

ANA FILIPA DA SILVA PIMENTA

ESTUDO EXPLORATÓRIO DA LIGAÇÃO ENTRE A VERGONHA EXTERNA E O STRESSE RELACIONADO COM A INFERTILIDADE



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia
Clínica**

**Ramo de Especialização em Terapias
Cognitivo-Comportamentais**

COIMBRA, 2016



Estudo exploratório da ligação entre a vergonha externa e o stresse
relacionado com a infertilidade

ANA FILIPA DA SILVA PIMENTA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica
Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais
Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo

Coimbra, setembro de 2016

Agradecimentos

A todos aqueles que de alguma forma me ajudaram a alcançar esta etapa, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional através de importantes apoios e incentivos, manifesto o meu mais sincero agradecimento.

À Professora Doutora Ana Galhardo expresso o meu profundo agradecimento e reconhecimento pela orientação que me foi dada, sempre com a máxima assiduidade, paciência e apoio. Agradeço os enormes contributos que deu ao longo de toda a realização deste trabalho desde o início, assim como o cuidado que teve em todas as correções e sugestões de melhoria, mostrando um profundo profissionalismo e rigor científico, contribuindo para que o resultado final desta dissertação tivesse melhor qualidade.

Ao Rui, que inquestionavelmente foi quem mais me incentivou e encorajou ao longo desta árdua e custosa etapa. Quem diariamente, com toda a paciência possível e imaginária, me apoiou, me deu força, coragem e motivação, acreditando sempre em mim e fazendo com que eu própria acreditasse e sentisse que era capaz de atingir este objetivo. Um agradecimento especial também por todo o amor, carinho e companheirismo, assim como por todos os momentos felizes e por todas as alegrias que passamos juntos. Por tudo, a minha enorme gratidão.

À minha avó Glória, uma verdadeira guerreira e sem dúvida o maior pilar da minha vida. Não existem palavras para descrever todo o orgulho, carinho e gratidão que tenho por ela. Muito obrigado por seres quem és e como és, obrigado por estares sempre presente, por todos os dias teres acreditado em mim e por todos os ensinamentos de vida.

À minha mãe e avô que infelizmente já não se encontram presencialmente junto de mim, mas que sei que onde estiverem estarão neste momento muito orgulhosos. Muito do que sou hoje, também se deve a vocês, por isso muito obrigado.

Ao meu pai, por também ter acreditado em mim, não questionando a minha capacidade ou tempo de concretização. Espero que ao terminar esta etapa, possa de alguma forma retribuir e compensar o apoio que me deste.

À Catarina, Marina e Patrícia, inicialmente companheiras de curso mas que rapidamente se tornaram mais do que isso. A todas agradeço a partilha deste percurso, a amizade, o carinho e apoio que me proporcionaram nesta etapa e não só.

À Elsa, amiga de infância e que, de forma especial, sempre teve presente em todos os momentos da minha vida, não deixando de me apoiar nesta etapa. Obrigado pelo carinho, amizade e apoio constante, sobretudo nos momentos de maior desânimo.

À Associação Portuguesa de Fertilidade pela forma como aceitou colaborar connosco, tendo tido uma preciosa importância na divulgação do estudo junto dos seus associados, demonstrando sempre muita disponibilidade ao longo de todo o processo.

A todos as pessoas com problemas de infertilidade que disponibilizaram um pouco do seu tempo para colaborar neste estudo, tornando possível a sua concretização.

A todos, um Muito Obrigada!

Resumo

Introdução: A infertilidade tem sido descrita como uma situação potencialmente indutora de stresse e de sofrimento psicológico. Por sua vez a vergonha, estando relacionada com sentimentos de perda de controlo sobre o próprio corpo, de exposição pessoal e de uma visão de si como existindo na mente dos outros como inferior, fracassado ou defeituoso, apesar de estudada em diferentes condições clínicas, tem sido menos explorada no contexto da infertilidade.

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo geral analisar a associação entre a vergonha externa e o stresse relacionado com a infertilidade. Como objetivos secundários procura relacionar estas variáveis com as variáveis sociodemográficas e clínicas dos indivíduos, assim como averiguar a existência de diferenças entre grupos.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo e correlacional de desenho transversal, com metodologia quantitativa, numa amostra constituída por 98 sujeitos com diagnóstico de infertilidade e que se encontram a ser medicamente acompanhados para esta condição. Os participantes preencheram *online* um conjunto de questionários destinados a avaliar as variáveis sociodemográficas e clínicas, o stresse relacionado com a infertilidade e a vergonha externa.

Resultados: Verificamos a existência de correlações positivas e estatisticamente significativa entre a vergonha externa e o stresse global de infertilidade. Também nas subescalas de preocupação social, preocupação sexual, preocupação com a relação e necessidade de parentalidade se observam correlações positivas e estatisticamente significativas, sendo a preocupação social a única trajetória significativa que funciona como preditora de vergonha externa.

Discussão: Face aos resultados, hipotetizamos que a vergonha externa, induzida sobretudo pela preocupação social, poderá ser preditora do stresse em pessoas com infertilidade. Como tal, esta é uma variável que deverá ser tida em conta no acompanhamento psicológico de pessoas com infertilidade. Na sequência da constatação de níveis altos de vergonha, uma das intervenções que poderá ser preconizada é a Terapia Focada na Compaixão.

Palavras-chave: Infertilidade, Vergonha externa, Stresse relacionado com a infertilidade.

Abstract

Introduction: Infertility has been described as a stressful and psychological distressing situation. On the other hand shame related to feelings of loss of control over one's body, personal exposure and view of oneself as existing in the mind of others as inferior, failed or defective has deserved less attention within the infertility area.

Objective: This study sought out to explore the association between external shame and infertility-related stress. The relationships between the study variables and sociodemographic and clinical variables were also addressed.

Method: This is a cross-sectional study with a quantitative methodology, conducted in a sample of 98 subjects diagnosed with infertility and who were pursuing medical treatment. Participants completed three self-report instruments for the assessment of sociodemographic and clinical variables, infertility-related stress and external shame.

Results: A positive and statistically significant correlation between external shame and infertility-related stress was found. Positive correlation were also found regarding social concern, sexual concern, relationship concern and need for parenthood subscales but social concern was the only significant predictor of external shame.

Discussion: We hypothesized that external shame, especially induced by social concern, may function as a predictor of stress in people facing infertility. As such external shame considered in counseling people who are experiencing infertility. Therefore one of the interventions that may be recommended is the Compassion Focused Therapy.

Keywords: Infertility, Shame external, Infertility-related stress.

Introdução

A infertilidade é clinicamente definida como uma doença do sistema reprodutivo caracterizada pela incapacidade de alcançar uma gravidez após um ano ou mais de relações sexuais desprotegidas (Zegers-Hochschild et al., 2009).

Contudo, a definição de infertilidade apresenta variações, não existindo uma definição única e consensual.

A *American Society for Reproductive Medicine* (2015), descreve a infertilidade como uma doença do trato reprodutivo, que afeta ambos os sexos, impedindo a concepção de uma criança ou o levar de uma gravidez a termo. A sua avaliação, diagnóstico e o início de tratamentos só devem ser realizados após um período de doze meses de relações sexuais desprotegidas que não resultem na concepção de uma criança, exceto nos casos em que a história médica, a idade ou elementos físicos o possam justificar anteriormente.

Por sua vez, a Associação Portuguesa de Fertilidade (2015) considera que a infertilidade resulta de uma disfunção dos órgãos reprodutores ou da falência orgânica dos gametas. Os problemas de fertilidade no casal devem ser ponderados quando este, após doze meses de relações sexuais, de forma contínua e sem recurso a qualquer método contraceptivo, não consegue alcançar a gravidez. Considera ainda infértil o casal que apresenta mais de três abortos espontâneos consecutivos.

É possível classificar a infertilidade em dois tipos: infertilidade primária ou infertilidade secundária. A infertilidade primária refere-se às situações em que o casal não consegue conceber uma gravidez nem nunca o conseguiu anteriormente, enquanto que a infertilidade secundária é a incapacidade de conceber em casais que já alcançaram uma gravidez previamente, independentemente do seu termo (Moura-Ramos, 2011).

Quanto às causas da infertilidade, estas podem ser divididas em três grupos, segundo Davajan e Israel (1991): as causas de origem feminina que correspondem a problemas na ovulação, anomalias do muco cervical, obstrução das trompas de Falópio ou endometriose; as causas de origem masculina que estão associadas a problemas do sêmen e as causas mistas ou combinadas que abrangem as causas femininas e masculinas conjuntamente. Quando não existe nenhum fator que identifique a causa da infertilidade, esta é designada como idiopática ou de fator desconhecido.

Relativamente às possibilidades de tratamento estas são variadas, podendo integrar estimulação hormonal ovárica, inseminação intrauterina (IIU), fertilização *In Vitro* (FIV), transferência de embriões (FIVETE), microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides

(ICSI), transferência intratubular de gâmetas (GIFT), cirúrgica de obtenção de espermatozoides, criopreservação de gâmetas e embriões ou ainda técnicas de procriação com recurso a dadores de gâmetas (Santos & Moura- Ramos, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2003), cerca de 80 milhões de pessoas tem problemas de fertilidade, sendo um problema que afeta aproximadamente 10% a 15% da população mundial, havendo países onde esta percentagem chega a atingir os 25%. Estes valores variam entre 3.5% a 16.7% nos países mais desenvolvidos e entre os 6.9% e os 9.3% nos países em desenvolvimento (Boivin, Bunting, Collins, & Nygren, 2007).

Drosdzol e Skrzypulec (2009), referem que a cada ano, há cerca de dois milhões de novos casos de infertilidade no mundo. Por sua vez Keye (1999) defende que as taxas de infertilidade se mantêm relativamente estáveis, tendo apenas aumentado a visibilidade deste problema e a afluência e acessibilidade dos casais aos tratamentos.

No que diz respeito a Portugal, a incidência de infertilidade sempre foi estimada com base em prevalências encontradas noutros países, considerando-se que não havia razão para existirem valores diferentes.

Em 1988, o Instituto Nacional de Estatística (1998), indicava valores de infertilidade entre os 10 a 15%, estimando que, em 80% dos casos, a causa de infertilidade era tanto de fator feminino como de fator masculino.

Apenas no ano de 2009 foi publicado o primeiro estudo sobre a prevalência de infertilidade em Portugal, intitulado “Estudo Afrodite: Caracterização da Infertilidade em Portugal”, conduzido por Silva-Carvalho e Santos. De acordo com os resultados deste estudo, a prevalência da infertilidade ao longo da vida situa-se entre os 9% e os 10%, estimando-se que entre 266 088 e 292 996 casais tenham infertilidade (Silva-Carvalho & Santos, 2009). Ao terem sido analisadas apenas mulheres em idade reprodutiva, o mesmo estudo conclui que entre os 25 e os 44 anos de idade, a prevalência de infertilidade ronda os 8,2%, estimando-se entre 116 630 e 121 059 casais sejam inférteis (Ferreira et al., 2011), não tendo sido encontradas diferenças regionais (Silva-Carvalho & Santos, 2009). Apenas 25% destas mulheres relatam ter recorrido a técnicas de procriação medicamente assistida (PMA), o que vai ao encontro dos valores encontrados para a população mundial (Boivin et al., 2007).

Segundo o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2015), em 2013, foram realizados em Portugal 9948 ciclos de PMA, que resultaram no nascimento de 2091 crianças. Com efeito tem vindo a verificar-se um aumento na procura de tratamentos de

fertilidade nos últimos anos (Deka & Sarma, 2010; Lykeridou, Gourounti, Deltsidou, Loutradis, & Vaslamatzis, 2009).

De acordo com Delgado (2007), as implicações da infertilidade e da PMA, refletem-se no indivíduo ao nível da dimensão física, da dimensão psíquica e emocional e da dimensão sociocultural, sendo uma situação potencialmente indutora de stresse.

Lazarus e Folkman (1984) definem o stresse como o resultado da interação entre o indivíduo e o ambiente, sendo que essa interação é avaliada e assumida pelo próprio como algo que prejudica o seu bem-estar, ao sobrecarregar ou ultrapassar os recursos disponíveis, ou seja, o stresse é qualquer acontecimento externo que é percebido como uma ameaça ao equilíbrio, físico e psicológico, do indivíduo.

Para Vaz-Serra (2000, 2000b), o stresse ocorre quando o indivíduo se encontra perante um acontecimento significativo e sente que não consegue superar determinada circunstância que lhe é relevante, por falta de aptidões e recursos de cariz pessoal ou social, já que percecionou a situação como estando fora do seu controlo, sentindo-se mais vulnerável. Ainda de acordo com o autor, a forma como perceciona a sua incapacidade para lidar com a situação pode ser real ou ser apenas uma crença do próprio, referindo também que todo o ser humano experiencia o stresse.

Nesta perspetiva, sempre que a pessoa perceciona as exigências como superiores aos recursos pessoais de que dispõe ocorre uma situação de stresse (Matheny, Roque-Tovar & Curlette, 2008; Elfering, Grebner, Gerber & Semmer, 2008; Malinauskas, 2010; Vaz-Serra, 2000), sendo que o nível de stresse experienciado não depende apenas das características do sujeito ou dos fatores contextuais, mas sim da interação entre estas duas vertentes (Parreira, 2006).

Lazarus e Folkman (1984) consideram que o stresse está sujeito à interpretação subjetiva de cada pessoa sobre a situação e o ambiente que a rodeia, estando a sua resolução dependente da combinação das respostas comportamentais aprendidas que se mostraram anteriormente eficazes.

No entanto, o stresse nem sempre tem um impacto negativo no sujeito (Vaz-Serra, 2000), podendo ajudar o indivíduo a enfrentar ou adaptar-se a desafios do dia-a-dia, ou até mesmo servir de incentivo à realização pessoal, constituindo um impulso para a tomada de decisões e resolução de problemas, melhorando ao mesmo tempo as suas aptidões e desempenho. Apenas tem um impacto negativo quando o indivíduo tem que enfrentar várias situações extremas que se tornam desgastantes e repetitivas, não conseguindo lidar com elas adequadamente, por falta de recursos pessoais ou sociais (Vaz-Serra, 2002).

Assim, Vaz-Serra (2002) classifica o stresse em stresse positivo ou *eustress* e em stresse negativo ou *distress*, sendo o primeiro gerador de respostas positivas e dinamizadoras que contribuem para o desenvolvimento pessoal do indivíduo e o segundo causador de consequências nefastas para a saúde, ao representar situações desgastantes que levam a respostas negativas e improdutivas por parte do indivíduo.

As circunstâncias indutoras de stresse podem ser de natureza física, psicológica ou social. As causas físicas provêm da rotina diária, do ambiente, do clima, do ruído, entre outros; as psicológicas resultam de situações geradoras de sofrimento ou desgosto, mas também de satisfação e alegria; por sua vez as sociais advêm das expectativas e pressões que o sujeito sente (Vaz Serra, 2000; Lipp & Tanganelli, 2002), como resultado das interações com o ambiente que o rodeia e das relações sociais que estabelece.

Depois de abordado o conceito de stresse, importa introduzi-lo no contexto da infertilidade.

Vários têm sido os estudos que descrevem a incapacidade de ter filhos como indutora de elevados níveis de stresse, interferindo com diversos aspetos das suas vidas (Cousineau & Domar, 2007) e até com a continuação dos tratamentos de fertilidade.

O stresse vivenciado por indivíduos com problemas de fertilidade resulta de vários elementos, tais como: a imprevisibilidade de não poder ter filhos biológicos; a ameaça de ter que realizar tratamento; a incerteza, a incapacidade e incontrolabilidade de controlar o resultado dos tratamentos e as suas próprias emoções; a possibilidade de não ter filhos ou a impossibilidade de construir uma família com um ou mais filhos; o tempo indeterminado e muitas vezes prolongado dos tratamentos, entre outros (Campbell, Dunkel-Schetter, & Peplau, 1991).

A infertilidade é, assim, sentida e vivida como um evento traumático para a maioria dos casais, sendo experienciada por eles como o evento mais disruptivo das suas vidas (Klonoff, Chu, Natarajan & Sieber, 2001).

De facto o stresse induzido pela condição de infertilidade tem sido apontado como um dos fatores que leva à desistência de continuar os tratamentos, mesmo quando estes são financiados. Estes casais referem que o stresse está sobretudo ligado às dificuldades que a infertilidade acarreta para a relação conjugal e ao facto de se sentirem demasiado ansiosos ou deprimidos para continuarem (Domar, Smith, Conboy, Iannone & Alper, 2010).

Na nossa opinião, a abordagem que melhor avalia o impacto da infertilidade nos indivíduos, no que diz respeito à problemática stresse, é aquela que é proposta por Newton, Sherrard e Glavac (1999), sendo por isso nesta que nos iremos debruçar.

Newton e colaboradores (1999), defende que o stresse relacionado com a infertilidade deve ser tido em conta como um constructo multidimensional centrado em vários domínios da vida do indivíduo, domínios esses que avaliam os níveis de stresse associado à infertilidade e as preocupações que resultam da sua vivência, assim como da importância da paternidade na vida do sujeito.

Este autor, considera a existência de cinco domínios, relativamente independentes: preocupação social, preocupação sexual, preocupação com a relação de casal, necessidade de parentalidade e rejeição de um estilo de vida sem filhos, que contribuem para a avaliação do nível de stresse global relacionado com a infertilidade.

Estes cinco domínios têm sido caracterizados em vários estudos que procuram traduzir o impacto, as limitações e os constrangimentos que o stresse causa nos indivíduos que vivenciam esta problemática: preocupação social (Newton et al., 1999; Schmidt, Holstein, Chistensen & Boivin, 2005; Slade, O'Neill, Simpson & Lashen, 2007); preocupação sexual (Edelmann, Humphrey & Owens, 1994; Newton et al., 1999; Peterson, Newton & Feingold, 2007; Ramazanzadeh, Noorbala, Abedinia & Naghizadeh, 2009; Read, 2004); preocupação com a relação de casal (Greil, 1997; Newton et al., 1999; Ramazanzadeh, Aghssa & Jafarabadi, 2006; Ramazanzadeh et al., 2009; Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009); necessidade de parentalidade (Edelmann et al., 1994; Lee, Sun & Chao, 2001; Newton et al., 1999) e rejeição de um estilo de vida sem filhos (Berg & Wilson, 1991; Newton et al., 1999; Peterson, Newton, Rosen & Schulman, 2006; Ulbrich, Coyle & Llabre, 1990).

Preocupação social

O stresse relacionado com a preocupação social diz respeito à sensibilidade perante comentários ou recordações acerca da infertilidade, bem como a sentimentos de isolamento social ou de alienação da família e amigos (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro & Soares 2012; Newton et al., 1999).

Os casais com infertilidade podem sentir-se isolados e negligenciados num ambiente que valorize muito a parentalidade, podendo afastar-se da família e amigos (Wilson & Kopitzke, 2002).

Este isolamento pode resultar da experiência de uma não-aceitação social, seja ela real ou imaginária, da pressão que as pessoas ao seu redor provocam no sentido destes alcançarem a parentalidade, da angústia ao ver a gravidez e os filhos de outros casais (Cousineau & Domar, 2007), na tentativa de evitar embarços, sentimentos de piedade ou ainda conselhos não solicitados, que ainda que bem-intencionados, têm implicações negativas sobre o casal.

Muitos casais com problemas de fertilidade acabam por ocultar a sua infertilidade daqueles que os rodeiam, sentindo que são incapazes de corresponder às suas próprias expectativas, assim como à dos outros, apresentando sentimentos de vergonha que, por sua vez, fazem com que o sofrimento não seja partilhado e aumente.

No entender de Thorn (2009), a vida social do homem tende a sofrer poucas alterações pelo facto de este ter ou não filhos, ao passo que para as mulheres, a vida social altera-se à medida que as suas amigas vão tendo filhos e mudando o foco das suas vidas, o que poderá causar impacto nas relações de amizade.

A infertilidade influencia não só as relações familiares e interpessoais, como também a carreira profissional. A fase de tratamento exige do casal maior disponibilidade para consultas médicas, exames ou procedimentos médicos que inevitavelmente influenciam o desempenho profissional e a assiduidade no trabalho (Galhardo, 2012).

Preocupação sexual

A preocupação sexual relaciona-se com a dificuldade em lidar com a programação rígida das relações sexuais e com a conseqüente diminuição da satisfação e autoestima sexual (Moura-Ramos et al., 2012; Newton et al., 1999).

Quando se vive a problemática da infertilidade, existem várias causas que influenciam o modo como o casal vivencia a sexualidade, dos quais se destacam a pressão interna e externa para engravidar, o facto das relações sexuais terem que ser programadas obedecendo a determinadas regras, a perda de privacidade do sujeito face ao seu próprio corpo e a dificuldade de algumas técnicas de procriação medicamente assistida, causando um impacto negativo no ajustamento sexual do casal (Bento, 2014).

Durante os procedimentos de diagnóstico e tratamento da infertilidade, é habitual, ambos os elementos do casal, relatarem que a sua vida sexual é regida por procedimentos médicos, estando o envolvimento e as relações sexuais sujeitas a uma determinada programação (Greil, Porter & Leitko, 1989; Leiblum, Aviv & Hamer, 1998), havendo tendência para falta de espontaneidade e envolvimento emocional nas relações sexuais, pois estas tornam-se um dever ou uma ação considerada obrigatória, sendo o único objetivo a conceção de um filho (Droszol & Skrzypulec, 2009).

Algumas pesquisas apontam para um impacto negativo ao nível da autoestima sexual, em ambos os géneros, com ausência de prazer e desejo sexual (Myers & Wark, 1996).

Nos homens, o stresse motivado pela preocupação sexual está muitas vezes associado a sentimentos de masculinidade reduzida e a uma ameaça na identidade género (Elliott, 1998). Num estudo realizado por Ramazanadeh e colaboradores (2006), 45.4% dos indivíduos do

sexo masculino manifestaram uma diminuição do desejo e satisfação sexual, após o diagnóstico de infertilidade.

Por último, estes casais podem ainda evitar ter relações sexuais para não serem confrontados diretamente com o seu problema de fertilidade (Read, 2004).

Preocupação com a relação

A preocupação com a relação exprime o stresse relativo à preocupação com o impacto da infertilidade na relação conjugal; o stresse relativo às diferenças entre sexos, nomeadamente no que diz respeito à compreensão e aceitação destas diferenças, assim como o stresse que se obtém da dificuldade em falar sobre o problema de fertilidade com o parceiro (Moura-Ramos et al., 2012; Newton et al., 1999).

A confrontação com um diagnóstico de infertilidade pode mostrar-se demasiado perturbadora para o casal, sendo um verdadeiro desafio para a relação.

Estudos sobre a influência da infertilidade na relação conjugal demonstraram resultados inconsistentes. Por um lado parece que a infertilidade afeta negativamente a relação de casal (Berg & Wilson, 1991; Leiblum et al., 1998; Wang et al., 2007) podendo gerar conflitos, problemas de comunicação e falta de empatia (Berg & Wilson, 1991; Greil, 1997) passíveis de levar ao divórcio (Greil, 1997). Por outro, também é suportado cientificamente a perspectiva de que a infertilidade pode ativar recursos e fortalecer as relações conjugais, como acontece com outras crises de vida (Repokari et al, 2007).

Silva (2011) faz referência aos aspetos que podem, de modo geral, ser influenciadores da qualidade relacional quando se experiencia a infertilidade, destacando a perceção dos membros do casal quanto à influência do diagnóstico e dos tratamentos; a importância que cada elemento do casal dá à parentalidade; a vida sexual do casal; o apoio emocional entre cônjuges; as diferenças em função do género e a capacidade de comunicação do casal.

Repokari e colaboradores (2007) confirmam que a partilha de informação que causa stresse entre os elementos do casal, diminui a possibilidade da relação conjugal ser afetada, ao passo que a existência de dificuldades comunicacionais pode ser geradora de stresse na relação do casal (Schmidt et al., 2005).

Também Peterson, Pitarro, Christensen e Schmidt (2008) indicaram a comunicação como fundamental para o decréscimo de sintomas de stresse associados à infertilidade, afirmando que processos comunicativos positivos geram alterações significativas nas perceções que o casal tem acerca da infertilidade, contribuindo para o crescimento e satisfação da relação.

Por último, e como mencionado anteriormente, a preocupação com a relação exprime, entre outros, o stresse relativo à compreensão e aceitação das diferenças de género, sendo que

os elementos do casal tendem a responder de forma distinta ao problema de infertilidade. Estas diferenças podem prejudicar o diálogo espontâneo e verdadeiro do casal, conduzindo a sentimentos de incompreensão, solidão ou raiva.

Além desta situação, e segundo Delgado (2007), pode-se identificar pelo menos mais quatro diferenças de género que causam constrangimentos na relação do casal: quando o nível de envolvimento, empenho e determinação nos processos de diagnóstico e tratamento são entendidos de forma diferente entre os elementos do casal, considerando também os custos e/ou benefícios que cada um atribui à continuidade dos tratamentos ou procura de alternativas; quando um elemento, sobretudo o elemento masculino, rejeita falar sobre os problemas decorrentes da problemática, o outro pode pensar ser por não querer verdadeiramente ter um filho ou não existir interesse pelas suas preocupações e sentimentos; o mesmo acontece relativamente às expectativas que se tem de como o parceiro irá reagir a determinada situação relacionada com a infertilidade, não se concretizando tal expectativa ou modo de agir; e quando existe um maior envolvimento por uma das partes, sobretudo pela mulher, o homem pode sentir-se excluído do processo (Cedars, 2005).

Necessidade de Parentalidade

A necessidade de parentalidade pretende avaliar se a parentalidade é tida como um objetivo essencial à vida e se o indivíduo se identifica com o papel parental (Moura-Ramos et al., 2012; Newton et al., 1999). Assim, para alguns sujeitos, eventualmente por influência de aspetos sociais e culturais, o tornar-se mãe ou pai assume-se como um elemento nuclear para as suas vidas. Quando assim se verifica, é expectável que a não concretização desse seu forte desejo constitua um acontecimento de vida perturbador.

Rejeição de um estilo de vida sem filhos

O domínio rejeição de um estilo de vida sem filhos pretende avaliar o stresse causado pela necessidade que o sujeito tem do nascimento de um filho como forma de alcançar uma felicidade futura, avaliando também a perspetiva negativa de um estilo de vida ou estatuto social sem filhos (Moura-Ramos et al., 2012; Newton et al., 1999).

A reprodução e o desejo de criar família é uma das necessidades naturais dos seres humanos e um dos pilares importantes da vida social.

A gravidez e a parentalidade continuam a ser marcadores desenvolvimentais muito valorizados na nossa sociedade, e de alguma forma, a sua não concretização ainda é vista como estigmatizante ou desviante comparativamente com as pessoas que têm filhos (Mollen, 2006), sendo este estigma influenciado por expectativas sociais.

A ambição de ter um filho está usualmente dependente de um desejo de normalidade, de imortalidade e de qualidade de vida, onde a existência de um sentido para a vida e a felicidade passam por ter filhos (Sewall & Burns, 2006).

Com efeito, pelo anteriormente exposto, podemos considerar que a infertilidade não só constitui uma condição com consequências individuais e de casal, como também acarreta consequências sociais. Precisamente nesta ligação com as relações sociais, uma outra variável que mais recentemente tem vindo a suscitar o interesse dos investigadores é a vergonha.

A vergonha é uma emoção transversal a todos os indivíduos, tendo sido descrita como uma das experiências mais disruptivas para o ser humano (Nathanson, 1994).

Gilbert (1997, 1998) define a vergonha como uma resposta automática do sistema de defesa que, na presença de uma ameaça, percebida ou real, ao estatuto social do indivíduo vai ativar um conjunto de defesas.

Trata-se assim de uma emoção autofocada e autoavaliativa do próprio *self* como negativo no seu global ou apenas em algumas características específicas (Gilbert, 2002; Gilbert & Miles, 2000), encontrando-se sobretudo relacionada com a experiência do eu como existente de forma negativa na mente dos outros ou como um agente social pouco atrativo (Gilbert, 1998), tendo como consequência um impacto negativo sobre o comportamento interpessoal (Tracy, Robins & Tangney, 2007).

Não existe uma definição consensual sobre o termo vergonha, mas esta pode ser vista como uma emoção que envolve duas dimensões distintas, vergonha interna e vergonha externa, (Gilbert & Procter, 2006), dependendo do tipo de comportamento, do tipo de pensamento e do foco de atenção (Gilbert, 1998).

A vergonha interna, surge com o desenvolvimento da autoconsciência (Lewis, 2003) e diz respeito à forma como a pessoa se percebe a si própria perante os outros ou, por outras palavras, à forma como o eu se julga, autoavalia e critica. Assim, o foco de vergonha está dependente do indivíduo e da autoavaliação negativa que este faz de si mesmo (Gilbert, 1998), sendo a autodesvalorização e o autocriticismo os elementos fundamentais deste tipo de vergonha (Gilbert & Procter, 2006). Outra característica é a atenção autodirigida para si mesmo, demonstrando sentimentos de inadequação (Gilbert & Procter, 2006).

Por sua vez, a vergonha externa diz respeito à forma como o sujeito pensa existir na mente dos outros, ou seja, ao modo como pensamos que os outros nos percebem (Gilbert, 1997) e está associada a pensamentos automáticos nos quais o sujeito acredita existir negativamente na mente dos outros, sendo percebido como inferior, sem valor,

inadequado, desinteressante ou incompetente, acreditando na possibilidade de ser rejeitado (Gilbert, 2002).

Ao vivenciar o *self* como sendo uma pessoa rejeitável na mente dos outros, torna-se mais vulnerável às ofensas vindas de terceiros (Gilbert & Procter, 2006), podendo deste modo transformar a vida social da pessoa num mundo contaminado de inseguranças, ativando uma série de defesas, de forma a tornar-se uma pessoa ignorada e “invisível” perante os outros (Faria, 2011).

O sofrimento associado à vergonha externa tem vindo a ser apontado como derivando do reconhecimento de que os outros veem o indivíduo de forma negativa, o foco de atenção está no mundo social externo e dirige-se para a mente do outro e o comportamento do indivíduo está orientado para tentativas de influenciar positivamente a sua imagem aos olhos dos outros, através do apaziguamento ou da demonstração de qualidade valorizadas por estes (Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011).

Nos últimos anos, tem havido um interesse crescente no estudo da vergonha, procurando responder a questões como a sua natureza e implicações no sofrimento humano (Gilbert & Andrews, 1998; Kaufman, 1989).

Na problemática da infertilidade, uma das emoções que também tem sido referida como importante tem sido a vergonha, estando relacionada com sentimentos de perda de controlo sobre o próprio corpo, de exposição pessoal e de ser um fracasso sexual ou defeituoso, de alguma forma (Petok, 2006).

No entanto, o papel da vergonha na infertilidade não foi empiricamente estudado.

Atendendo a que o estudo da vergonha externa, associada à condição de infertilidade, tem sido menos explorado, o presente estudo pretendeu constituir um contributo para a clarificação do eventual papel da vergonha externa sobre o stresse relacionado com a infertilidade. Assim, procurou-se compreender a influência da vergonha externa em domínios como a preocupação social, preocupação sexual, preocupação com a relação, necessidade de parentalidade e rejeição de um estilo de vida sem filhos, bem como com o stresse global associado à infertilidade. Paralelamente, procurou-se explorar qual a associação entre as características sociodemográficas e clínicas e os níveis de vergonha externa e de stresse relacionado com a infertilidade, assim como diferenças entre grupos tendo por base estas mesmas variáveis.

Materiais e Métodos

O presente estudo utiliza uma metodologia de investigação quantitativa, tratando-se de um estudo descritivo e correlacional de desenho transversal.

Está inserido num projeto de investigação mais amplo, intitulado “Processos Emocionais em Pessoas com Diagnóstico de Infertilidade”, que na sua globalidade visa estudar um conjunto de aspetos relacionados com a forma como as pessoas lidam, em termos emocionais, com um diagnóstico de infertilidade e as exigências do respetivo tratamento médico.

Participantes

Os participantes do presente estudo tiveram como critérios de inclusão idade superior a 18 anos e possuírem um diagnóstico de infertilidade estando a ser medicamente acompanhados em relação a esta condição, independentemente da etapa de acompanhamento em que se encontrem. Trata-se de uma amostra por conveniência cujo recrutamento foi realizado através de divulgação do estudo pela Associação Portuguesa de Fertilidade.

A amostra é constituída por 98 sujeitos ($N = 98$), de ambos os géneros, embora com uma participação muito reduzida de indivíduos do sexo masculino [96 mulheres (98%) e 2 homens (2%)], com idades compreendidas entre os 27 e os 44 anos, sendo $M = 35,7$ e $DP = 4,31$. Destes indivíduos, 58 (59,2%) são casados e 40 (40,8%) vivem em união de facto, tendo as suas relações uma média de duração de 7,3 anos ($DP = 3,94$). Ao nível da escolaridade possuem uma média de 15,6 anos de estudo ($DP = 3,23$), sendo mais frequentes as profissões catalogadas enquanto especialistas das atividades intelectuais e científicas (34,7%), seguindo-se o pessoal administrativo (27,6%), os técnicos e profissões de nível intermédio (20,4%), os trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança (9,2%), as profissões das forças armadas (4,1%) e as restantes áreas com percentagens de 1%. No que diz respeito à situação profissional encontram-se, maioritariamente, empregados (87,8%). Na tabela 1 podem encontrar-se os resultados obtidos.

Tabela 1

Variáveis sociodemográficas da amostra.

N = 98	M	DP	Mínimo	Máximo
Idade	35,70	4,31	27	44
Anos de Escolaridade	15,56	3,23	9	24
Anos Casado	7,32	3,94	2	19
			n	%
Sexo				
	Masculino		2	2
	Feminino		96	98
Estado Civil				
	Casado (a)		58	59,2
	União de facto		40	40,8
Profissão				
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas		34	34,7
	Profissões das forças armadas		4	4,1
	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos		1	1,0
	Técnicos e profissões de nível intermédio		20	20,4
	Pessoal administrativo		27	27,6
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança		9	9,6
	Agricultores e trabalhadores qualificados		1	1,0
	Trabalhadores qualificados da indústria		1	1,0
	Trabalhadores não qualificados		1	1,0
Situação Profissional				
	Empregado		87	87,8
	Desempregado		11	11,2
	Estudante		1	1,0

Relativamente à situação clínica, 78,6% dos indivíduos já realizou tratamentos de infertilidade anteriormente, sendo os mais frequentes a Injeção Intra-citoplasmática de Espermatozoides (ICSI) (23,5%), a Fertilização *In Vitro* (FIV) (22,4%), a Estimulação Hormonal Ovária (isoladamente, ou seja, sem ser seguida de FIV ou ICSI) (16,3%) e a Inseminação Intra-uterina (IIU) (13,3%). De referir ainda que 11,2% dos participantes realizou já múltiplos tratamentos de diversos tipos. A infertilidade que mais caracteriza a amostra é a infertilidade de fator feminino (42,9%), seguindo-se a de fator masculino

(21,4%), a de fator desconhecido (18,4%) e, por último, a de fator masculino e feminino (17,3%). Em média os problemas de infertilidade foram diagnosticados há 4,9 anos ($DP = 3,93$), tendo realizado, em média, 3,9 ciclos de tratamento ($DP = 3,86$). Atualmente, 36,7% dos sujeitos encontra-se a aguardar marcação de tratamento, 30,6% a aguardar resultados de testes ou exames, percentagem igual a realizar FIV e a realizar ICSI (12,2%), 5,1% a realizar Estimulação Hormonal Ovária (isoladamente, ou seja, sem ser seguida de FIV ou ICSI) e 3,1% a realizar IIU. Na presente amostra 15,3% dos indivíduos recorreu a dador de óvulos ou esperma. Por último, é de mencionar que 82,7% dos sujeitos não se encontra a ter qualquer tipo de acompanhamento psicológico relacionado com a sua experiência de infertilidade. Na tabela 2 podem encontrar-se os resultados obtidos.

Tabela 2

Variáveis clínicas da amostra.

N = 98	M	DP	Mínimo	Máximo
Anos de diagnóstico	4,93	3,93	1	19
Ciclos de tratamento realizados	3,87	3,86	0	24
		n	%	
Tipo de infertilidade				
Fator feminino		42	42,9	
Fator masculino		21	21,4	
Fator masculino e feminino		17	17,3	
Fator desconhecido		18	18,4	
Tratamentos anteriores				
Sim		77	78,6	
Não		21	21,4	
Tipo tratamentos anteriores				
Estimulação hormonal ovária, isoladamente		16	16,3	
Inseminação Intra-Uterina		13	13,3	
Fertilização <i>In Vitro</i>		22	22,4	
Injeção Intra-Citoplasmática de espermatozoides		23	23,5	
Múltiplos tratamentos PMA		11	11,2	
Tratamento atual				
A aguardar resultados de testes ou exames		30	30,6	
A aguardar marcação de tratamento		36	36,7	
Estimulação hormonal ovária, isoladamente		5	5,1	

Inseminação Intra-Uterina	3	3,1
Fertilização <i>In Vitro</i>	12	12,2
Injeção Intra-Citoplasmática de espermatozoides	12	12,2
Recorreu a óvulos ou esperma de dador		
Sim	15	15,3
Não	83	84,7
Acompanhamento Psicológico		
Sim	17	17,3
Não	81	82,7

Procedimentos

Definido o estudo, os seus objetivos e instrumentos a utilizar, foi solicitado e posteriormente obtido o consentimento dos autores dos instrumentos de autorresposta selecionados para integrar o protocolo de avaliação. De seguida procedeu-se à construção de uma plataforma *online* na qual constava este mesmo protocolo de investigação, incluindo o âmbito e descrição do estudo e seus objetivos. Em simultâneo foi também contactada a Direção da Associação Portuguesa de Fertilidade no sentido de colaborarem no estudo, divulgando o *link* de acesso à plataforma (que contém o protocolo de investigação) e apelando a participação dos seus associados através do seu Fórum na *Internet*, Página do *Facebook* e *Newsletter*, tendo a mesma aceite colaborar.

Mediante a referida divulgação, os participantes acediam à plataforma, sendo informados, como anteriormente referido, acerca do âmbito e objetivos do estudo. A participação era voluntária, mas implicava que facultassem previamente o seu consentimento informado. Após o preenchimento do protocolo de investigação, o mesmo era submetido *online*.

Instrumentos

No presente estudo foram utilizados três instrumentos de autorresposta:

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Este questionário foi construído com o intuito de recolher dados acerca da amostra, quer em termos sociodemográficos, quer em termos clínicos. No que respeita aos dados sociodemográficos foram considerados o sexo, a idade, o estado civil, os anos de casado (a)/união de facto, os anos de escolaridade, a profissão, e a situação profissional (empregado/desempregado). Já no que concerne às variáveis clínicas, foi recolhida informação acerca dos anos de diagnóstico de infertilidade, do tipo de infertilidade, da existência de tratamentos anteriores e de que tipo, do número total de ciclos de tratamento

realizados, do tipo de tratamento atual, se houve ou não recurso a gâmetas de dados e, por último, se os participantes se encontravam a realizar acompanhamento psicológico relacionado com a infertilidade.

Fertility Problem Inventory (FPI; Newton, Sherrard, & Glavac, 1999; versão portuguesa de Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, & Soares, 2012).

O FPI, designado em português como Inventário de Problemas de Fertilidade, é um instrumento de autorrelato constituído por 46 itens, cujo valor total de todos os itens (índice global) reflete o stresse global relacionado com a infertilidade.

Este instrumento contempla cinco subescalas: *Preocupação Social* que diz respeito à sensibilidade perante comentários ou recordações acerca da infertilidade, bem como a sentimentos de isolamento social ou de alienação da família e amigos; a subescala *Preocupação Sexual* que corresponde à diminuição da satisfação e autoestima sexual ou à potencial dificuldade em lidar com a programação rígida das relações sexuais; a subescala *Preocupação com a Relação* que exprime a dificuldade em falar sobre o problema de fertilidade, a compreensão/aceitação das diferenças entre sexos, bem como a preocupação com o impacto da infertilidade na relação conjugal; a subescala *Necessidade de Parentalidade* que pretende avaliar a identificação com o papel parental ou se a parentalidade é tida como um objetivo essencial à vida e, por último a subescala *Rejeição de Estilo de Vida sem Filhos* que avalia a perspetiva negativa de um estilo de vida ou de um estatuto social sem filhos, assim como a necessidade do nascimento de um filho para alcançar uma felicidade futura (Moura-Ramos et al., 2012; Newton et al., 1999).

A escala de respostas é do tipo Likert de 6 pontos, sendo pedido ao indivíduo que avalie o quanto concorda ou discorda com as afirmações apresentadas, numa escala de 1 a 6, onde 1 = “Discordo Fortemente”; 2 = “Discordo Moderadamente”; 3 = “Discordo Levemente”; 4 = “Concordo Levemente”; 5 = “Concordo Moderadamente” e 6 = “Concordo Fortemente”.

O FPI apresentou propriedades psicométricas adequadas no que diz respeito aos valores de consistência interna, quer como medida global, quer no que respeita às diferentes subescalas.

Segundo Newton et al., (1999), o FPI na sua versão original possui uma consistência interna de moderada a elevada, medido pelo coeficiente alpha de Cronbach (α): preocupação Social, $\alpha = .87$; preocupação sexual, $\alpha = .77$; preocupação com a relação, $\alpha = .82$; rejeição do estilo de vida sem filhos, $\alpha = .80$; necessidade de parentalidade, $\alpha = .84$ e stresse global, $\alpha = .93$.

O instrumento na versão portuguesa apresenta também uma boa confiabilidade, com um alfa de Cronbach de 0,77 (preocupação sexual) a 0,87 (interesse social). A escala de stresse global apresentou um alfa de Cronbach de 0,93 (Moura-Ramos et al., 2012).

Na nossa amostra os valores de consistência interna, medida através do alfa de Cronbach, foram os seguintes: preocupação social, $\alpha = .83$; preocupação sexual, $\alpha = .83$; preocupação com o relacionamento, $\alpha = .86$; necessidade de parentalidade, $\alpha = .84$; rejeição de um estilo de vida sem filhos, $\alpha = .83$ e stresse global, $\alpha = .92$.

Other as Shamer-Brief (OAS 2; Goss, Gilbert, & Alan, 1994 versão portuguesa de Matos, Pinto Gouveia, Gilbert, Duarte & Figueiredo, 2014)

Esta escala, constituída por 8 itens com afirmações que remetem para sentimentos e experiências referentes à forma como sentimos que os outros nos veem, ou seja, referentes à visão que os outros têm de nós, é uma versão breve do *Others as Shamer Scale* (Goss, Gilbert, & Alan, 1994) que pretende medir a vergonha externa.

Apresenta uma escala de respostas do tipo Lickert de 4 pontos, onde é solicitado aos participantes que indiquem a frequência com que sentem ou experienciam o que está descrito, tendo como opções de resposta: 0 (Nunca), 1 (Raramente), 2 (Às vezes), 3 (Frequentemente) e 4 (Quase sempre).

Relativamente às propriedades psicométricas a versão portuguesa da escala mostrou uma boa consistência interna (.82), segundo o alfa de Cronbach encontrado (Matos et al., 2014).

O valor de alfa de Cronbach encontrado na presente amostra mostrou uma boa consistência interna de .91.

Análise estatística

A análise estatística dos dados foi realizada por recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para *Windows*.

Ao longo de toda a análise utilizaram-se testes paramétricos, uma vez que a amostra apresenta uma distribuição normal e um N superior a 30, tendo-se também realizado o cálculo de estatísticas descritivas como a análise de frequências, médias e desvios-padrão.

Sempre que foi necessário comparar médias em dois grupos, recorreu-se ao teste t de Student, para amostras independentes, enquanto que para a análise de diferenças nas médias em mais que um grupo, executámos o cálculo da ANOVA (*one-way*).

Paralelamente utilizou-se o teste de correlação de Pearson, com o intuito de avaliar a existência de associação entre variáveis contínuas.

A significância do peso da preocupação social, preocupação sexual, preocupação com a relação e necessidade de parentalidade sobre a vergonha externa foi analisada através de uma regressão linear múltipla com estimação dos parâmetros pelo método da máxima verosimilhança recorrendo ao *software* AMOS (v. 22, SPSS Inc, Chicago, IL).

A distância quadrada de Mahalanobis (D2) foi usada para avaliação da existência de *outliers* e os coeficientes de assimetria (Sk) e curtose (Ku) foram utilizados para avaliar a normalidade das variáveis. Não foram observados *outliers* e os valores de Sk e Ku não indicaram a existência de violações severas à normalidade da distribuição ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$) (Marôco, 2010).

Em todas as análises realizadas utilizou-se o nível de significância estatística de 0,05.

Resultados

Nesta secção serão expostos os resultados mais importantes da presente investigação.

Na Tabela 3 são apresentadas médias e desvios padrão no que respeita às variáveis consideradas no presente estudo, ou seja, em relação à vergonha externa, e às diversas subescalas e valor global do stresse relacionado com a infertilidade.

Tabela 3

Valores médios e desvios padrão das variáveis em estudo.

<i>N = 98</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Vergonha externa (OAS)	8,44	5,84
FPI - Stresse global infertilidade	157,49	35,54
FPI - Preocupação social	33,41	10,92
FPI - Preocupação sexual	22,60	9,16
FPI - Preocupação com a relação	26,97	10,96
FPI - Rejeição de estilo de vida sem filhos	32,67	8,45
FPI - Necessidade de parentalidade	41,84	10,07

Através da observação da tabela anterior podemos verificar que a amostra apresenta valores médios de vergonha externa de 8,44 ($DP = 5,84$) e de stresse global infertilidade de 157,49 ($DP = 35,54$), estando este último subdivididos nas seguintes subescalas: preocupação social ($M = 33,41$; $DP = 10,92$); preocupação sexual ($M = 22,60$; $DP = 9,16$); preocupação com a relação ($M = 26,97$; $DP = 10,96$); rejeição de estilo de vida sem filhos ($M = 31,67$; $DP = 8,45$) e necessidade de parentalidade ($M = 41,84$; $DP = 10,07$).

Na Tabela 4, podem ser observados os resultados dos coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis sociodemográficas (idade, anos de casado (a)/união de facto e anos de escolaridade) e as variáveis em estudo (vergonha externa e stresse relacionado com a infertilidade (stresse global e stresse relacionado com as preocupação social, preocupação sexual, preocupação com a relação, com a rejeição de estilo de vida sem filhos e com a necessidade de parentalidade).

Tabela 4

Correlações entre a idade, anos de escolaridade, anos de casado, e as variáveis em estudo.

<i>N = 98</i>	Idade	Anos casado	Anos de Escolaridade
Vergonha externa (OAS)	0,02	-0,02	0,07
FPI - Stresse global infertilidade	-0,05	-0,01	0,16
FPI - Preocupação social	0,06	0,05	0,31**
FPI - Preocupação sexual	0,07	-0,01	0,21*
FPI - Preocupação com a relação	0,05	0,03	0,11
FPI - Rejeição de estilo de vida sem filhos	-0,25*	-0,08	-0,05
FPI - Necessidade de parentalidade	-0,16	-0,04	-0,05

*A correlação é significativa no nível 0.05

**A correlação é significativa no nível 0.01

As correlações estatisticamente significativas que se verificaram foram essencialmente aquelas que relacionaram a variável anos de escolaridade com a variável preocupação social e preocupação sexual, apresentando uma correlação positiva. Também a variável idade apresentou correlação com a variável rejeição de estilo de vida sem filhos, sendo esta uma correlação negativa, o que significa que com o aumento da idade diminui o stresse relacionado com a rejeição de um estilo de vida sem filhos. Em relação às correlações entre as variáveis em estudo e as variáveis sociodemográficas, observou-se uma correlação média entre a preocupação social e anos de escolaridade, sendo que as outras duas correlações são de pequenas dimensões de acordo com Cohen (1988).

Foram igualmente exploradas as correlações entre as variáveis clínicas, duração da infertilidade e número de ciclos de tratamento realizados não se observando a existência de correlações estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Em concordância com os objetivos definidos procurou-se explorar em que medida existem diferenças entre grupos tendo em conta algumas das variáveis sociodemográficas e clínicas.

De seguida serão apresentados os resultados quando considerada a variável estado civil (Tabela 5). A comparação dos grupos que se encontram casados e aqueles que vivem em união de facto, no que respeita às variáveis em estudo, revelou que os grupos diferem quanto ao stresse global ($t = -2,31$; $p = 0,023$), à rejeição de um estilo de vida sem filhos ($t = -2,37$; $p = 0,020$) e à necessidade de parentalidade ($t = -2,07$; $p = 0,042$), sendo que as pessoas que vivem em união de facto são as que apresentam valores mais elevados.

Tabela 5

Diferenças entre grupos tendo em conta o estado civil.

Estado Civil	Casado(a)		União de Facto		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Vergonha externa (OAS)	8,33	5,92	8,60	5,80	-0,23	0,822
FPI - Stresse global infertilidade	150,76	34,49	165,25	35,18	-2,31	0,023
FPI - Preocupação social	32,97	10,49	34,05	11,63	-0,48	0,632
FPI - Preocupação sexual	21,16	8,93	24,70	9,18	-1,91	0,059
FPI - Preocupação com a relação	25,48	10,89	29,13	10,84	-1,63	0,106
FPI - Rejeição de estilo de vida sem filhos	31,03	8,14	35,05	8,44	-2,37	0,020
FPI - Necessidade de parentalidade	40,12	10,52	44,33	8,94	-2,07	0,042

Tendo sido analisada a existência de diferenças entre grupos referentes ao tipo de infertilidade, relativamente às variáveis em estudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Seguidamente procurou-se comparar os valores médios das variáveis em estudo em função da existência ou não de tratamentos anteriores de infertilidade. A comparação dos grupos que realizaram tratamentos anteriores e aqueles que se encontram a realizar o primeiro tratamento revelou que os grupos diferem apenas em relação à rejeição de um estilo de vida sem filhos ($t = -2,13$; $p = 0,036$), sendo que as pessoas que não realizaram tratamentos anteriormente reportam valores mais elevados, como se pode observar na tabela 6.

Tabela 6

Diferenças entre grupos tendo em conta a existência ou não de tratamentos anteriores.

Tratamentos Anteriores	Sim		Não		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Vergonha externa (OAS)	7,99	5,90	10,10	5,43	-1,48	0,143
FPI - Stresse global infertilidade	154,78	37,25	167,43	26,83	-1,45	0,149
FPI - Preocupação social	33,99	11,20	31,29	9,81	1,01	0,318
FPI - Preocupação sexual	21,87	9,56	25,29	7,07	-1,53	0,130
FPI - Preocupação com a relação	26,00	11,25	30,52	9,22	-1,69	0,094
FPI - Rejeição de estilo de vida sem filhos	31,74	8,82	36,10	5,96	-2,13	0,036
FPI - Necessidade de parentalidade	41,18	10,32	44,24	8,92	-1,24	0,219

Por último, na tabela 7, quando considerados os grupos que estão a ter acompanhamento psicológico relacionado com o problema de fertilidade e aqueles que não estão a ter acompanhamento psicológico, constata-se que os grupos diferem quanto ao stresse global ($t = 2,63$; $p = 0,010$), à preocupação social ($t = 3,34$; $p = 0,001$) e à necessidade de parentalidade ($t = 2,70$; $p = 0,008$), sendo que as pessoas que se encontram a ter acompanhamento psicológico são as que apresentam valores mais elevados.

Tabela 7

Diferenças entre grupos tendo em conta a variável acompanhamento psicológico.

Acompanhamento Psicológico	Sim		Não		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Vergonha externa (OAS)	10,18	6,69	8,07	5,62	1,36	0,179
FPI - Stresse global infertilidade	177,53	30,79	153,28	35,19	2,63	0,010
FPI - Preocupação social	41,06	10,26	31,80	10,42	3,34	0,001
FPI - Preocupação sexual	24,53	10,55	22,20	8,86	0,95	0,342
FPI - Preocupação com a relação	30,35	11,45	26,26	10,80	1,41	0,163
FPI - Rejeição de estilo de vida sem filhos	33,94	7,96	32,41	8,58	0,68	0,499
FPI - Necessidade de parentalidade	47,65	7,67	40,62	10,13	2,70	0,008

De seguida, na tabela 8, são mostrados os resultados das correlações entre as variáveis vergonha externa e stresse relacionado com a infertilidade, quer enquanto medida geral, quer no que respeita às diferentes subescalas.

Tabela 8

Correlações entre a vergonha externa e o stresse relacionado com a infertilidade (total e subescalas).

<i>N</i> = 98	Vergonha externa (OAS)
FPI - Stresse global infertilidade	0,42**
FPI - Preocupação social	0,45**
FPI - Preocupação sexual	0,34**
FPI - Preocupação com a relação	0,31**
FPI - Rejeição de estilo de vida sem filhos	0,05
FPI - Necessidade de parentalidade	0,29**

**A correlação é significativa no nível 0.01

Pode-se verificar, através da tabela anterior, a existência de correlações positivas e estatisticamente significativa entre a vergonha externa e o stresse global relacionado com a infertilidade. Também nas subescalas de preocupação social, preocupação sexual, preocupação com a relação e necessidade de parentalidade se observam correlações positivas e estatisticamente significativas. Trata-se de correlações médias, à exceção da correlação entre a vergonha externa e a necessidade de parentalidade que é de pequena dimensão (Cohen, 1988).

Não se verificou a existência de correlação entre a vergonha externa e a rejeição de um estilo de vida sem filhos.

Com base nos resultados destas correlações, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, considerando a vergonha externa como variável dependente e a preocupação social, sexual, e com a relação, bem como a necessidade de parentalidade como variáveis independentes (Figura 1).

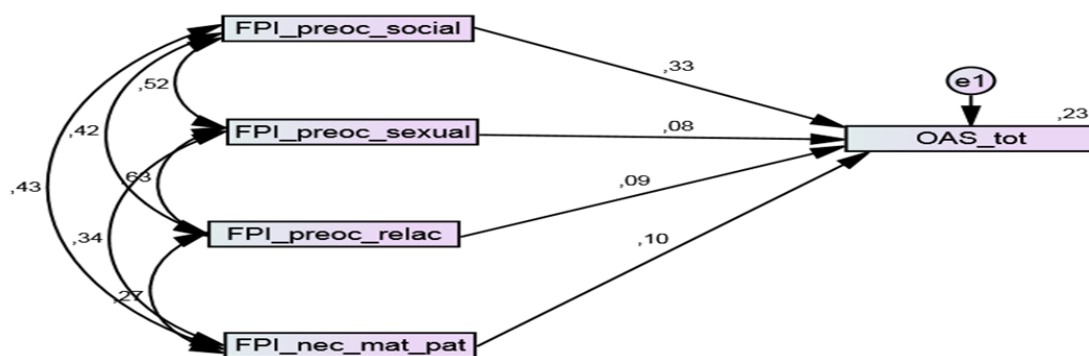


Figura 1. Modelo de regressão.

Este modelo explica 23% da variância observada na vergonha externa ($R^2 = 0,23$). No entanto, a única trajetória significativa foi a da preocupação social sobre a vergonha externa ($\beta_{\text{preocupação social}} = 0,33$; $p = 0,003$), não se mostrando significativas nenhuma das demais trajetórias ($\beta_{\text{preocupação sexual}} = 0,08$; $p = 0,526$), ($\beta_{\text{preocupação relação}} = 0,08$; $p = 0,419$), ($\beta_{\text{necessidade parentalidade}} = 0,10$; $p = 0,306$), assim como as correlações entre os preditores ($p > 0,05$). Como tal, conclui-se que das diferentes dimensões do stresse relacionado com a infertilidade, é a preocupação social aquela funciona como preditora da vergonha externa.

Discussão

O presente estudo procurou explorar a relação entre a vergonha externa e o stresse relacionado com a infertilidade em pessoas com problemas de fertilidade, que se encontravam a ser medicamente acompanhadas para esta condição. Paralelamente procurou-se averiguar a existência de relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e os níveis de vergonha externa e stresse relacionado com a infertilidade.

Analisando as variáveis sociodemográficas verificámos a existência de correlação negativa entre a idade e a rejeição de um estilo de vida sem filhos, querendo isto dizer que com o aumento da idade diminui o stresse causado pela necessidade que o sujeito tem do nascimento de um filho como forma de alcançar uma felicidade futura ou a perspectiva negativa de um estilo de vida ou estatuto social sem filhos (Moura-Ramos et al., 2012; Newton et al., 1999). Tal facto vai ao encontro do estudo realizado por Newton e colaboradores (1999), que verificaram que o stresse associado à infertilidade diminuía com a idade. Também os estudos de Fekkes e colaboradores (2003) descrevem que os casais mais velhos relatam menores dificuldades, nomeadamente em problemas emocionais relacionados com o stresse, comparativamente com os casais mais novos na sua adaptação à não parentalidade. Tais resultados foram interpretados como um processo de adaptação à situação de infertilidade, tendo por base que os casais mais velhos têm uma história mais longa de infertilidade, provocando alterações a nível de perspectivas acerca do mundo, aceitando melhor a condição clínica a que estão sujeitos (Lee, Choi, Chan, Chan & Ng, 2009). Tal facto faz ainda com que estes indivíduos comecem a valorizar outros objetivos na sua vida, alcançando a realização pessoal através de outras atividades e papéis (Moura-Ramos, 2011).

Também a variável anos de escolaridade apresentou correlação positiva com a preocupação social e a preocupação sexual, ou seja, os anos de estudo poderão aumentar a sensibilidade a comentários ou recordações acerca da infertilidade, sentimentos de isolamento social ou de alienação com a família e amigos. Pode ainda interferir com a dificuldade em

lidar com a programação rígida das relações sexuais e com a consequente diminuição da satisfação e autoestima sexual (Moura-Ramos et al., 2012; Newton et al., 1999).

Relativamente às variáveis clínicas analisadas, duração da infertilidade e número total de ciclos de tratamentos realizados, parecem não se associar, de forma significativa, com nenhuma das nossas variáveis em estudo, ou seja, a vergonha externa e o stresse relacionado com a infertilidade. A este propósito, investigações anteriores apresentam resultados inconclusivos, tendo havido dificuldade em estabelecer uma relação entre estas variáveis e a adaptação à problemática, com estudos a indicarem que existe um aumento do stresse e da psicopatologia ao longo do tempo (Berg & Wilson, 1991; Ramazanzadeh et al., 2004; Guerra, Llobera, Veiga & Barri, 1998) e outros a apontarem para a inexistência de qualquer relação entre a psicopatologia e a duração da infertilidade (Benyamini, Gozlan & Kokia, 2005; Fekkes et al., 2003). Da mesma forma, também existem estudos relativamente ao número de ciclos de tratamento realizados que apontam para uma associação positiva com a psicopatologia (Guerra et al., 1998), enquanto que noutros estudos não foram encontrados efeitos (Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer, & Kraaimaat, 2005).

Na sequência da nossa investigação, consideramos pertinente analisar a existência de diferenças entre grupos relativamente às variáveis estado civil, tipo de infertilidade, tratamentos anteriores e acompanhamento psicológico, verificando a sua eventual ligação com a vergonha externa e o stresse relacionado com a infertilidade.

Quando considerada a variável estado civil, os grupos diferem quanto ao stresse global, à rejeição de um estilo de vida sem filhos e à necessidade de parentalidade, sendo que as pessoas que vivem em união de facto são as que apresentam valores mais elevados. Face a estes resultados hipotetizamos que estas pessoas possam considerar que a existência de filhos funcione como um elemento de coesão no casal, sendo menos recetivas à possibilidade de perspetivar uma vida em comum sem filhos, valorizando o papel de mãe/pai.

Relativamente ao tipo de infertilidade não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos, ou seja, não se verificou uma associação entre o tipo de infertilidade, a vergonha externa e o stresse relacionado com a infertilidade, pelo que a vergonha externa e o stresse não parecem estar relacionados com a causa da infertilidade, talvez porque cada vez mais a infertilidade é entendida como um problema do casal, independentemente do fator que teve a sua origem (Moura-Ramos, 2011). Efetivamente, estudos realizados por Fekkes e colaboradores (2003), demonstram que a causa da infertilidade não influencia a adaptação dos sujeitos à problemática. No entanto, Lykeridou e colegas

(2009), defendem que o impacto psicológico da infertilidade pode estar relacionado com a sua etiologia.

A comparação dos grupos que realizaram tratamentos anteriores e aqueles que se encontram a realizar o primeiro tratamento revelou que os grupos diferem apenas em relação à rejeição de um estilo de vida sem filhos, sendo que as pessoas que não realizaram tratamentos anteriormente reportam valores mais elevados. O aumento de stresse por parte das pessoas que se encontram a realizar o primeiro tratamento, juntamente com a não aceitação de uma vida sem filhos, vai ao encontro do estudo de Holter, Anderheim, Bergh e Möller (2006), que demonstrou que as mulheres apresentaram uma maior desejo pela parentalidade, nas semanas antes de iniciarem o seu primeiro ciclo de tratamento, ao passo que com o aumento dos ciclos de tratamentos realizados, se vão perdendo as esperanças de conseguir ter um filho, havendo uma maior aceitação da hipótese de não serem pais biológicos.

Quando considerados os grupos que estão a ter acompanhamento psicológico relacionado com o problema de fertilidade e aqueles que não estão a ter acompanhamento psicológico, constata-se que os grupos diferem quanto ao stresse global, à preocupação social e à necessidade de parentalidade, sendo que as pessoas que se encontram a ter acompanhamento psicológico são as que apresentam valores mais elevados. Estes resultados seriam, em nosso entender, de algum modo expectáveis dado que tendem a ser as pessoas em que a infertilidade tem um maior impacto psicológico as que terão maior probabilidade de procurar ajuda profissional.

Por fim, e tendo em conta o principal objetivo do presente estudo verificamos a existência de correlações positivas e estatisticamente significativa entre a vergonha externa e o stresse global de infertilidade. Também nas subescalas de preocupação social, preocupação sexual, preocupação com a relação e necessidade de parentalidade se observam correlações positivas e estatisticamente significativas, ao passo que na rejeição de um estilo de vida sem filhos não foi encontrada a existência de correlação com a vergonha externa. Querendo isto dizer que os indivíduos com maior vergonha externa, ou seja, aqueles que acreditam existir de forma negativa na mente dos outros, tendem a apresentar maior stresse relacionado com os seus problemas de infertilidade. Com efeito, face à valorização social que a parentalidade continua a ter nos nossos dias, consideramos mais provável que as pessoas que enfrentam dificuldades em conceber possam considerar que os outros os veem como diferentes ou inferiores (Gilbert, 1997).

Conclui-se, portanto, que a vergonha externa parece ter um papel importante e influenciador em manifestações psicopatológicas como o stresse, não só na população não clínica como em populações clínicas específicas, nomeadamente na infertilidade.

Tendo por base os resultados destas correlações, foi ainda realizada uma análise de regressão linear múltipla, considerando a vergonha externa como variável dependente e a preocupação social, sexual, e com a relação, bem como a necessidade de parentalidade como variáveis independentes, tendo-se verificado que a única trajetória significativa foi a da preocupação social sobre a vergonha externa. Neste contexto, considera-se assim que das diferentes dimensões do stresse relacionado com a infertilidade, é a preocupação social aquela funciona como preditora da vergonha externa.

Refletindo sobre os resultados obtidos na nossa investigação hipotetizamos que a vergonha externa, induzida sobretudo pela preocupação social, poderá ser preditora de stresse na problemática da infertilidade que por sua vez poderá interferir com a tomada de decisão para a continuação dos ciclos de tratamento ou intervir negativamente nos resultados dos tratamentos, levando à não concretização do desejo da parentalidade.

Os resultados apontam assim para a necessidade do desenvolvimento de programas de intervenção psicológica com estes indivíduos, tal como defendido por Moreira, Melo, Tomaz e Azevedo (2006) que sugerem que o acompanhamento psicológico nos serviços de reprodução humana deveria ocorrer em pelo menos dois níveis: no início do tratamento com uma avaliação psicológica, com o objetivo de identificar de forma preventiva os sujeitos que apresentam problemas de ajustamento emocional, possibilitando o encaminhamento para acompanhamento psicológico específico e, num segundo nível, com o apoio psicológico durante e após cada intervenção médica, para proporcionar a esses indivíduos auxílio nas tomadas de decisão, alívio das suas angústias e receios, modificação de padrões nocivos de comportamento e técnicas de relaxamento.

Contudo, os resultados do presente estudo deverão ser lidos, com alguma cautela, face a um conjunto de limitações metodológicas. Como limitações destacamos o número reduzido de participantes, sobretudo do sexo masculino; o facto de se tratar de um estudo de desenho transversal e a recolha de dados ter sido realizada apenas com recurso a instrumentos de autorresposta. Deste modo, futuras investigações deverão ter por base uma amostra de dimensões superiores e representativa dos dois géneros, de forma a confirmar os nossos resultados, permitir comparar as variáveis em estudos e eventuais diferenças em função do sexo. Seria ainda importante a realização de um estudo longitudinal e com recurso, não só a instrumentos de autorresposta, como também a entrevista estruturada, por forma a recolher

informação mais abrangente e obter uma melhor compreensão acerca da relação causal entre as variáveis.

Independentemente das limitações anteriormente apontadas, o presente estudo possibilita uma maior compreensibilidade da vivência psicológica da infertilidade e das respostas psicológicas face às exigências do tratamento médico, contribuindo também para fornecer indicações mais específicas quanto à avaliação e intervenção psicológica a realizar com estes indivíduos, nomeadamente considerando variáveis como a vergonha e o stresse associado à infertilidade.

Bibliografia

American Society for Reproductive Medicine. (2015). Infertility. Acedido em 09, dezembro, 2015, em <http://www.reproductivefacts.org/topics/detail.aspx?id=36>

Associação Portuguesa de Fertilidade. (2015). Acedido em 09, dezembro, 2015, em http://www.apfertilidade.org/Infertilidade_O_que_e.html

Bento, M. (2014). *A satisfação conjugal e sexual dos casais inférteis: O impacto da infertilidade*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Lisboa.

Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83, 275-283. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.10.014

Berg, B. J., & Wilson, J. F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of behavioral Medicine*, 14, 11-26.

Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22, 1506-1512. doi: 10.1093/humrep/dem046.

Campbell, S. M., Dunkel-Schetter, C., & Peplau, L. A. (1991). Perceived control and adjustment to infertility among women undergoing in vitro fertilization. In A. L. Stanton, & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 133-156). New York: Plenum Press.

Cedars, M. I. (2005). *Infertility: practical pathways in obstetrics & gynecology*. San Francisco: McGraw-HILL.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: L. Erlbaum Associates.

Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. (2015). *Relatório: Atividade desenvolvida pelos centros de PMA em 2013*. Lisboa.

Cousineau, T.M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2 (2), 293-308.

Davajan, V., & Israel, R. (1991). Diagnosis and medical treatment of infertility. In A. L. Stanton, & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 17-28). New York: Plenum Press.

Deka, P., & Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, 3 (3), 32 – 33.

Delgado, M. (2007). *O desejo de ter um filho...As vivências do casal infértil*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Aberta, Lisboa.

Domar, A. D., Smith, K., Conboy, L., Iannone, M., & Alper, M. (2010). A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 94 (4), 1457-1459. doi: S0015-0282(09)01322-3 [pii]10.1016/j.fertnstert.2009.06.020

Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of Marital and Sexual Interactions of Polish Infertile Couples. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 3335 – 3346.

Edelman, R.J., Humphrey, M., & Owens, D.J. (1994). The meaning of parenthood and couples reactions to male infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 291 – 299.

Elfering, A., Grebner, S., Gerber, H., & Semmer, N. K. (2008). Workplace observation of work stressors, catecholamines and musculoskeletal pain among male employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 34, 337 – 344. doi:10.5271/sjweh.1280

Elliott, S. (1998). The relationship between fertility issues and sexual problems in men. *Can J Hum Sex*, 7: 295 – 303.

Faria, D. (2011). *O impacto das experiências de vergonha nos adolescentes*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Fekkes, M., Buitendijk, S. E., Verrips, G. H., Braat, D. D. M., Brewaeys, A. M., Dolfing, J. G., Kortman, M., Leerentveld, R. A., & Macklon, N. S. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*, 18, 1536-1543. doi: 10.1093/humrep/deg276

Ferreira, A., Silva, I., Brito, M., Dias, N., Henriques, C. & Santos, M. (2011). Entre sonhos e anseios...as vivências da mulher infértil. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1(4), 577-584.

Galhardo, A. (2012). *Infertilidade em Portugal: Aspectos psicológicos e estudo de eficácia do Programa Baseado no Mindfulness para a Infertilidade*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 113-147.

Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3-36). New York: Oxford University Press.

Gilbert, P., & Andrews, B. (1998). *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology, and culture*. New York: Oxford University Press.

Gilbert, P., & Miles, J. (2000). Sensitivity to Social Put-Down: its relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774. doi:10.1016/S0191-8869(99)00230.

Gilbert, P., & Miles, J. (2002). *The body shame: conceptualization, research, and treatment*. New York: Paul Gilbert and Jeremy Miles.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassion mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.

Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures. I: The 'other as shamer scale'. *Personality and Individual Differences*, 17: 713– 717.

Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45 (11), 1679-1704.

Greil, A.L., Porter, K.L., & Leitko, T.A. (1989). Sex and intimacy among infertile couples. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 2, 117-38.

Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A., & Barri, P. N. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13, 1733-1736. doi: 10.1093/humrep/13.6.1733

Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment: Short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21, 3295-3302. doi: 10.1093/humrep/del288

Instituto Nacional de Estatística, Gabinete de Estudos, Área Demográfica e Social. (1998). Inquérito à fecundidade e família - 1997. Resultados preliminares. Lisboa: INE.

Kaufman, G. (1989). *The Psychology of Shame: Theory and Treatment of Shame-based Syndromes*. New York: Springer.

Keye, W. R. (1999). Medical aspects of infertility for the counselor. In L. H. Burns, & S. N. Covington (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 27-46). New York: The Parthenon Publishing Group.

Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L., & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76, (4), 675- 687.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lee, G. L., Choi, W. H., Chan, C. H., Chan, C. L., & Ng, E. H. (2009). Life after unsuccessful IVF treatment in an assisted reproduction unit: A qualitative analysis of gains through loss among Chinese persons in Hong Kong. *Human Reproduction*, 24, 1920-1929. doi: 10.1093/humrep/dep091

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.

Leiblum, S. R., Aviv, A., & Hamer, R. (1998). Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Human Reproduction*, 13 (12), 3569-3574.

Lewis, M. (2003). The role of the self in shame. *Social Research*, 70, 1181-1204.

Lipp, M. E. N., & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia Reflexão & Crítica*, 15 (3).

Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., & Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 27, 223-237.

Malinauskas, R. (2010). The associations among social support, stress, and life satisfaction as perceived by injured college athletes. *Social Behavior and Personality*, 38 (6): 741-752.

Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Matheny, K. B., Roque-Tovar, B. E., & Curlette, W. L. (2008). Perceived stress, coping resources, and life satisfaction among U. S. and Mexican college students: A crosscultural study. *Anales de Psicología*, 24 (1), 49-57.

Matos, M., Pinto - Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). *Other as Shamer: Versão Portuguesa e propriedades psicométricas de uma medida de vergonha externa*. Manuscrito submetido para publicação.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte, C., & Figueiredo, C. (2014). The Other As Shamer Scale-2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences* 74 (2015) 6–11.

Mollen, D. (2006). Voluntarily childfree women: Experiences and counseling considerations. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 269-284.

Moreira, S., Melo, C., Tomaz, G., & Azevedo, G. (2006). Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]*. vol.28, n.6, pp.358-364. ISSN 0100-7203. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000600007>

Moura-Ramos, M. (2011). *Adaptação psicossocial de casais portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra.

Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Soares, I. (2012). Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human Reproduction*, 27 (2), 496-505. doi: 10.1093/humrep/der388

Myers, L.B., & Wark, L. (1996). Psychotherapy for infertility: a cognitive-behavioral approach for couples. *The American Journal of Family Therapy*. 24 (1), 9-20.

Nathanson, D. L. (1994). *Shame and pride. Affect sex and the birth of the self*. New York: Norton Paperbacks.

Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72 (1), 54-62

Parreira, A. (2006). *Gestão do stress e da Qualidade de Vida: Um guia para a ação*. Lisboa: Monitor.

Peterson, B.D., Newton, C.R., & Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 88 (4), 911-914.

Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., & Schulman, R.S. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, 55 (2), 227-239.

Peterson, B.D., Pirritano M., Christensen U., & Schmidt L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23 (5), 1128-1137.

Petok, W.D. (2006). The psychology of gender-specific infertility diagnosis. In Covington SN, Burns LH (eds). *Infertility Counselling a Comprehensive Handbook*. New York, USA: Cambridge University Press, 37–60.

Ramazanzadeh, F., Aghssa, M., & Jafarabadi, M. (2006). Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 85 (1), 139-143.

Ramazanzadeh, F., Aghssa, M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4(9). doi: 10.1186/1472-6874-4-9

Ramazanzadeh, F., Noorbala, M.D., Abedinia, N., & Naghizadeh, M. (2009). Emotional adjustment in infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 17 (3), 97-103.

Read, J. (2004). Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *British Medical Journal*, 329 (7465), 559-561.

Repokari, L., Punamäki, R. L., Unkila-Kallio, L., Vilks, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A., & Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22 (5), 1481-1491.

Ridenour, S., Yorgason, J., & Peterson, B. (2009). The Infertility Resilience Model: Assessing Individual, Couple, and External Predictive Factors. *Contemporary Family Therapy*, 31 (1), 34-51.

Santos, A. T., & Moura-Ramos, M. (2010). *Esterilidade e procriação medicamente assistida* [Sterility and assisted reproduction]. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling*, 59 (3), 244-251.

Sewall, G., & Burns, L. H. (2006) *Involuntary Childlessness*. Infertility Counseling – A Comprehensive Handbook for Clinicians. In Covington, S.N. and Hammer Burns, L. (editors). Cambridge University Press.

Silva, S. (2011). *Perceções de qualidade relacional e de stresse na vivência da infertilidade*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Porto.

Silva-Carvalho, J. L., & Santos, A. (2009). *Estudo Afrodite caracterização da infertilidade em Portugal I – estudo na comunidade*. Porto: Universidade do Porto.

Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22 (8), 2309-2317.

Thorn, P. (2009). Understanding infertility: Psychological and social considerations from a counselling perspective. *International Journal of Fertility and Sterility*, 3(2), 48-51.

Tracy, J. L., Robins, R. W., & Tangney, J. P. (2007). *The self-conscious emotion: Theory and Research*. Guilford Press: New York.

Ulbrich, P. M., Coyle, A., & Llabre, M. M. (1990). Involuntary childlessness and marital adjustment: His and hers. *Journal of Sex Marital Therapy*, 16 (3), 147-158.

Vaz-Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria clínica*, 21(4), 279-308.

Vaz-Serra, A. (2000b). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria clínica*, 21(4), 261-278.

Vaz-Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias* (2ª edição). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

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, 181-190. doi: 10.1007/s10865-005-3667-0

Wang, K., Li, J., Zhang, J. X., Zhang, L., Yu, J., & Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility*, 87, 792-798. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.07.1534

Wilson, J.F., & Kopitzke, E.J. (2002). Stress and infertility. *Curr Womens Health Rep.* 2,194–199.

World Health Organization. (2003). *Progress report in reproductive health research* (Vol. 63). Geneva.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., & van der Poel, S. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology. *Human Reproduction*, 24, 1-5. doi: 10.1093/humrep/dep343