



A relação entre os sintomas emocionais negativos, a perceção de autoeficácia para lidar com a infertilidade e o stresse relacionado com a infertilidade

DENISE MARLENE DIAS DOS SANTOS

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo

Coimbra, setembro de 2016

## **Agradecimentos**

Este trabalho não teria sido possível sem a colaboração e disponibilidade de todos aqueles a que agora me refiro e agradeço.

À professora doutora Ana Galhardo agradeço pela excelente orientação, dedicação e disponibilidade na realização da presente investigação e, na partilha de conhecimentos e saberes. O seu conhecimento foi, indiscutivelmente, fundamental para a evolução e desenho deste trabalho.

À minha família, em especial à minha mãe, ao meu pai e ao meu padrasto pelo apoio incondicional em todos os momentos do meu percurso académico e, por acreditarem sempre nas minhas capacidades. Agradeço, ainda, as palavras de apoio e incentivo que sistematicamente me foram transmitindo, apoiando e contribuindo para o meu futuro. Não poderia deixar de referir que constantemente me instigaram a lutar pelo meu grande objetivo e, por isso, foram uma fonte de suporte essencial na concretização deste percurso.

Ao meu namorado pelo apoio, companheirismo e afeto bem como pela paciência e compreensão ao longo do meu trajeto académico. Agradeço o seu apoio em momentos de desânimo, a disponibilidade e paciência para ouvir os meus desabafos e exigências, a motivação e encorajamento constantes e, o festejo nas conquistas.

Quero também agradecer aos meus amigos, Andreia Gomes, MelanieAbdiu e João Costa, pela motivação constante e, por terem compreendido a minha ausência em vários momentos, dado o investimento e energia despendido ao longo da realização do presente trabalho.

Não poderia deixar de agradecer a todos os participantes que voluntariamente participaram na investigação e tornaram este estudo possível, contribuindo para um maior conhecimento na área da infertilidade. A minha sincera gratidão a todos pela preciosa colaboração e disponibilidade no preenchimento dos vários instrumentos administrados.

Os meus sinceros agradecimentos à Associação Portuguesa de Fertilidade pela colaboração e suporte providenciado e, conseqüentemente, pela contribuição para a concretização deste trabalho.

## **Resumo**

Embora a parentalidade seja considerada um dos principais objetivos de vida de muitos casais, nem sempre é concretizada devido a problemas de infertilidade. A infertilidade é atualmente considerada um problema de saúde pública que tem implicações a nível social e psicológico e que afeta cerca de 10 a 15% da população mundial e 9% a 10% da população portuguesa. Para além disso, trata-se de uma condição que tende a apresentar consequências psicológicas, induzindo stresse e acarretando sofrimento psicológico. Neste contexto, e uma vez que a investigação acerca dos aspetos psicológicos inerentes à infertilidade em Portugal é ainda escassa, a nossa investigação procurou explorar a relação entre os sintomas emocionais negativos (ansiedade, depressão e stresse), a perceção de autoeficácia para lidar com a infertilidade e o stresse relacionado com a infertilidade. Para o efeito, procedemos à administração de um conjunto de instrumentos de autorrelato com o intuito de avaliar sintomas emocionais negativos, perceção de autoeficácia para lidar com a infertilidade e stresse relacionado com a infertilidade, numa amostra constituída por 98 indivíduos com o diagnóstico de infertilidade a realizar tratamento médico. Com base na análise efectuada foi possível averiguar que a perceção de autoeficácia para lidar com a infertilidade e os sintomas depressivos são preditores significativos do stresse relacionado com a infertilidade, contrariamente à ansiedade e ao stresse que não se mostraram preditores expressivos. De forma global, os resultados indicam que, ao nível da intervenção psicológica direccionada a estes pacientes, a diminuição dos sintomas depressivos e o desenvolvimento de competências para lidar com a infertilidade devem ser considerados objetivos fundamentais, de modo a que seja exequível uma redução do stresse relacionado com a infertilidade.

**Palavras-chave:** infertilidade, ansiedade, autoeficácia, depressão e stresse

## **Abstract**

Although parenting is considered a major life goal for most couples, it is not always achieved due to fertility problems. Infertility is currently considered a public health problem, showing social and psychological implications and affecting about 10 to 15% of the world population and 9% to 10% of the Portuguese population. It is also a health condition that involves psychological consequences, such as stress and psychological suffering. In this context and given that research targeting psychological aspects involved in infertility in Portugal is scarce, our study aims to explore the relationship between negative emotional symptoms (anxiety, depression and stress), the perception of self-efficacy to deal with infertility and infertility-related stress. For this purpose, we applied a set of self-report instruments assessing negative emotional symptoms, infertility self-efficacy and infertility-related stress, in a samples of 98 individuals diagnosed with infertility who were pursuing medical treatment. Results showed that the perception of self-efficacy to deal with infertility and depressive symptoms are significant predictors of infertility-related stress, contrary to anxiety and stress that were not significant predictors. Globally, our findings indicate that the reduction of depressive symptoms and the development of skills to deal with infertility should be considered fundamental goals in psychological interventions targeting people facing fertility issues in order to address and decrease infertility-related stress.

**Key-words:** infertility, anxiety, self-efficacy, depression and stress

## **Introdução**

Apesar das modificações concretizadas na sociedade no que diz respeito às funções sociais desempenhadas pelos homens e pelas mulheres, o papel parental continua a ser, para ambos os membros do casal, um dos projetos de vida mais importantes (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010; Galhardo, Moura-Ramos, Cunha & Pinto-Gouveia, 2015) e um critério fundamental para a realização pessoal, aceitação social, filiação religiosa, identidade sexual e ajustamento psicológico (Cunha, Carvalho, Albuquerque, Ludermir & Novaes, 2008). Nesse sentido, Kenrick e colaboradores (2010) propõem a parentalidade como um elemento que, ao invés da autorrealização, se situa no topo da hierarquia das necessidades de Maslow.

Embora seja um objetivo muito desejado e valorizado socialmente, nem todos os casais que desejam uma gravidez conseguem alcançá-la de forma espontânea, o que contribui para que, cada vez mais, recorram a ajuda médica com vista à resolução de problemas relacionados com a infertilidade (Boivin, Bunting, Collins & Nigren, 2007; Direção Geral da Saúde, 2010; Galhardo, Pinto-Gouveia & Cunha, 2012).

Do ponto de vista médico, a infertilidade é uma doença do sistema reprodutor definida pela incapacidade de conceber após 12 meses de relações sexuais regulares e desprotegidas (European Society of Human Reproduction and Embryology, 2000; Direção Geral de Saúde, 2008; Zegers-Hochschild, Adamson, Mouzon, Ishihara, Mansour, Nygren, Sullivan & Vanderpoel, 2009). A Associação Portuguesa de Fertilidade (s.d.) define a infertilidade de forma semelhante, afirmando que a mesma resulta de uma falência orgânica provocada pela disfunção dos órgãos reprodutores ou dos gâmetas. Segundo esta associação, o casal é considerado infértil quando não alcança uma gravidez após 12 meses de relações sexuais sem recurso a métodos contraceptivos, sendo submetido, nessa altura, a uma avaliação da infertilidade (Direção Geral de Saúde, 2008). Esta avaliação pode ser realizada precocemente se a idade, história médica ou elementos físicos o justificarem (American Society for Reproductive Medicine, 2014). Se, por um lado, constitui uma condição física (Moura-Ramos, 2011), por outro e de acordo com uma perspectiva social/construcionista, a infertilidade é um acontecimento de vida não normativo e inesperado que é partilhado pelo casal e que pode ser afetado por fatores contextuais que moldam a importância da parentalidade na vida dos indivíduos (Greil, 1997), sendo descrito, por alguns autores, como um fenómeno socialmente construído (Greil, Slauson-Blevins & McQuillan, 2010).

A infertilidade é reconhecida como um problema de saúde pública (Direção Geral da Saúde, 2008) que atinge cerca de 80 milhões de homens e mulheres em todo o mundo (World

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

Health Organization, 2002; Cordeiro & Gomes, 2013; Berardis, Mazza, Marini, Nibletto, Serroni, Pino, Valchera, Ortolani, Ciarrocchi, Martinotti & Giannantonio, 2014). Segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2002, 2003) e a American Society for Reproductive Medicine (2014), a infertilidade afeta cerca de 10% a 15% da população mundial em idade reprodutiva, com uma incidência crescente em função da idade do casal (Direção Geral da Saúde, 2008). Boivin e colaboradores (2007) referem que, num período de 12 meses, a prevalência da infertilidade é de 9%, oscilando entre 3,5% e 16,7% nos países desenvolvidos e entre 6,9% e 9,3% nos países em desenvolvimento. Apesar de, segundo estes autores, as taxas de prevalência variarem entre países e culturas, estima-se que em todo o mundo 1 em cada 10 casais apresentem problemas de fertilidade (World Health Organization, 2003; Boivin et al., 2007). A nível europeu prevê-se que cerca de 9% dos casais apresentam dificuldades em conceber (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010). Relativamente a Portugal, apesar da escassez de estudos epidemiológicos sobre a infertilidade (Alexandre, Matos, Antunes, Silvério & Vilelas, 2014), tem-se observado um interesse crescente na área (Moura-Ramos, Gameiro, Soares, Almeida-Santos & Canavarro, 2010). O estudo de Afrodite, realizado por Silva-Carvalho e Almeida-Santos (2009), foi a primeira investigação realizada no âmbito da infertilidade em Portugal e encontrou valores que remetem para uma prevalência ao longo da vida entre os 9% e os 10%, o que não é muito distante dos valores encontrados para a população mundial (Boivin et al., 2007).

Estima-se que ao longo dos últimos anos o número de casos de infertilidade tenha aumentado (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010). Uma das razões frequentemente apontadas para este crescimento deve-se à tendência dos casais para adiar a parentalidade em virtude de outros objetivos como o prolongamento da instrução académica e a situação profissional (Cousineau & Domar, 2007; Lopes & Leal, 2012; Grijó & Carneiro, 2013). Para além da diminuição da fertilidade com o avanço da idade, especialmente nas mulheres em que é evidente uma redução da qualidade e quantidade dos ovócitos (European Society of Human Reproduction and Embryology, 2000), existem outros fatores que poderão contribuir para dificuldades na conceção, nomeadamente a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, a obesidade, o consumo excessivo de álcool e drogas, o tabagismo, a poluição e a exposição a temperaturas muito elevadas (Direção Geral da Saúde, 2008; Society for Reproductive Medicine, 2014). Apesar de existirem resultados contraditórios, alguns autores referem, ainda, que o stresse pode contribuir para a infertilidade em homens e mulheres (Boivin & Takefman, 1995; Deka & Sarma, 2010; Greil et al., 2010), uma vez que, ao reduzir

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

a libido, afeta a ovulação e a espermatogénese (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010), podendo também influenciar o resultado do tratamento médico (Burns & Covington, 2006).

Embora na maioria dos casos esteja relacionada com um dos cônjuges, a infertilidade deve ser conceptualizada como um problema do casal (Gameiro, Silva & Canavarro, 2008; Silva, Ferreira, Brito, Dias & Henriques, 2012) e, por isso, a sua avaliação deve incidir sobre ambos os elementos (Barros, 2007; Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010).

Ao longo da história, a mulher tem sido considerada o símbolo da infertilidade, sendo a incapacidade de conceber encarada como resultado de disfunções no sistema reprodutor feminino (Silva-Carvalho & Almeida-Santos, 2009). Contudo, os avanços nos meios de diagnóstico permitiram a constatação de que a mulher não é a única responsável pela dificuldade na conceção de uma gravidez, podendo o homem também estar na origem de problemas relacionados com a infertilidade (Lopes & Leal, 2012). Segundo a Direção Geral da Saúde (2008), 30 a 40% das situações de infertilidade derivam de uma causa feminina e 30 a 35% de uma causa masculina. Apesar dos avanços tecnológicos, 10% dos casos de infertilidade remetem para uma causa de origem idiopática ou desconhecida, pelo que não é exequível a identificação da razão pela qual a gravidez não ocorre (Direção Geral da Saúde, 2008). A infertilidade pode derivar, ainda, da combinação de fatores femininos e masculinos (Greil, 1997; Cunha, 2012; Gameiro et al., 2008), como acontece em 30% dos casos em que o diagnóstico é realizado (Direção Geral da Saúde, 2010). Existem múltiplas causas que podem afetar o sistema reprodutor feminino ou masculino, dificultando ou impedindo a ocorrência de uma gravidez (Direção Geral da Saúde, 2008; Silva et al., 2012; Lopes & Leal, 2012). As principais causas de infertilidade na mulher estão associadas a anomalias tubares e/ou peritoniais, disfunções ovulatórias (Greil, 1997; Moura-Ramos, 2011; Grijó & Carneiro, 2013), endometriose, patologia uterina, doenças autoimunes e anomalias genéticas e/ou do suco cervical (Cunha, 2012). No que diz respeito à infertilidade de fator masculino podem apontar-se como causas mais frequentes alterações nos parâmetros espermáticos, mais concretamente a ausência ou diminuição do número e qualidade dos espermatozoides (Moura-Ramos, 2011; Lopes & Leal, 2012; Grijó & Carneiro, 2013).

Ao longo dos últimos anos tem sido notório o desenvolvimento na medicina reprodutiva, mais concretamente ao nível das tecnologias de reprodução medicamente assistida (Burns & Covington, 2006; Galhardo et al., 2012), o que possibilitou aos casais uma maior esperança na concretização do desejo de parentalidade (Anderson, Sharpe, Rattray & Irvine, 2003;

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

Gameiro et al., 2008; Moura-Ramos, 2011) e, conseqüentemente, um aumento da procura de serviços médicos (Cousineau & Domar, 2007; Deka & Sarma, 2010).

Após a anamnese do casal, o tratamento médico pode assumir diferentes formatos, em função do diagnóstico estabelecido e da natureza do problema associado à infertilidade no casal (Barros, 2007; Gameiro et al., 2008; Grijó & Carneiro, 2013). O plano de intervenção médica integra tratamentos de 1ª ordem que incluem, nas mulheres, a indução de ovulação, a cirurgia nas Trompas de Falópio, o tratamento da endometriose ou de anomalias uterinas e a inseminação intrauterina (IUU), com espermatozoides do casal ou de um dador (Moura-Ramos, 2011; Grijó & Carneiro, 2013). Nos homens este tipo de tratamentos engloba procedimentos como a estimulação testicular, a cirurgia para correção do varicocele e a remoção de quistos ou tumores nos canais ejaculadores (Galhardo, 2012). Uma vez que nem sempre estas abordagens permitem alcançar a gravidez, a intervenção com estes casais poderá implicar a realização de tratamentos de 2ª linha, também designados de tratamentos de Reprodução Medicamente Assistida (RMA) ou Procriação Medicamente Assistida (PMA) (Moura-Ramos, 2011; Grijó & Carneiro, 2013). Estes, apesar de serem mais invasivos (Moura-Ramos, 2011; McQuillan, Greil, White & Jacob, 2003; Lopes & Leal, 2012), têm sido aplicados para o tratamento de diversas situações e representam um progresso significativo na resolução de problemas de infertilidade (Barros, 2007; Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010; Cunha, 2012). As técnicas de RMA englobam todos os procedimentos que incluem a manipulação de gâmetas (ovócitos e espermatozoides) ou embriões (World Health Organization, 2003; Galhardo, Pinto-Gouveia & Cunha, 2013; Alexandre et al., 2014). São exemplos a Fertilização *In Vitro* (FIV), a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), a doação de ovócitos e embriões, a transferência intratubária de gâmetas, zigotos ou embriões (GIFT) e a criopreservação de gâmetas e embriões (Cousineau & Domar, 2007; Zegers-Hochschild et al., 2009; Galhardo et al., 2012). Para além destas, a RMA inclui, ainda, procedimentos paralelos como a criopreservação e diagnóstico genético pré-implantação (DGPI) (Galhardo, 2012). Apesar de constituírem uma nova fonte de esperança (Matos, 1995; Eugster & Vingerhoets, 1999; Jurado, Moreno-Rosset, Rio & Espada, 2008), estas técnicas implicam elevados custos financeiros (Anderson et al., 2003; McQuillan et al., 2003; Cousineau & Domar, 2007), uma probabilidade acrescida de ocorrência de gestações múltiplas (Grijó & Carneiro, 2013) e de nascimentos prematuros com elevado risco de mortalidade e de sequelas neurológicas (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010) e, modificações na esfera familiar e social dos indivíduos (Newton, Sherrard & Glavac, 1999),



## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

sendo comumente referido um elevado desgaste físico (Eugster & Vinghoets, 1999; Cousineau & Domar, 2007) e emocional (McQuillan et al., 2003; Moura-Ramos et al., 2010; Moura-Ramos, Gameiro, Soares, Almeida-Santos & Canavarro, 2016). Assim, embora seja definida como uma condição clínica, a infertilidade não deve ser circunscrita ao domínio médico, uma vez que afeta diferentes dimensões da vida individual, familiar, social (Moura-Ramos, 2011; Ramírez-Uclés, Castillo-Aparicio & Moreno-Rosset, 2015).

Apesar de ser referida como uma fonte de sofrimento emocional (McQuillan et al., 2003; Greil et al., 2010), estudos anteriores têm apontado resultados contraditórios no que concerne à psicopatologia apresentada por estes pacientes (Greil, 1997; Fassino, Pierò, Boggio, Piccioci & Garzaro, 2002; Chen, Chang, Tsai & Juang, 2004). Ainda que não exista unanimidade, é possível descrever alguns resultados que parecem reunir maior consenso.

É comumente referido na literatura que a infertilidade, uma vez que ameaça a prossecução de um dos objetivos mais importantes da vida familiar e social e, conseqüentemente, a própria identidade, induz elevados níveis de stresse psicológico (McQuillan et al., 2003; Moura-Ramos et al., 2016). Este stresse é significativamente superior em casais com diagnóstico de infertilidade (Moura-Ramos et al., 2010) e está associado a uma multiplicidade de respostas emocionais (Cousineau & Domar, 2007) que tendem a persistir até ao término da dificuldade ou desinvestimento/desistência do objetivo (Galhardo, 2012). Em geral, indivíduos com diagnóstico de infertilidade manifestam baixa autoestima (Anderson et al., 2003), uma percepção de perda de controlo sobre a própria vida e sentimentos de frustração (Cousineau & Domar, 2007; Lopes & Leal, 2012), culpa (Ramazanzadeh et al., 2009; Berardis et al., 2014; Ramírez-Uclés et al., 2015), inferioridade (Greil, 1997; Anderson et al., 2003; Burns & Covington, 2006) e incompetência (Deka & Sarma, 2010; Ferreira, Silva, Brito, Dias & Henriques, 2011). A ausência involuntária de filhos está, ainda, associada a sentimentos de medo (Boivin et al., 2007; Ramazanzadeh et al., 2009; Ramírez-Uclés et al., 2015), raiva (Burns & Covington, 2006; Ferreira et al., 2011; Cunha, 2012) e desespero (Matos, 1995) que podem contribuir para o isolamento social dos mesmos (World Health Organization, 2003; Boivin et al., 2007; Ramazanzadeh et al., 2009). Para além destes, a infertilidade é frequentemente associada a uma elevada sintomatologia psicossomática (*e.g.*, sensação de tristeza e de “vazio” e perda/excesso de apetite; Barros, 2007) e a sentimentos de vergonha (Matos, 1995; Burns & Covington, 2006; Boivin et al., 2007) que podem, de acordo com Matos e Pinto-Gouveia (2010), contribuir para o surgimento de quadros depressivos e de ansiedade.

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

De facto, muitos resultados têm salientado a ansiedade e a depressão como respostas emocionais frequentemente apresentadas por casais com infertilidade (Cousineau & Domar, 2007; Collins & Nygrem, 2007; Ferreira et al., 2011). No estudo realizado por Chen e colaboradores (2004) 40,2% das mulheres inquiridas apresentava pelo menos uma perturbação psicológica, tendo sido a ansiedade e a depressão os diagnósticos mais comuns, com prevalências de 23,2% e 17%, respetivamente. Um outro estudo, conduzido por Volgsten, Svanberg, Ekselius, Lundkvist e Sundstrom (2008), demonstrou que 30,8% das mulheres e 10,2% dos homens, ambos a realizar tratamento médico, apresentam uma perturbação psicológica, sendo mais comumente apontada a depressão, com uma prevalência de 10,9% nas mulheres e 5,1% nos homens, e a ansiedade, com prevalências de 14,8% e 4,9%, respetivamente. Vários estudos têm demonstrado que a prevalência da depressão em casais com infertilidade é significativamente maior do que em casais férteis (Greil, 1997; Fassino et al., 2002; Berardis et al., 2014) e está associada a processos emocionais como o auto-julgamento e a vergonha (Galhardo, Pinto-Gouveia, Cunha & Matos, 2011), sentimentos persistentes de culpa, fracasso e derrota (Galhardo et al., 2015), perda de interesse em atividades, isolamento e, em casos mais extremos, pensamentos de suicídio (Domar, 2004; Ferreira et al., 2011). De forma similar, tem sido demonstrado que os níveis de ansiedade apresentados por casais com diagnóstico de infertilidade são também superiores aos da população geral (Fassino et al., 2002; Berardis et al., 2014).

Os resultados mostram, ainda, que os casais quando submetidos a tratamentos de RMA relatam níveis de stresse (Pinto-Gouveia, Galhardo, Cunha & Matos, 2013), ansiedade e depressão (Greil, 1997; Chen et al., 2004) superiores aos apresentados por casais com infertilidade que não estão a realizar qualquer tratamento médico, o que sugere que estes tratamentos são considerados também uma fonte de stresse para o casal (Boivin & Takefman, 1995; McQuillan et al., 2003; Domar, 2004) e são responsáveis por um elevado desgaste físico e psicológico, sendo este uma das razões mais frequentemente apontadas para a interrupção precoce do tratamento médico (Cousineau & Domar, 2007; Moura-Ramos, 2011). De mencionar, que, de acordo com várias investigações, as respostas emocionais negativas, tais como a ansiedade, depressão e stresse, são intensificadas com a duração do tratamento (Cousineau & Domar, 2007) e após o insucesso do mesmo (Boivin & Takefman, 1995; Domar, 2004; Verhaak, Smeenk, Evers, VanMinnen, Kremer & Kraaimaat, 2005). Deve considerar-se que ao longo do tratamento as respostas emocionais dos casais podem

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

alternar de acordo com a fase do tratamento em que os casais se encontram (Jurado et al., 2008).

Embora a infertilidade, tal como já mencionado, deva ser conceptualizada como um problema do casal, não implica que ambos os membros sejam afetados e reajam de forma idêntica. Nesse sentido, tem sido amplamente documentado na literatura que as experiências vivenciadas por homens e mulheres com diagnóstico de infertilidade são nitidamente diferentes (Lee, Sun & Chao, 2001; Greil et al., 2010; Moura-Ramos et al., 2016).

A maioria dos estudos acerca dos aspetos psicossociais e do tratamento médico da infertilidade têm centrado a sua atenção nas mulheres, uma vez que, para além de serem alvo da maioria dos tratamentos de RMA (Eugster & Vingerhoets, 1999; Anderson et al., 2003; Gameiro et al., 2008), a maternidade continua a ser considerada socialmente um aspecto inerente à identidade da mulher (Greil, 1997; Lopes & Leal, 2012; Silva et al., 2012). Em contrapartida, embora o elemento masculino comece a ser integrado nas investigações (Lopes & Leal, 2012), torna-se evidente a escassez de conhecimentos acerca do impacto social e psicológico nos homens com infertilidade (Matos, 1995; Greil, 1997; Greil et al., 2010).

Apesar de ambos os elementos do casal serem afetados pela infertilidade (Moreira, Melo, Tomaz & Azevedo, 2006) e apresentarem um padrão de reações emocionais semelhante ao longo das diversas fases da doença (Boivin, Anderson, Skoog-Svanberg, Hjelmstedt, Collins & Bergh, 1998), a literatura sugere que, de modo geral, o impacto psicológico da infertilidade e do respetivo tratamento médico é maior no elemento feminino do casal, independentemente da causa da infertilidade ser feminina ou masculina (Verhaak et al., 2005; Moreira et al., 2006; Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares & Santos, 2011b). É consensualmente partilhado por vários autores que a experiência de infertilidade é considerada mais stressante para as mulheres do que para os homens (Eugster & Vingerhoets, 1999; Moura-Ramos, 2011), uma vez que estas geralmente atribuem maior importância à parentalidade (Moura-Ramos et al., 2011b). Quando comparadas com os seus cônjuges, as mulheres evidenciam elevado sofrimento psicológico (Lee et al., 2001; Boivin, 2003; Moreira et al., 2006; Joshi, Singh & Bindu, 2009; Moura-Ramos et al., 2011b), manifestando, de forma significativa, mais dificuldades psicossomáticas, maior sintomatologia depressiva e ansiosa (Greil et al., 2010; Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013), sentimentos de culpa (Seixas & Faria, 1995) e ineficácia (Cousineau & Domar, 2007) e baixa autoestima. Geralmente, manifestam mais dificuldades nas relações interpessoais, menor satisfação conjugal e sexual (Lopes & Leal, 2012). Embora a literatura refira que as mulheres são mais afetadas do que os seus

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

cônjuges, várias investigações têm referido que os homens, apesar de não experienciarem o mesmo grau de pressão das mulheres (Matos, 1995), também experienciam sofrimento emocional (Dyer, Abrahams, Mokoena & Spuy, 2004), sendo o stresse e o sofrimento psicológico maior quando a causa de infertilidade é masculina (Greil, 1997; Kazandi, Gunday, Mermer, Erturk & Ozkinay, 2011; Lopes & Leal, 2012). De mencionar, ainda, que, quando comparados com os cônjuges, os homens parecem adaptar-se melhor no insucesso do tratamento médico, o que poderá estar associado com os estilos de *coping* que os mesmos utilizam (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010).

Ainda que a infertilidade apresente algumas características que a distinguem de outras condições médicas (Jurado et al., 2008), a pesquisa revela que os sintomas psicopatológicos experienciados por mulheres com infertilidade como a ansiedade, a depressão e o stresse são semelhantes aos encontrados em mulheres com doenças cardíacas, cancro ou vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Domar, 2004).

Embora grande parte dos estudos mencione que os casais com infertilidade apresentam sintomas psicopatológicos clinicamente significativos (Chen et al., 2004; Ramazanzadeh et al., 2009), ao nível da ansiedade, depressão e stresse, tem sido referido por vários autores que estes constituem respostas emocionais expectáveis perante o contexto de adversidade (Anderson et al., 2003; Moura-Ramos et al., 2010; Moura-Ramos, 2011), o que sugere que pacientes com infertilidade evidenciam, apesar de alguma reatividade emocional negativa, níveis de ansiedade e depressão semelhantes à população geral (Greil, 1997; Eugster & Vingerhoets, 1999; Cousineau & Domar, 2007), não apresentando, por isso, psicopatologia (Burns & Covington, 2006), mas antes sentimentos normais de vulnerabilidade, medo e tristeza (Verhaak, Lintsen, Evers & Braat, 2010).

Para além dos aspetos mencionados, a autoeficácia tem sido também abordada no contexto de infertilidade como um constructo importante (Galhardo et al., 2013) que influencia a forma como os indivíduos e os casais experienciam e lidam com a infertilidade, pelo que não deve ser confundida com um estilo de *coping* (Cousineau, Green, Corsini, Barnard, Seibring & Domar, 2006). A perceção de autoeficácia relacionada com a infertilidade refere-se ao grau com que os indivíduos acreditam serem capazes de, a nível cognitivo, emocional e comportamental, lidar com os desafios e exigências inerentes ao diagnóstico de infertilidade e tratamento médico (Cousineau et al., 2006). A investigação tem demonstrado que quando as pessoas com diagnóstico de infertilidade apresentam elevada autoeficácia, isto é, se percecionem capazes de lidar com a infertilidade, exibem mais respostas emocionais

positivas, persistem no tratamento médico com maior frequência e equacionam a possibilidade de criação de uma família sem filhos biológicos (Cousineau et al., 2006; Cousineau & Domar, 2007). Andrews e colaboradores (1991) referem que as mulheres apresentam, com maior frequência, menor autoeficácia para lidar com a infertilidade, comparativamente aos seus cônjuges que apresentam uma maior flexibilidade/ aceitação psicológica e estilos de *coping* que funcionam como preditores significativos na forma como lidam como a incapacidade de conceber (Galhardo, 2012).

Na sequência da contextualização teórica apresentada e uma vez que, por um lado, a investigação acerca das consequências psicológicas em pacientes com diagnóstico de infertilidade tem apresentado resultados inconclusivos, por outro, a investigação dos aspetos psicológicos a nível nacional é ainda diminuta, o presente estudo visa contribuir para uma maior compreensão dos aspetos psicológicos inerentes à infertilidade. Mais especificamente, esta investigação tem como propósito explorar a relação entre os sintomas emocionais negativos (ansiedade, depressão e stresse), a perceção de autoeficácia para lidar com a infertilidade e o stresse relacionado com a infertilidade em pacientes portuguesas com o diagnóstico de infertilidade.

## **Materiais e Método**

### **Participantes**

A investigação incluiu uma amostra de 98 indivíduos, sendo que 96 eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Os critérios de inclusão relativos à amostra foram: idade superior a 18 anos, existência de um diagnóstico de infertilidade medicamente estabelecido e realização de tratamento médico. Para o seu recrutamento, foi contactada a Associação Portuguesa de Fertilidade que se disponibilizou na divulgação do estudo, através da página de *Facebook* e do *site* do fórum da associação.

Na Tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos dos sujeitos que compuseram a amostra. Como já mencionado, a amostra é constituída por 98 indivíduos, sendo 96 (98%) do sexo feminino e 2 (2%) do sexo masculino. A média de idades dos participantes é de 36 anos ( $M = 35,70$ ;  $DP = 4,31$ ), tendo sido encontrada uma idade mínima de 27 anos e máxima de 44. Quanto ao estado civil, 59,2% ( $n = 58$ ) da amostra é casada e 40,8% ( $n = 40$ ) vive em união de facto. A duração da relação varia entre os 2 e os 19 anos, sendo que, em média, os indivíduos estão casados ou vivem com os seus cônjuges há sete anos ( $M = 7,32$ ;  $DP = 3,94$ ).

SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

Tabela 1

*Características sociodemográficas da amostra*

	<b>Amostra Total</b>	
	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	2	2
Feminino	96	98
<b>Estado civil</b>		
Casado	58	59.2
União de facto	40	40.8
<b>Profissão</b>		
Profissões das forças armadas	4	4.1
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos	1	1
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	34	34.7
Técnicos e profissões de nível intermédio	20	20.4
Pessoal administrativo	27	27.6
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança	9	9.2
Agricultores e trabalhadores qualificados	1	1
Trabalhadores qualificados da indústria	1	1
Trabalhadores não qualificados	1	1
<b>Situação Profissional Atual</b>		
Empregado	86	87.8
Desempregado	11	11.2
Estudante	1	1
<b>Total</b>	98	100
	<b><i>M(DP)</i></b>	<b><i>Mínimo - Máximo</i></b>
<b>Idade</b>	35.70 (4.308)	27 - 44
<b>Anos de escolaridade</b>	15.56 (3.230)	9 - 24
<b>Duração da relação</b>	7.32 (3.937)	2 -19

Relativamente às habilitações literárias, os participantes apresentam uma média de 15,56 anos de escolaridade, com um desvio-padrão de 3,23. No que diz respeito à profissão, verifica-se que grande parte dos participantes (34,7%) se insere na categoria de especialistas de atividades intelectuais e científicas, seguindo-se o pessoal administrativo (27,6%) e os técnicos e profissionais de nível intermédio (20,4%). Nas categorias “representantes do poder legislativo e de órgãos executivos”, “agricultores e trabalhadores qualificados”, “trabalhadores qualificados da indústria” e “trabalhadores não qualificados” foram encontrados valores residuais, o que indica que apenas um participante na amostra (1%) pertence a cada uma das categorias. Atualmente, a maioria dos participantes encontra-se empregado ( $n = 86$ ; 87,8%), tendo 11,2% ( $n = 11$ ) mencionado estar desempregado e 1% ( $n = 1$ ) é estudante.

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

Em relação à informação clínica (Tabela 2), os participantes referem, em média, ter recebido o diagnóstico de infertilidade há 5 anos ( $M = 4,93$ ;  $DP = 3,93$ ). 42,9% ( $n = 42$ ) dos participantes apresentam um diagnóstico de fator feminino, 21,4% ( $n = 21$ ) de fator masculino, 18,4% ( $n = 18$ ) de fator desconhecido e 17,3% ( $n = 17$ ) da combinação de fatores femininos e masculinos. Embora 21,4% ( $n = 21$ ) tenha referido não ter efetuado qualquer tratamento médico relacionado com a infertilidade, a maioria dos pacientes incluídos na presente investigação ( $n = 77$ ; 78,6%) realizou tratamentos médicos anteriormente e, em média, quatro ciclos de tratamento ( $M = 3,87$ ;  $DP = 3,86$ ). Dos indivíduos que referiram já ter efetuado tratamento médico, 23,5% ( $n = 23$ ) referem ter realizado ICSI, 22,4% ( $n = 22$ ) FIV, 16,3% ( $n = 16$ ) estimulação hormonal ovárica isoladamente, ou seja, sem que a mesma seja seguida de FIV ou ICSI, 13,3% ( $n = 13$ ) IIU e 11,2% ( $n = 11$ ) múltiplos tratamentos de PMA. Em termos de tratamento atual, 12,2% ( $n = 12$ ) da amostra refere estar a realizar ICSI, 12,2% ( $n = 12$ ) FIV, 5,1% ( $n = 5$ ) estimulação hormonal ovárica isoladamente e, 3,1% ( $n = 3$ ) IIU. É de referir, ainda, que, de acordo com os resultados, 36,7% ( $n = 36$ ) dos indivíduos referem estar a aguardar marcação de tratamento e 30,6% ( $n = 30$ ) aguardam resultados de testes ou exames realizados. Estes resultados indiciam que, do ponto de vista médico, a nossa amostra é heterogénea, uma vez que os participantes estão em diferentes fases de tratamento.

SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

Tabela 2

*Características clínicas da amostra*

	Amostra Total	
	<i>n</i>	%
<b>Tipo de infertilidade</b>		
De fator feminino	42	42.9
De fator masculino	21	21.4
De fator feminino e masculino	17	17.3
De fator desconhecido	18	18.4
<b>Tratamentos anteriores</b>		
Sim	77	78.6
Não	21	21.4
<b>Tipo de tratamentos anteriores</b>		
Estimulação hormonal ovárica (isoladamente, ou seja, sem ser seguida de FIV ou ICSI)	16	16.3
Inseminação intra-uterina (IIU)	13	13.3
Fertilização <i>in vitro</i> (FIV)	22	22.4
Injeção intra-citoplasmática de espermatozóide (ICSI)	23	23.5
Múltiplos tratamentos PMA	11	11.2
<b>Tipo de tratamento atual</b>		
A aguardar resultados de testes ou exames	30	30.6
A aguardar marcação de tratamento	36	36.7
A realizar estimulação hormonal ovárica (isoladamente, ou seja, sem ser seguida de FIV ou ICSI)	5	5.1
A realizar inseminação intra-uterina (IIU)	3	3.1
A realizar fertilização <i>in vitro</i> (FIV)	12	12.2
A realizar injeção intra-citoplasmática de espermatozóide (ICSI)	12	12.2
<b>Recorreu a dador?</b>		
Sim	15	15.3
Não	83	84.7
<b>Acompanhamento psicológico</b>		
Sim	17	17.3
Não	81	82.7
	<i>M(DP)</i>	<i>Mínimo - Máximo</i>
<b>Anos de diagnóstico</b>	4.93 (3.939)	1 - 19
<b>Números de ciclos de tratamento</b>	3.87 (3.856)	0 - 24
<b>Total</b>	98	100

De salientar também que a grande maioria não recorreu a dadores de esperma ou de ovócitos ( $n = 83$ ; 84,7%) e que, aquando da participação neste estudo, apenas 17,3% ( $n = 17$ ) referiu ser acompanhada psicologicamente, pelo que 82,7% ( $n = 81$ ) menciona não usufruir de qualquer tipo de acompanhamento psicológico relacionado com a sua experiência de infertilidade.



## **Procedimentos**

O presente estudo é parte integrante de um projeto de investigação mais alargado, designado de “Processos emocionais em pessoas com diagnóstico de infertilidade”, cujo principal objetivo visa o estudo de um conjunto de aspetos relacionados com a forma como as pessoas lidam, em termos emocionais, com um diagnóstico de infertilidade e com as exigências do respetivo tratamento médico.

Tendo por base os objetivos já mencionados, num primeiro momento foi realizado um pedido de autorização, via *e-mail* (Apêndice A), para a utilização dos instrumentos de avaliação a serem integrados no projeto de investigação aos respetivos autores.

Uma vez autorizada, foi elaborado um questionário com vista à recolha de informações relativas à amostra inquirida. Os dados sociodemográficos e clínicos foram, assim, obtidos pelos participantes por meio de um questionário construído para o efeito (Apêndice B) e não através de consulta de processos médicos. De salientar que a variável “profissão”, integrada neste questionário, foi depois codificada segundo a Classificação Portuguesa das Profissões, definida pelo Instituto Nacional de Estatística (2010).

Com vista à recolha de dados, procedeu-se ao desenvolvimento de uma plataforma a ser administrada individualmente e via *on-line*, onde, para além do questionário sociodemográfico e clínico, constavam vários instrumentos de avaliação. É de salientar que, aquando a construção desta plataforma, a ordem dos instrumentos foi aleatorizada.

Posteriormente, foram contactadas, por *e-mail* (Apêndice C), várias clínicas de infertilidade em Portugal com o objetivo de solicitar a colaboração na divulgação do estudo. Após apresentado o âmbito e os objetivos da investigação (Apêndice D), a Associação Portuguesa de Fertilidade aceitou colaborar na recolha de dados, divulgando o estudo através da partilha semanal do *link* da plataforma na página de *Facebook* e no fórum da associação, apelando, assim, à participação de associados que preenchessem os requisitos definidos para a amostra, anteriormente mencionados (Apêndice E).

Uma vez acedido ao *link*, era explicado aos participantes o âmbito e os objetivos da investigação bem como em que consistia a participação no estudo, a duração do preenchimento dos questionários e os critérios que definiam quem poderia participar. Para além disso, foi, ainda, assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados disponibilizados pelos participantes, tendo sido salientado que os mesmos seriam utilizados unicamente para fins de investigação (Apêndice F). De seguida, os indivíduos que concordaram em participar no estudo concederam o consentimento informado e preencheram,

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

após o questionário sociodemográfico e clínico, um conjunto de instrumentos de autorresposta. O tempo previsto para o preenchimento desta bateria de testes era de aproximadamente 20 minutos, tendo sido previamente fornecida esta informação aos participantes.

A recolha de dados iniciou-se em fevereiro de 2016 e terminou em junho de 2016.

### **Instrumentos**

Para alcançar os objetivos propostos nesta investigação, foi selecionado um conjunto de medidas de autorrelato, cujas características psicométricas e utilidade clínica foram já demonstradas em investigações anteriores. De seguida, proceder-se-á a uma breve descrição de cada um dos instrumentos utilizados ao longo deste estudo.

#### *Questionário sociodemográfico e clínico*

Com o objetivo de caracterizar a amostra inquirida na investigação, foi construído um questionário sociodemográfico e clínico. Este questionário englobou questões relativas ao sexo, idade e estado civil dos participantes bem como o número de anos de casamento/união de facto, as habilitações literárias, a profissão e a situação profissional atual. Pretendia, ainda, a recolha de informações clínicas relativas à duração da infertilidade, desde o seu diagnóstico, ao tipo de infertilidade e ao número de ciclos e tratamentos anteriormente realizados. Foram também compreendidas variáveis como o tipo de tratamento médico atual e a existência ou não de acompanhamento psicológico.

*Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* (Lovibond & Lovibond, 1995), versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004)

A EADS-21, anteriormente designada por Lovibond e Lovibond (1995) de *Depression Anxiety Stress Scale-21* (DASS-21), foi construída com o propósito de avaliar, em indivíduos com mais de 17 anos, três dimensões: Depressão, Ansiedade e Stresse. Cada dimensão é constituída por sete itens, o que significa que no total este instrumento é composto por 21 afirmações que retratam sintomas emocionais negativos. É pedido aos indivíduos que selecionem numa escala do tipo *Likert* de quatro pontos, em que 0 significa “Não se aplicou nada a mim” e 3 “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”, a opção de resposta que melhor traduz o sintoma experienciado ao longo da última semana (Anexo 1). Os resultados são

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

obtidos através da soma dos itens de cada dimensão, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Este instrumento manifesta propriedades psicométricas idênticas à versão original, apresentando uma boa validade convergente e uma elevada consistência interna, evidenciada através do coeficiente de *alfa* ( $\alpha$ ) de Cronbach dos itens nas três escalas (depressão = 0,85; ansiedade = 0,74; stresse = 0,81) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). No que diz respeito à consistência interna dos itens neste estudo, foram encontrados resultados que indicam um  $\alpha$  de Cronbach de 0,91 para a escala de depressão, de 0,86 para a de ansiedade e de 0,89 para a de stresse.

*Fertility Problem Inventory* (PFI; Newton et al., 1999), versão portuguesa de Moura-Ramos, Gameiro, Soares e Canavarro (2011a)

O FPI é um instrumento de autorrelato que avalia o stresse relacionado com a infertilidade através de cinco subescalas: preocupação social, preocupação sexual, preocupação com o relacionamento, necessidade de maternidade/paternidade e rejeição de um estilo de vida sem filhos. A subescala “preocupação social” inclui a sensibilidade a comentários, lembranças relacionadas com a infertilidade, sentimentos de isolamento social e alienação em relação à família/amigos. A preocupação sexual engloba dificuldades em ter relações sexuais regulares ou a diminuição do prazer/autoestima sexual. Por sua vez, a subescala “preocupação com o relacionamento” é definida por dificuldades em falar sobre a infertilidade e preocupações acerca do impacto na relação conjugal. A necessidade de maternidade/paternidade traduz a centralidade do papel parental na vida do indivíduo, sendo a mesma considerada um objetivo primário. Por último, a subescala “rejeição de um estilo de vida sem filhos” está relacionada com uma visão negativa associada à não existência de filhos (Newton et al., 1999). Para além destas, a versão portuguesa do FPI integra duas dimensões distintas associadas à infertilidade que incluem as subescalas mencionadas anteriormente: a dimensão “impacto em vários domínios de vida” compreende as subescalas de preocupação social, sexual e com o relacionamento e, a dimensão “representações sobre a importância da paternidade” engloba a “necessidade para a maternidade/paternidade” e a “rejeição de um estilo de vida sem filhos” (Moura-Ramos et al., 2011a). No total, este instrumento é constituído por 46 itens que expõem diferentes opiniões acerca de problemas relacionados com a infertilidade. É solicitado aos indivíduos que, através de uma escala do tipo *Likert* constituída por 6 opções de resposta, em que 1 significa “Discordo fortemente” e 6 “Concordo fortemente”, avaliem as

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

suas preocupações e crenças relacionadas com a infertilidade, indicando o grau de concordância relativamente a cada afirmação (Anexo 2; Moura-Ramos et al., 2011a).

De acordo com Newton e colaboradores (1999), o FPI apresenta uma boa validade convergente e discriminante e valores de consistência interna, obtidos através do coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach, de moderados a altos para as cinco subescalas, o que sugere que estas são constituídas por itens relativamente homogêneos (preocupação social = 0,87; preocupação sexual = 0,77; preocupação com o relacionamento = 0,82; necessidade da parentalidade = 0,84; rejeição de um estilo sem filhos = 0,80). Para além destes valores, os resultados sugerem que o FPI, enquanto medida global, evidencia uma elevada consistência interna, apresentando um  $\alpha$  de Cronbach de 0,93 (Moura-Ramos et al., 2011a). Apesar das características psicométricas referidas, os resultados encontrados por Moura-Ramos e colaboradores (2011a) sugerem que o modelo apresentado na versão portuguesa do FPI, que engloba duas dimensões, revela um ajustamento significativamente maior ao modelo teórico do que a versão original do instrumento [ $\chi^2_{84} = 147,89$ ;  $P < 0,001$ ; CFI = 0,95, RMSEA = 0,06 (90% CI 0,04-0,08); SRMR = 0,06]. No presente estudo, o FPI enquanto medida global apresentou um  $\alpha$  de Cronbach de 0,92. No que diz respeito às subescalas foram encontrados valores de  $\alpha$  de Cronbach de 0,83 na rejeição de um estilo de vida sem filhos, 0,84 na necessidade para a maternidade/paternidade e 0,83, 0,83 e 0,86 nas subescalas de preocupação social, sexual e com o relacionamento, respetivamente. Os valores de consistência interna da dimensão “impacto em vários domínios de vida” foi de 0,91 e na dimensão “representações sobre a importância da paternidade” foi de 0,89.

*Infertility Self-Efficacy Scale* (ISE; Cousineau et al., 2006), versão portuguesa de Galhardo, Cunha e Pinto-Gouveia (2013)

A versão portuguesa do ISE (ISE-P; Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013) é um instrumento de auto-resposta unidimensional que avalia, em pacientes com infertilidade, a perceção da capacidade relativamente às suas competências cognitivas, emocionais e comportamentais para lidar com o diagnóstico e tratamento médico de infertilidade. O ISE-P é constituído por 16 itens que remetem para a realização de determinado comportamento e que incluem afirmações como “lidar com alterações de humor causadas pelos tratamentos hormonais” e “lidar com os meus sentimentos de raiva ou hostilidade”. É solicitado aos indivíduos que avaliem o grau de confiança relativamente à realização de determinado comportamento, através de uma escala ordinal de tipo *Likert* com 9 pontos, em que 1

significa “Absolutamente nada confiante” e 9 “Totalmente confiante” (Anexo 3; Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013).

À semelhança dos resultados encontrados na versão original do ISE que remetem para uma boa validade convergente e discriminante e uma excelente consistência interna do instrumento ( $\alpha = 0,94$ ; Cousineau et al., 2006), o ISE-P revelou-se uma medida válida e confiável na autoeficácia percebida para lidar com a infertilidade, uma vez que apresentou uma boa fidedignidade teste-reteste, boa validade convergente e discriminante e uma excelente consistência interna ( $\alpha = 0,96$ ; Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013). Neste estudo, o instrumento apresentou um  $\alpha$  de Cronbach de 0,94.

### **Análise Estatística**

A análise estatística realizou-se com recurso ao *Software Statistical Package for the Social Sciences* (v.22; IBM SPSS *Statistics*), tendo sido realizada a análise estatística descritiva e inferencial.

Relativamente à caracterização da amostra, procedeu-se à realização de análises descritivas de acordo com o tipo de variáveis sociodemográficas e clínicas. No que diz respeito às variáveis categoriais como o sexo, o estado civil, a profissão, a situação profissional atual, o tipo de infertilidade, os tratamentos anteriores, o recorrer a dador e o acompanhamento psicológico foram obtidas frequências e percentagens. Quanto às variáveis contínuas como a idade, os anos de escolaridade, a duração do casamento, os anos de diagnóstico e os ciclos de tratamento foram calculadas as médias, desvios-padrão e valores mínimos e máximos.

Para comparação de médias entre dois grupos recorreremos ao teste *t*-Student para duas amostras independentes e à análise de variância (ANOVA) a um fator (*one-way*) sempre que a mesma recaiu sobre três ou mais grupos.

A associação entre variáveis sociodemográficas/clínicas e as variáveis em estudo foi calculada através do coeficiente de correlação de Pearson.

Com o objetivo de investigar a relação funcional entre o stresse relacionado com a infertilidade e a depressão, o stresse, a ansiedade e a perceção de autoeficácia foi conduzida uma análise de regressão linear univariada. Previamente a esta análise foram explorados os pressupostos para a sua condução. No que respeita ao pressuposto da distribuição normal, avaliada pelos coeficientes de assimetria/*skweness* (Sk) e achatamento/*kurtosis* (Ku), não se verificaram valores de  $|SK| > 3$  e de  $|Ku| > 10$ , o que significa que nenhuma das variáveis

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

demonstrou valores de Sk e Ku indicadores de violações severas à distribuição normal (Kline, 2005). Relativamente à presença de *outliers*, não foram encontradas observações que caíam fora da tendência das demais. Por sua vez, o pressuposto da independência foi validado por recurso à estatística de Durbin-Watson ( $d = 1,84$ ) (Marôco, 2010). De modo a diagnosticar a multicolinearidade foi utilizado o VIF, não tendo ocorrido nenhum valor  $> 10$ . Ao nível da tolerância de cada uma das variáveis independentes nenhum valor foi  $< 0.10$ .

Em todas as análises, foi considerado um nível de significância estatístico de 0.05, tendo sido, sempre que adequado, reportada a dimensão do efeito.

### Resultados

#### Correlações entre as variáveis em estudo

De modo a analisar a associação entre as variáveis em estudo, procedeu-se ao cálculo das correlações, sendo estes resultados reportados na Tabela 3.

Tabela 3

*Correlações entre as variáveis em estudo*

		ISE_tot	FPI_tot	EADS_ depressão	EADS_ ansiedade	EADS_ stresse
<b>ISE_tot</b>	<i>r</i>	1	-0,57**	-0,59**	-0,38**	-0,57**
	<i>p</i>		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	<i>N</i>	98	98	98	98	98
<b>FPI_tot</b>	<i>r</i>	-0,57**	1	0,53**	0,40**	0,41**
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	<i>N</i>	98	98	98	98	98
<b>EADS_ depressão</b>	<i>r</i>	-0,59**	0,53**	1	0,66**	0,68**
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	<i>N</i>	98	98	98	98	98
<b>EADS_ ansiedade</b>	<i>r</i>	-0,38**	0,40**	0,66**	1	0,68**
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	<i>N</i>	98	98	98	98	98
<b>EADS_ stresse</b>	<i>r</i>	-0,57**	0,41**	0,68**	0,68**	1
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	<i>N</i>	98	98	98	98	98

No que concerne às variáveis em estudo, verificou-se que, a perceção de autoeficácia se correlaciona de forma significativa e negativa com o stresse relacionado com a infertilidade

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

( $r = -0,57$ ;  $p < 0,001$ ), com a depressão ( $r = -0,59$ ;  $p < 0,001$ ), a ansiedade ( $r = -0,38$ ;  $p < 0,001$ ) e o stresse ( $r = -0,57$ ;  $p < 0,001$ ).

Foram também encontradas correlações positivas e significativas entre o stresse relacionado com a infertilidade e as três subescalas da EADS-21: depressão ( $r = 0,53$ ;  $p < 0,001$ ), ansiedade ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,001$ ) stresse ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,001$ ).

Para além das correlações anteriormente referidas, os resultados mostraram, ainda, a existência de correlações positivas e significativas entre a depressão e a ansiedade ( $r = 0,66$ ;  $p < 0,001$ ) e o stresse ( $r = 0,68$ ;  $p < 0,001$ ) e entre a ansiedade e o stresse ( $r = 0,68$ ;  $p < 0,001$ ).

### Correlações entre as variáveis em estudo e as variáveis sociodemográficas/clínicas

Relativamente às correlações entre as variáveis em estudo e as variáveis sociodemográficas e clínicas os resultados encontram-se reportados nas Tabelas 4 e 5, respetivamente.

Tabela 4

*Correlações entre as variáveis em estudo e as variáveis sociodemográficas*

		ISE_tot	FPI_tot	EADS_ depressão	EADS_ ansiedade	EADS_ stresse
<b>Idade</b>	<i>r</i>	0,11	-0,05	0,00	0,03	-0,12
	<i>p</i>	0,287	0,615	0,969	0,762	0,249
	<i>N</i>	98	98	98	98	98
<b>Escolaridade</b>	<i>r</i>	-0,13	0,16	0,06	0,00	0,12
	<i>p</i>	0,188	0,126	0,54	0,998	0,29
	<i>N</i>	98	98	98	98	98
<b>Anos de casado</b>	<i>r</i>	-0,02	-0,01	-0,05	0,06	-0,01
	<i>p</i>	0,867	0,926	0,627	0,586	0,861
	<i>N</i>	98	98	98	98	98

Tabela 5

*Correlações entre as variáveis em estudo e as variáveis clínicas*

		ISE_tot	FPI_tot	EADS_ depressão	EADS_ ansiedade	EADS_ stresse
<b>Anos de diagnóstico</b>	<i>r</i>	-0,08	-0,11	0,03	0,09	0,09
	<i>p</i>	0,439	0,267	0,745	0,375	0,382
	<i>N</i>	98	98	98	98	98
<b>Ciclos de tratamento</b>	<i>r</i>	-0,03	-0,09	-0,03	0,05	0,12
	<i>p</i>	0,782	0,405	0,806	0,633	0,245
	<i>N</i>	97	97	97	97	97

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

Como se pode verificar não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas idade, anos de escolaridade e anos de casamento/união de facto e as variáveis em estudo, o mesmo se verificando com as variáveis clínicas anos de diagnóstico e ciclos de tratamento.

### **Modelo de regressão**

Em virtude dos objetivos definidos, procuramos testar a hipótese de que a ansiedade, a depressão, o stresse e a perceção de autoeficácia poderiam funcionar como preditores do stresse relacionado com a infertilidade.

Os resultados revelaram que o modelo de regressão testado é significativo ( $R^2 = 0,39$ ;  $F_{(4, 93)} = 14,92$ ;  $p < 0,001$ ), explicando 39% da variância no stresse relacionado com a infertilidade. Com base na análise dos coeficientes de regressão foi possível verificar que a perceção de autoeficácia para lidar com a infertilidade ( $\beta = 0,42$ ;  $p < 0,001$ ) e a depressão ( $\beta = 0,26$ ;  $p = 0,046$ ) emergiram como preditores significativos do stresse relacionado com a infertilidade. A ansiedade ( $\beta = 0,13$ ;  $p = 0,273$ ) e o stresse ( $\beta = -0,10$ ;  $p = 0,455$ ) não se mostraram preditores significativos.

### **Discussão**

A infertilidade é considerada um problema de saúde pública que tem implicações sobre o bem-estar social e psicológico dos indivíduos/casais com infertilidade (Boivin et al., 2007) e que afeta cerca de 10 a 15% da população mundial (American Society for Reproductive Medicine, 2014) e 9% a 10% da população portuguesa (Silva-Carvalho e Almeida-Santos, 2009).

O impacto do diagnóstico de infertilidade no bem-estar psicológico começou a receber maior atenção nos últimos anos, com o desenvolvimento das técnicas de RMA (Pinto-Gouveia et al., 2013). Apesar dos estudos apresentarem resultados pouco consistentes, parece ser consensualmente partilhado que casais com problemas de fertilidade, para além da elevada pressão por não conseguirem alcançar as expectativas pessoais, familiares e culturais associadas à parentalidade, apresentam uma elevada vulnerabilidade psicológica (McQuillan et al., 2003; Cousineau & Domar, 2007) e elevada reatividade emocional negativa (Dyer et al., 2004; Moura-Ramos et al., 2010).

Por estes motivos e dada a escassez de investigações acerca dos aspetos psicológicos inerentes à infertilidade em Portugal, considerámos pertinente a realização desta investigação



## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

com vista a uma maior compreensão acerca das respostas emocionais associadas ao diagnóstico de infertilidade e ao tratamento médico. O presente estudo pretendeu, assim, explorar a relação entre os sintomas emocionais negativos (ansiedade, depressão e stresse), a percepção de autoeficácia para lidar com a infertilidade e o stresse relacionado com a infertilidade em pessoas com infertilidade a realizar tratamento médico.

Os nossos resultados sugerem que quando os indivíduos se percebem como capazes de lidar com a infertilidade, tendem a experienciar níveis de ansiedade, depressão, stresse e stresse relacionado com a infertilidade mais baixos. Estes resultados eram, de algum modo expectáveis e estão de acordo com estudos anteriores como o de Cousineau e colaboradores (2006) que referem que as pessoas com diagnóstico de infertilidade cuja percepção de autoeficácia é elevada exibem mais respostas emocionais positivas.

A partir dos resultados obtidos, concluímos que existe uma relação significativa entre o stresse relacionado com a infertilidade, a ansiedade, a depressão e o stresse experienciado por indivíduos com diagnóstico de infertilidade. Estes resultados são equivalentes aos encontrados por Peterson, Newton e Feingold (2007) que sugerem que casais com infertilidade experienciam elevados níveis de stresse relacionado com a infertilidade e elevados níveis de ansiedade, depressão e stresse. Este tipo de resultados são igualmente reportados em estudos anteriores que propõem que a infertilidade, associada a elevados níveis de stresse relacionado com a doença, está intimamente relacionada com sintomas de depressão, ansiedade (Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard & Verres, 2001; Volgsten et al., 2008; Greil et al., 2010) e stresse psicológico (Wischmann et al., 2001; McQuillan et al., 2003; Dyer et al., 2004).

Assim, os resultados encontrados nesta investigação permitem-nos apurar que existe uma relação significativa entre os sintomas emocionais negativos (depressão, ansiedade e stresse), a percepção de autoeficácia para lidar com a infertilidade e o stresse relacionado com a infertilidade (Cousineau et al., 2006; Cousineau & Domar, 2007). Com base na análise efetuada foi possível averiguar que a depressão, a ansiedade, o stresse e a percepção de autoeficácia para lidar com a infertilidade contribuem para o stresse relacionado com a infertilidade, tendo a percepção de autoeficácia para lidar com a infertilidade e a depressão emergido como preditores significativos do stresse relacionado com a infertilidade, contrariamente à ansiedade e ao stresse que não se mostraram preditores significativos. As pessoas com diagnóstico de infertilidade podem experienciar sintomas emocionais como desânimo, melancolia e tristeza profunda, sentimentos e pensamentos recorrentemente

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

negativos, desinteresse perante várias atividades, falta de valor enquanto pessoa e desesperança relativamente ao futuro. Muitas das vezes, quando uma pessoa da família, um(a) amigo(a) ou um(a) colega de trabalho engravida, os indivíduos/casais experienciam sentimentos de “inveja” e ciúme resultantes do facto de os outros terem conseguido atingir algo que eles não alcançaram. Estes sentimentos podem contribuir para o afastamento e isolamento social do casal. Quando estes sintomas e sentimentos ocorrem o stresse relacionado com a infertilidade tende a ser maior. Por seu turno, se a pessoa considera que tem recursos para lidar com a infertilidade, e com as vicissitudes do tratamento médico, tende a manifestar menos stresse relacionado com a infertilidade, pelo que os recursos funcionam como factores de proteção.

De referir, ainda que na presente investigação não foram encontradas correlações significativas entre a idade, os anos de escolaridade, os anos de casado e as variáveis em estudo. Do mesmo modo, não foi encontrada nenhuma correlação significativa entre a duração da infertilidade, o número de ciclos de tratamento, o tipo de infertilidade, o tipo de tratamento realizado na atualidade e as variáveis em estudo, o que sugere que os níveis de depressão, ansiedade e stresse bem como a perceção de autoeficácia para lidar com a infertilidade e o stresse relacionado com a infertilidade não são influenciados por variáveis sociodemográficas e clínicas. Estes resultados são semelhantes aos resultados encontrados por Chen e colaboradores (2004) que concluíram que a psicopatologia apresentada por pacientes com infertilidade não difere consoante a idade, escolaridade, anos de casamento, duração da infertilidade e tratamentos médicos realizados anteriormente. De forma semelhante, McQuillan e colaboradores (2003) demonstraram que a idade, a escolaridade, os anos de casado e a profissão não influenciavam os efeitos da infertilidade. Num estudo conduzido por Volgsten e colaboradores (2008) observaram-se resultados semelhantes, isto é não foram encontradas correlações significativas entre os sintomas psicológicos associados à infertilidade e a idade, duração da infertilidade e número de tratamentos anteriormente realizados.

Esta investigação apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A primeira relaciona-se com as características da amostra, maioritariamente feminina, que impossibilita a generalização dos resultados obtidos para a população portuguesa. Para além da impossibilidade de generalizar os resultados, é inexequível a observação de eventuais diferenças entre géneros, como apontado na literatura. É de mencionar que esta maior adesão da população feminina está em conformidade com a investigação realizada até ao momento

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

que incide sobretudo sobre as mulheres com infertilidade. Uma outra limitação está relacionada com o processo de recrutamento dos participantes que dificultou o acesso a indivíduos que não recorreram a estruturas de saúde com a finalidade de procurar tratamentos médicos de infertilidade, o que torna difícil compreender até que ponto as respostas emocionais apresentadas pelos indivíduos resultam do diagnóstico de infertilidade ou estão relacionadas com os tratamentos realizados ou a realizar no futuro. Por último, a literatura sugere que as respostas emocionais apresentadas por indivíduos e casais com infertilidade não são estáticas, podendo modificar-se e evoluir conforme a progressão e a fase do tratamento médico (Eugster & Vingerhoets, 1999; Yong, Martin & Thong, 2000). Por exemplo, as respostas emocionais apresentadas aquando a realização de testes de diagnóstico, após receber o diagnóstico médico, no início do tratamento e quando o mesmo tem de ser iniciado de novo são distintas (Jurado, Moreno-Rosset, Rio & Espada, 2008). Assim, uma outra limitação poderá estar relacionada com esta necessidade de prestar uma maior atenção às diferentes fases do acompanhamento médico que podem justificar diferentes respostas emocionais e exigir tipos e níveis de apoio distintos (Moura-Ramos et al., 2016).

Nesse sentido, e como o presente estudo não permite a generalização dos resultados, seria importante, no futuro, investigar a relação entre o stress relacionado com a infertilidade, a perceção de autoeficácia para lidar com a infertilidade, a ansiedade, a depressão e o stress em mulheres, homens e casais com infertilidade. Seria igualmente importante realizar com a mesma amostra mas como um desenho longitudinal, um outro estudo com o intuito de avaliar se, ao longo do tempo, as respostas dos participantes se mantêm ou se modificam. Ainda que comecem a surgir algumas investigações, conhece-se muito pouco a experiência de infertilidade no elemento masculino, uma vez que a literatura se tem centrado fundamentalmente sobre a mulher com infertilidade. Em investigações futuras seria relevante a recolha de informações junto do elemento masculino, possibilitando, por um lado, um maior conhecimento das vivências do homem com diagnóstico de infertilidade e, por outro, a comparação das respostas emocionais apresentadas pelos homens e pelas mulheres. Devido à inconsistência de resultados, devem ser realizadas novas investigações que permitam uma maior compreensão acerca das respostas emocionais em diferentes fases do processo médico, bem como da influência de fatores psicológicos no sucesso do tratamento médico e dos motivos que originam o abandono precoce dos tratamentos.

Apesar das limitações referidas, consideramos que o nosso trabalho constitui um contributo importante, uma vez que, apesar de nos últimos anos se ter evidenciado um

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

interesse crescente pelo tema (Moura-Ramos, 2011), é, ainda, notória a escassez de investigação na área da infertilidade. Nesse sentido, este estudo procurou contribuir para um maior conhecimento relativamente à vivência psicológica e às respostas emocionais da infertilidade e do tratamento médico na população portuguesa com diagnóstico de infertilidade. Os nossos resultados, ao realçarem o papel preditor dos sintomas depressivos e da perceção de autoeficácia para lidar com a infertilidade, alertam para a necessidade de uma intervenção psicológica baseada no desenvolvimento de competências de *coping* e de aceitação com vista à diminuição de respostas emocionais negativas junto de pacientes com infertilidade, sendo que estas competências poderão ter um duplo papel de diminuir a probabilidade de ocorrência de sintomas depressivos e aumentar a perceção de autoeficácia, o que, por sua vez, terá impacto sobre o stresse relacionado com a infertilidade.

Neste contexto, os resultados globais indicam que, ao nível da intervenção psicológica dirigida a estes pacientes, devem ser considerados como objetivos fundamentais a diminuição dos sintomas depressivos e o desenvolvimento de competências para lidar com a infertilidade, de modo a que seja exequível uma redução do stresse relacionado com esta condição.

## Bibliografia

- Alexandre, B., Matos, C., Antunes, E., Silvério, M., & Vilelas, J. (2014). Da infertilidade à parentalidade: Respostas emocionais dos casais e o envolvimento do enfermeiro no processo de transição. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa*, 6, 27-34.
- Almeida-Santos, T., & Moura-Ramos, M. (2010). *Esterilidade e procriação medicamente assistida*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- American Society for Reproductive Medicine. (2014). *Defining infertility*. Retrieved 15 julho, 2016, from [https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM\\_Content/Resources/Patient\\_Resources/Fact\\_Sheets\\_and\\_Info\\_Booklets/Defining%20infertility%20FINAL%20%202-19-14.pdf](https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets/Defining%20infertility%20FINAL%20%202-19-14.pdf)
- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 238-253.
- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A., & Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 353-355. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00398-7
- Associação Portuguesa de Fertilidade (s.d.). *Infertilidade*. Acedido a 15 julho, 2016, em [http://www.apfertilidade.org/Infertilidade\\_O\\_que\\_e.html](http://www.apfertilidade.org/Infertilidade_O_que_e.html)
- Barros, A. (2007). *Infertilidade*. Lisboa: Quidnovi.
- Berardis, D., Mazza, M., Marini, S., Nibletto, L., Serroni, N., Pino, M. C., Valchera, A., Ortolani, C., Ciarrocchi, F., Martinotti, G., & Giannantonio, M. (2014). Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: A review. *Clinical Therapeutics*, 165(3), 1-7. doi: 10.7417/CT.2014.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57(12):2325-41.
- Boivin, J., Anderson, L., Skoog-Svanberg, A., Hjelmstedt, A., Collins, A., & Bergh, T. (1998). Psychological reactions during in-vitro fertilization: Similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction*, 13, 3262-3267. doi: 10.1093/humrep/13.11.3262

SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nigren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506-1512. doi:10.1093/humrep/dem046
- Boivin, J., & Takefman, J. E. (1995). Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non-pregnant women. *Fertility and Sterility*, 64(4), 802-810.
- Burns, L. H., & Covington, S. N. (2006). Psychology of infertility. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Cambridge University Press.
- Chen, T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F., & Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19(10), 2313-2318.
- Cordeiro, M. S., & Gomes, J. C. (2013). Ansiedade e relacionamento conjugal em mulheres com infertilidade: Impacto da terapia de grupo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 7-13.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- Cousineau, T. M., Green, T. C., Corsini, E. A., Barnard, T., Seibring, A. R., & Domar, A. D. (2006). Development and validation of the Infertility Self-Efficacy scale. *Fertility and Sterility*, 85(6), 1684-1696. doi: S0015-0282(06)00366-9 [pii]10.1016/j.fertnstert.2005.10.077
- Cunha, C. F. (2012). *Vivências de um casal infértil* (Projecto de graduação em Enfermagem). Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciência da Saúde, Ponte de Lima.
- Cunha, M. C. V., Carvalho, J. A., Albuquerque, R. M., Ludermir, A. B., & Novaes, M. (2008). Infertility: Association with common mental disorders and the role of social support. *Revista de Psiquiatria*, 30(3), 201-210.
- Deka, P. K., & Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 336-338.
- Direcção Geral de Saúde (2008). *Saúde reprodutiva infertilidade – cuidados de saúde primários*. Lisboa: DGS. Acedido a 15 julho, 2016, em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/upload/ficheiros/i009862.pdf>
- Domar, A. D. (2004). *Conquering infertility: Dr. Alice Domar's mind/body guide to enhancing fertility and coping with infertility*. London: Penguin Books.

## SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

- Dyer, S. J., Abrahams, N., Mokoena, N. E., & Spuy, Z. M. (2004). 'You are a man because you have children': Experiences, reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour among men suffering from couple infertility in South Africa. *Human Reproduction*, 19, 960-967.
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: A review. *Social Science and Medicine*, 48, 575-589.
- European Society of Human Reproduction and Embryology (2000). Optimal use of infertility diagnostic tests and treatments. *Human Reproduction*, 15(3), 723-732.
- Fassino, S., Pierò, A., Boggio, S., Piccioci, V., & Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: A controlled study. *Human Reproduction*, 17(11), 2986-2994.
- Ferreira, A. M., Silva, I. R., Brito, M. A., Dias, N. M., & Henriques, C. M. (2011). Entre sonhos e anseios... as vivências da mulher infértil. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(5), 153-159.
- Gameiro, S., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 253-270.
- Galhardo, A. (2012). *A infertilidade em Portugal: Aspectos psicológicos e estudo de eficácia do Programa Baseado no Mindfulness para a infertilidade* (Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2012). Escala de Preocupações durante a Procriação Medicamente Assistida: Estudo exploratório das características psicométricas da versão portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 10(1), 19-33.
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2013). Measuring self-efficacy to deal with infertility: Psychometric properties and confirmatory factor analysis to the portuguese version of the Infertility Self-efficacy Scale. *Research in Nursing and Health*, 36(1), 65-74. doi: 10.1002/nur.21516
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction*, 26(9), 2408-2414. doi:10.1093/humrep/der209
- Galhardo, A., Moura-Ramos, M., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2015). The infertility trap: How defeat and entrapment affect depressive symptoms. *Human Reproduction*, 0, 1-8. doi:10.1093/humrep/dev311

SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45(11), 1679-1704. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00102-0
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140-162. doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x.
- Grijó, R. P., & Carneiro, B. (2013). *A realidade da Procriação Medicamente Assistida: - Técnicas Laboratoriais - Criopreservação de ovócitos: Que futuro nos centros?* (Relatório de estágio - Mestrado em Biologia celular e Molecular). Faculdade de Ciências, Porto.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Nova Classificação de Profissões: Classificação Portuguesa das Profissões de 2010*. Acedido a 10 junho, 2016, em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=105174743&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=105174743&DESTAQUESmodo=2)
- Kazandi, M., Gunday, O., Mermer, T. M., Erturk, N., & Ozkinay, E. (2011). The status of depression and anxiety in infertile Turkish couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 9(2), 99-104.
- Kenrick, D. T., Griskevicius, V., Neuberg, S. L., & Schaller, M. (2010). Renovating the pyramid of needs: Contemporary extensions built upon ancient foundations. *Perspectives on Psychological Science*, 5(3), 292–314. doi:10.1177/1745691610369469.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling 2nd ed.* New York: The Guilford Press.
- Joshi, H. L., Singh, R., & Bindu (2009). Psychological distress, coping and subjective wellbeing among infertile women. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35(2), 329-336.
- Jurado, R. A., Moreno-Rosset, C., Rio, C. J., & Espada, A. A. (2008). Principal psychological disorders associated with infertility. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 167-175.
- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16(8), 1762-1767.
- Lopes, V., & Leal, I. (2012). *Ajustamento emocional na infertilidade*. Lisboa: Editora Placebo.



SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Matos, I. (1995). Sobre a infertilidade e as novas tecnologias de reprodução. *Análise Psicológica*, 1-2 (13), 95-99.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4), 299-312. doi: 10.1002/cpp.659
- McQuillan, J., Greil, A. L., White, L., & Jacob, M. C. (2003). Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women. *Journal of Marriage and Family*, 65, 1007-1018
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63, 126-130.
- Moreira, S., Melo, C. O. M., Tomaz, G., & Azevedo, G. (2006). Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, 28 (6), 358-364.
- Moura-Ramos, M. (2011). *Adaptação psicossocial de casais portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida* (Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Soares, I. (2011a). Assessing Infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human Reproduction*, 1-10.
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Soares, I., Almeida-Santos, T., & Canavarro, M. C. (2010). Psychosocial adjustment in infertility: A comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psicologia, Saúde & Doença*, 11(2), 299-319.
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Soares, I., Almeida-Santos, T., & Canavarro, M. C. (2016). Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? The mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology*, 21, 302-317.
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Santos, T. A. (2011b). The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples. *Psychology & Health*, 1-17. doi: 10.1080/08870446.2011.598231

SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The infertility problem inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62. doi:10.1016/S0015-0282(99)00164-8
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229-239.
- Peterson, B., Newton, C., & Feingolg, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 88 (4), 911-914.
- Pinto-Gouveia, J., Galhardo, A., Cunha, M., & Matos, M. (2013). The mediator role of emotion regulation processes on infertility-related stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(4): 497-507. doi:10.1007/s10880-013-9370-3
- Ramazan-zadeh, F., Noorbala, A. A., Abedinia, N., & Nazhizadeh, M. M. (2009). Emotional adjustment in infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 7(3), 97-103.
- Ramírez-Uclés, I. M., Castillo-Aparicio, M. D., & Moreno-Rosset, C. (2015). Psychological predictor variables of emotional maladjustment in infertility: Analysis of the moderating role of gender. *Clínica y Salud*, 1, 57-63.
- Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: A comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.034
- Seixas, C., & Faria, M. C. (1995). O bebé que não veio. *Análise Psicológica*, 1-2(13), 101-110.
- Silva-Carvalho, J. L., & Almeida-Santos, A. (2009). *Estudo Afrodite caracterização da infertilidade em Portugal I - Estudo na comunidade*. Porto: Universidade do Porto.
- Silva, I. R., Ferreira, A. M., Brito, M. A., Dias, N. M., & Henriques, C. M. (2012). As vivências da mulher infértil. *Revista de Enfermagem*, 8, 181-189.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijmaat, F. W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(2), 181-190.
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M., Evers, A. W., & Braat, D. D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25, 1234–1240.

SINTOMAS EMOCIONAIS NEGATIVOS, AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A INFERTILIDADE E STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE

- Volgsten, H., Svanberg, S. A., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., & Sundstrom, P. I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056-2063. doi: den154 [pii]10.1093/humrep/den154
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: A study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Human Reproduction*, 16(8), 1753-1761.
- World Health Organization (2002). *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2003). *Progress report in reproductive health research* (Vol. 63). Geneva: WHO.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., & Vanderpoel (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, 92 (5), 1520 – 1524. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.
- Yong, P., Martin, C., & Thong, J. (2000). A comparison of psychological functioning in women at different stages of in vitro fertilization treatment using the mean affect adjective checklist. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17, 553-556.