

GUIDA MARIA TABANÊZ FONSECA

PSICOPATOLOGIA NA INFERTILIDADE



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação apresentada ao ISMT para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Clínica Ramo Terapias Cognitivo-
Comportamentais**

COIMBRA, 2016



Psicopatologia e Infertilidade

Guida Maria Tabanêz Fonseca

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Clínica Ramo Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo

Coimbra, outubro 2016

Agradecimentos

Agradeço a todos os que contribuíram e me apoiaram para que eu chegasse ao fim deste percurso, em especial à minha família:

À minha filha Maria Inês, a minha fonte de inspiração e de força.

À minha mãe que permitiu que de forma segura e descansada me pudesse dedicar a esta fase da minha vida académica e pré-profissional, obrigada Mãe por ser quem é e me ter feito quem sou hoje.

Ao meu pai que apesar ausente está sempre presente nas minhas conquistas, a Ele dedico esta conquista.

À Professora Doutora Ana Galhardo pela disponibilidade, pela partilha de saber, pelas orientações, pelos conselhos.

A todos os participantes deste estudo, bem como a todos os meios de divulgação do mesmo.

Se neste momento de alguém me esqueci é porque o cansaço e a vontade de terminar me tolhem o pensamento. Mas grata a todos os que pacientemente me acompanharam neste meu percurso académico e na conquista de um sonho, agradeço o valioso contributo, sem eles isto não seria possível.

*“Tudo o que um sonho precisa para ser
realizado é alguém que acredite que ele
possa ser realizado”*

Roberto Shinyashiky
In Associação Portuguesa de Fertilidade

Resumo

Introdução: A infertilidade afeta 15% dos casais ocidentais e 9% das mulheres em idade reprodutiva. As consequências da infertilidade têm um impacto na vida conjugal, familiar e social e podem conduzir a manifestações psicopatológicas. Neste sentido, os estudos têm produzido resultados inconclusivos, com alguns deles a apontar elevados níveis de psicopatologia em pessoas com infertilidade e outros a referir que, apesar da reatividade emocional face ao diagnóstico, a maioria dos casais tende a ajustar-se psicologicamente.

Objetivos: O presente estudo pretendeu avaliar os sintomas psicopatológicos em mulheres que apresentam diagnóstico de infertilidade e se encontram a realizar tratamento médico para a mesma, explorando a eventual existência de associação entre estes sintomas e variáveis sociodemográficas e clínicas. Procurou-se também analisar em que medida os sintomas emocionais negativos permitem prever os níveis de stresse relacionado com a infertilidade.

Metodologia: Estudo transversal com 96 mulheres com diagnóstico de infertilidade. Os participantes preencheram *online* uma bateria de instrumentos de autorresposta, na qual se recolheu informação sociodemográfica e clínica e se avaliaram sintomas emocionais negativos (ansiedade, depressão e stresse) e stresse relacionado com a infertilidade.

Resultados: Os resultados obtidos demonstraram que a idade, os anos de escolaridade, bem como os anos de casamento, não se encontram associados com o bem-estar psicológico das mulheres. Ao contrário da formalização do casamento que parece ser um fator protetor, quem procura apoio psicológico apresenta mais sintomatologia. A depressão foi a única patologia que apresentou uma trajetória capaz de explicar o stress relacionado com a infertilidade.

Discussão: A dificuldade conceptiva poderá ser um acontecimento de vida conducente a psicopatologia, sendo que os sintomas depressivos parecem funcionar como um fator de risco para maiores níveis de stresse relacionado com a infertilidade. Neste sentido as intervenções psicoterapêuticas dirigidas a mulheres com infertilidade devem contemplar este aspeto de modo a poderem ser mais eficazes.

Palavras-chave: psicopatologia, depressão, ansiedade, stresse, stresse relacionado com a infertilidade.

Abstract

Introduction: Infertility affects 15% of western couples and 9% of women in reproductive age. Infertility has social, marital and family life impact and may lead to psychopathological symptoms. Studies have produced mixed results with some pointing to high levels of psychopathology in people with infertility, while others noted that, despite the emotional reactivity to the infertility diagnosis, most couples tend to adjust.

Objectives: This study aimed to address psychopathological symptoms in women dealing with infertility and pursuing medical treatment for this condition, exploring the existence of any association between these symptoms and sociodemographic and clinical variables. It also sought to examine to what extent the negative emotional symptoms allow to predict the infertility-related stress levels.

Methods: A cross-sectional study was conducted in a sample of 96 women diagnosed with infertility. Participants completed a set of self-report instruments, available online. Sociodemographic and clinical data were collected and negative emotional symptoms (anxiety, depression and stress) and infertility-related stress were assessed.

Results: The results showed that age, years of education, as well as the years of marriage, are not associated with psychological well-being of women. In contrast to the formalization of marriage that seems to be a protective factor, those who have psychological support showed more psychopathological symptoms when compared to participants that were not receiving psychological intervention. Depression was the only condition that presented a trajectory able to explain stress-related infertility.

Discussion: Experiencing difficulties in conceiving may be a life event leading to psychopathology and depressive symptoms seem to work as a risk factor for higher infertility-related stress levels. Consequently, psychotherapeutic interventions for women facing infertility and the demands of medical treatment should address this aspect so that they can be more effective.

Keywords: psychopathology, depression, anxiety, stress, infertility stress-related.

Introdução

Infertilidade

Na base do cérebro, a glândula hipotalâmica produz uma hormona chamada gonadotrofina (GnRH), que, por sua vez, estimula uma outra glândula conhecida como hipófise, que está situada logo abaixo do hipotálamo. A hipófise liberta duas importantes hormonas envolvidas na reprodução: a Hormona Folículo Estimulante (FSH), a Hormona Luteinizante (LH). A LH atua na manutenção do corpo lúteo ovárico e ajuda a manter a produção da progesterona e estrogénios. A FSH estimula o crescimento folicular e também mantém os níveis de estrogénio. Existe uma tese de que a regulação do número de folículos depende da produção da gonadotrofina, que atuando sobre a manutenção do corpo lúteo do ovário, ajuda a manter a produção de progesterona, isto é, que o recrutamento folicular é dependente da gonadotrofina (Lunenfeld & Insler, 1997; Mais et al., 1986). Lunenfeld e Insler (1997) afirmavam que existia a capacidade de controlar, monitorizar e regular o crescimento folicular (dependente da gonadotrofina), no entanto, consideravam que ainda não tinham o *know-how* teórico nem a capacidade técnica para aumentar o número de folículos antes destes se tornarem dependentes da gonadotrofina ou para controlar os processos que levam à degeneração, à atresia folicular (degeneração de folículos imaturos, sua reabsorção e conseqüente morte folicular) ou apoptose de folículos ou óvulos (via de morte preferencial neste processo, podendo haver casos em que é substituída por outros processos como a autofagia). Por esse motivo, os autores defendiam a necessidade de um investimento nesta área que levasse à descoberta de um instrumento afinado que permitisse o controle de toda a extensão do desenvolvimento folicular com um impacto significativo sobre o potencial reprodutivo das mulheres (Lunenfeld & Insler, 1997).

A investigação recente tem documentado que os problemas de fertilidade podem afetar negativamente os sujeitos que sofrem dessa condição, impondo-lhe um obstáculo importante ao cumprimento de um objetivo de vida (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, & Soares, 2012). O Inventário de problemas de Fertilidade (FPI), pode ser o instrumento que Lunenfeld e Insler (1997) consideravam necessário para avaliar o stresse da infertilidade e o impacto sobre os vários aspetos da vida dos pacientes com infertilidade.

Com efeito o FPI avalia o stress relacionado com a infertilidade nas dimensões da vida social, conjugal e sexual (Moura-Ramos et al., 2012).

Os avanços nas tecnologias de reprodução assistida, como a fertilização *in vitro* (FIV), podem oferecer esperança para muitos casais onde o tratamento está disponível, embora existam barreiras em termos de cobertura médica e acessibilidade (Cousineau & Domar, 2007). Talvez, por isso, esteja a acontecer um fenómeno global crescente de turismo médico e reprodutivo, também conhecido como "turismo da fertilidade ou de procriação" onde existe um conjunto de serviços destinados a candidatos de uma instituição, jurisdição ou país onde o tratamento não está disponível para outra instituição, jurisdição ou país onde se pode obter o tipo de reprodução medicamente assistida que eles desejam. São indivíduos com infertilidade ou casais que viajam através das fronteiras nacionais e internacionais, com a intenção de receber aconselhamento médico, tecnologia de tratamentos de reprodução assistida, e, em alguns casos, os gâmetas de doadores ou embriões (Inhorn & Patrizio, 2009). São vários os diagnósticos de infertilidade bem como os tratamentos e técnicas de reprodução medicamente assistida (RMA). Não existe uma técnica de RMA específica para cada diagnóstico, embora umas pareçam ser mais eficazes do que outras, esta eficácia é muito mais dependente do caso do que do especialista. Cada uma das técnicas de RMA tem custos diferentes e aplicações diferenciadas.

A problemática da infertilidade encontra-se relacionada com a dificuldade de lhe atribuir uma definição que possa ser aceite por todas as áreas que a estudam. Esta dificuldade, envolvida em alguma ambiguidade face à confusão com o conceito de esterilidade (Remoaldo, Machado, Reis, Pereira, & Xavier, 2004), torna necessário conhecer como é que a infertilidade é definida, quer em termos médicos, quer em termos sociais.

Por sua vez a definição adotada em 1994, na Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento que teve lugar no Cairo, remete a problemática para a Saúde Reprodutiva. Esse conceito de Saúde Reprodutiva, foi definido pela Organização Mundial da Saúde como a capacidade de cada um de se reproduzir de forma a conseguir um filho saudável, com garantia de sobrevivência e que da gravidez e parto não ocorram riscos para a saúde da Mãe (Remoaldo, Machado, & Reis, 2005). Mas a definição clássica da infertilidade é a ausência de concepção após 12 meses de relações sexuais regulares, sem proteção. É sabido, no entanto, que muitos casais concebem sem tratamento depois de mais de 12 meses. A Organização Mundial da Saúde (OMS)

recomenda 24 meses de relações sexuais desprotegidas como a definição preferida daquela condição. Esta discrepância nas definições ocorre porque na prática clínica é importante iniciar o tratamento o mais cedo possível, enquanto que na pesquisa epidemiológica é importante reduzir o número de falsos positivos (Larsen, 2005).

No entanto, a infertilidade não se resume às suas características médicas, sendo que Greil (1997) analisou a literatura sobre o impacto psicossocial da infertilidade, com especial atenção para a relação entre gênero e a experiência da infertilidade. Para o autor a literatura que trata o sofrimento psíquico que envolve estas pessoas, mostra pouca consideração para a construção social da infertilidade, pois segue um modelo médico do impacto psicossocial da infertilidade, entendendo-a como uma característica individual e negligenciando-a enquanto uma característica/ situação social.

Galhardo (2012) refere que a infertilidade constitui uma condição clínica cujas características não se circunscrevem ao domínio médico e exercem um impacto significativo na vida dos casais que se veem confrontados com esta situação, não apenas em termos médicos, mas também a nível psicológico e social.

A este propósito o estudo de Gameiro, Canavarro, e Soares (2012) alerta para o impacto de problemas de fertilidade em vários domínios da vida e as representações sobre a importância deste fenómeno na vida do indivíduo.

No que respeita à prevalência da infertilidade estima-se que em Portugal, existam pelo menos 120 mil casais em idade reprodutiva que sofrem de infertilidade (R. Silva, 2016). Em 2009 foi realizado um estudo com o objetivo de caracterizar a infertilidade em Portugal e, segundo este, a infertilidade ao longo da vida afeta cerca de 9% das mulheres portuguesas em idade reprodutora e 15% dos casais de países ocidentais (Silva-Carvalho & Santos, 2009). De acordo com este estudo, 31% das mulheres portuguesas desconhecem a causa do seu problema e apenas 43% a 48% das mulheres com infertilidade ao longo da vida recorrem a consulta médica, sendo que as que realizam ciclos de procriação medicamente assistida são só 25%.

Embora 80% dos casos de infertilidade estejam relacionados com problemas na mulher, no homem ou no casal, o estudo AFRODITE revelou que a maioria das mulheres com problemas de fertilidade consideram que a sua dificuldade em engravidar é devida ao facto de não terem querido ter filhos mais cedo (Silva-Carvalho & Santos, 2009).

Estima-se que já tenham nascido mais de 6 milhões de crianças como resultado do uso de técnicas de RMA (SNS, 2016) e de acordo com o Reproductive Health Report

(Jahn et al., 2011) há já países europeus em que 3% ou mais das crianças nascidas resultam de técnicas de RMA.

Comparando as taxas de fertilidade de 2008 com 2000, todos os países da EU aumentaram as taxas [com exceção de Portugal (-11,6%), Luxemburgo (-8,5%), Chipre (-11%) e Malta (-15,3%)]. Talvez tenha sido esta realidade que proporcionou em Portugal que o número de crianças geradas a partir da RMA já representassem 2,5% dos nascimentos de 2013, colocando-nos assim junto de países com Finlândia e Suécia no que respeita à RMA (Machado et al., 2014).

Consequências gerais e psicopatológicas da infertilidade

A infertilidade é considerada como uma crise de vida, e como todas as crises, produz uma alteração do equilíbrio emocional que causa desorganização, tristeza, inquietação, ansiedade, perda de esperança e, por vezes, sentimentos de culpa. Se o objetivo primordial de vida estiver centrado na maternidade, pode ser assustadora a ideia de nunca se conseguir vir a ser mãe, sobretudo nos casos em que a frustração de não conseguir engravidar e o sentimento de falta de controlo sobre o seu corpo faz reagir com raiva, perante uma situação sobre a qual não tem controlo e que não depende em nada do seu esforço.

Jose-Miller, Boyden e Frey (2007) apontam várias causas para a infertilidade. Para os autores a infertilidade é sempre do casal, embora a infertilidade feminina possa ser devida a doenças endócrinas, doenças que envolvem os ovários ou problemas relacionados com as doenças do útero, infeções, à idade e à endometriose. No caso do homem a infertilidade estará, muitas vezes, relacionada com todas as doenças que alterem a quantidade, a motilidade e a morfologia dos espermatozoides. Contudo, existem causas comuns a um casal e que podem provocar infertilidade, como o tabaco, o álcool, o consumo de drogas, o stresse, o tipo de alimentação, entre outros (Dechanet et al., 2011; R. Silva, 2016). Outro grupo de causas de infertilidade, que podem afetar, tanto as mulheres, como os homens, em idade reprodutiva são as genéticas, as infeções de transmissão sexual como a gonorreia, e outras infeções genitais na mulher ou a qualidade do esperma, no homem (Greil, 1997; Guzick & Swan, 2006; Jose-Miller et al., 2007; Remoaldo et al., 2004; R. Silva, 2016; Silva-Carvalho & Santos, 2009; Wang et al., 2016).

Os casais com infertilidade passam por um sofrimento psicológico intenso, em relação a si próprios, à família, amigos, sociedade e ao trabalho e não é recente a assunção de que

as causas e as consequências de infertilidade são múltiplas e podem incluir repercussões em termos de sofrimento pessoal e social (Cousineau & Domar, 2007), pelo que a definição da mesma não pode ser sempre restritamente de cariz médico.

O impacto emocional da infertilidade tem sido amplamente estudado, mas os fatores que podem ter um papel protetor não têm tido a mesma atenção. A perceção de autoeficácia envolve processos cognitivos, de autorregulação afetivos e motivacionais e estabelece as competências adequadas para enfrentar a infertilidade de forma positiva (Galhardo, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2016).

Sendo comum a diferença na reação de cada um à infertilidade, com os homens a evitar falar no problema e as mulheres a tenderem a ruminar sobre ele, isso pode criar alguns ressentimentos e dificuldade de comunicação. A reação dos homens à situação de infertilidade não está diretamente relacionada com a causa de infertilidade, mas com o grau de perturbação emocional da sua companheira.

Contudo, nos casos de infertilidade de causa masculina, o homem pode sentir a sua autoestima afetada e o sentimento de uma menor competência sexual (Shapiro, 1988).

Impacto global na vida conjugal, familiar e social

O diagnóstico de infertilidade pode influenciar a autoestima, a vida profissional e social, bem como o relacionamento do casal.

O casal deve aprender estratégias de redução do stresse, não para conseguir engravidar, mas para aumentar a qualidade de vida.

Tomar consciência que existe um problema de fertilidade no casal é, muitas vezes, recebido com choque e dificuldade em aceitar o diagnóstico. Poderá haver algum isolamento social, pois o casal evita o contacto com outros casais com crianças, grávidas, aniversários, etc. e poderá haver diminuição da frequência e qualidade do relacionamento sexual, decorrente de relações sexuais programadas ou uma valorização do objetivo reprodutivo da sexualidade em detrimento da sua função de proporcionar prazer e ligação entre o casal (Engler, 2009).

A intervenção psicológica direciona-se sobretudo na ajuda para lidar com diagnóstico de infertilidade e os seus efeitos na autoestima, relacionamento interpessoal e conjugal e aumento da qualidade de vida, que tende a piorar se o casal não conseguir criar estratégias para enfrentar o longo e por vezes, penoso percurso para conseguir ter filhos (Stotland, 2010).

É importante que o casal consiga ajustar a sua atitude face ao diagnóstico e aos tratamentos: antecipar a possibilidade de insucesso, os tempos de espera, os inúmeros exames e tratamentos invasivos...

Lancastle e Boivin (2005) analisaram o poder preditivo das variáveis psicológicas na saúde física reprodutiva e mostraram que as variáveis psicológicas foram os melhores preditores de resposta biológica ao tratamento do que qualquer preditor individual.

Ansiedade, Depressão e Infertilidade

O papel parental continua a ser uma fonte organizadora e um importante objetivo de vida. Quando isso não acontece é vivenciado um sentimento de perda e inadequação que contribui para o desenvolvimento de psicopatologia. No caso da depressão este aspeto é particularmente relevante uma vez que quando ela está presente a procura do aconselhamento médico para a infertilidade fica comprometida (Herbert, Lucke, & Dobson, 2010). Com efeito, Winter et al. (2016) revelaram que, quando os casais iniciam o processo de reprodução medicamente assistida, os sintomas de ansiedade e depressão diminuem durante e após a gestação.

Ramezanzadeh et al (2004) mostraram que mais de metade das pessoas com infertilidade (mulheres, homens e casais) aprendem a lidar com este problema, no entanto, uma percentagem significativa de pessoas mostram sinais clínicos, tais como a incapacidade de ajustar com o problema e reações emocionais inadequadas, que destaca a importância das intervenções psicológicas e psicoterapia.

Verhaak et al. (2006), num estudo de revisão, fornece uma visão geral de como as mulheres se ajustam emocionalmente às várias fases do tratamento de FIV em termos de ansiedade, depressão ou angústia geral antes, durante e após diferentes ciclos de tratamento, concluindo que o fracasso do tratamento foi o que mais influenciou as emoções negativas.

Boivin, Scanlan e Walker (1999) avaliaram as fontes de apoio que 143 pacientes com infertilidade recorriam quando se sentiam angustiados, bem como os fatores que os impediram de recorrer a aconselhamento psicossocial externo. Neste estudo verificaram que os pacientes recorriam, principalmente, ao cônjuge e sua família, em vez de recursos de suporte formais, tais como aconselhamento psicossocial. Os principais motivos referenciados para não recorrer ao aconselhamento variaram em função do nível de angustia sentido pelos pacientes. Assim os menos angustiados informaram que as suas estratégias de *coping* foram suficientes para lidar com os problemas relacionados com a

infertilidade, enquanto os pacientes mais afetados não conseguiram iniciar o contacto com um conselheiro por causa de preocupações práticas, como, por exemplo, ter conhecimento acerca de quem contactar e/ou o custo do aconselhamento. Pacientes com infertilidade devem ser acompanhados em consulta psicológica antes do tratamento e, se necessário, encaminhados para aconselhamento evitando, assim, o agravamento dos sintomas (Lawson et al., 2014).

Boivin et al. (1998), com o objetivo de verificar as diferenças de reações emocionais, físicas e sociais diárias intracasais em tratamento de fertilidade, observaram 40 casais submetidos àqueles tratamentos numa clínica privada, monitorizando as suas reações emocionais, físicas e sociais diariamente durante um ciclo de tratamento completo a partir do primeiro dia da estimulação, até ao resultado do tratamento (aproximadamente 35 dias). Os resultados mostraram que os homens e as mulheres tinham um padrão de resposta semelhante independentemente do tratamento. O padrão de resultados sugeriu que o determinante de reações psicológicas mais importante foi a incerteza dos processos de tratamento. Qualquer um dos cônjuges parecia ser igualmente sensível a esta incerteza e ambos demonstraram sentimentos ambivalentes que envolvem sofrimento emocional e sentimentos positivos de esperança e intimidade. Da mesma forma, o estudo de Wischmann (2001) revelou ausência de diferenças significativas nas variáveis psicológicas entre os membros de casais com infertilidade, apesar das mulheres apresentarem *scores* mais elevados nas escalas de depressão e ansiedade do que os homens (Wischmann, 2001).

Dongen, Nelen, Inthout, Kremer e Verhaak (2016) demonstraram diferenças clinicamente relevantes para a depressão e/ou ansiedade entre mulheres com infertilidade sem intervenção (mais sintomas que qualquer outro grupo), mulheres com intervenção (menos sintomas que qualquer outro grupo) e mulheres com intenção de recorrer a tratamento.

Eugster e Vingerhoets (1999), na sua revisão acerca das reações psicológicas que precedem um procedimento de FIV, durante o tratamento e depois do mesmo, seja mal ou bem sucedida, concluem que os casais que entram num programa de FIV são, em geral, psicologicamente bem ajustados. No que diz respeito às reações durante o tratamento, estas não diferem entre mulheres e homens. As reações mais comuns durante a FIV são a ansiedade e a depressão, enquanto que depois de uma FIV malsucedida os sentimentos de tristeza, depressão e raiva prevalecem. Depois de uma FIV bem-sucedida, estes pais sofrem de mais stresse durante a gravidez do que os pais em que se verificou gravidez

espontânea. Contudo, as mães com crianças concebidas por FIV expressam uma maior qualidade de relação de vinculação do que as mães com um filho concebido naturalmente. Para além do referido, os autores demonstraram, ainda, que existe evidencia científica de que fatores como estratégias de *coping* ineficazes, ansiedade e/ou depressão estão associados a uma baixa taxa de gravidez bem-sucedida após FIV.

Stress e Infertilidade

Já é reconhecida a evidencia científica de que a redução do stresse através do treino de relaxamento ou tratamento comportamental melhora as taxas de conceção (Eugster & Vingerhoets, 1999).

Quando alguém descobre que é infértil, muitas vezes, experimenta emoções normais dessa descoberta (choque, tristeza, depressão, raiva e frustração, perda da autoestima, autoconfiança e um senso de perda controlo sobre o próprio destino), mas que não deixam de ser tão angustiantes como os que estão a sofrer uma outra qualquer perda significativa: neste caso, a perda da capacidade de procriar (Engler, 2009).

A medicação da infertilidade, tem levado, involuntariamente, a respostas emocionais experienciadas pelos casais, que incluem a angústia, perda de controlo, a estigmatização. A evidência é a associação entre o stresse do tratamento de fertilidade e abandono do tratamento e as taxas de gravidez (Cousineau & Domar, 2007).

Verhaak et al.(2006) concluíram nos seus estudos que quando a FIV resulta em gravidez, as emoções negativas desaparecem, indicando que o stresse induzido pelo tratamento está consideravelmente relacionados com as ameaças de fracasso.

Neste sentido, muitas vezes não é a situação de infertilidade que causa stresse, mas sim outros aspetos associados aos tratamentos como os medicamentos e as hormonas utilizadas para tratar a infertilidade (Cousineau & Domar, 2007; Engler, 2009) e o tempo que medeia o início e o sucesso da gestação (Lopes & Leal, 2012).

Ozkan e Baysal (2006), num estudo que envolveu mulheres com problemas de infertilidade e um grupo de controlo constituído por mulheres sem problemas de fertilidade, verificaram que a depressão, a ansiedade, o stresse, bem como a força dos sintomas psicopatológicos foi significativamente superior no grupo com problemas de infertilidade. Neste estudo, para além da depressão apresentar relação negativa com o desemprego, estatuto económico e positiva com a educação, a infertilidade, o tratamento de infertilidade a duração do casamento, o stresse relacionado com a infertilidade influenciou negativamente as relações íntimas.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo principal avaliar os sintomas psicopatológicos em mulheres que apresentam diagnóstico de infertilidade e se encontram a realizar tratamento médico para a mesma, explorando a eventual existência de associação entre estes sintomas e variáveis sociodemográficas (idade, anos de escolaridade, e anos de casamento) e variáveis clínicas (duração da infertilidade, número de tratamentos, apoio psicológico). Paralelamente procurou-se também analisar em que medida os sintomas emocionais negativos (depressão, ansiedade e stresse) permitem prever os níveis de stresse relacionado com a infertilidade.

Material e métodos

Participantes

A amostra contou com 96 mulheres com diagnóstico de infertilidade a realizar tratamento médico que aceitaram participar neste estudo (anexo 1), 56 (58,3%) das quais são casadas e 40 (41,7%) vivem em união de facto, com idades que variam entre 27 e 44 anos com uma média de 35,62 anos e desvio padrão de 4,28 anos. Relativamente à profissão 87,5% estão empregadas, 11,5 desempregadas e uma mulher é estudante. Quanto à classificação das profissões, 34 (35,4%) mulheres enquadram-se nos Especialistas das atividades intelectuais e científicas, seguem-se 25 (26%) que estão enquadradas no Pessoal administrativo e 20 (20,8%) nos Técnicos e profissões de nível intermédio, 9 (9,4%) são Trabalhadoras dos serviços pessoais, de proteção e segurança, 4 (4,2%) pertencem a profissões das forças armadas e, as restantes 4 (4,2%), estão subdivididas pelas categorias Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos ($n = 1$), Agricultores e trabalhadores qualificados ($n = 1$), Trabalhadores qualificados da indústria ($n = 1$) e Trabalhadores não qualificados ($n = 1$).

Procedimentos

O presente estudo envolveu o contacto formal com várias instituições, associadas ao tema infertilidade, como é o caso da Associação Portuguesa de Fertilidade (APFertilidade), tendo esta respondido favoravelmente e colaborado na divulgação do estudo. Os participantes foram recrutados a partir desta divulgação do estudo pela APFertilidade através do seu fórum alocado na sua página da Internet, da página da rede social *Facebook* e da *newsletter* enviada aos associados. Quando acediam através do *link*

à plataforma era, aí, solicitado o consentimento informado, sem o qual não era possível proceder com o preenchimento dos instrumentos de autorresposta, que compunham a bateria deste estudo.

Os participantes preencheram *online* a bateria deste estudo composta por um questionário para obter informação sociodemográfica e clínica (construído especificamente para este estudo), e pelos instrumentos de autorresposta que a seguir se apresentam e que têm como objetivo a avaliação dos sintomas emocionais negativos (ansiedade, depressão e stresse) e do stresse relacionado com a infertilidade.

Instrumentos

Como referido anteriormente as participantes no estudo preencheram:

Um questionário composto por 15 perguntas que pretenderam avaliar variáveis sociodemográficas e clínicas (anexo 2).

- a) Para avaliação da ansiedade, do stresse e da depressão recorreu-se à **Escala de Ansiedade Depressão e Stress** (EADS-21), versão portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scales* (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A EADS-21 é uma escala multidimensional de 21 itens distribuídos pelas três dimensões que lhe dão nome: a ansiedade o stresse e a depressão (anexo 3). A forma das respostas está estruturada num formato tipo escala de Likert com quatro possibilidades de resposta para cada questão. Os inquiridos avaliam a extensão dos sentimentos experimentados durante a última semana, numa escala com 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes” e “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Para cada dimensão, ou subescala, inclui-se 7 do total dos 21 itens da escala. Os itens agrupam-se nas três dimensões da seguinte forma: Ansiedade: itens 2,4,7,9,15,19,20; Depressão: itens 3,5,10,13,16,17,21 e Stress itens: 1,6,8,11,12,14,18. A EADS fornece três pontuações, uma para cada subescala, em que a mínima é 0 e a máxima é 21, para se obter o resultado de cada uma das subescalas somam-se os valores dos sete itens correspondentes. Quanto mais elevada for a pontuação mais negativos são os estados emocionais. No que respeita à consistência interna, com recurso ao Alfa de Cronbach e segundo Pais-Ribeiro et al (2004) os resultados indicados foram de 0,74 para a dimensão da ansiedade, de 0,85 para a dimensão da depressão e 0,81 para a de stress.

No nosso estudo a consistência interna para a dimensão da ansiedade foi de 0,86, para a dimensão da depressão e 0,91 e para a de stresse foi de 0,89.

b) Para avaliar o stresse relacionado com a infertilidade foi utilizada a versão portuguesa do *Fertility Problem Inventory*, (FPI; Newton, Sherrard, & Glavac, 1999) de Moura-Ramos et. al (2012), cujo paradigma de construção tem por base o modelo psicológico do stresse percebido e é constituída por 46 itens (anexo 4), apresentando um formato de resposta tipo Likert com 6 pontos (1 - Discordo Fortemente; 6 - Concordo Fortemente). As pontuações são obtidas através do somatório dos itens de cada dimensão, sendo que o conjunto de todas as dimensões permite ainda obter o stresse global. Tanto para cada dimensão como para o stresse global, resultados mais elevados indicam que o indivíduo experimentou mais stresse psicológico. O FPI apresenta-se subdividido em cinco dimensões, nomeadamente **aspetos sociais** (exemplo: sensibilidade a comentários e perguntas acerca da infertilidade, sentimentos de isolamento dos pares e família, dificuldade em participar nas atividades sociais), **aspetos sexuais** (exemplo: perda de prazer nas relações sexuais, sentimentos de pressão pelas relações sexuais programadas), **aspetos relacionais** (exemplo: problemas em comunicar abertamente sobre a infertilidade, preocupações sobre o futuro do relacionamento, dificuldade em aceitar diferenças de género), **necessidade de parentalidade** (exemplo: identificação com o papel de mãe/pai, parentalidade como objetivo de vida central) e **rejeição de uma vida sem filhos** (exemplo: visão negativa de estilo de vida sem filhos, um futuro feliz depende dos filhos, dificuldade em perceber outros aspetos como satisfatórios). No nosso estudo a consistência interna para o FPI foi de 0,92 o que revela uma excelente fidedignidade deste teste.

Análise estatística

A análise estatística dos dados foi realizada por recurso ao Software IBM-SPSS Statistics (v.23). Para efeitos de descrição da amostra e das variáveis clínicas recorreu-se ao cálculo de médias e desvios padrão para as variáveis contínuas e das frequências e respetivas percentagens para as variáveis categoriais.

No que respeita à averiguação de existência de correlação entre as variáveis procedeu-se à análise de correlações de Pearson. Para saber se existiam diferenças entre as variáveis

teste (depressão, stresse, ansiedade, e stresse relacionado com a infertilidade) e as variáveis dicotômicas recorreremos ao t de student para amostras independentes.

A significância do peso dos sintomas emocionais negativos (depressão, ansiedade e stresse) sobre o stresse relacionado com a infertilidade foi explorada através de uma regressão linear múltipla com estimação dos parâmetros pelo método da máxima verosimilhança por recurso ao *software* AMOS (v. 22, SPSS Inc, Chicago, IL). A existência de *outliers* foi tida em conta com base na observação da distância quadrada de Mahalanobis (D^2), não se tendo verificado a presença destes. Para efeitos de avaliação da normalidade das variáveis foram utilizados os coeficientes de assimetria e curtose (Marôco, 2011). Uma vez que os valores de $|Sk|$ foram inferiores a 3 e os valores de $|Ku|$ foram inferiores a 10, constatou-se a normalidade da distribuição das variáveis em estudo.

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

Resultados

Relativamente às variáveis clínicas e como se pode observar na Tabela 1, podemos verificar que 42 (43,8%) mulheres apresentam infertilidade fator feminino, 20 (20,8%) de fator masculino, em 17 mulheres a infertilidade está associada com os dois elementos do casal e 17 (17,7%) não foi atribuída uma causa conhecida. Destas mulheres a maioria já fez tratamentos anteriormente ($n = 75$; 78,1%), o que era espectável. A maior parte das pacientes que já fizeram tratamentos não recorreu a gâmetas de dador ($n = 82$; 85,4%), nem a acompanhamento psicológico para esta situação de infertilidade ($n = 79$; 82,3%). Relativamente ao tratamento atual a maioria está a aguardar resultados de testes ou exames ou marcação de tratamento ($n = 64$; 66,7%). Dos que já estão em tratamento a FIV ($n = 12$; 12,5%) e a injeção intracitoplasmática de espermatozoide ($n = 12$; 12,5%) são as técnicas mais realizadas.

Tabela 1
características clínicas (variáveis categoriais)

		<i>N</i>	%
Tipo de Infertilidade	De fator feminino	42	43,8%
	De fator masculino	20	20,8%
	De fator feminino e masculino	17	17,7%
	De fator desconhecido	17	17,7%
Tratamento anterior	Sim	75	78,1%
	Não	21	21,9%
Recorreu a dador	Sim	14	14,6%
	Não	82	85,4%
Acompanhamento psicológico	Sim	17	17,7%
	Não	79	82,3%
Tipo de tratamento atual	A aguardar resultados de testes ou exames	29	30,2%
	A aguardar marcação de tratamento	35	36,5%
	A realizar estimulação hormonal ovárica (isoladamente)	5	5,2%
	A realizar inseminação intrauterina (IIU)	3	3,1%
	A realizar fertilização in vitro (FIV)	12	12,5%
	A realizar injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI)	12	12,5%

No que se refere à duração da infertilidade, medida pelos anos de diagnóstico varia entre 1 e 19 anos e é em média 5 anos ($DP = 3,9$ anos). Já os ciclos de tratamento realizados por estas pessoas, foram em média quatro tratamentos ($M = 3,84$; $DP = 3,9$), variando entre 0 e os 24 tratamentos. Quanto aos estados emocionais negativos de stresse, ansiedade e depressão, bem como ao stresse especificamente relacionado com a infertilidade, os valores obtidos na nossa amostra são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2
Médias e desvios-padrão nos sintomas emocionais negativos e stresse relacionado com a infertilidade

	<i>M</i>	<i>DP</i>
EADS depressão	7,82	5,53
EADS ansiedade	4,53	4,27
EADS stresse	10,22	4,97
FPI total	158,58	35,06

Tendo por objetivo avaliar em que medida os sintomas psicopatológicos em pessoas que apresentam diagnóstico de infertilidade e se encontram a realizar tratamento

médico para a mesma, se relacionam com as variáveis sociodemográficas e clínicas foi explorada a existência de associação entre estas variáveis.

Como se pode observar na Tabela 3, os anos de diagnóstico estão positiva e significativamente correlacionados com a idade e com os anos de casamento e, embora a correlação seja baixa com a idade, ela é moderada com o casamento.

Já os ciclos de tratamento invertem a força desta associação pois neste caso tem maior correlação com a idade e menor com os anos de casamento.

Quanto à correlação com as variáveis em estudo depressão, stresse, ansiedade e problemas de infertilidade não existe evidência estatística que permita aceitar esta relação. Ainda sobre as variáveis que dizem respeito aos sintomas emocionais negativos e ao stresse relacionado com a infertilidade (FPI), correlacionam-se entre si de forma positiva e estatisticamente significativa.

Tabela 3

Correlação entre idade, anos de casamento, anos de escolaridade, e as variáveis clínicas anos de diagnóstico, ciclos de tratamento, depressão, ansiedade, stresse e problemas de infertilidade.

		Idade	anos casamento	anos escolaridade	Anos de diagnóstico	Ciclos de tratamento	EADS depressão	EADS ansiedade	EADS stresse
Anos de diagnóstico (n = 96)	<i>r</i>	,30**	,56**	-,11					
Ciclos de tratamento (n = 95)	<i>r</i>	,33**	,29**	,15	,47**				
EADS depressão (n = 96)	<i>r</i>	,03	-,06	,05	,06	-,02			
EADS ansiedade (n = 96)	<i>r</i>	,05	,05	-,01	,11	,13	,66**		
EADS stresse (n = 96)	<i>r</i>	-,10	-,02	,09	,12	,13	,68**	,68**	
FPI total (n = 96)	<i>r</i>	-,03	-,003	,14	-,09	-,08	,52**	,39**	,39**

* $p > 0,05$ ** $p > 0,001$

As diferenças entre as mulheres casadas e as mulheres que vivem em união de facto em relação aos sintomas emocionais negativos, bem como ao FPI, que é uma medida específica em relação à infertilidade, são estatisticamente significativas (Tabela 4). Na realidade, as mulheres que estão em união de facto manifestam índices de stresse relacionado com a infertilidade ($M = 167,25$; $SD = 35,18$) significativamente maiores $t(94) = -2,08$, $p = 0,040$ do que as casadas ($M = 152,39$; $SD = 33,93$), contudo não se diferenciam nos restantes sintomas emocionais negativos ($p > 0,05$).

Tabela 4:

Comparação das médias de depressão, ansiedade, stresse stress relacionado com a infertilidade em função do estado civil

Estado civil		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i> (94)	<i>p</i>
EADS depressão	Casado/a	56	6,95	4,95	-1,86	0,077
	União de Facto	40	9,05	6,11		
EADS ansiedade	Casado/a	56	3,98	3,85	-1,50	0,136
	União de Facto	40	5,30	4,74		
EADS stresse	Casado/a	56	10,23	4,74	0,31	0,975
	União de Facto	40	10,20	5,34		
FPI total	Casado/a	56	152,39	33,93	-2,08	0,040
	União de Facto	40	167,25	35,18		

A Tabela 5 mostra a diferença entre os sintomas emocionais negativos bem como entre o stresse relacionado com a infertilidade e quem já fez ou não tratamentos anteriores de infertilidade. Com efeito ao contrário do que era espectável não existem diferenças significativas.

Tabela 5

Comparação das médias de depressão, ansiedade, stresse, stress relacionado com a infertilidade em função da realização de tratamentos médicos anteriores

Tratamentos anteriores		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i> (94)
EADS depressão	Sim	75	7,5	5,6	-1,014
	Não	21	8,9	5,4	
EADS ansiedade	Sim	75	4,4	4,3	-0,510
	Não	21	4,95	4,2	
EADS stresse	Sim	75	10,3	5,0	0,375
	Não	21	9,9	4,95	
FPI total	Sim	75	156,1	36,8	-1,313
	Não	21	167,4	26,8	

$p > 0,05$

A Tabela 6 mostra que quem está a ser acompanhado psicologicamente tem mais depressão, mais ansiedade, mais stresse global e mais stresse relacionado com a infertilidade ($p > 0,05$).

Tabela 6:

Comparação das médias de depressão, ansiedade, stresse, stress relacionado com a infertilidade em função da realização de acompanhamento psicológico

Acompanhamento psicológico		N	M	DP	t(94)	P
EADS depressão	Sim	17	10,82	5,5	2,53	0,013
	Não	79	7,18	5,36		
EADS ansiedade	Sim	17	7,47	4,7	3,29	0,001
	Não	79	3,90	3,9		
EADS stresse	Sim	17	13,29	3,96	2,92	0,004
	Não	79	9,56	4,9		
FPI total	Sim	17	177,53	30,8	2,52	0,013
	Não	79	154,51	34,8		

Dado que a depressão, a ansiedade e o stresse global tem correlação significativa ($p < 0,05$) com stresse relacionado com a infertilidade (FPI) $r = 0,523$; $r = 0,392$ e $r = 0,389$ respetivamente (Tabela 3), foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, considerando o stresse relacionado com a infertilidade (FPI) como variável dependente e a depressão, ansiedade e stresse (EADS) como variáveis independentes (Figura 1).

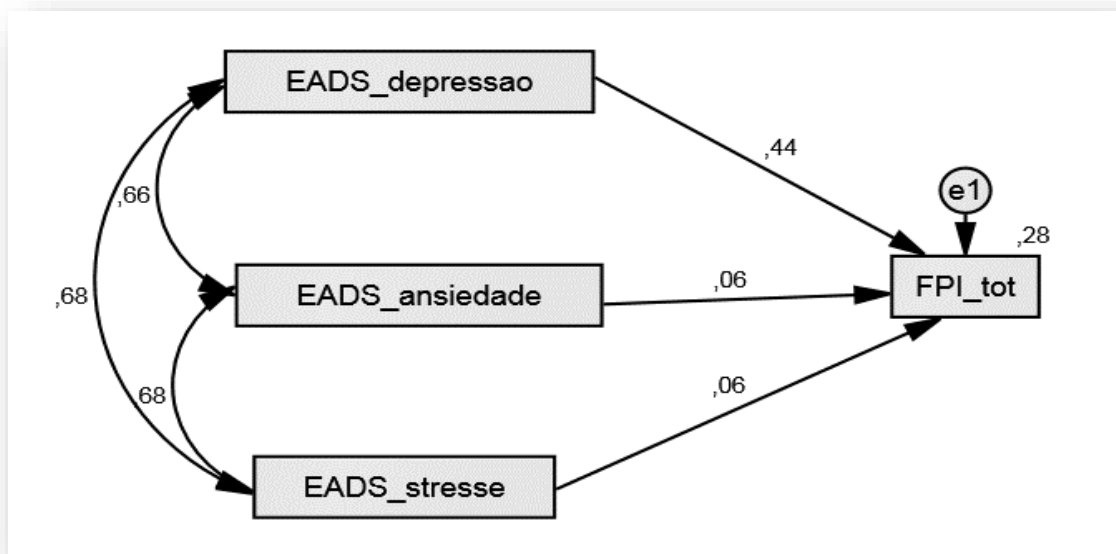


Figura 1. Modelo de regressão

O modelo testado explica 28% da variância observada no stresse relacionado com a infertilidade – FPI ($R^2 = 0,28$). Contudo, apenas a trajetória da depressão sobre o stresse relacionado com a infertilidade se mostrou significativa ($\beta_{depress\tilde{a}o} = 3,51$; $p < 0,001$), não se revelando significativa nenhuma das restantes trajetórias ($\beta_{ansiedade} = 0,48$; $p = 0,633$),

($\beta_{\text{stresse}} = 0,50$; $p = 0,615$), assim como as correlações entre os preditores ($p > 0,05$). Assim, os resultados apontam para a depressão como a única variável preditora do stresse relacionado com a infertilidade.

Em síntese a idade, os anos de escolaridade e os anos de casamento não influenciam o estado emocional (depressão, ansiedade e stress) das mulheres com infertilidade e a duração da infertilidade também não está associada, o número de tratamentos está relacionado com a idade, os anos de escolaridade e os anos de casamento, as mulheres com infertilidade que usufruem de apoio psicológico não tem mais bem-estar psicológico, o casamento formalizado reflete valores mais baixos de stresse relacionado com a infertilidade, mas este tipo de formalização não tem efeitos significativos nos restantes sintomas emocionais negativos, a depressão tem correlação moderada com stresse relacionado com a infertilidade (FPI), sendo a única variável com uma trajetória significativa na explicação deste tipo de stresse

No que diz respeito à ansiedade e o stresse global existe uma correlação fraca com o FPI.

Discussão

O objetivo principal deste estudo foi o de avaliar os sintomas psicopatológicos de ansiedade, depressão, stresse e stresse relacionado com a infertilidade em mulheres que apresentaram diagnóstico de infertilidade e se encontravam a realizar tratamento médico para a mesma, explorando a eventual associação com variáveis sociodemográficas como a idade, escolaridade, estado civil e com variáveis clínicas como duração da infertilidade, ciclos de tratamento e acompanhamento psicológico .

Neste estudo participaram 96 mulheres com diagnóstico de infertilidade em tratamento, sendo que esta escolha se prendeu com o facto a literatura apontar que, apesar da infertilidade ser uma condição do casal, são as mulheres que tendem a ser mais afetadas, a nível físico e psicológico, pela infertilidade e pelas características do tratamento médico (e.g. Verhaak, Lintsen, Evers, & Braat, 2010; Wischmann, 2001).

A idade, os anos de escolaridade, os anos de casamento, assim como a duração da infertilidade não influenciam a sintomatologia psicopatológica das mulheres com infertilidade.

O número de tratamentos está relacionado com a idade e com os anos de casamento, mas não está com os anos de escolaridade. Neste sentido o facto de a idade ser um critério para o tratamento médico de infertilidade justifica a sua relação. Da mesma forma existe uma covariância entre a idade e os anos de casamento, isto é, os mais velhos estão casados há mais tempo pelo que esta é uma relação esperada. Quanto à inexistência de relação entre a idade e a depressão, ansiedade e stress das mulheres com infertilidade, parece mais difícil explicar uma vez que a queda da fertilidade após os quarenta anos é um facto biológico e as estatísticas revelam que as mulheres a partir dos quarenta anos são potencialmente inférteis e que quanto maior a idade, mais confirmado fica o diagnóstico e mais imersos no desespero se encontram (Lopes & Leal, 2012). Uma justificação possível pode ser o facto de se encontrarem na fase da mobilização (procura de ajuda médica), ou na fase do legado levando à superação das dificuldades e subsequentemente ao equilíbrio emocional (Lopes & Leal, 2012)

A formalização do casamento influencia o estado emocional das mulheres com infertilidade o que está de acordo com o estudo de Cousineau e Domar (2007) que demonstraram uma associação entre o casamento e o bem-estar emocional com efeitos no sucesso da gestação. Luk e Loke (2015), numa revisão sistemática acerca do impacto da infertilidade sobre o bem-estar psicológico, relações conjugais, relações sexuais, e qualidade de vida de casais, concluíram que os casais com infertilidade têm melhores relacionamentos maritais do que os casais férteis, mais sentimentos de comprometimento e lealdade, relações mais próximas e de melhor intimidade emocional.

Os nossos resultados apontaram que quem procura apoio psicológico apresenta mais depressão, mais ansiedade, mais stress global e mais stress relacionado com a infertilidade. Assim, parece que estes aspetos foram efetivamente pervasivos e tiveram impacto na vida da pessoa ao ponto de elas procurarem ajuda, contudo, apenas a depressão apresentou uma trajetória que demonstrou explicar o stress relacionado com a infertilidade. Este resultado é compreendido pelo facto destas mulheres terem de lidar com o fracasso pessoal, familiar e as expectativas culturais de maternidade, assim como o próprio tratamento médico que pode ser doloroso e invasivo, o que de acordo com Galhardo, Cunha e Pinto-Gouveia (2011) pode levar estas mulheres a serem mais propensas à depressão, vergonha, e estratégias de regulação emocional disfuncionais, bem como a apresentar características de funcionamento psicológico menos protetoras. Os estudos de Winter et al. (2016) revelam que a perturbação emocional diminui quando se inicia o processo de fertilização. A infertilidade produz alterações na vida dos

indivíduos nomeadamente no que se refere ao equilíbrio emocional e quando ser mãe é um objetivo de vida importante, este aspeto torna-se ainda mais perturbador pelo sentimento de impotência face à situação (Galhardo et al., 2016; Herbert et al., 2010). Também Dongen et al. (2016) conclui que as mulheres em tratamento de infertilidade têm menos sintomas depressivos e ansiógenos do que as que não estão em tratamento.

O resultado do estudo atual deve ser interpretado considerando algumas limitações metodológicas, pois o facto do estudo ter um desenho transversal não permite o estabelecimento de relações causais. Aliás Peterson, Sejbaek, Pirritano e Schmidt (2014) referem que são necessárias pesquisas adicionais de desenho longitudinal para acompanhar o impacto da depressão sobre o sofrimento ao longo do ciclo de tratamento de infertilidade.

Além disso, ao contrário do que era expectável, o facto de não existirem diferenças entre quem realizou tratamentos anteriores de reprodução medicamente assistidas (RMA) com insucesso e a sintomatologia psicopatológica, sugere que em estudos futuros este aspeto seja melhor explorado.

Parece-nos também interessante acrescentar a este tipo de investigação aspetos que envolvam a avaliação da motivação para a manutenção/abandono do tratamento e a qualidade do mesmo, já que o sucesso do tratamento pode ser mediado por estas questões.

Para além disso, seria também interessante a inclusão do elemento masculino de modo a poder explorar a existência de diferenças de género relativamente a estas manifestações psicopatológicas num contexto de condição médica.

Conclusões

Os sintomas psicopatológicos em pessoas que apresentam diagnóstico de infertilidade e se encontram a realizar tratamento médico para a mesma advém da incapacidade de conceber filhos que é vivida como uma situação indutora de stresse por indivíduos e casais de todo o mundo. As exigências da infertilidade colocam-se, quer ao nível de todas as alterações de vida decorrentes desta dificuldade, quer de todo o processo de diagnóstico e tratamento. A dificuldade conceptiva poderá remeter para a presença de sintomatologia depressiva face ao confronto com a perda de um objetivo valorizado, sendo que, por sua vez, esta poderá potenciar os níveis de stresse associado com a infertilidade. Efetivamente os sintomas de depressão poderão aumentar a probabilidade destas pessoas experienciarem preocupações sociais, preocupações sexuais e

preocupações com o relacionamento conjugal. Para além disso, hipotetizamos ainda que os sentimentos de perda e de tristeza típicos da depressão possam ativar as crenças/representações acerca da importância da parentalidade e da rejeição de um estilo de vida sem filhos, contribuindo assim para o aumento do stress. Neste contexto, a infertilidade poderá acarretar uma reorganização da vida do casal e implicar a existência de intervenções psicológicas, sendo que em particular as de gestão do stress, demonstraram ter efeitos na qualidade de vida dos pacientes em tratamento de infertilidade.

Bibliografia

- Boivin, J. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Human Reproduction*, *14*(5), 1384–1391. <http://doi.org/10.1093/humrep/14.5.1384>
- Boivin, J., Andersson, 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*(11), 3262–3267. <http://doi.org/10.1093/humrep/13.11.3262>
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *21*(2), 293–308. <http://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Dechanet, C., Anahory, T., Mathieu Daude, J. C., Quantin, X., Reyftmann, L., Hamamah, S., ... Dechaud, H. (2011). Effects of cigarette smoking on reproduction. *Human Reproduction Update*, *17*(1), 76–95. <http://doi.org/10.1093/humupd/dmq033>
- Engler, N. (2009). The psychological impact of infertility and its treatment. Obtido 10 de Agosto de 2016, de http://www.health.harvard.edu/newsletter_article/The-psychological-impact-of-infertility-and-its-treatment
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. J. . (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science & Medicine*, *48*(5), 575–589. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00386-4](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00386-4)
- Galhardo, A. (2012). *A infertilidade em Portugal: Aspetos psicológicos e estudo de eficácia do programa baseado no mindfulness para a infertilidade*. (Tese de Doutoramento não publicada) Universidade de Coimbra.
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*, *20*(4), 224–228.

<http://doi.org/10.1016/j.sexol.2011.08.005>

- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Self-efficacy to deal with infertility and its mediator role between anxiety, negative affect and impact on life domains. Em J. L. H. Evers (Ed.), *32nd Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology* (Vol. P-516, p. 351). Helsinki: Oxford University Press. Obtido de www.eshre.eu
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social science & medicine*, *45*(11), 1679–704. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9428088>
- Guzick, D. S., & Swan, S. (2006). The decline of infertility: apparent or real? *Fertility and Sterility*, *86*(3), 524–526. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.05.027>
- Herbert, D. L., Lucke, J. C., & Dobson, A. J. (2010). Depression: an emotional obstacle to seeking medical advice for infertility. *Fertility and Sterility*, *94*(5), 1817–1821. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.10.062>
- Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2009). Rethinking reproductive «tourism» as reproductive «exile». *Fertility and Sterility*, *92*(3), 904–906. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.01.055>
- Jahn, A., Karro, H., Olsen, J., Bloemenkamp, K., Temmerman, M., Gissler, M., & Hannaford, P. (2011). *The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union*. (M. O. Silva, Ed.), *The European journal of contraception & reproductive health care* (Vol. 16 Suppl 1). <http://doi.org/10.3109/13625187.2011.607690>
- Jose-Miller, A. B., Boyden, J. W., & Frey, K. A. (2007). Infertility. *American Family Physician*, *75*(6), 849–856. Obtido de www.aafp.org/afp
- Lancastle, D., & Boivin, J. (2005). Dispositional optimism, trait anxiety, and coping: unique or shared effects on biological response to fertility treatment? *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *24*(2), 171–8. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.171>
- Larsen, U. (2005). Research on infertility : which definition should we use ? *Fertility and Sterility*, *83*(4), 0–6. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.11.033>
- Lawson, A. K., Klock, S. C., Pavone, M. E., Hirshfeld-Cytron, J., Smith, K. N., & Kazer, R. R. (2014). Prospective study of depression and anxiety in female fertility preservation and infertility patients. *Fertility and Sterility*, *102*(5), 1377–1384.

<http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.07.765>

- Lopes, V., & Leal, I. (2012). *Ajustamento Emocional na Infertilidade*. Placebo Editora.
- Luk, B. H.-K., & Loke, A. Y. (2015). The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: A systematic review. *Journal of sex & marital therapy*, 41(6), 610–25. <http://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958789>
- Lunenfeld, B., & Insler, V. (1997). Future trends in infertility treatment: challenges ahead. *Fertility and Sterility*, 150282(97), 977–980.
- Machado, M. do C., Alves, M. I., Couceiro, L., Silva, F. G. da, Morais de Almeida, M., & Alves, I. (2014). Birth rate and fertility: knowledge and expectations analysis of 3585 university students. *Acta médica portuguesa*, 27(5), 601–8. Obtido de www.actamedicaportuguesa.com
- Mais, V., Kazer, R. R., Cetel, N. S., Rivier, J., Vale, W., & Yen, S. S. (1986). The dependency of folliculogenesis and corpus luteum function on pulsatile gonadotropin secretion in cycling women using a gonadotropin-releasing hormone antagonist as a probe. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 62(6), 1250–5. <http://doi.org/10.1210/jcem-62-6-1250>
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics. Análise e Gestão da Informação* (5ª Ed). Pero Pinheiro: Reportnumber.
- 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. <http://doi.org/10.1093/humrep/der388>
- Ozkan, M., & Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 33(1), 44–6. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16761539>
- 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. D., Sejbaek, C. S., Pirritano, M., & Schmidt, L. (2014). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Human Reproduction*, 29(1), 76–82. <http://doi.org/10.1093/humrep/det412>
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. 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(1), 9. <http://doi.org/10.1186/1472-6874-4-9>
- Remoaldo, P. C. A., Machado, H. C. F., & Reis, I. M. D. dos. (2005). O contributo das ciências sociais e médicas para o estudo da infertilidade. Em *Seminário internacional da associação ibero-americana de sociologia das organizações (AISO)* (pp. 1–16).
- Remoaldo, P. C. A., Machado, H. C. F., Reis, I. M. D. dos, Pereira, L. G., & Xavier, M. S. D. P. (2004). A Infertilidade no concelho de Guimarães - Contributos para o bem-estar familiar. *Congresso da Geografia Portuguesa 5*, 1–13. Obtido de <http://hdl.handle.net/1822/5195>
- Shapiro, S. A. (1988). Psychological consequences of infertility. Em *Critical Psychophysical Passages in the Life of a Woman* (Vol. 8, pp. 269–289). Boston, MA: Springer US. http://doi.org/10.1007/978-1-4684-5362-1_18
- Silva, R. (2016). Infertilidade: quando o caminho é mais longo, mas não ... http://www.ciencia20.up.pt/index.php?option=com_content&view=arti... Obtido 18 de Agosto de 2016, de <http://www.ciencia20.up.pt>
- Silva-Carvalho, J., & Santos, A. (2009). Estudo AFRODITE – caracterização da infertilidade em Portugal.
- SNS. (2016). Centro de Procriação Medicamente Assistida. Obtido 19 de Agosto de 2016, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/03/28/3347/>
- Stotland, N. L. (2010). *Mental health aspects of women's reproductive health A global review of the literature. Psychiatric Services* (Vol. 61). WHO - UNFPA. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.61.4.421>
- Van Dongen, A. J. C. M., Nelen, W. L. D. M., IntHout, J., Kremer, J. A. M., & Verhaak, C. M. (2016). e-Therapy to reduce emotional distress in women undergoing assisted reproductive technology (ART): a feasibility randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 31(5), 1046–1057. <http://doi.org/10.1093/humrep/dew040>
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M. E., Evers, A. W. M., & Braat, D. D. M. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25(5), 1234–1240. <http://doi.org/10.1093/humrep/deq054>
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2006). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27–36.

<http://doi.org/10.1093/humupd/dml040>

- Wang, E. T., Ozimek, J. A., Greene, N., Ramos, L., Vyas, N., Kilpatrick, S. J., & Pisarska, M. D. (2016). Impact of fertility treatment on severe maternal morbidity. *Fertility and Sterility*, (13), 1–4. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.03.039>
- Winter, C., Van Acker, F., Bonduelle, M., Van Berkel, K., Belva, F., Liebaers, I., & Nekkebroeck, J. (2016). Depression, pregnancy-related anxiety and parental-antenatal attachment in couples using preimplantation genetic diagnosis. *Human Reproduction*, 31(6), 1288–1299. <http://doi.org/10.1093/humrep/dew074>
- Wischmann, T. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Human Reproduction*, 16(8), 1753–1761. <http://doi.org/10.1093/humrep/16.8.1753>

Anexos