instrument

Tiago Alfaro <alfarotm@gmail.com>

Para: Isabel Mendes <isabelmendes@esenfc.pt>

Cc: "isabelmmmmendes@gmail.com" <isabelmmmmendes@gmail.com>, Catarina Castelo Branco <catarina.scastelobranco@gmail.com>

1 de maio de 2018 às 00:08

Boa noite e obrigado pelo contacto

Tenho todo o prazer em autorizar o uso da versão em português que está no site da WASOG.

A tese que enviou não usa a mesma tradução, pelo que não me posso pronunciar sobre a mesma.

Cordiais cumprimentos

Tiago Alfaro

From: Isabel Mendes
Sent: Friday, April 27, 2018 15:21
To: talfaro@fmed.uc.pt
Cc: isabelmmmmendes@gmail.com; 'Catarina Castelo Branco'
Subject: FW: request and permission to use the Assessment fadigue Scaleinstrument

Boa tarde Professor Doutor Tiago Alfaro

Venho por este meio pedir a sua autorização para a utilização da versão Portuguesa do instrumento FAS – Fadigue Assessment Scale, conforme Prof. Jolanda De Vries nos informou no mail abaixo que reencaminho,

Gostaríamos também de saber se podemos citar a autora da dissertação em anexo, que demos conta na pesquisa bibliográfica, para os devidos efeitos de autoria de Vossa Ex^a. referente validação da escala em português.

03/06/2018

Gmail - request and permission to use the Assessment fadigue Scale instrument

Com os melhores cumprimentos,

Isabel Margarida Mendes

P.S. por vezes o mail da escola ESEnfC não é reconhecido pelo que lhe envio o meu endereço electrónico da conta gmail: isabelmmmmendes@gmail.com, muito agradecida pela atenção.

De: Isabel Mendes [mailto:isabelmmmmendes@gmail.com]

Enviada: terça-feira, 17 de abril de 2018 14:40

Para: isabelmendes@esenfc.pt

Assunto: Fwd: request and permission to use the Assessment fadigue Scale instrument

----- Forwarded message -----

From: J. de Vries <J.deVries@uvt.nl>

Date: 2018-04-16 11:22 GMT+01:00

Subject: RE: request and permission to use the Assessment fadigue Scale instrument

To: Isabel Mendes <isabelmmmmendes@gmail.com>

Dear dr Mendes,

You have my permission to use the FAS. There exists a Portuguese version of the FAS by Dr Tiago Alfaro. The digital version as well as PDFs are available on the website www.wasog.org.

Good luck with your study.

Kind regards,

Jolanda De Vries

Prof. Jolanda De Vries, PhD
CoRPS

Department of Medical and Clinical Psychology
Tilburg University
Telephone +31 (0) 134662705
E-mail j.devries@uvt.nl
www.tilburguniversity.nl/corps/

Erro! Nome de ficheiro não especificado.

From: Isabel Mendes [mailto:isabelmmendes@gmail.com]
Sent: zondag 15 april 2018 12:24
To: j.devries@tilburguniversity.edu
Cc: isabelmendes@esenfc.pt; Catarina Castelo Branco <catarina.scastelobranco@gmail.com>
Subject: request and permission to use the Assessment fadigue Scale instrument

Dear Professor Dr. J. de Vries

I am a Portuguese nursing midwifery coordinator professor and my area of study is related to the maternal-fetal quality of life and postpartum quality of life.

My doctoral thesis was focus in the lived experiences of the maternal and paternal adjustment to postpartum in a group of first-time parents, and one of the findings evidence the need of support related to dimensions of fatigue (physical and mental health) specially in new mothers.

In the post-doctoral research with the validation to the Portuguese version of the quality of life in postpartum women we found out again the need to study the fatigue also in men and women in postpartum, we are finalizing the article for publishing.

Now with my students in maternal nursing and midwifery we want to study the fatigue in postpartum women's and its implications in the functional recovery in postpartum.

In the references research it was fond yours and colleagues' articles related to Fatigue Assessment Scale:

Michielsen HJ, De Vries J, Van Heck GL, Van de Vijver FJR, Sijtsma K. 2004.

Examination of the dimensionality of fatigue: the construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). European Journal of Psychological Assessment
20(1):39_48

DOI 10.1027/1015-5759.20.1.39.

In the last Friday we mail from our professional institution e-mail (isabelmendes@esenfc.pt) to Professor Helen Michielsen but occurred the situation of "Undelivered Mail Returned to Sender" as show below, so I we visit Tilburg University site and today it happens the same to your mail... (<https://www.tilburguniversity.edu/webwijs/show/j.devries-2.htm>) and we found your contact.

So we are sending this mail via gmail to ask if you my contact your colleagues to have your permission to use the Fatigue Assessment Scale, and how to get the instrument.

Also, we would like to know if this instrument is already validated to the Portuguese version.

Kind Regards

Isabel Margarida Mendes, PhD, RN, coordinator professor in Nursing and Midwifery Institutional Adress:
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Av Bissaya Barreto e/ou Rua 5 de Outubro - Apartado 7001 3046-851 Coimbra Portugal isabelmendes@esenfc.pt

-----Mensagem original-----

De: Mail Delivery System [<mailto:MAILER-DAEMON@mx-2.esenfc.pt>]

Enviada: sexta-feira, 13 de abril de 2018 12:04

Para: isabelmendes@esenfc.pt

Assunto: Undelivered Mail Returned to Sender

This is the mail system at host mx-2.esenfc.pt.

I'm sorry to have to inform you that your message could not be delivered to one or more recipients. It's attached below.

For further assistance, please send mail to postmaster.

If you do so, please include this problem report. You can delete your own text from the attached returned message.

The mail system

<h.j.michielsen@uvt.nl>: host a.mx.uvt.nl[137.56.247.212] said: 550 5.1.1

<h.j.michielsen@uvt.nl>: Recipient address rejected: User unknown in
virtual alias table (in reply to RCPT TO command)

ANEXOS

ANEXO I

Escala de Avaliação da Fadiga: *Fatigue Assessment Scale*

Escala de avaliação de fadiga: Fatigue Assessment Scale (FAS)

As dez afirmações que se seguem referem-se a como se sente habitualmente. Por afirmação, pode escolher uma das cinco categorias de resposta, variando de Nunca a Sempre.

Por favor assinale a resposta a cada questão que lhe é aplicável a si. Dê uma resposta para cada questão, mesmo que não tenha qualquer queixa de momento.

1. Nunca

2. Alguma vezes (mensalmente, ou menos)

3. Regularmente (algumas vezes por mês)

4. Com frequência (semanalmente)

5. Sempre (todos os dias)

	Nunca	Algumas vezes	Regularmente	Com frequência	Sempre
1. A fadiga incomoda-me	<input type="radio"/>				
2. Fico cansado muito rapidamente.	<input type="radio"/>				
3. Não faço muito durante o dia.	<input type="radio"/>				
4. Tenho energia suficiente para a vida do dia-a-dia.	<input type="radio"/>				
5. Fisicamente, sinto-me exausto.	<input type="radio"/>				
6. Tenho problemas em começar as tarefas.	<input type="radio"/>				
7. Tenho problemas em pensar com clareza.	<input type="radio"/>				
8. Não tenho vontade de fazer nada.	<input type="radio"/>				
9. Mentalmente, sinto-me exausto.	<input type="radio"/>				
10. Quando estou a fazer algo, consigo concentrar-me bastante bem.	<input type="radio"/>				

Referências

- Drent M, Lower EE, De Vries J. Sarcoidosis-associated fatigue. Eur Respir J 2012; 40: 255–263. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2244750>
- Kleijn WPE, De Vries J, Wijnen PAHM, Drent M. Minimal (clinically) important differences for the Fatigue Assessment Scale in sarcoidosis. Respir Med 2011; 105: 1388-95. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21700440>
- De Vries, Michielsen H, Van Heck GL, Drent M. Measuring fatigue in sarcoidosis: the Fatigue Assessment Scale (FAS). Br J Health Psychol 2004; 9: 279-91. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15296678>



ANEXO II

Autorização para a utilização dos dados do Estudo Preliminar (Gomes et al., 2012)

Declaração

Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes em nome do grupo de trabalho de investigação elaborado por Catarina Isabel Santos Gomes, Eunice Maria Gonçalves Mota, Susana Patrícia Rodrigues Correia e Zilda Maria Rodrigues Pedro sob minha orientação, e após auscultação do elemento responsável do grupo de estudantes Eunice Maria Gonçalves Mota, sou a informar para os devidos efeitos que a estudante Catarina Simões Castelo Branco, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, tem autorização para utilizar a versão preliminar da FSC contida no estudo de 2012, com a condição de colaboração em divulgação e publicação científica futura.

Coimbra, 12 de janeiro de 2018



ANEXO III

Parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA, ao Projeto Alargado

COMISSÃO DE ÉTICA
da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Parecer Nº 506/05-2018

Título do Projecto: Estudo de adaptação e validação transcultural do *Fatigue Symptom Checklist – FSC*, para a população portuguesa.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Catarina Simões Castelo Branco

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Investigador Responsável/Orientador: Prof.^a Isabel Mendes e Prof.^a Ana-Bela Caetano

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

O estudo apresentado integra-se em Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e tem como objectivos "...efectuar a tradução, a adaptação cultural e a validação do *Fatigue Symptom Checklist – FSC*, para a população portuguesa; descrever a fadiga em mulheres puérperas aos dois meses do pós-parto".

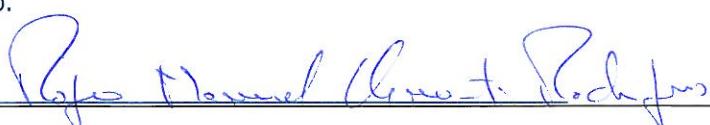
Metodologicamente o estudo é apresentado como "... de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, segundo as etapas de um estudo metodológico no processo de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos de avaliação." A amostra "... será não probabilística, por conveniência ou accidental e em bola de neve, constituída por mulheres puérperas aos dois meses do pós-parto...". Os instrumentos de recolha de dados estarão disponíveis online na plataforma Google Docs e serão divulgados através das redes sociais ou directamente às puérperas conhecidas da proponente.

No documento submetido:

- Estão definidos os critérios de inclusão e exclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados e autorização dos autores originais;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Não são identificados danos para os participantes;

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo tal como apresentado.

O relator:



Data: 20/06/2018 O Presidente da Comissão de Ética: Hanahmene Balchao



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÉNCIAS DA SAÚDE
UICISA



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação
para a Ciéncia
e a Tecnologia

ANEXO IV

Adenda efetuada para a Comissão de Ética da UICISA e parecer favorável

COMISSÃO DE ÉTICA
da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Aditamento AD_P506-05/2018

Título do Projecto: Estudo de adaptação e validação transcultural do *Fatigue Symptom Checklist – FSC*, para a população portuguesa.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Catarina Simões Castelo Branco

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Investigador Responsável/Orientador: Prof.^a Isabel Mendes e Prof.^a Ana-Bela Caetano

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Aditamento

Na submissão inicial, o projecto intitulado "*Estudo de adaptação e validação transcultural do Fatigue Symptom Checklist – FSC, para a população portuguesa.*" obteve parecer favorável (Parecer Nº 506/05-2018).

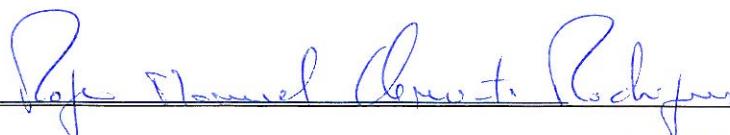
Apresentava como objectivo "...efectuar a tradução, a adaptação cultural e a validação do *Fatigue Symptom Checklist – FSC, para a população portuguesa; descrever a fadiga em mulheres puérperas aos dois meses do pós-parto*".

O estudo apresentava-se como "... de natureza quantitativa, descritivo- correlacional, segundo as etapas de um estudo metodológico no processo de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos de avaliação.", sendo a amostra definida como "não probabilística, por conveniência ou accidental e em bola de neve, constituída por mulheres puérperas aos dois meses do pós-parto..." .

Obtidos os dados verifica a proponente a existência de participantes que não respondem aos critérios de inclusão (respondentes com mais de 2 meses de pós-parto). Considerando que esses dados são pertinentes para inclusão no estudo questionam da validade do Parecer inicialmente emitido.

Não nos pronunciando sobre os aspectos metodológicos do estudo, consideramos que são mantidos os princípios subjacentes à emissão do Parecer inicial (garantia de participação livre, voluntária e informada dos participantes; garantia da confidencialidade dos dados recolhidos; garantia de inexistência de danos para os participantes). Assim, é nosso entendimento que o Parecer Nº 506/05-2018 continua válido.

O relator:



Data: 24/10/2018 O Presidente da Comissão de Ética: *Manuela Batista*



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÉNCIAS DA SAÚDE
ESEnfC



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação
para a Ciéncia
e a Tecnologia

ANEXO V

Dados Estatísticos sobre a idade materna a nível nacional (2017)

Idade média da mãe ao nascimento de um filho

Qual a idade média das mães que têm filhos?

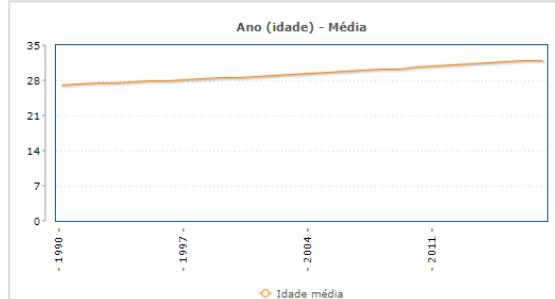
Indicador

[Idade média ▾](#)

2017
32,0
Anos (idade)

1990
27,1
Anos (idade)

Idade média



Local de residência (NUTS - 2013) (1)

Idade média da mãe ao nascimento de um filho (Anos) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual

Período de referência dos dados

2017

Ano

Portugal	32,0
Continente	32,0
Região Autónoma dos Açores	30,7
Região Autónoma da Madeira	32,0

Idade média da mãe ao nascimento de um filho (Anos) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual - INE, Indicadores demográficos

Nota(s):

Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho

Com que idade, em média, as mulheres são mães pela primeira vez?

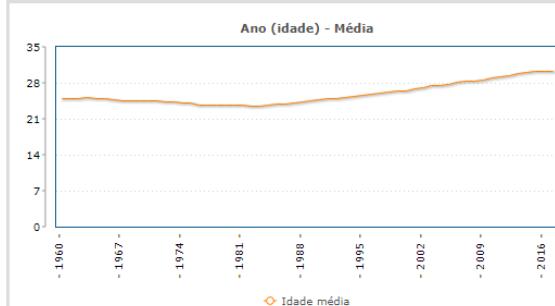
Indicador

[Idade média ▾](#)

2017
30,3
Anos (idade)

1960
25,0
Anos (idade)

Idade média



Local de residência (NUTS - 2013) (1)

Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho (Anos) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual

Período de referência dos dados

2017

Ano

Portugal	30,3
Continente	30,4
Região Autónoma dos Açores	28,8
Região Autónoma da Madeira	30,0

Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho (Anos) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual - INE, Indicadores demográficos

Referências Bibliográficas:

- [https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805;](https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805)
- https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008215&contexto=bd&elTab=tab2
- <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+de+um+filho-417>
- https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008219&contexto=bd&elTab=tab2

ANEXO VI

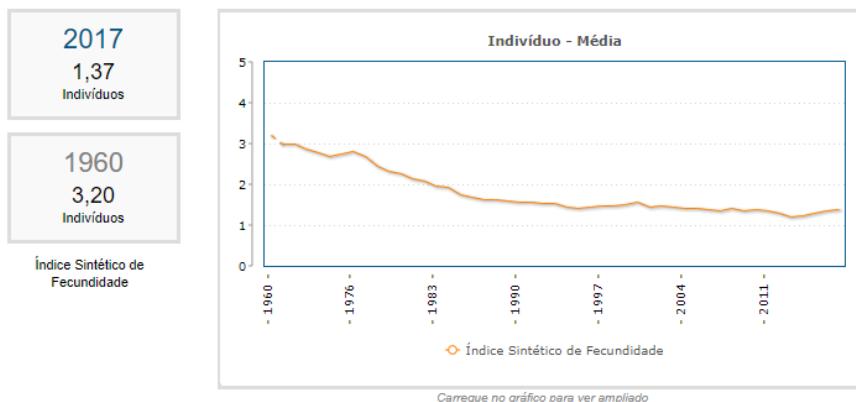
Dados Estatísticos sobre o número de filhos a nível nacional (2017)

Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução

Quantos filhos existem, em média, por mulher em idade fértil? Quantas filhas tem, em média, cada mulher em idade fértil?

Indicador

Índice Sintético de Fecundidade ▾



Referências Bibliográficas:

- <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+%C3%8Dndice+sint%C3%A9tico+de+fecundida de+e+taxa+bruta+de+reprodu%C3%A7%C3%A3o-416>

ANEXO VII

Dados Estatísticos prováveis sobre o tipo de parto a nível nacional (2017)

Anos	Partos			ver tabela completa		
	Total	Partos eutócicos		Partos distócos		
		Cesarianas	Outros	Total	Cesarianas	Outros
2000	118.991	70.889	48.102	33.294	14.808	
2001	111.772	64.506	47.266	33.302	13.964	
2002	113.074	63.658	49.416	34.567	14.849	
2003	110.976	61.238	49.738	35.868	13.870	
2004	107.195	57.692	49.503	35.467	14.036	
2005	107.309	56.368	50.941	37.194	13.747	
2006	104.296	53.607	50.689	36.582	14.107	
2007	101.023	51.723	49.300	35.778	13.522	
2008	103.314	51.931	51.383	37.199	14.184	
2009	98.006	48.276	49.730	35.972	13.758	
2010	100.130	48.832	51.298	36.335	14.963	
2011	95.149	45.357	49.792	34.076	15.716	
2012	88.708	41.685	47.023	31.845	15.178	
2013	81.559	38.470	43.089	29.000	14.089	
2014	81.077	39.638	41.439	27.138	14.301	
2015	83.957	40.864	43.093	27.653	15.440	
2016	Pro 85.444	Pro 41.492	Pro 43.952	Pro 28.273	Pro 15.679	
2017	Pro 84.684	Pro 40.381	Pro 44.303	Pro 28.022	Pro 16.281	

Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, PORDATA
Última actualização: 2018-12-14

Referências Bibliográficas:

- <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>