



# **Ajustamento diádico em casais com infertilidade a realizar tratamento médico e candidatos a adoção**

**MARIANA MORAIS MARTINS**

Dissertação apresentada ao ISMT, para obtenção do Grau Mestre em Psicologia Clínica  
Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

**Orientadora:** Professora Doutora Ana Galhardo

**Membros do Júri:**

**Presidente:** Professora Doutora Ilda Massano Cardoso

**Arguente:** Professora Doutora Marina Cunha

**Coimbra, novembro de 2021**

## **Agradecimentos**

A entrega deste trabalho, simboliza o fim de uma caminhada repleta de momentos únicos, muito felizes, de grande aprendizagem, mas sobretudo de um enorme crescimento pessoal. Esta reta final foi também marcada por uma fase de grande superação pessoal, com momentos difíceis, carregados de dúvidas, inseguranças e indecisões, no fundo, de grande desgaste emocional. Em nenhum destes momentos a caminhada foi feita a sós, dela fizeram parte, quase do início ao fim, pessoas muito importantes às quais devo um agradecimento muito sentido e especial.

À Professora Doutora Ana Galhardo, não só pela excelente orientação carregada de conhecimentos, como também por todo o apoio e verdadeira preocupação. Pelo carinho, amizade e pelas, sempre oportunas, palavras de tranquilidade em momentos de maior desorientação e ansiedade. Muito obrigada! Foi um enorme orgulho tê-la como minha orientadora.

Aos meus pais, por todos os valores que me transmitiram e continuam a transmitir e por me apoiarem sempre na concretização dos meus objetivos, incentivando-me a nunca desistir. Um obrigada nunca será suficiente para agradecer tudo o que fazem diariamente por mim.

À minha irmã que acompanhou esta jornada do início ao fim, partilhando comigo muitos dos grandes momentos na cidade do estudante. Por toda a ajuda que me deu, e continua a dar. Uma palavra especial tanto a ela como ao seu namorado Samuel, que foram uma força fundamental nesta reta final.

A todos os meus amigos da Terceira, e em especial às minhas companheiras de crescimento, que foram entrando na minha vida desde cedo, e que dão um valor especial à palavra amizade. Que estão presentes sempre, independentemente de onde estejam. E são uma força fundamental em momentos mais difíceis, em especial neste encerrar de ciclo. Obrigada por serem família!

Aos amigos que fiz ao longo destes cinco anos, que se tornaram uma verdadeira família, fazendo-me sempre sentir em casa, mesmo estando longe dela. Com eles partilhei os melhores momentos, mas também alguns mais difíceis. Mostraram-me o poder da verdade e da amizade. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, e por terem acrescentado tanto à minha vida.

## **Resumo**

**Introdução:** A infertilidade é uma condição que causa impacto a nível pessoal, social, financeiro e conjugal. A maioria dos casais submete-se a tratamentos médicos, no entanto, ou porque estes não têm sucesso, ou por outras razões, têm também a opção de adotar. Independentemente da escolha do casal para a concretização do seu desejo parental, bons níveis de ajustamento diádico são importantes para lidar com os desafios inerentes à escolha.

**Objetivos:** Averiguar a existência de diferenças entre um grupo de casais com infertilidade a realizar tratamento (GI) e um grupo de casais candidatos à adoção (GA) no que se refere a variáveis demográficas, clínicas, de saúde mental, ajustamento diádico e regulação emocional. Adicionalmente, procurou-se explorar quais destas variáveis atuavam como preditores do ajustamento conjugal.

**Metodologia:** O recrutamento dos participantes foi realizado através da Associação Portuguesa de Fertilidade, e do Instituto de Segurança Social. Participaram 67 casais no GI e 59 casais no GA. Todos eles preencheram um questionário sociodemográfico e um conjunto de instrumentos de autorresposta, mais precisamente a *Positive and Negative Affect Schedule*, a *Others as Shamer*, a *Self-Compassion Scale* e a *Dyadic Adjustment Scale*. O papel preditor das variáveis no ajustamento diádico dos dois grupos foi analisado através de regressões lineares múltiplas.

**Resultados:** Os casais do GI, quando comparados com os casais do GA, apresentaram níveis mais elevados de afeto negativo e autojulgamento e níveis mais baixos de afeto positivo, de autocompaixão e de ajustamento diádico. No GI a vergonha externa foi o único preditor significativo do ajustamento diádico, enquanto no GA foram o afeto positivo e negativo os preditores desta variável.

**Discussão:** Atendendo a que o ajustamento diádico se constitui como um elemento importante nos casais que enfrentam um diagnóstico de infertilidade e as exigências do tratamento médico ou de um processo de candidatura a adoção, o conhecimento dos seus preditores é relevante. Assim, intervenções que visem a diminuição dos níveis de vergonha em casais a realizar tratamento médico de infertilidade e abordem os níveis de afeto em casais candidatos a adoção, podem potenciar o ajustamento diádico.

**Palavras-chave:** Infertilidade, Adoção, Ajustamento diádico, Saúde mental, Processos de regulação emocional

## **Abstract**

**Introduction:** Infertility is a medical condition with impact on a personal, social, financial and marital level. Most couples undergo medical treatments, however, either because these are not successful or for any other reason, they also have the option to pursue adoption. Regardless of the couple's choice to fulfill their wish for a child, good levels of dyadic adjustment are important to deal with their choice inherent challenges.

**Objectives:** To investigate the existence of differences between a group of couples with infertility undergoing treatment (GI) and a group of couples pursuing adoption (GA) regarding demographic, clinical, mental health, dyadic adjustment and emotion regulation. Additionally, the predictive role of these variables on marital adjustment was explored.

**Methodology:** Participants were recruited through the Associação Portuguesa de Fertilidade and the Instituto de Segurança Social. Sixty-seven couples participated in the GI and 59 couples in the GA. All of them completed a sociodemographic questionnaire and a set of self-report instruments, more precisely the Positive and Negative Affect Schedule, the Others as Shamer, the Self-Compassion Scale and the Dyadic Adjustment Scale. The predictive role of these variables on the dyadic adjustment of the two groups was analyzed using multiple linear regression analyses.

**Results:** The GI couples, compared to the GA couples, showed higher levels of negative affect and self-judgment and lower levels of positive affect, self-compassion and dyadic adjustment. In the GI, external shame was the only significant predictor of dyadic adjustment, while in the GA, positive and negative affect were the predictors of this variable.

**Discussion:** Dyadic adjustment is an important component for couples facing an infertility diagnosis and the demands of medical treatment or an adoption application. Therefore, knowing dyadic adjustment predictors may be relevant. Interventions aimed at reducing shame levels in couples undergoing medical treatment for infertility and addressing the positive and negative affect levels in couples applying for adoption can enhance dyadic adjustment.

**Keywords:** Infertility, Adoption, Dyadic adjustment, Mental health, Emotion regulation processes

## Introdução

Desde sempre, o ser humano teve como objetivo de vida assegurar a continuidade da espécie, no entanto, com a evolução mundial a que temos assistido, principalmente no campo da ciência e tecnologia e dos direitos humanos, assim como após a entrada e valorização da mulher no mercado de trabalho, este objetivo tem sido adiado (Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013). Nos últimos 40 anos, a idade média da mãe aquando do nascimento do primeiro filho aumentou significativamente, passando dos 23,6 para os 30,7 anos de idade, segundo os dados da PORDATA (Pordata, sd). O maior inconveniente deste adiamento está relacionado com facto de a fertilidade ir diminuindo com o avançar da idade. Logo aos 25 anos dá-se o primeiro decréscimo de cerca de 4.5% da fertilidade, aos 30 anos de 7%, mantendo-se esta linha decrescente ao longo da idade fértil da mulher (Borghet & Wyns, 2018). Ainda assim, a maternidade/paternidade, em Portugal, continua a ter um peso muito importante para os casais, não só a nível pessoal e conjugal, como também social (Chaves *et al.*, 2018). Esta é uma fase muito aguardada pelos casais e, conseqüentemente, marcada por um período de reorganização no ciclo de vida das famílias, com mudanças significativas na relação conjugal, acréscimo de responsabilidades e preocupações (Andrade & Martins, 2018). O facto de alguns casais não conseguirem cumprir esta etapa, face a uma situação de infertilidade, pode despoletar adversidades a nível emocional, como sentimentos de fracasso por sentirem que poderão perder o seu estatuto e, conseqüentemente, o papel que ocupam na sociedade (Zoren *et al.*, 2019).

De acordo com o glossário internacional sobre infertilidade e cuidados de infertilidade, esta doença é “caracterizada pela incapacidade de estabelecer uma gravidez clínica após 12 meses de relações sexuais regulares desprotegidas ou devido a uma diminuição da capacidade de reprodução de uma pessoa quer, como indivíduo quer como seu parceiro” (Zegers-Hochschild *et al.*, 2017, p. 401). A infertilidade subdivide-se em dois tipos, como infertilidade primária, na qual não existem filhos ou secundária, após uma gravidez bem-sucedida, surgindo as dificuldades relativamente a um segundo ou mais filhos (Roque-Bogdan & Hoffman, 2015). A nível de prevalência, esta condição parece afetar mais de 80 milhões de pessoas no mundo inteiro (Hasanpoor-Azghahdy *et al.*, 2016), aproximadamente 8 a 12% dos casais em idade reprodutiva. Mais

especificamente em mulheres que se encontram nesta mesma idade, parece afetar 1/7 no mundo ocidental e 1/4 nos países em desenvolvimento. (Borghet & Wyns, 2018). No caso dos homens, estes valores são menos estudados, no entanto, entre 2006 e 2010, estimou-se que homens americanos entre os 15 e os 44 anos tinham uma taxa de infertilidade de cerca de 9,4% (Shreffler *et al.*, 2020). No que diz respeito à infertilidade secundária, esta demonstra ser mais comum em regiões onde as taxas de aborto são mais elevadas e pouco seguras, e onde a maternidade carece de cuidados, podendo assim gerar infeções pós-aborto ou pós-parto (Borghet & Wyns, 2018). Relativamente às causas, as ovulatórias foram descritas como principais femininas e anomalias nos parâmetros do sémen foram as destacadas como o problema mais comum no caso dos homens (Tamrakar & Bastakoti, 2019).

Receber um diagnóstico de infertilidade, para a esmagadora maioria dos casais, pode gerar sentimentos de medo, vergonha, culpa, raiva, tristeza e perda de controlo sobre a vida (Pasch & Sullivan, 2017). Muitos destes sentimentos parecem estar relacionados com a grande pressão social a que os casais estão expostos: a pressão que é exercida por todos os amigos e familiares estarem a engravidar; os convívios com os amigos onde estão presentes os respetivos filhos; uma simples ida a lojas de artigos para bebés, ou mesmo publicidades que envolvam crianças no geral, podem ser muito dolorosos para casais com este tipo de diagnóstico. Na generalidade, estas situações fazem com que os mesmos se sintam incompreendidos, mesmo pelos mais próximos, e que reforcem os sentimentos acima mencionados (Sheffler *et al.*, 2020). Por este motivo, em alguns casos, o casal opta por esconder o diagnóstico daquela que seria a sua principal rede de suporte, de modo a não defraudar as suas próprias expectativas e as dos outros (Souza *et al.*, 2017). Este silêncio, muitas vezes, é mediado pelo sentimento de vergonha que o indivíduo ou casal sentem em relação à sua dolorosa experiência de infertilidade. Um sentimento que torna o indivíduo incapaz de se ligar emocionalmente a outros relativamente à sua experiência (Wilson, 2021).

Segundo Galhardo *et al.*, (2011), a vergonha é uma importante emoção na experiência de infertilidade e parece ser também uma componente chave da autoidentidade de cada um. Está associada a uma experiência negativa do *eu*, onde este se sente indesejado, defeituoso, dispensável e impotente (Gilbert, 2002). Pode também estar relacionada com componentes a nível psicológico, social e cultural (Wilson, 2021). A vergonha subdivide-se em vergonha externa, que coloca o foco de atenção no exterior,

mais precisamente na mente do outro, ou seja, é quando o *eu* acredita que o outro o vê como inferior, devido a possíveis inseguranças suas (Matos *et al.*, 2011); e vergonha interna, relacionada com as cognições e afetos que cada um tem em relação a si próprio, como as suas características, personalidade e comportamentos. Esta é ativada por autoavaliações negativas, mais concretamente por sentimentos de autorrejeição, autodesvalorização ou autojulgamento (Oliveira, 2021).

Segundo algumas análises efetuadas por Wilson (2021), casais com infertilidade estão mais vulneráveis a desenvolver níveis de vergonha elevados, em especial as mulheres. No caso das figuras femininas, a vergonha pode desencadear outros sentimentos negativos, podendo vir a desenvolver ódio por elas próprias. Por este motivo, as mulheres tendem a não partilhar a angústia que sentem com os parceiros, enfatizando os seus sentimentos de vergonha e, conseqüentemente, diminuindo os níveis de apoio do parceiro. Esta privação diminui os níveis de ajustamento diádico aumentando os níveis de vergonha (Wilson, 2021).

O autojulgamento envolve autocriticismo em casos de fracasso ou dor, leva a percecionar as experiências do *eu* como separadas da maioria das experiências humanas e a sobreidentificar-se com pensamentos e sentimentos dolorosos. Esta resposta emocional, pode surgir no caso de o indivíduo atribuir uma explicação causa-efeito entre o diagnóstico de infertilidade e algo que aconteceu no passado, como por exemplo, um aborto anterior, algum tipo de comportamento sexual ou o seu estilo de vida. Diversos estudos mostraram que indivíduos diagnosticados com infertilidade têm tendência a desenvolver níveis mais elevados de autojulgamento, em especial as mulheres. Isto pode estar relacionado com fatores culturais e papéis de género (e.g., Galhardo *et al.*, 2011).

A dinâmica conjugal parece desempenhar um papel fundamental neste processo, no entanto, não existe um padrão relativamente ao modo como os casais se comportam. Em alguns casos, o diagnóstico de infertilidade afeta a relação, enquanto noutros, pode promover a união do mesmo (Shreffler *et al.*, 2020).

O ajustamento diádico é definido através do grau de satisfação que o casal apresenta relativamente à sua relação, e avalia-se tendo em conta as experiências de interesse partilhadas, a demonstração de afeto, a aceitação e compreensão mútuas, tal como a disponibilidade bilateral para satisfazer as necessidades do parceiro, estando neste ponto incluídas as necessidades sexuais (Formiga, 2020). Sendo a satisfação conjugal

uma subescala da *Diadic Adjustment Scale*, que apresenta uma elevada correlação com o *score* total desta medida, bem como um forte poder discriminativo, segundo Gomez e Leal (2008), pode também ser utilizada como uma versão curta da mesma escala (Gomez & Leal, 2008). Formiga (2020) destaca a importância da satisfação sexual na saúde mental dos casais com infertilidade, apontando a mesma como fator de potencial *stress* (Formiga 2020). A infertilidade pode causar um decréscimo nos níveis de identidade e autoestima, este decréscimo, por sua vez, pode afetar não só a dinâmica conjugal como a vida sexual do casal. Um estudo de Luk e Loke (2018) comprovou que a vida íntima dos casais com infertilidade sofre alterações após o diagnóstico. Para muitos, o sexo deixa de ser visto como uma atividade prazerosa, passando quase a uma obrigação devido à pressão para engravidar. Falhar dias críticos ou os picos férteis, começa a ser visto, principalmente pela mulher, como uma falha daquela que é a sua obrigação para a conceção de um bebé, gerando na mesma sentimentos de desespero e preocupação com o fracasso. Aproximadamente 37,2% dos homens com infertilidade classifica a sua vida sexual como sendo de baixa qualidade, sendo de salientar que o sexo masculino está mais disposto a demonstrar a sua insatisfação sexual em relação ao feminino (Luk & Loke, 2018).

Na hipótese da satisfação conjugal de um casal ser afetada, é observada alguma incompatibilidade, falta de comunicação ou comunicação negativa, falta de apoio de um dos membros do casal, levando a relação a um constante enfraquecimento ou mesmo a um ponto de rutura. Pelo contrário, alguns casais demonstram ser muito compatíveis, mantendo-se em sintonia durante todo, ou na maioria do processo, demonstrando ter uma melhor comunicação, vivendo este difícil momento a dois provando, deste modo, ter um vínculo mais forte com o seu parceiro (Shreffler *et al.*, 2020). Aproximadamente 25-35% destes casais evidenciaram que o *stress* do diagnóstico de infertilidade os aproximou e reforçou a sua relação (Pasch & Sullivan, 2017).

Estudos de Dadkhah *et al.* (2021) provaram que quanto mais saudável for a dinâmica conjugal, maior será o compromisso e mais se envolverão emocionalmente os casais. Este envolvimento será especialmente valioso para as mulheres que verão as suas necessidades emocionais correspondidas. Deste modo, haverá uma diminuição no afeto negativo (Dadkhah *et al.*, 2021), o qual está associado a um mal-estar sentido pelo indivíduo como indisposição ou perturbação (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Um estudo realizado por Zurlo *et al.* (2019) concluiu que, quanto maior e mais gratificante for a satisfação do casal, mais coesão, segurança e envolvimento emocional este terá. Deste



modo o impacto negativo dos acontecimentos será tendencialmente contrariado (Zurlo *et al.*, 2019).

A autocompaixão pode ser considerada como um construto fundamental na regulação e equilíbrio emocional destes casais, tendo um papel mediador entre o afeto positivo e negativo (Dadkhah *et al.*, 2021). É entendida como a capacidade de reconhecer experiências dolorosas e de fracasso de alguém, como fazendo parte da vida do ser humano e percebida como uma atitude calorosa e de compreensão, em vez de as identificar como experiências causadoras de dor ou insucesso, entrando num processo de constante ruminação. Por este motivo, é sugerido que níveis elevados de autocompaixão, possam ter um efeito protetor em mulheres com infertilidade que evidenciem uma grande necessidade de serem mães (Raque-Bogdan & Hoffman, 2015). A promoção da autocompaixão neste tipo de casais parece ser uma mais-valia na medida em que promove o ambiente propício ao aumento dos níveis de afeto positivo, como por exemplo a felicidade e o interesse (Dadkhah *et al.*, 2021). Este tipo de afeto está associado a sentimentos e formas de olhar para a vida mais positivas tais como ânimo e entusiasmo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). O aumento acima referido, causa uma redução do afeto negativo e o autojulgamento. Estas alterações emocionais contribuem para um equilíbrio que pode ser responsável por uma melhor comunicação e, conseqüentemente, um melhor ajustamento diádico (Dadkhah *et al.*, 2021).

Após o doloroso processo de receção do diagnóstico, um em cada dois casais procuram soluções para enfrentar a infertilidade (Rados *et al.*, 2020). As hipóteses são diversas, sendo que cada casal deve procurar escolher a que melhor se adequa ao seu caso. Existem tratamentos de primeira linha, como é o caso da indução ovulatória nas mulheres ou a estimulação testicular nos homens. No caso de estas soluções não terem os resultados pretendidos, existem ainda técnicas de reprodução medicamente assistidas (RMA), que envolvem a manipulação dos gametas (Galhardo, 2012). Esta fase, à semelhança da anterior é de igual modo, difícil e dolorosa, surgindo novas dificuldades para os casais a nível, por exemplo em termos financeiros, sendo que as políticas do Sistema Nacional de Saúde português não dão um grande contributo, financiando no máximo três ciclos de RMA (Chaves *et al.*, 2018); de deslocação, tendo em conta que nem todos os casais têm a mesma acessibilidade aos centros de tratamento; sendo a fase encarada pela maioria como a última hipótese de conceber um filho biológico (Souza *et al.*, 2017). Para a mulher, em particular, esta é uma fase muito delicada e exigente, sobretudo devido aos

efeitos secundários dos medicamentos, como mudanças de humor, aumento de peso e alterações do desejo sexual. É importante referir que aceitar o diagnóstico foi identificado como um importante preditor da resposta emocional ao tratamento (Luk & Loke, 2018).

Depois de esgotadas as possibilidades de reprodução a nível médico, para muitos casais, a última hipótese para alcançar a parentalidade é a adoção (Shreffler *et al.*, 2020). Antes de existirem estratégias de reprodução medicamente assistidas, esta era a única solução para casais com problemas de fertilidade que quisessem ter filhos, contudo, nos dias de hoje esta hipótese passou, em muitos casos, para último plano. Um estudo realizado com 88 indivíduos ou casais com infertilidade, demonstrou que 87,5% dos participantes escolheram submeter-se a tratamentos médicos, enquanto apenas 5,7% escolheram a opção de adotar. Estes dados comprovam o que foi dito anteriormente sobre o adiamento desta alternativa (Bell, 2019). O sentimento de inferioridade e fracasso, a existência de uma crença internalizada em relação ao estigma da adoção e a sobrevalorização social que é atribuída aos laços sanguíneos, podem ser uma hipótese para explicar o sucedido (Daniluk & Hurtig-Mitchell, 2003).

A adoção consiste num processo gradual que leva a que um indivíduo ou casal, se torne mãe e/ou pai de uma ou mais crianças, permitindo que estas cresçam num ambiente familiar, envolvidas num clima de felicidade, amor e compreensão. Durante todo o processo é mantido o superior interesse da criança, bem como o direito de ser adotada e ter acesso a uma família ou indivíduo que reúna as condições de acolhimento previstas e tuteladas na lei (Almeida, 2019).

Assim que um indivíduo ou casal decide adotar, entra no período de pré-adoção, o qual apenas termina quando há a integração da criança. Este período poderá estar compreendido de meses a anos, sendo que em Portugal, o tempo médio de espera ronda os 6 anos (Almeida, 2019), correndo o risco de se transformar num processo emocionalmente desgastante para os futuros pais adotivos (Daniluk & Hurtig-Mitchell, 2003), que se podem deparar com desafios relacionados com raiva, ansiedade, baixa autoestima e inveja dos casais com filhos, fazendo com que se deparem novamente com a sua incapacidade de procriação (Calvo *et al.*, 2015). Após um longo caminho de avaliação, é uma questão de tempo até uma criança ficar apta a ser adotada. Nesse momento, o casal depara-se com a dolorosa tarefa de decidir se está ou não disposto a aceitar a criança que lhe foi atribuída, sendo que já têm acesso a toda a sua história genética e pré-natal, conscientes de que se recusarem, o seu objetivo de alcançar a

parentalidade será novamente adiado por tempo indeterminado (Daniluk & Hurtig-Mitchell, 2003).

Estudos de Bell (2019), Calvo *et al.* (2015) e Canzi *et al.* (2019) indicam a existência de menos conflitos conjugais nos casais adotivos em comparação com os não adotivos. O sucedido pode ser explicado pelo facto de estes casais passarem por um longo período de adiamento do seu desejo, sendo que muitos deles já se submeteram anteriormente a tratamentos. Pode também estar relacionado com o facto de estes casais estarem casados há mais tempo e serem mais estáveis a nível financeiro e profissional. Os casais adotantes, na sua maioria, apresentam características como níveis mais elevados de segurança, um melhor autoconceito, maior expressão afetiva, contribuindo para um melhor ajustamento diádico (Calvo *et al.*, 2015), bem como valores mais baixos de afeto negativo e vergonha interna (Galhardo, 2012).

O presente trabalho pretendeu avaliar a existência de diferenças entre os participantes de um grupo de casais com infertilidade (GI) e de um grupo de casais candidatos à adoção (GA) no que se refere a variáveis demográficas (idade, anos de escolaridade e anos de casamento) e à variável clínica duração da infertilidade. Um outro objetivo foi o de comparar estes mesmos grupos relativamente a variáveis de saúde mental (afeto positivo, afeto negativo e vergonha externa), ao ajustamento diádico, e a processos de regulação emocional (autocompaixão e autojulgamento). Por último, pretendeu-se explorar quais destas variáveis (de saúde mental e de regulação emocional) atuavam como predictoras do ajustamento diádico, em cada um dos grupos considerados.

## **Métodos**

### **Participantes**

A presente amostra foi constituída por um grupo de casais com diagnóstico de infertilidade a realizar tratamento médico para esta condição (grupo infertilidade-GI) e por um segundo grupo de casais com diagnóstico de infertilidade em processo de candidatura para adoção (grupo adoção-GA). O GI integrou 67 (53.2%) casais com uma

média de idades de 35.06 ( $DP = 5.18$ ) anos e uma média de anos de escolaridade de 13.69 ( $DP = 3.64$ ). Ainda relativamente a este grupo, 42 (62.7%) casais já tinham realizado tratamentos de infertilidade anteriores à data de recolha dos dados, enquanto os restantes 25 (37.3%) estavam a aguardar resultados de testes ou exames médicos, ou agendamento dos tratamentos. Por sua vez o GA foi composto por 59 (46.8%) casais com uma média de idade de 37.30 ( $DP = 6.16$ ) e uma média de anos de escolaridade de 11.31 ( $DP = 4.19$ ). Relativamente à distribuição distrital, 15 (25.4%) casais pertenciam ao distrito de Coimbra, 14 (23.7%) ao distrito de Aveiro, 11 (18.6%) ao de Leiria, 8 (13.6%) ao distrito de Santarém, 7 (11.9%) ao de Lisboa, 2 (3.4%) ao distrito de Portalegre, 1 (1.7%) ao de Bragança e 1 (1.7%) ao distrito de Porto. Os casais do GI estavam casados ou a viver em união de facto em média há 2.93 ( $DP = 3.29$ ) anos e os casais do GA há 8.23 ( $DP = 7.07$ ) anos. No que se refere à duração do diagnóstico de infertilidade, observou-se que em média os casais do GI haviam tido esse diagnóstico há 2.93 ( $DP = 3.29$ ) anos e os casais do GA há 8.23 ( $DP = 7.07$ ) anos.

## **Instrumentos**

O protocolo de investigação incluiu a administração de um questionário sociodemográfico que possibilitou a recolha de dados como idade, anos de escolaridade, anos de casamentos e duração da infertilidade, com o intuito de proceder a uma caracterização da amostra relativamente a este tipo de variáveis. Conjuntamente foram administrados os seguintes instrumentos de autorresposta:

***Positive and Negative Affect Schedule*** (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988; versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

Este é um instrumento breve e de simples administração que avalia o afeto positivo e o afeto negativo, é composto por 20 itens, 10 na subescala de afeto positivo (e.g., “Entusiasmado”) e os restantes 10 na de afeto negativo (e.g., “Receoso”) (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a). O afeto positivo é utilizado como uma medida onde o sujeito demonstra entusiasmo com a vida, enquanto o afeto negativo corresponde à forma como a pessoa refere sentir perturbação ou indisposição (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005b). Na versão portuguesa, todas as categorias foram mantidas em relação à versão original, no entanto

foram introduzidas quatro categorias adicionais: “Divertido”, “Simpático”, “Surpreendido” e “Repulsa”. O alfa de Cronbach obtido para a escala de afeto positivo da versão portuguesa foi de .86, enquanto para a escala de afeto negativo foi de .89, sendo estes valores semelhantes aos encontrados pelos autores da versão original. No presente estudo observou-se um valor de alfa de Cronbach de .93 no GI e .90 no GA para a escala de afeto negativo e de .89 no GI e .84 no GA para a escala de afeto positivo.

***Others As Shamer*** (OAS; Goss, Gilbert, & Allan, 1994; versão portuguesa de Matos *et al.*, 2011).

A OAS é uma escala de autorresposta, composta por 18 itens, que classificam, numa escala de cinco pontos, indo de *nunca* (1) a *quase sempre* (5) a frequência relativa ao modo como as pessoas consideram que os outros as veem. Mais precisamente, pretende, de forma breve, avaliar a vergonha externa. Integra itens como “Sinto que as outras pessoas não me veem como sendo suficientemente bom”. A nível de consistência interna, ainda na versão original, os autores indicam um valor de .92. Na versão portuguesa foi encontrado um valor de alfa de Cronbach de .91 (Matos *et al.*, 2011). Neste estudo observou-se um valor de alfa de Cronbach de .90 no GI e .82 no GA.

***Self-Compassion Scale*** (SCS; Neff, 2003; versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

A SCS é o instrumento de autorresposta mais aplicado quando o objetivo é avaliar a autocompaixão. Este tem como pilares três componentes básicas da autocompaixão: a autobondade, que consiste na capacitação para ser atencioso, benevolente, educado e compreensivo ao invés de ser censurador e punitivo, a condição humana que pretende que se tome a consciência de que cada experiência vivida faz parte de um todo que é a experiência humana e, por fim, o *mindfulness* que pretende a consciencialização e aceitação dos sentimentos do *self*. É um instrumento composto por 26 itens, organizados em seis subescalas: Compreensão (e.g., “tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade de que não gosto”); Autocriticismo (e.g., “desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”); Condição Humana (e.g., “tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”); Isolamento (e.g.,

“quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo”); *Mindfulness* (e.g. “quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação”); e Sobreidentificação (e.g., quando me sinto em baixo tendo a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado”). Estes são classificados numa escala de cinco pontos, que varia entre quase *nunca* (1) e *quase sempre* (5). A nível psicométrico, revelou uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de .92 para a escala total e alfas a variarem de .75 a .81 ao nível das subescalas (Neff, 2003). Em relação às características psicométricas da versão portuguesa da SCS, a nível de consistência interna apresentou um valor de .89 para a escala total e valores entre .73 e .84 para as subescalas (Castilho & Pinto Gouveia, 2011). No presente estudo, foram utilizados os índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento, observando-se um valor de alfa de Cronbach de .90 no GI e .81 no GA para a autocompaixão e .92 para ambos os grupos para a escala de autojulgamento.

***Dyadic Adjustment Scale*** (DAS; Spanier, 1976; Gomez & Leal, 2008).

A DAS é a medida de avaliação mais utilizada a nível internacional no campo da relação conjugal, tendo sido criada com o objetivo de combinar as pontuações subjetivas da relação, com o efeito dos comportamentos e acontecimentos concretos. É composta por 32 itens (e.g., “Quero muito que a minha relação tenha sucesso e farei a minha parte para que isso aconteça”) que, por sua vez, se dividem em quatro subescalas: satisfação diádica (quais as perspetivas de futuro da relação e o balanço dos conflitos); coesão diádica (em que medida a interação do casal é positiva e se há atividades partilhadas); consenso diádico (a nível de questões do dia a dia como relacionais e económicas, por exemplo); e expressão afetiva (questões relacionadas com a vida íntima e a demonstração de afeto). Segundo a análise fatorial, este é um instrumento multidimensional com uma consistência interna de .96 para a escala total, .90 para a subescala do consenso diádico, .94 para a de satisfação diádica, .86 para a coesão diádica e .73 para a de expressão afetiva. No que diz respeito à versão portuguesa, esta foi traduzida por Gomez e Leal (2008). A nível de consistência interna, apresentou um alfa de Cronbach de .90 para a escala total e valores a oscilarem entre .66 e .85 para as subescalas (Gomez & Leal, 2008). Neste estudo observou-se um valor de alfa de Cronbach de .93 em ambos os grupos.

## Procedimentos

O estudo foi aprovado pela direção da Associação Portuguesa de Fertilidade assim como pelo Instituto de Segurança Social. Todos os participantes receberam informação acerca do âmbito e objetivos do estudo e foram esclarecidos quanto ao anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, tendo facultado o seu consentimento informado por escrito. O GI foi recrutado através da Associação Portuguesa de Fertilidade, que divulgou o estudo no seu *website* e fórum. As pessoas interessadas em participar forneceram o seu endereço postal para o qual foi remetido o protocolo de avaliação nas suas versões masculina e feminina, sendo igualmente disponibilizado um envelope RSF para posterior devolução. O GA foi recrutado através das equipas de adoção da Segurança Social. Através da consulta de processos realizada por estas equipas foram selecionados casais que correspondiam aos critérios de inclusão, ou seja, possuíam um diagnóstico de infertilidade, mas não se encontravam a realizar tratamento médico, tendo escolhido a adoção como a via para alcançar a parentalidade. Neste grupo os protocolos de avaliação foram entregues aquando de reuniões agendadas com a equipa de adoção. Relativamente a este grupo, é ainda de referir terem sido informados acerca da total independência entre a sua participação no estudo e o processo de adoção. Também a este grupo disponibilizou-se um envelope RSF de modo a que pudessem realizar o preenchimento dos instrumentos de autorresposta, confortavelmente e ao seu ritmo, podendo depois devolvê-lo pelo correio. Em ambos os grupos a participação dos dois elementos do casal era requerida, tendo sido dadas instruções para que o preenchimento do protocolo fosse efetuado em separado.

## Análise estatística

Para a análise de dados recorreu-se ao *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 27. Na caracterização da amostra foram calculadas frequências e percentagens para as variáveis categoriais e médias e desvios padrão para as variáveis contínuas. A comparação de médias das variáveis em estudo foi efetuada através do cálculo de testes *t* para amostras independentes sendo o tamanho do efeito avaliado através do *d* de Cohen. Segundo Cohen *et al.* (2003), tamanhos do efeito com valores entre .20 e .49 são considerados pequenos, entre .50 e .79 médios e superiores a .80, grandes. A associação entre as variáveis foi analisada por meio do cálculo de

correlações de Pearson. De acordo com as recomendações de Dancey e Reidy (2017), coeficientes de correlação de Pearson entre .10 e .39 são tidos como fracos, entre .40 e .69 moderados, e acima de .70 fortes. Com o intuito de explorar a contribuição independente dos diferentes fatores preditores (afeto positivo, afeto negativo, vergonha externa, autocompaixão e autojulgamento) na explicação do ajustamento diádico foram realizadas análises de regressão linear múltipla hierárquica. Previamente à condução destas análises, foram verificados a adequação da dimensão da amostra e os pressupostos de multicolinearidade e de independência [estatística de Durbin-Watson ( $d = 1.50$  no GI 1.34 no GA)]. Todas as variáveis independentes revelaram valores de tolerância superiores a 0,10 e de VIF inferiores a 10) (Tabachnick & Fidell, 2013). De referir ainda que não se encontraram violações severas ao pressuposto da normalidade, sendo que os valores de assimetria foram  $< 3$  e de achatamento  $< 10$  (Kline, 2005). Em todas as análises foi considerado um nível de significância de .050.



## Resultados

Num primeiro momento procurou-se averiguar a existência de diferenças entre os participantes do GI e do GA no que toca às variáveis sociodemográficas e de saúde. (Tabela 1).

Tabela 1

*Testes t em função do grupo (GI e GA) relativamente à idade, aos anos de escolaridade, anos de casamentos e de infertilidade*

| <b>Medidas/sexo</b>      | <b>M</b> | <b>DP</b> | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
|--------------------------|----------|-----------|----------|----------|----------|
| Idade GI                 | 35.06    | 5.18      |          |          |          |
|                          |          |           | -3.13    | .002     | 5.66     |
| Idade GA                 | 37.30    | 6.16      |          |          |          |
| Anos de escolaridade GI  | 13.69    | 3.64      |          |          |          |
|                          |          |           | 4.84     | <.001    | 3.91     |
| Anos de escolaridade GA  | 11.31    | 4.19      |          |          |          |
| Anos de casamento GI     | 6.04     | 3.91      |          |          |          |
|                          |          |           | -7.67    | <.001    | 4.86     |
| Anos de infertilidade GI | 2.93     | 3.29      |          |          |          |
|                          |          |           | -7.09    | <.001    | 5.40     |

Como se pode observar na tabela 1, os participantes do GA eram significativamente mais velhos, com menor escolaridade, casados há mais tempo e com um diagnóstico de infertilidade há mais anos, do que os participantes do GI.

No que se refere à comparação dos grupos relativamente às variáveis afeto positivo, afeto negativo, vergonha externa e ajustamento diádico, os resultados são apresentados na tabela 2.

Tabela 2

*Testes t em função dos grupos (GI e GA) relativamente ao afeto positivo, afeto negativo, vergonha externa e ajustamento diádico*

| <b>Medidas/sexo</b>     | <b>M</b> | <b>DP</b> | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
|-------------------------|----------|-----------|----------|----------|----------|
| PANAS afeto positivo GI | 28.91    | 7.43      |          |          |          |
|                         |          |           | -3.62    | < .001   | 6.81     |
| PANAS afeto positivo GA | 32.03    | 6.02      |          |          |          |
| PANAS afeto negativo GI | 18.71    | 7.95      |          |          |          |
|                         |          |           | 4.76     | < .001   | 6.96     |
| PANAS afeto negativo GA | 14.53    | 5.64      |          |          |          |
| OAS GI                  | 17.96    | 10.93     |          |          |          |
|                         |          |           | 3.20     | .002     | 9.80     |
| OAS GA                  | 14.00    | 8.33      |          |          |          |
| DAS GI                  | 116.95   | 16.76     |          |          |          |
|                         |          |           | -3.53    | < .001   | 15.61    |
| DAS GA                  | 123.91   | 14.20     |          |          |          |

Nota. PANAS afeto positivo = Subescala de afeto positivo da *Positive and Negative Affect Scale*; PANAS afeto negativo = Subescala de afeto negativo da *Positive and Negative Affect Scale*; OAS = Others as Shamer; DAS= Dyadic Adjustment Scale.

Como se pode observar na Tabela 2, os participantes do GI evidenciam valores significativamente mais altos de afeto negativo e de vergonha externa comparativamente com os casais do GA. Em relação ao afeto positivo e ao ajustamento diádico, foram os

participantes do GA que revelaram valores significativamente mais altos, por comparação com os casais do GI.

Os resultados referentes à comparação dos grupos no que concerne aos processos de regulação emocional de autocompaixão e de autojulgamento são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

*Testes t em função do sexo nos grupos GI e GA relativamente aos índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento*

| <b>Medidas/sexo</b>   | <b>M</b> | <b>DP</b> | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
|-----------------------|----------|-----------|----------|----------|----------|
| SCS autocompaixão GI  | 40.81    | 8.49      |          |          |          |
|                       |          |           | -2.71    | .007     | 7.94     |
| SCS autocompaixão GA  | 43.53    | 7.26      |          |          |          |
| SCS autojulgamento GI | 33.98    | 9.40      |          |          |          |
|                       |          |           | 3.54     | < .001   | 9.47     |
| SCS autojulgamento GA | 29.75    | 9.55      |          |          |          |

Nota. SCS autocompaixão = Índice compósito de autocompaixão da *Self-compassion Scale*; SCS autojulgamento = Índice compósito de autojulgamento da *Self-compassion Scale*

Verificou-se que o GI apresentou valores mais baixos de autocompaixão e valores mais elevados de autojulgamento, comparativamente com o GA.

De seguida foram exploradas as associações entre as variáveis em estudo em cada um dos grupos. Os resultados no GI são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4

*Correlações entre as variáveis em estudo no GI*

|                         | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6   |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----|
| 1. PANAS afeto positivo | ---    |        |        |        |        |     |
| 2. PANAS afeto negativo | -.33** |        |        |        |        |     |
| 3. OAS                  | -.28** | .54**  |        |        |        |     |
| 4. DAS                  | .21*   | -.34** | -.43** |        |        |     |
| 5. SCS Autocompaixão    | .40**  | -.35** | -.38** | .25**  |        |     |
| 6.SCS Autojulgamento    | -.29** | .66**  | .55**  | -.36** | -.45** | --- |

Nota. PANAS afeto positivo = Subescala de afeto positivo da *Positive and Negative Affect Scale*; PANAS afeto negativo = Subescala de afeto negativo da *Positive and Negative Affect Scale*; OAS = Others as Shamer; DAS= Dyadic Adjustment Scale; SCS autocompaixão = Índice compósito de autocompaixão da *Self-compassion Scale*; SCS autojulgamento = Índice compósito de autojulgamento da *Self-compassion Scale*. \* $p < .050$ ; \*\* $p < .001$

As associações entre as variáveis em estudo no GA são reportadas na Tabela 5.

Tabela 5

*Correlações entre as variáveis em estudo no GA*

|                         | 1     | 2      | 3      | 4      | 5      | 6   |
|-------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|-----|
| 1. PANAS afeto positivo | ---   |        |        |        |        |     |
| 2. PANAS afeto negativo | -.18* |        |        |        |        |     |
| 3. OAS                  | -.18  | .48**  |        |        |        |     |
| 4. DAS                  | .28** | -.41** | -.31** |        |        |     |
| 5. SCS Autocompaixão    | .24** | -.28** | -.17   | .27**  |        |     |
| 6.SCS Autojulgamento    | -.11  | .51**  | .48**  | -.36** | -.35** | --- |

Nota. PANAS afeto positivo = Subescala de afeto positivo da *Positive and Negative Affect Scale*; PANAS afeto negativo = Subescala de afeto negativo da *Positive and Negative Affect Scale*; OAS = Others as Shamer; DAS= Dyadic Adjustment Scale; SCS autocompaixão = Índice compósito de autocompaixão da *Self-compassion Scale*; SCS autojulgamento = Índice compósito de autojulgamento da *Self-compassion Scale*. \* $p < .050$ ; \*\* $p < .001$

Por último, foram calculadas regressões lineares em cada um dos grupos, com o intuito de avaliar o contributo das variáveis afeto positivo e afeto negativo (primeiro bloco), vergonha externa (segundo bloco) e autocompaixão e autojulgamento (terceiro bloco), para cada um dos grupos. Os resultados obtidos no GI são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6

*Análise de regressão linear múltipla utilizando o afeto positivo, o afeto negativo, a vergonha externa e os índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento como preditores do ajustamento diádico no GI*

| <b>Preditores</b>    | <b>r</b> | <b>R<sup>2</sup>Ajustado</b> | <b>F</b> | <b>p</b> | <b>B</b> | <b>t</b> | <b>P</b> |
|----------------------|----------|------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>Modelo 1</b>      | .35      | .11                          | 9.39     | < .001   |          |          |          |
| PANAS afeto positivo |          |                              |          |          | .11      | 1.23     | .221     |
| PANAS afeto negativo |          |                              |          |          | -.31     | - 3.52   | < .001   |
| <b>Modelo 2</b>      | .46      | .19                          | 13.44    | < .001   |          |          |          |
| PANAS afeto positivo |          |                              |          |          | .07      | .78      | .435     |
| PANAS afeto negativo |          |                              |          |          | -.13     | -1.41    | .162     |
| OAS                  |          |                              |          |          | -.34     | - 3.67   | < .001   |
| <b>Modelo 3</b>      | .47      | .19                          | .72      | .487     |          |          |          |
| PANAS afeto positivo |          |                              |          |          | -.05     | .53      | .595     |
| PANAS afeto negativo |          |                              |          |          | -.07     | -.67     | .503     |
| OAS                  |          |                              |          |          | -.30     | -3.07    | .003     |
| SCS-Comp             |          |                              |          |          | .04      | .46      | .647     |
| SCS-Julg             |          |                              |          |          | -.11     | -.97     | .336     |

Nota. PANAS afeto positivo = Subescala de afeto positivo da *Positive and Negative Affect Scale*; PANAS afeto negativo = Subescala de afeto negativo da *Positive and Negative Affect Scale*; OAS = Others as Shamer; DAS= Dyadic Adjustment Scale; SCS autocompaixão = Índice compósito de autocompaixão da *Self-compassion Scale*; SCS autojulgamento = Índice compósito de autojulgamento da *Self-compassion Scale*.

No GI, as variáveis predictoras consideradas explicaram 19% do total do ajustamento diádico no GI. No entanto, apenas a vergonha externa mostrou ser um preditor significativo, com um valor de  $\beta = -.30$ . As demais variáveis não atuaram como preditores significativos.

O mesmo modelo testado no GA revelou os seguintes resultados (Tabela 7).

Tabela 7

*Análise de regressão linear múltipla utilizando o afeto positivo, o afeto negativo, a vergonha externa e os índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento como preditores do ajustamento diádico no GI*

| <b>Preditores</b>    | <b>r</b> | <b>R<sup>2</sup>Ajustado</b> | <b>F</b> | <b>p</b> | <b>B</b> | <b>t</b> | <b>P</b> |
|----------------------|----------|------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>Modelo 1</b>      | .46      | .20                          | 15.32    | < .001   |          |          |          |
| PANAS afeto positivo |          |                              |          |          | .22      | 2.57     | .011     |
| PANAS afeto negativo |          |                              |          |          | -.37     | - 4.35   | < .001   |
| <b>Modelo 2</b>      | .47      | .20                          | 1.90     | .171     |          |          |          |
| PANAS afeto positivo |          |                              |          |          | .20      | 2.42     | .017     |
| PANAS afeto negativo |          |                              |          |          | -.31     | -3.25    | .002     |
| OAS                  |          |                              |          |          | -.13     | - 1.38   | .171     |
| <b>Modelo 3</b>      | .50      | .22                          | 2.07     | .131     |          |          |          |
| PANAS afeto positivo |          |                              |          |          | .19      | 2.20     | .030     |
| PANAS afeto negativo |          |                              |          |          | -.23     | -2.29    | .024     |
| OAS                  |          |                              |          |          | -.08     | -.83     | .411     |
| SCS-Comp             |          |                              |          |          | .09      | .99      | .326     |
| SCS-Julg             |          |                              |          |          | -.15     | -1.47    | .144     |

Nota. PANAS afeto positivo = Subescala de afeto positivo da *Positive and Negative Affect Scale*; PANAS afeto negativo = Subescala de afeto negativo da *Positive and Negative Affect Scale*; OAS = Others as Shamer; DAS= Dyadic Adjustment Scale; SCS autocompaixão = Índice compósito de autocompaixão da *Self-compassion Scale*; SCS autojulgamento = Índice compósito de autojulgamento da *Self-compassion Scale*.

Já no GA, as variáveis preditoras consideradas explicaram 22% do total do ajustamento diádico no GI, sendo o afeto positivo e o afeto negativo os únicos preditores significativos, com valores de  $\beta = .19$  e  $\beta = -.23$ , respetivamente. As demais variáveis não atuaram como preditores significativos.

## Discussão

O presente estudo atentou três objetivos fundamentais. Num primeiro momento analisou a existência de diferenças significativas entre o GI e o GA no que diz respeito às variáveis demográficas como, idade, anos de escolaridade, anos de casamentos e duração da infertilidade. Foi possível constatar que os casais do GA eram mais velhos e estavam casados há mais tempo. Este grupo, por comparação com o GI evidenciou uma escolaridade mais baixa. Como seria de esperar foram também os casais do GA que revelaram uma maior duração da infertilidade. Na globalidade estes resultados eram de alguma forma expectáveis. Os casais candidatos à adoção que participaram no estudo apresentavam uma história prévia de realização de tratamentos de infertilidade que não foi bem-sucedida no alcance da parentalidade biológica. Nesta sequência, estes casais escolheram a via da adoção como forma de atingir o seu objetivo de serem pais. Todo este processo implica tempo e, como tal, seria de esperar que fossem mais velhos, com uma relação mais duradoura e com um tempo de diagnóstico maior. Estes dados, no geral, vão ao encontro dos estudos realizados por Bell (2019) e Shreffler *et al.* (2020), que realçam a preferência dos casais com infertilidade por soluções de reprodução medicamente assistida, contrariamente à adoção, deixando esta última como derradeira hipótese. No que se refere à escolaridade, pode também hipotetizar-se que esta se relaciona com um tipo de atividade profissional com uma remuneração mais baixa, o que pode contribuir para dificuldades na continuidade de tratamentos médicos de infertilidade, os quais são dispendiosos.

Num segundo momento, procurou-se comparar o GI e o GA em termos de saúde mental, processos de regulação emocional e ajustamento diádico. Os casais do GI evidenciaram níveis mais baixos de indicadores de saúde mental, revelando níveis superiores de afeto negativo e de vergonha externa. Em termos de regulação emocional,



estes casais apresentaram valores mais elevados de autojulgamento e mais baixos de autocompaixão, em comparação com o GA. Os resultados obtidos vão ao encontro dos de Galhardo (2012) e Galhardo *et al.* (2011), ao revelar que os casais com infertilidade a realizar tratamento médico, são tendencialmente menos compreensivos e calorosos consigo próprios, com maior tendência a isolarem-se e a sobreidentificarem-se com o seu problema de infertilidade, apresentando níveis mais elevados de autojulgamento, assim como níveis mais baixos de afeto positivo e mais elevados de vergonha externa. Já os casais com infertilidade candidatos à adoção, evidenciaram níveis mais baixos de afeto negativo e de vergonha externa. Estes podem já ter encontrado formas adaptativas de lidar com a situação de infertilidade e, conseqüentemente, diminuindo o afeto negativo. Além disso, parecem perspetivar existir na mente dos outros de uma forma menos negativa e defeituosa.

Em termos de ajustamento diádico o GA apresentou níveis superiores quando comprado com o GI, sendo estes resultados congruentes com estudos anteriormente realizados. Pace *et al.*, (2015) salientaram que casais candidatos à adoção pontuavam mais alto na Escala de Ajustamento Diádico (DAS), quando comparados a um outro grupo de casais com filhos biológicos. Güleç *et al.*, (2011) constataram que casais com infertilidade, quando comparados com a população em geral, manifestaram níveis mais baixos de satisfação conjugal, pontuando significativamente mais baixo nas subdimensões de consenso e expressão afetiva.

No que se refere às variáveis predictoras do ajustamento diádico nos casais do GI o único preditor significativo foi a vergonha externa. Este resultado sugere que quando estes sujeitos consideram que o/a seu/sua parceiro/a tem uma visão negativa de si como inferior, defeituoso/a e/ou sem valor (Gilbert, 2002), possivelmente relacionada com as dificuldades em alcançar uma gravidez espontânea, o seu ajustamento na díade conjugal é afetado. Já nos casais do GA, as variáveis que se revelaram predictoras do ajustamento diádico foram o afeto positivo e o afeto negativo. Assim, estes dados sugerem que níveis mais altos de afeto positivo e níveis mais baixos de afeto negativo parecem ser os principais contributos para ajustamento diádico. Com efeito, os níveis de afeto positivo e negativo, neste grupo em particular, parecem estar relacionados de modo mais vincado com o grau de satisfação que os casais mostram relativamente à sua relação, ou seja, com experiências de interesse partilhadas, demonstração de afeto, aceitação e compreensão

mútuas, e com disponibilidade bilateral para satisfazer as necessidades do/a parceiro/a (Formiga, 2020).

Nesta sequência, e numa perspetiva de intervenção psicológica com vista à promoção do ajustamento diádico de casais com infertilidade a realizar tratamento médico para esta condição, a avaliação e intervenção para diminuição da vergonha externa podem ser relevantes. Efetivamente, se atendermos ao facto de os tratamentos médicos serem exigentes, não só do ponto de vista físico, mas também psicológico, o ajustamento entre o casal pode ter um papel importante no modo como lidam com essas exigências. Por sua vez, considerando os casais candidatos à adoção, pode ser útil o recurso a intervenções focadas na promoção do afeto positivo e diminuição do afeto negativo, com o intuito de salvaguardar que estes casais se mantenham coesos e satisfeitos com a sua relação. Esta ideia está em sintonia com a de Hock & Mooradion (2012) que através de um estudo sobre a influência da co-participação no aumento do ajustamento diádico, revelaram que casais adotivos com níveis elevados de co-participação apresentavam maior coesão quando comparados com pais biológico. Também Canzi *et al.* (2019) salientaram a importância do ajustamento diádico nestes casais, realçando a influência do *coping* diádico durante o processo de infertilidade. Os autores constataram que casais candidatos à adoção, apesar de todas as dificuldades que enfrentaram durante o processo, quando apresentavam níveis elevados de *coping*, revelavam ser capazes de ultrapassar situações adversas em conjunto.

As limitações deste estudo estiveram sobretudo relacionadas com a constituição da amostra. No GI, embora todos os sujeitos com infertilidade se encontrassem a realizar tratamentos, nem todos estavam na mesma fase medicado processo de tratamento. Enquanto que uns já tinham realizado tratamentos mal sucedidos, outros não tinham ainda realizado o primeiro tratamento. Sendo os tratamentos tão exigentes para os casais, e não deixando de lado a possibilidade de existir uma relação entre a fase do tratamento e os resultados obtidos, é importante salvaguardar a possibilidade de os resultados devem ser lidos de forma cautelosa. Por este motivo, em investigações futuras, sugere-se que os participantes sejam agrupados consoante a fase de tratamento em que se encontrarem (e.g., a aguardar tratamento, em tratamento, a finalizar o tratamento). No GA, apesar da maioria dos casais ter realizado tratamentos no passado e, não ter tido os resultados pretendidos, alguns dos casais optaram pela via da adoção para atingir o seu objetivo de ser pais sem passar pelos tratamentos. Esta diferenciação pode também provocar

alterações nos resultados. Assim, pode também ser oportuno em estudos futuros, fazer esta distinção, de modo a analisar possíveis diferenças nestes subgrupos.

Independentemente das limitações, este estudo realçou o papel do ajustamento diádico em casais com infertilidade, sugerindo que este pode oferecer um contributo positivo para os casais. Deste modo, sugere-se que futuras intervenções, procurem diminuir os níveis de vergonha externa em casais a realizar tratamento médico para a infertilidade, bem como promover os níveis de afeto positivo e diminuir os níveis de afeto negativo em casais candidatos a adoção com o intuito de promover o seu ajustamento diádico, facultando as ferramentas necessárias ao casal, para lidar em conjunto com o processo de tratamento ou da candidatura a adoção, respetivamente.

## Referências

- Andrade, S., & Martins, M. (2018). Associação entre infertilidade e satisfação relacional: Estudo comparativo de díades consoante a situação reprodutiva [Infertility and relational satisfaction: A comparative study of dyads according to the reproductive stage]. *Análise Psicológica*, 36(4), 471–483. <https://doi.org/10.14417/ap.1402>
- Bell, A. (2019). “Trying to have your own first; It’s what you do”: The relationship between adoption and medicalized infertility. *Qualitative Sociology*, 42(3), 479-489. <https://doi.org/10.1007/s11133-019-09421-3>
- Borghet, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 2-12. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>
- Calvo, V., Palmieri, A., Codamo, A., Scampoli, M., & Bianco, F. (2015). Perceptions of parental bonding, adult attachment, and marital adjustment in prospective adoptive parents. An empirical study in the pre-adoptive period. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(4), 419-432. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.1001355>
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_54\\_8](https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8)
- Chaves, C., Canavarro, M., & Moura-Ramos, M. (2018). The role of dyadic coping on the marital and emotional adjustment of couples with infertility. *Family Process*, 58(2), 509-523. <https://doi.org/10.1111/famp.12364>

- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). Erlbaum.
- Dadkhah, S., Jarareh, J., & Akbari, F. (2021). The relationships between self-compassion, positive and negative affect, and marital quality in infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Iranian Rehabilitation Journal*, *19*(1), 1-12. <https://doi.org/10.32598/irj.19.1.1211.1>
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2017). *Statistics without maths for psychology* (7th ed.). Pearson Education Inc.
- Daniluk, J., & Hurtig-Mitchell, J. (2003). Themes of hope and healing: infertile couples' experiences of adoption. *Journal of Counseling & Development*, *81*(4), 389-399. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2003.tb00265.x>
- Formiga, M. (2020). *A importância da satisfação conjugal, do ajustamento diádico e da empatia conjugal nos estados emocionais vividos por mulheres em tratamento de infertilidade* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/45769>
- Galhardo, A. (2013). *A infertilidade em Portugal: Aspetos psicológicos e estudo de eficácia do Programa Baseado no Mindfulness para a Infertilidade* [Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/23353>
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction*, *26*(9), 2408-2414. <https://doi.org/10.1093/humrep/der209>
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, *2*(XXIII), 219-227.367.

- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica do conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), 209-218. <https://doi.org/10.14417/ap.84>
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 3–38). Oxford University Press.
- Güleç, G., Hassa, H., Günes, E., & Yenilmez, Ç. (2011). The effects of infertility on sexual functions and dyadic adjustment in couples that present for infertility treatment. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22(3), 166-176.
- Hasanpoor–Azgahdy, S., Simbar, M., Vedadhir, A., & Farahani, L. (2016). Exploring the challenge of adoption from the perspective of iranian infertile women. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 2(1), 19-26. <https://doi.org/10.32598/jccnc.2.1.19>
- Hock, R., & Mooradian, J. (2011). Co-parenting quality among adoptive mothers: contributions of socioeconomic status, child demands and adult relationship characteristics. *Child & Family Social Work*, 17(1), 85-95. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00775.x>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). Guilford Press.
- Luk, B., & Loke, A. (2018). Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 108-122. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1529407>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). Other as Shamer: Portuguese version and psychometric properties of an external shame measure. (Manuscrito submetido).
- Oliveira, D. (2021). *O papel da vergonha externa e do evitamento experiencial no stresse relacionado com a infertilidade* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior

- Miguel Torga]. Repositório do Instituto Superior Miguel Torga. <https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/1269>
- Pace, C., Santona, A., Zavattini, G., & Folco, S. (2015). Attachment states of mind and couple relationships in couples seeking to adopt. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3318-3330. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0134-6>
- Pasch, L., & Sullivan, K. (2017). Stress and coping in couples facing infertility. *Current Opinion in Psychology*, 13, 131-135. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2016.07.004>
- PORDATA Base de dados Portugal Contemporâneo. (sd). Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho. <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
- Radoš, S., Vraneš, H., Tomić, J., & Kuna, K. (2020). Infertility-related stress and sexual satisfaction: a dyadic approach. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1752658>
- Raque-Bogdan, T., & Hoffman, M. (2015). The relationship among infertility, self-compassion, and well-being for women with primary or secondary infertility. *Psychology of Women Quarterly*, 39(4), 484-496. <https://doi.org/10.1177/0361684315576208>
- Shreffler, K. M., Gallus, K. L., Peterson, B., & Greil, A. L. (2020). Couples and infertility. Em K. Wampler & A. Blow (Eds.), *The Handbook of Systemic Family Therapy* (1ª ed., pp. 385-406). Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1002/9781119438519.ch76>
- Souza, A., Cenci, C., Luz, S., & Patias, N. (2017). Casais inférteis e a busca pela parentalidade biológica: uma compreensão das experiências envolvidas. *Pensando Famílias*, 21(2), 76-88.

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson Education Inc.
- Tamrakar, S. R., & Bastakoti, R. (2019). Determinants of infertility in couples. *Journal of Nepal Health Research Council*, 17(01), 85-89. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v17i01.1827>
- Travassos-Rodriguez, F., & Féres-Carneiro, Fernanda. (2013). Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo Psicanal*, 45(1), 111-121.
- Wilson, N. (2021) *Couples with infertility: the influence of quality of life, relationship satisfaction, resilience, depression, and shame*. [Dissertação de Doutorado, Universidade da Flórida Central]. Repositório da Universidade da Flórida Central. <https://stars.library.ucf.edu/etd2020/583>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., . . . van der Poel, S. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Fertility and Sterility*, 108(3), 393–406. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex234>
- Zeren, F., Gürsoy, E., & Çolak, E. (2019). The quality of life and dyadic adjustment of couples receiving infertility treatment. *African Journal of Reproductive Health*, 23(1), 117-127. <https://doi.org/10.29063/ajrh2019/v23i1.12>
- Zurlo, M., Volta, M., & Vallone, F. (2019). The association between stressful life events and perceived quality of life among women attending infertility treatments: the moderating role of coping strategies and perceived couple's dyadic adjustment. *BMC Public Health*, 19, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7925-4>