Instituto Superior Miguel Torga

Estudo da estrutura fatorial e características psicométricas da Escala de Vergonha Relacionada com Doença Crónica (CISS) numa amostra de mulheres com diagnóstico de infertilidade

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica

Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Ana Carolina dos Santos Crisóstomo

Coimbra,2025

MIGUEL TORGA

CIM|RC

Estudo da estrutura fatorial e características psicométricas da Escala de Vergonha Relacionada com Doença Crónica (CISS) numa amostra de mulheres com diagnóstico de infertilidade

ANA CAROLINA DOS SANTOS CRISÓSTOMO

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica na Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, julho de 2025

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento à Professora Doutora Ana Galhardo pela sua orientação dedicada e apoio constante ao longo deste percurso. A sua paciência, conhecimento e incentivo foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

Agradeço de coração aos meus pais, que estiveram sempre comigo, e viveram este momento tanto quanto eu. Obrigada por me apoiarem incondicionalmente, por me proporcionarem a oportunidade de seguir este caminho e por me darem sempre a liberdade de escolher.

E agradeço ao Bill, o meu melhor amigo e companheiro de uma vida. Obrigada por estares sempre ao meu lado em todas as etapas, por teres esperado sempre que chegasse a casa pronto para um abraço apertadinho, e por, durante tantos anos, teres estado lá para mim, irei recordar-te para sempre. “Billito, consegui”.

Estudo da estrutura fatorial e características psicométricas da Escala de Vergonha Relacionada com Doença Crónica (CISS) numa amostra de mulheres com diagnóstico de infertilidade

Resumo:

A presente investigação teve como objetivo analisar a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas da Escala de Vergonha Relacionada com Doença Crónica (CISS) numa amostra de 179 mulheres com diagnóstico autorreportado de infertilidade. As participantes foram recrutadas através de associações de pacientes e completaram online um conjunto de instrumentos de autorresposta. Realizou-se uma análise fatorial confirmatória (AFC) da CISS que revelou um bom ajustamento do modelo unidimensional, em consonância com a estrutura proposta na versão original da escala. A CISS demonstrou elevada consistência interna (α = .93) e validade convergente, evidenciada pela forte correlação com a Escala de Vergonha Relacionada com a Infertilidade (I-EISS) e pelos elevados valores da variância extraída média (VEM = .76). A CISS correlacionou-se positivamente com sintomas de depressão, ansiedade e *stress* relacionado com a infertilidade, mas não apresentou associações significativas com variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade) ou com a duração do diagnóstico. Não foram observadas diferenças significativas nos níveis de vergonha em função da etiologia da infertilidade, mas mulheres que ainda não tinham realizado tratamentos médicos apresentaram níveis mais elevados de vergonha. Estes resultados reforçam a adequação da CISS para avaliar a vergonha em contexto de infertilidade, destacando a importância de incluir esta variável em avaliações clínicas e intervenções psicológicas direcionadas. Apesar de limitações, como a composição exclusivamente feminina da amostra e a ausência de análise da estabilidade temporal, o estudo oferece evidência preliminar de que a CISS é um instrumento psicometricamente robusto para esta população.

Palavras-Chave: Vergonha relacionada com a doença crónica; Infertilidade; Análise fatorial confirmatória; Características psicométricas.

Abstract:

This study aimed to analyse the factorial structure and psychometric properties of the Chronic Illness Shame Scale (CISS) in a sample of 179 women with self-reported infertility diagnosis. Participants were recruited through patients associations and completed online a set of self-report measures. Confirmatory factor analysis (CFA) supported a good fit for the unidimensional model, consistent with the proposed structure of the original scale. The CISS demonstrated high internal consistency (α = .93) and convergent validity, indicated by strong correlations with the Infertility-Related Shame Scale (I-EISS) and high average variance extracted (AVE = .76). Positive correlations were found between the CISS scores and symptoms of depression, anxiety, and infertility-related stress, while no significant associations emerged with sociodemographic variables (age, education) or duration of diagnosis. Chronic illness-related shame levels did not differ significantly based on infertility aetiology, but women who had not yet undergone medical treatments reported higher shame. These findings support the suitability of the CISS for assessing shame in the context of infertility, highlighting the importance of including this variable in clinical assessments and psychological interventions. Despite limitations such as the exclusively female sample and lack of test-retest analysis, the study provides preliminary evidence that the CISS is a psychometrically robust tool for this population.

Keywords: Chronic illness-related shame; Infertility; Confirmatory factor structure; Psychometric characteristics.

Introdução

A infertilidade é reconhecida como uma condição médica e social que compromete a capacidade de conceber ou de manter uma gravidez até ao termo, após um período mínimo de doze meses de relações sexuais regulares e desprotegidas (Zegers-Hochschild et al., 2017). Estima-se que esta condição afete entre 8 a 12% dos casais em idade reprodutiva, constituindo um fenómeno com profundas repercussões físicas, emocionais, sociais e relacionais (Veiga et al., 2020).

As causas da infertilidade são multifatoriais, podendo resultar de fatores femininos, masculinos ou mistos. Com frequência, coexistem diversos elementos etiológicos, o que torna a compreensão da origem da infertilidade essencial para o delineamento de estratégias terapêuticas eficazes (Blundell, 2007). Contudo, independentemente da causa específica, o percurso da infertilidade representa, para muitos casais, um processo emocionalmente exigente e doloroso, frequentemente associado a sofrimento prolongado, sentimentos de frustração e perda, e a uma perceção de falha ou incapacidade (Faria, 2001).

Este sofrimento psicológico pode manifestar-se através de estados de tristeza, ansiedade, depressão, sentimentos de culpa e vergonha, baixa autoestima, isolamento, dificuldades nas relações interpessoais e sexuais, bem como numa acentuada sensação de perda de controlo sobre a própria vida (Daniluk & Tench, 2007; Farinati et al., 2006; Ramazanzadeh et al., 2009). Além disso, a infertilidade é frequentemente acompanhada por níveis elevados de *stress*, que se intensificam devido à natureza incerta, prolongada e ambígua dos tratamentos médicos, especialmente quando envolvem procedimentos invasivos e com taxas de sucesso variáveis (Wiweko et al., 2017).

Alguns estudos sugerem que as mulheres são particularmente vulneráveis aos efeitos psicológicos da infertilidade, apresentando níveis mais elevados de *stress*, ansiedade e sofrimento emocional em comparação com os seus parceiros (Karaca et al., 2018). Esta diferença poderá estar relacionada com a maior exposição feminina a procedimentos médicos, bem como com a pressão social que recai sobre a mulher no que diz respeito à maternidade. Cerca de metade das mulheres diagnosticadas com infertilidade consideram esta vivência como uma das mais perturbadoras das suas vidas, evidenciando ainda dificuldades na manutenção de relações com amigos que têm filhos (Abbey et al., 1995).

Para além do sofrimento psicológico direto, a infertilidade pode afetar profundamente a identidade pessoal e a autoimagem, especialmente em contextos culturais em que a maternidade é valorizada como um elemento central da identidade feminina. A impossibilidade de conceber e gerar um filho pode ser percecionada como um desvio às normas sociais tradicionalmente associadas à feminilidade, gerando sentimentos de exclusão, falha pessoal e inadequação (Dănilă & Băban, 2018). Neste contexto, muitas mulheres submetem-se a tratamentos dispendiosos, prolongados e, por vezes, dolorosos, como forma de enfrentar ou ultrapassar o sentimento de impotência ou vergonha associado à infertilidade.

A vergonha, neste cenário, assume particular relevância enquanto emoção social e autoconsciente. Desejar ter filhos e deparar-se com a impossibilidade de os ter pode desencadear uma ampla gama de emoções negativas, sendo a vergonha uma das mais frequentemente reportadas (Farinati et al., 2006). Esta emoção está associada a um sentimento profundo de desvalorização pessoal e à perceção de perda de estatuto social, sendo muitas vezes experienciada como uma ameaça à aceitação e pertença (Gilbert, 1998, 2003).

Gilbert (2000) distingue duas dimensões da vergonha: a interna e a externa. A vergonha interna refere-se às autoavaliações negativas dirigidas ao self, envolvendo sentimentos de autorrejeição, autocriticismo, inferioridade, defeito e inadequação (Gilbert, 2000; Gilbert & Procter, 2006; Gilbert & Irons, 2009). Já a vergonha externa diz respeito à perceção de que os outros veem o indivíduo como inferior ou defeituoso, estando associada a uma hipersensibilidade ao julgamento alheio e a uma visão do mundo como hostil ou crítico (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert & Irons, 2009).

De acrescentar que as pessoas com um diagnóstico de infertilidade a realizar tratamento médico tendem a experienciar níveis mais elevados de vergonha comparativamente com aquelas que, tendo igualmente um diagnóstico de infertilidade, procuraram a adoção como forma de alcançar a parentalidade ou as que não possuem este diagnóstico (Galhardo et al., 2011). Ainda de referir que a vergonha externa em mulheres com infertilidade revelou ter um efeito direto no *stress* relacionado com a infertilidade (Galhardo et al., 2013).

Goss et al. (1994) identificaram uma correlação significativa entre as cognições associadas à vergonha interna e externa, sobretudo no que diz respeito à perceção de atributos negativos do self. Esta interligação sugere que, quando o indivíduo se sente

inadequado, é também mais provável que acredite ser percecionado dessa forma pelos outros. Dado que as experiências individuais ocorrem em contextos socioculturais específicos, é esse ambiente que dita o que é considerado aceitável, desejável ou desvalorizado. Assim, quando o contexto reforça sentimentos de exclusão, falha ou insuficiência, a experiência de vergonha tende a intensificar-se (Gilbert & Irons, 2009).

A vergonha pode, portanto, ser entendida como um fenómeno biopsicossocial, composto por sentimentos, cognições e comportamentos, cujas manifestações variam de pessoa para pessoa (Gilbert, 2002). Esta emoção tende a ser especialmente ativada em situações que colocam em causa a identidade pessoal e a autoimagem (Del Rosario & White, 2006). No caso da infertilidade, torna-se comum a ativação simultânea da vergonha interna e externa, frequentemente correlacionadas com quadros de ansiedade social e depressão (Lutwak & Ferrari, 1997; Del Rosario & White, 2006). Lutwak e Ferrari (1997), em particular, demonstraram que a propensão para a vergonha está significativamente associada à ansiedade em contextos de interação social, o que pode agravar o sofrimento vivido pelas mulheres com infertilidade.

Com base numa perspetiva evolucionária, Gilbert e Irons (2009) propõem um modelo biopsicossocial da vergonha, que integra fatores como normas culturais, experiências interpessoais, estigmas sociais e motivações inatas para a pertença. Neste modelo, o evitamento experiencial definido como a tendência para evitar ou suprimir pensamentos, emoções ou sensações negativas assume um papel central. No contexto da infertilidade, esta estratégia defensiva pode intensificar o sofrimento psicológico e dificultar o ajustamento emocional de mulheres e casais (Cunha et al., 2016; Galhardo et al., 2013; Nogueira, 2017).

Apesar da crescente evidência empírica que liga a vergonha à infertilidade e a outras doenças físicas, a investigação nesta área continua escassa, particularmente no que se refere à avaliação sistemática desta emoção em contextos de doença crónica. A vergonha, enquanto emoção autoconsciente, cumpre uma função adaptativa na regulação das relações sociais, prevenindo a exclusão social e promovendo a adesão às normas do grupo (Gilbert, 2000). Contudo, esta emoção pode tornar-se desadaptativa quando desencadeada de forma recorrente, especialmente quando o indivíduo sente que não consegue manter uma imagem socialmente aceitável ou valorizada (Gilbert, 2002; Mikulincer & Shaver, 2005).

Neste sentido, foi desenvolvida a Escala de Vergonha Relacionada com Doença

Crónica (*Chronic Illness-related Shame Scale* - CISS), com o objetivo de avaliar a vergonha experienciada por pessoas com doenças crónicas, como a doença inflamatória intestinal, entre outras (Trindade et al., 2017). Tendo por base os construtos teóricos de vergonha externa e interna, esta escala representa um contributo relevante para a investigação clínica e psicológica, ao permitir uma melhor compreensão do impacto emocional da doença e das suas implicações na saúde mental, nomeadamente no desenvolvimento de sintomas psicopatológicos.

Apesar da sua potencial utilidade, a aplicação e validação da CISS em populações com diagnóstico de infertilidade permanece por explorar. Dada a complexidade emocional e social associada à infertilidade e considerando o papel central que a vergonha pode assumir neste contexto torna-se essencial investigar a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas da CISS em mulheres diagnosticadas com infertilidade. Como tal, o presente estudo pretendeu proceder à validação desta escala nesta população específica, o que poderá constituir um passo fundamental para o aprofundamento do conhecimento sobre a vergonha nesta população, contribuindo, não só para a investigação científica, mas também para o desenvolvimento de intervenções clínicas mais ajustadas às necessidades emocionais destas mulheres.

Método

Participantes

O presente estudo contou com a participação de 179 indivíduos, com idades compreendidas entre os 25 e os 49 anos, correspondendo a uma média de 37.68 (*DP* = 4.54). Quanto ao estado civil, constatou-se que 165 (92.2%) participantes eram casadas ou viviam em união de facto, 12 (6.7%) eram solteiras e duas (1.1%) eram divorciadas ou separadas. Relativamente aos anos de escolaridade, as participantes apresentaram um mínimo de nove anos, um máximo de 25, com uma média de 15.72 (*DP* = 2.48). No que concerne à causa de infertilidade 93 (52%) relataram como sendo de fator feminino, 37 (20.7%) fator feminino e masculino, 28 (15.6%) como sendo de causa desconhecida e 21 (11.7%) de fator masculino. Relativamente ao tempo desde o diagnóstico de infertilidade, os dados variaram entre um ano e 24 anos, correspondendo a uma média de 4.64 (*DP* = 3.60). Relativamente à realização prévia de tratamentos para a infertilidade 157 (87.7%)

das participantes referiram ter já realizado ciclos de tratamento e 22 (12.3%) ainda não realizaram tratamento. De acrescentar que a maioria das participantes (*n* =110; 61.5%) não tem ou teve acompanhamento psicológico relativamente ao problema de infertilidade, sendo que 69 (38.5%) se encontram em acompanhamento ou já realizaram acompanhamento psicológico. De notar que três participantes do sexo masculino responderam ao protocolo do estudo, mas face a ser um número tão reduzido, optou-se por não os considerar nas análises.

Instrumentos

No presente estudo foi utilizado um questionário sociodemográfico que incluiu as seguintes variáveis: idade, sexo (feminino, masculino, outro ou prefiro não responder), anos de escolaridade, estado civil (solteiro/a, casado/a, divorciado/a, viúvo/a, união de facto). Foi também usado um questionário referente às seguintes variáveis clínicas: causas/fatores da infertilidade (fator feminino, fator masculino, fator feminino e masculino, ou causa desconhecida), tempo decorrido desde o diagnóstico de infertilidade e se foi realizado ou não algum tratamento de infertilidade anteriormente à participação no estudo. Foram também selecionados outros instrumentos de autorresposta, de acordo com os objetivos do estudo. Este conjunto de instrumentos de autorresposta incluiu:

A *Chronic Illness-Related Shame Scale* (CISS; Trindade et al., 2017) é um inventário que pretende medir os sentimentos de vergonha especificamente associados a doenças crónicas. A escala é constituída por sete itens (e.g., "Sinto-me inferior e desvalorizo-me devido à minha doença."). Os participantes indicam o grau em que cada afirmação se lhes aplica através de uma escala de Likert de quatro pontos a variar entre nunca verdadeiro (0) e sempre verdadeiro (4). A CISS demonstrou um valor de $\alpha = .91$ (Trindade et al., 2017).

A *Infertility-Related External and Internal Shame* (Ir-EISS; Moura-Ramos et al., 2018), que permite avaliar os sentimentos de vergonha associados à infertilidade, tanto do ponto de vista da vergonha externa quanto interna, assim como um score global. O questionário é constituído por oito itens (e.g., "os outros não compreendem o que tenho passado pelo facto de não conseguir ter filhos"). Os participantes indicam o grau em que cada afirmação se lhes aplica através de uma escala de Likert de quatro pontos a variar

entre nunca (0) e sempre (4). A I-EISS demonstrou um valor de alfa de Cronbach de α = .91 para a subescala de vergonha interna e α = .78 para a subescala de vergonha externa (Moura-Ramos et al., 2018). No presente estudo o valor da consistência interna da subescala de vergonha interna foi de α =.80 e de vergonha externa de α = .82, sendo de .90 ao considerar a escala total.

O *Fertility Problem Inventory* (FPI; Newton et. al, 2005; versão portuguesa de Moura_Ramos et al., 2012) avalia o stress relacionado com infertilidade. No presente estudo foi utilizada uma versão reduzida, o *Fertility Problem Inventory – Short Form* (FPI-SF), o qual é constituído por 27 itens (e.g., "Um futuro sem um(a) filho/a (ou outro/a) assustar-me-ia.") avaliados numa escala de Likert de seis pontos, de discordo fortemente (1) a concordo fortemente (6). No estudo da versão portuguesa longa do FPI (Moura-Ramos et al., 2012), este mostrou um nível de consistência interna de α =.93. No presente estudo obteve-se um valor de α = .75.

O *Patient Health Questionnaire*-4 (PHQ4; Kroenke et al., 2009). O PHQ4 permite avaliar os sintomas de ansiedade e depressão. O questionário é constituído por quatro itens. Os participantes assinalam a frequência com que se sentiram incomodados com problemas/dificuldades nas últimas duas semanas. Estes quatro itens são passíveis de ser respondidas com uma escala de quatro pontos, a variar entre nunca (1) e quase todos os dias (4). O instrumento divide-se em duas subescalas (depressão e ansiedade), com dois itens cada uma. Na presente amostra foi encontrado um valor de alfa de Cronbach de .86 para a subescala de sintomas depressivos e de .85 para a subescala de sintomas de ansiedade.

Procedimentos

Realizou-se o preenchimento do formulário referente ao pedido de apreciação do estudo por parte da Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, em conjunto com um documento relativo à informação a fornecer aos participantes e o respetivo consentimento informado, sendo obtido um parecer favorável (Ref. CE-P33-25). O recrutamento dos participantes foi realizado através de associações que representam pacientes com infertilidade, mais precisamente, a Associação Portuguesa de Fertilidade e a MulherEndo. Atendendo à tendência de uma menor participação de

pessoas do sexo masculino na investigação com pacientes de infertilidade, foi solicitado às participantes que se encontrassem numa relação heterossexual que partilhassem o *link* com os seus companheiros, incentivando a participação destes.

Os participantes foram informados sobre os objetivos e o âmbito do estudo, bem como sobre a natureza voluntária e anónima da sua participação, sendo obrigatório o fornecimento do consentimento informado antes do preenchimento do protocolo dos instrumentos de autorresposta. A recolha de dados foi realizada online, sendo facultado um *link* para acesso ao estudo na plataforma *Google Forms*.

Análise de dados

Os procedimentos estatísticos foram executados através do software SPSS versão 30 e a análise confirmatória (AFC) da estrutura fatorial da CISS foi examinada por recurso ao método da máxima verossimilhança, através do software JASP. Na caracterização da amostra foram consideradas frequências e percentagens para as variáveis nominais e médias e desvios padrão para as variáveis contínuas. O modelo testado na AFC foi unidimensional, dado ser esse o referido na versão original da CISS. Os indicadores de ajustamento tidos em conta foram os seguintes: Qui-quadrado normalizado ($\chi 2/df$), sendo que valores entre 2 e 5 são indicadores de um ajustamento sofrível; o *Comparative Fit Index* (CFI), o TLI relativamente aos quais valores superiores a .90 sugerem um bom ajustamento; o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e intervalo de confiança de 90%, com valores entre .05 e .10 a sugerirem um ajustamento bom (Marôco, 2010); foi igualmente considerado o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), com valores inferiores a .08 a indiciarem um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999). O ajustamento local dos itens foi alvo de análise através dos pesos de regressão estandardizados e das correlações múltiplas ao quadrado. Pesos de regressão estandardizados > .40 e correlações múltiplas ao quadrado > .25 são sugestivos de adequação (Tabachnick e Fidell, 2007). A fidedignidade da CISS foi avaliada através do alfa de Cronbach e da fiabilidade compósita (FC), e a fiabilidade dos itens foi analisada por meio do cálculo das correlações item-total e dos valores de alfa de Cronbach se item removido. Para examinar a associação entre a

CISS e as variáveis demográficas idade e anos de escolaridade, a variável clínica duração do diagnóstico de infertilidade e as demais medidas, como a vergonha relacionada com a infertilidade (I-EISS), os sintomas de depressão e de ansiedade (PHQ-4), e o *stress* relacionado com a infertilidade (FPI-SF) procedeu-se ao cálculo de correlações de Pearson. De acordo com Pallant (2016), valores de r entre .10 e .29 correspondem a correlações fracas, valores de r entre .30 e .49 moderadas, e valores de r entre .50 e 1, fortes. A validade convergente da CISS foi também avaliada mediante o cálculo da variância extraída media (VEM). Valores superiores a .50 são indicadores de validade convergente (Fornell & Larcker, 1981). Foram ainda examinadas diferenças entre as participantes em função de já terem ou não realizado tratamentos médicos de infertilidade, estarem ou não a realizar este tipo de tratamentos na atualidade, e em função de terem tido ou estarem a ter acompanhamento psicológico relativamente à infertilidade, através cálculo do teste *t*-Student para amostras independentes. No que se refere ao tamanho do efeito foram seguidas as indicações de Sawilowsky (2009) de acordo com as quais d = 0.01 são tidos como muito pequenos, *d* = 0.20 pequenos, *d* = 0.50 médios, *d* = 0.80 grandes, *d* = 1.20 muito grandes e d = 2.00, enormes. A diferenças nas médias da CISS em função da etiologia da infertilidade foram inspecionadas através da ANOVA *oneway*. Em todas as análises foi tido em conta um nível de significância de .05.

Resultados

Análise fatorial confirmatória da CISS

A AFC da CISS foi realizada numa amostra de 179 mulheres com um diagnóstico autorreportado de infertilidade. Os valores de skewness (Sk) e kurtosis (Ku) foram usados para averiguar a normalidade das variáveis, não tendo sido encontrados valores comprometedores da distribuição normal (Sk < | 3 | and Ku < | 10 |; Kline, 2005).

Procedeu-se ao teste de um modelo unidimensional, atendendo a que a versão original da CISS (estudada numa amostra de pacientes com doença inflamatória intestinal) apontou para uma estrutura de apenas um fator. Este modelo demonstrou um bom ajustamento (CMIN/df = 2.456, 2(14) = 34.385, p = .002), CFI = .977; TLI = .965; RMSEA = .090 [.052–.129]; SRMR = .028). A análise dos índices de modificação apontou para o estabelecimento de correlações entre os resíduos de um par de itens (itens 2 e 7). Contudo,

optou-se por manter o modelo sem esta especificação, o qual se mostrava mais parcimonioso. Ao analisar o ajustamento local dos itens, observou-se que os pesos fatoriais oscilaram entre .627 (item 1) e .892 (item 3) e que as correlações múltiplas ao quadrado variaram entre .393 (item 1) e .795 (item 3)

Análise dos itens da CISS e fidedignidade

As médias, desvios-padrão, correlações item-total e valor de alfa de Cronbach se item eliminado encontram-se reportados na Tabela 1.

Tabela 1

Médias, desvios padrão, correlações item-total e alfa de Cronbach se item removido dos itens da CISS

Itens da CISS	***M***	***DP***	***r* item-total**	**α se item removido**
1.	1.82	1.21	.60	.93
2.	1.77	1.43	.74	.92
3.	1.79	1.47	.85	.91
4.	1.62	1.46	.76	.91
5.	2.01	1.49	.81	.91
6.	1.72	1.52	.78	.91
7.	1.55	1.50	.80	.91

Como se pode observar, todos os itens evidenciaram correlações fortes com o total e a remoção de nenhum dos itens levaria a um aumento da fidedignidade, avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach. Relativamente à fidedignidade do total da CISS, foi encontrado um valor de alfa de Cronbach de .93, tendo sido o mesmo valor de .93 encontrado através do cálculo da FC.

Análise dos itens da CISS e fidedignidade

Os resultados das correlações entre a CISS, a I-EISS, as subescalas de depressão e de ansiedade do PHQ-4 e o *stress* relacionado com a infertilidade (medido através do

FPI-SF) são reportados na Tabela 2

.

Tabela 2
Correlações entre a CISS e as demais medidas

	I-EISS	PHQ-4 - Depressão	PHQ-4 - Ansiedade	FPI-SF
CISS	.74**	.53**	.48**	.54**

** $p < .001$

Os resultados revelaram que a CISS apresentou correlações positivas e estatisticamente significativas com todas as outras medidas, especialmente com os sintomas de vergonha (I-EISS), tratando-se de uma correlação forte. Correlações também de dimensão forte foram encontradas entre a CISS e a subescala de vergonha externa da I-EISS ($r = .73$) e a subescala de vergonha interna da I-EISS ($r = .69$). Adicionalmente, a validade convergente da CISS foi inspecionada através do cálculo da VEM, tendo sido encontrado um valor de .76. As correlações com os sintomas de depressão e com o stress relacionado com a infertilidade foram também fortes. Já com os sintomas de ansiedade observou-se uma correlação moderada.

Correlações entre a CISS, a idade, anos de escolaridade e tempo de diagnóstico

Relativamente à correlação entre a CISS e a idade não se verificou uma correlação estatisticamente significativa ($r = -.004$; $p = .955$), o mesmo sucedendo em relação aos anos de escolaridade ($r = -.07$; $p = .374$). Quanto a associação da CISS com a duração do diagnostico não se encontrou uma correlação estatisticamente significativas ($r = -.12$; $p = .122$).

Comparação dos scores médios da CISS em função do tipo de infertilidade, realização de tratamentos médicos anteriores ou na atualidade

Ao comparar os valores médios da CISS considerando os diferentes tipos de infertilidade, não se observaram diferenças estatisticamente significativas $F(178, 3) = 0.34$, $p = .793$. Já no que se refere há comparação da pontuação da CISS entre os grupos de participantes que realizaram, previamente à participação no estudo, tratamentos

médicos de infertilidade, constatou-se existirem diferenças ($t(177) = 2.33$, $p = .021$), com as participantes que ainda não realizaram tratamento a evidenciar valores mais altos (M= 16.14; *DP* = 7.82), comparativamente com aquelas que realizaram tratamentos anteriormente (*M* = 11.73; *DP* = 8.37), sendo o *d* = 8.31.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar a estrutura fatorial da Escala de Vergonha Relacionada com Doença Crónica (CISS) através de uma AFC e demais propriedades psicométricas numa amostra de mulheres com um diagnóstico autorreportado de infertilidade. Os resultados obtidos confirmam a relevância da avaliação da vergonha relacionada com doenças crónicas, neste caso específico, a infertilidade, reforçando a pertinência da utilização da CISS neste contexto. A AFC demonstrou um bom ajustamento do modelo unidimensional, em linha com os resultados da versão original deste instrumento obtidos por Trindade et al. (2017), assim como no estudo com pacientes com osteoartrite do joelho (Yeo et al., 2023).

A elevada consistência interna que a CISS revelou na presente amostra sugere que a escala é um instrumento fidedigno para medir a vergonha neste grupo populacional, corroborando a robustez do instrumento já evidenciada em pacientes com outras doenças crónicas (Trindade et al., 2017; Trindade et al., 2018; Yeo et al., 2023). A forte correlação observada entre a CISS e a Escala de Vergonha Relacionada com Infertilidade (I-EISS) reforça a validade convergente da escala, evidenciando que ambas captam aspetos relevantes da vergonha interna e externa (Gilbert & Procter, 2006; Moura-Ramos et al., 2018). Tal remete para a validade convergente da CISS, a qual foi adicionalmente corroborada pelo resultado da VEM (Fornell & Larcker, 1981).

Adicionalmente, as correlações positivas e significativas entre a CISS e os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* relacionado com a infertilidade (medidos pelo PHQ-4 e FPI-SF, respetivamente) estão alinhados com o reportado por Galhardo et al. (2013). Efetivamente a vergonha tem vindo a ser associada a uma variedade de sintomas psicopatológicos (e.g., Kim et al., 2011; Matos et al., 2013; Matos-Pina et al., 2022) e tal parece também ocorrer na infertilidade.

Não foram encontradas associações significativas entre a vergonha e variáveis sociodemográficas como a idade e os anos de escolaridade, nem com a duração do

diagnóstico, sugerindo que a vergonha associada à condição clínica experienciada pode manifestar-se independentemente destes fatores. Este dado pode indicar que a vergonha relacionada com a infertilidade tem uma presença transversal e não dependente do tempo ou nível de escolaridade, o que é congruente com o entendimento de que a vergonha está ligada a aspetos mais profundos da identidade e autoimagem, conforme proposto por Gilbert (2000).

Por outro lado, a ausência de diferenças significativas nos níveis de vergonha entre diferentes tipos de infertilidade (feminino, masculino, misto ou causa desconhecida) sugere que a experiência emocional da vergonha é partilhada, independentemente da etiologia do problema. Este resultado sublinha o impacto biopsicossocial da infertilidade, em que a vivência subjetiva da vergonha transcende as causas médicas (Blundell, 2007).

Os resultados indicaram que participantes que ainda não haviam realizado tratamentos médicos para a infertilidade apresentavam níveis mais elevados de vergonha, comparados com os reportados por aquelas que já tinham passado por tratamentos. Esta diferença pode estar relacionada com a maior incerteza e sensação de vulnerabilidade associadas ao diagnóstico inicial e à ausência de intervenção, aspetos que, segundo Schneider e Forthofer (2005), aumentam o *stress* e a ansiedade no início do percurso da infertilidade.

Os resultados obtidos evidenciam a importância da avaliação da vergonha no contexto da infertilidade, não só pela sua associação com o sofrimento psicológico, mas também pelo potencial papel desta emoção na adesão e resposta aos tratamentos. Com efeito, vários estudos têm referido a vergonha e a sua relação com sintomas psicopatológicos como estando associadas à decisão de descontinuar o tratamento médico (Gameiro et al., 2012; Pedro et al., 2017). Assim, a integração da avaliação da vergonha em contextos clínicos pode contribuir para a implementação de intervenções psicológicas direcionadas, visando a redução da vergonha e o fortalecimento do bem-estar emocional, conforme sugerido por Galhardo et al. (2013) e Cunha et al. (2016).

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em conta na interpretação dos resultados. Primeiramente o tamanho da amostra e o facto de ser composta apenas por mulheres. Como tal, estudos futuros deverão ser realizados em amostras de maior dimensão, em que homens e mulheres tenham uma representatividade mais equilibrada. Tal poderia, inclusivamente, suprir a limitação de não terem sido realizadas análises multi-grupo passíveis de testarem a invariância da CISS em função do sexo biológico. Ainda que tenham sido adotadas medidas para aumentar a probabilidade

de a amostra incluir pessoas do sexo masculino, tal não se verificou. A este respeito, há que referir que Slauson-Blevins e Johnson (2016) sugerem que no âmbito da saúde reprodutiva, a perceção da reprodução como um assunto mais associado às mulheres pode explicar a baixa adesão dos homens aos estudos. Assim, permanece por investigar eventuais diferenças entre homens e mulheres com infertilidade no que se refere à experiência de vergonha relacionada com esta condição médica. Uma outra limitação relaciona-se com o possível viés introduzido pelo método de recrutamento dos participantes. A sua divulgação através de associações de pacientes pode ter conduzido a que a amostra integrasse pessoas com menores níveis de vergonha, que procuram informação e apoio e que obtêm validação para as suas experiências emocionais decorrentes da situação de infertilidade junto destas associações. Entre as limitações e consequentes sugestões para estudos futuros, é possível também referir a análise da fidedignidade teste-reteste, de modo a averiguar a estabilidade temporal da CISS nesta população.

Independentemente das limitações apontadas, do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que analisa a estrutura fatorial e as características psicométricas da CISS numa amostra de mulheres com um diagnóstico de infertilidade. Assim, o presente estudo disponibiliza evidência preliminar para avaliação da experiência de vergonha em mulheres com infertilidade. No futuro, será pertinente explorar o eventual impacto da vergonha em indicadores de saúde mental em pessoas com infertilidade, averiguando a necessidade de esta ser um dos alvos de intervenção psicológica dirigida a esta população.

Referências

Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1995). Provision and receipt of social support and disregard: What is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? *Journal of Personality and Social Psychology, 68*(3), 455-469. https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.3.455

Blundell, R. (2007). Causes of infertility. *International Journal of Molecular Medicine and Advance Sciences, 3*(1), 63-65. https://doi.org/https://www.um.edu.mt/library/oar//handle/123456789/2234

Danila, L., & Baban, A. (2018). Representations of infertility as reflected in on-line discussion forums in Romania. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal, 22*(2), 85-98. https://doi.org/10.24193/cbb.2018.22.06

Daniluk, J. C., & Tench, E. (2007). Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling and Development, 85*(1), 89-100. https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00448.x

Faria, C. (2001). Aspectos psicológicos da infertilidade. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 189-209). Quarteto.

Farinati, D. M., Rigoni, M. dos S., & Muller, M. C. (2006). Infertility: A new field in Psychology health. *Estudos de Psicologia, 23*(4), 433-439. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400011

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*(1), 39-50. https://doi.org/10.1177/002224378101800104

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

Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2013). The mediator role of emotion regulation processes on infertility-related stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20*(4), 497-507. https://doi.org/10.1007/s10880-013-9370-3

Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update, 18*(6), 652-669. https://doi.org/10.1093/humupd/dms031

Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In Shame: *Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 3-38). Oxford University Press.

Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview, with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body Shame: Conceptualisation, Research & Treatment* (pp. 3-54). Routledge.

Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly, 70*(4), 1205–1230. https://www.muse.jhu.edu/article/558610

Gilbert, P., & Irons, C. (2008). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. In N. Allen & L. Sheeber (Eds.), *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders* (pp. 195-214). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511551963.011

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 1*3(6), 353-379. https://doi.org/10.1002/cpp.507

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure

analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modelling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1–55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Karaca, A., Unsal, G., Asik, E., Keser, I., Ankarali, H., & Merih, Y. D. (2018). Development and assessment of a coping scale for infertile women in Turkey. *African Journal of Reproductive Health*, *22*(3), 13-23. https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i3.2

Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *137*(1), 68–96. https://doi.org/10.1037/a0021466

Kline, T. J. (2005). *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation.* Sage Publications.

Lutwak, N., & Ferrari, J. R. (1997). Shame-related social anxiety: Replicating a link with various social interaction measures. *Anxiety, Stress and Coping*, *10*(4), 335-340. https://doi.org/10.1080/10615809708249307

Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais, fundamentos teóricos, software & aplicações.* ReportNumber.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Internalizing early memories of shame and lack of safeness and warmth: The mediating role of shame on depression. *Behavioural and Cognitive Psychoterapy*, *41*, 479–493. https://doi.org/10.1017/S1352465812001099

Matos-Pina, I., Trindade, I. A., & Ferreira, C. (2022). Internal and external shame in healthy and chronically ill samples: exploring links to psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *29*(2), 412-420. https://doi.org/10.1007/s10880-022-09855-y

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2005). Mental representations of attachment security: Theoretical foundations for a positive social psychology. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 233–266). Guilford.

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. https://doi.org/10.1093/humrep/der388

Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility, 72*(1), 54–62. https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00164-8

Nogueira, A. (2017). *O papel do evitamento experiencial no ajustamento emocional no tratamento de fertilização in-vitro: Estudo dos efeitos diretos, indiretos e cruzados* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. http://hdl.handle.net/10316/84032

Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS program* (6th ed.). McGraw-Hill Education.

Pedro, J., Sobral, M.P., Mesquita-Guimarães, J. Leal, C., Costa, M. E., & Martins, M. V. (2017). Couples' discontinuation of fertility treatments: A longitudinal study on demographic, biomedical, and psychosocial risk factors. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 34*, 217–224. https://doi.org/10.1007/s10815-016-0844-8

Peterson, B., Newton, C., & Rosen, K. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process, 42*(1), 59-70. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00059.x

Ramazanzadeh, F., Noorbala, A. A., Abedinia, N., & Naghizadeh, M. M. (2009).

Emotional adjustment in infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine, 7*(3), 97-103.

Sawilowsky, S. S. (2009). New effect size rules of thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods, 8*(2), 26. https://doi.org/10.22237/jmasm/1257035100

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Allyn and Bacon.

Tangney, J., & Fischer, K. (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. The Guilford Press.

Trindade, I. A., Duarte, J., Ferreira, C., Coutinho, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). The impact of illness-related shame on psychological health and social relationships: Testing a mediational model in students with chronic illness. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(3), 408-414. https://doi.org/10.1002/cpp.2175

Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Chronic illness-related shame: Development of a new scale and novel approach for IBD patients' depressive symptomatology. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(1), 255-263. https://doi.org/10.1002/cpp.2035

Veiga, A., Gianaroli, L., Ory, S., Horton, M., Feinberg, E., & Penzias, A. (2020). Assisted reproduction and COVID-19: A joint statement of ASRM, ESHRE and IFFS. *Human Reproduction Open, 2020*(3), 1-2. https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa033

Wiweko, B., Anggraheni, U., Elvira, S. D., & Lubis, H. P. (2017). Distribution of stress level among infertility patients. *Middle East Fertility Society Journal, 22*(2), 145-148. https://doi.org/10.1016/j.mefs.2017.01.005

Yeo, J. Y., Lim, C. J., & Tan, B. Y. (2023). Adaptation and validation of the chronic illness-related shame scale among patients with knee osteoarthritis in Singapore.

BMC Musculoskeletal Disorders, *24*(1), 633. https://doi.org/10.1186/s12891-023-06707-0

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & van der Poel, S. (2017). The international glossary on infertility and fertility care. *Fertility and Sterility*, *108*(3), 393-406. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005

Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F. C., & Vallone, F. (2017). Factor structure and psychometric properties of the Fertility Problem Inventory–Short Form. *Health Psychology Open*, 4(2), 1–11. https://doi.org/10.1177/2055102917738657

ANEXOS

ANEXO 1

Parecer da Comissão de Ética do ISMT

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA
COIMBRA 1937

Parecer da Comissão de Ética

Parecer: CE-P24-25

Projeto de Investigação: "Estudo de validação das versões portuguesas da *Infertility Related Stress Scale* (IRSS) e do *Infertility Stigma Instrument* e contributo para a validação da Escala de Vergonha relacionada com a infertilidade (EISS-I)"

Investigadoras: Licenciadas Ana Luzia Gonçalves Francisco, Sara Fabiana Henriques Simões e Ana Carolina dos Santos Crisóstomo

Orientadora: Professora Doutora Ana Margarida Jorge Ferreira Galhardo

Data entrada: 13 de janeiro de 2025

Data de apreciação: 11 de fevereiro de 2025

Fundamentação do parecer:

A investigação intitulada "Estudo de validação das versões portuguesas *da Infertility Related Stress Scale* (IRSS) e do *Infertility Stigma Instrument* e contributo para a validação da Escala de Vergonha relacionada com a infertilidade (EISS-I)" apresentada pelas investigadoras licenciadas Ana Luzia Gonçalves Francisco, Sara Fabiana Henriques Simões e Ana Carolina dos Santos Crisóstomo, sob a orientação da Professora Doutora Ana Margarida Jorge Ferreira Galhardo, tem como objetivo examinar a estrutura fatorial e propriedades psicométricas dos três instrumentos referidos.

A fundamentação teórica e metodológica do estudo está devidamente justificada. São seguidos os procedimentos éticos adequados, incluindo o consentimento informado das/os participantes, a anonimização dos dados e o cumprimento do pedido de autorização aos/às autores/as dos instrumentos utilizados. A participação no estudo é voluntária e os dados recolhidos garantem a confidencialidade e a privacidade dos/as participantes.

A Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, após análise e consideração dos aspetos éticos envolvidos, emite parecer positivo à investigação.

Coimbra, 11 de fevereiro de 2025

P'la Comissão de Ética

(Fernanda Daniel, PhD)

Largo da Cruz de Celas, nº 1
3000-132 Coimbra
telf. 239 488030
fax 239 488031
ismt@ismt.pt
www.ismt.pt

ANEXO 2

Protocolo

INVENTÁRIO DE PROBLEMAS DE FERTILIDADE

(Newton et. al, 2005; Versão Portuguesa: M. Moura-Ramos, S. Gameiro & M. C. Canavarro, 2006)

Nome: _____

Data: _____

P. U. _____

No Código: _____

As seguintes afirmações expressam diferentes opiniões acerca de problemas de fertilidade. Coloque, para cada afirmação, um número na linha à esquerda, indicando o quanto concorda ou discorda com essa afirmação. Se tem um(a) filho/a, responda conforme se sente **neste momento, após** ter tido a criança.

Por favor preencha todos os itens. Use as seguintes categorias de resposta:

1 = discordo fortemente 2 = discordo moderadamente 3 = discordo levemente 4 = concordo levemente 5 = concordo moderadamente 6 = concordo fortemente

	1	2	3	4	5	6
1. Para mim, ser pai/mãe é um objectivo mais importante do que ter uma carreira gratificante.						
2. O meu casamento precisa de um(a) filho/a (ou outro/a).						
3. Um futuro sem um(a) filho/a (ou outro/a) assustar-me-ia.						
4. Sinto que falhei na relação sexual.						
5. Conseguiria encontrar uma série de vantagens em não termos um(a) filho/a (ou outro/a).						
6. O/a meu/minha companheiro/a não compreende a forma como o problema de fertilidade me afecta.						
7. Durante a relação sexual só consigo pensar em ter um(a) filho/a (ou outro/a).						
8. Sinto-me vazio/a por causa do nosso problema de fertilidade.						

9. Aborrece-me que o/a meu/minha companheiro/a reaja de forma diferente ao problema.						
10. Ter relações sexuais é difícil porque não quero ter outra decepção.						
11. Ter um(a) filho/a (ou outro/a) não é o principal objectivo da minha vida.						
12. Às vezes pergunto-me se realmente quero ter um(a) filho/a (ou outro/a).						
13. As reuniões de família são especialmente difíceis para mim.						
14. Não ter um(a) filho/a (ou outro/a) permitir-me-ia ter tempo para fazer outras coisas gratificantes.						
15. Tenho sentido com frequência que nasci para ser pai/mãe.						
16. Não consigo evitar comparar-me com amigos que têm filhos.						
17. Ter um(a) filho/a (ou outro/a) não é necessário para a minha felicidade.						
18. Desde que me lembro que desejo ser pai/mãe.						
19. Continuo a ter muitas coisas em comum com amigos que têm filhos.						
20. Parece-me que, quando tentamos falar acerca do nosso problema de fertilidade, acabamos a discutir.						
21. Considero difícil passar tempo com amigos que têm filhos pequenos.						

22. Quando vejo famílias com crianças sinto-me excluído/a.						
23. Existe uma certa liberdade em não ter filhos que me atrai.						
24. Farei tudo o que for preciso para ter um(a) filho/a (ou outro/a).						
25. Sinto que os nossos amigos e família nos estão a deixar para trás.						
26. Não me incomoda quando outros falam acerca dos seus filhos.						
27. Preocupa-me que o/a meu/minha companheiro/a e eu nos estejamos a afastar por causa da infertilidade.						

PHQ-4

Kroenke et al., 2009

Durante as <u>duas últimas semanas</u>, com que frequência se sentiu incomodado(a) pelos seguintes problemas/dificuldades?

Marque o número que indica a sua resposta.

	Nunca	Alguns dias	Mais de metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou no "seu limite".	1	2	3	4
2. Não conseguir deixar de estar preocupado/a ou de controlar a sua preocupação.	1	2	3	4
3.Ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas/atividades.	1	2	3	4
4. Sentir-se "em baixo", deprimido e sem esperança.	1	2	3	4

I-EISS

(Moura-Ramos, Ferreira, Matos & Galhardo, 2029)

As afirmações abaixo abordam sentimentos frequentes nas pessoas que têm problemas de fertilidade, mas que podem ser vividos por cada pessoa de forma distinta.

Por favor, leia atentamente cada afirmação e assinale com um **X** o número que melhor traduz a frequência com que sente o que está descrito em cada item.

Para responder use a seguinte escala:

0 = Nunca	1 = Raramente	2= Algumas vezes	3 = Frequentemente	4 = Sempre

NO CONTEXTO DA MINHA EXPERIÊNCIA DE INFERTILIDADE:

	SINTO QUE	0	1	2	3	4
1.	os outros me vêm como desinteressante por não ter filhos					
2.	os outros não compreendem o que tenho passado pelo facto de não conseguir ter filhos					
3.	as outras pessoas me vêm como se eu não estivesse à altura delas por não conseguir ter filhos					
4.	os outros me julgam/criticam pelo facto de não ter filhos					
5.	sou crítico/a comigo mesmo/a (julgo-me negativamente) por não ter filhos					
6.	estou isolado/a por não por não conseguir ter filhos					
7.	sou diferente e inferior por não conseguir ter filhos					
8.	sou uma pessoa sem valor porque o meu corpo não funciona e não consigo ter filhos					

CISS

(Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2017)

No que diz respeito à sua experiência pessoal em relação à sua doença, responda por favor aos seguintes itens, utilizando a escala.

Nunca verdadeiro	Pouco verdadeiro	Algumas vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Sempre verdadeiro
0	1	2	3	4

1. Sinto-me isolado(a) devido à minha doença.	0	1	2	3	4
2. Sinto vergonha de falar com os outros sobre a minha doença ou sintomas.	0	1	2	3	4
3. Sinto-me inferior e desvalorizo-me devido à minha doença.	0	1	2	3	4
4. Sinto que a minha doença é embaraçosa.	0	1	2	3	4
5. Sinto-me inseguro(a) devido à minha doença.	0	1	2	3	4
6. Sinto que os outros me podem avaliar negativamente (ou criticar) devido à minha doença e sintomas.	0	1	2	3	4
7. Sinto-me inadequado(a) devido à minha doença e sintomas.	0	1	2	3	4