INSTITUTO SUPERIOR
MIGUEL TORGA

O papel preditor da vergonha externa e do evitamento experiencial no stresse relacionado com a infertilidade

DIANA SORAIA MATOS OLIVEIRA

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

Coimbra, Abril de 2021

Agradecimentos

Quero expressar a minha gratidão a todos aqueles que contribuíram para que esta etapa se tornasse uma realidade.

À Professora Doutora Ana Galhardo, o meu profundo agradecimento, por toda a orientação, compreensão e disponibilidade. O seu conhecimento e motivação foram imprescindíveis para a elaboração desta tarefa.

À Associação Portuguesa de Fertilidade, por toda a colaboração e apoio na divulgação do estudo.

Às participantes do estudo, pela disponibilidade e contributo para aquisição de maior conhecimento científico nesta área.

Às minhas amigas de faculdade, Gabriela, Mariana e Cristiana, pelo apoio e motivação incondicionais ao longo de todo o meu percurso académico e garantidamente para a vida.

Às minhas amigas do lar, por me fazerem tão feliz com a sua ingenuidade e depositarem em mim toda a confiança para novas conquistas.

Aos meus amigos, Paulo e Mariana por não me deixarem desistir dos meus sonhos, ampararem as minhas quedas e comemorarem todas as minhas vitórias.

Ao Carlos, por ser um companheiro dedicado, me apoiar nos momentos de maior ansiedade e desânimo e contribuir para a minha felicidade.

Ao meu avô, José, por os valores que me incutiu e por me ter amado tão genuinamente, o que me permite ser quem sou hoje.

Ao Jaime, por apoiar todos os meus passos incondicionalmente.

À minha irmã Beatriz, por ser a minha sorte grande, por me fazer indescritivelmente feliz.

À minha mãe, por nunca desistir de mim e me dar sempre todos os alicerces para o meu percurso, por me motivar sempre a querer mais, por todos os sacrifícios, por ser referência de autenticidade, perseverança, determinação e conquista. Por me deixar sempre seguir os meus sonhos e nunca duvidar das minhas capacidades. Sou muito grata por ser tua filha!

O meu sentido obrigada!

Resumo

A infertilidade é uma condição indutora de stresse apresentando consequências psicológicas, principalmente em indivíduos que procuram tratamento médico, mas pouco se sabe sobre os seus processos psicológicos. Neste sentido, o presente estudo consistiu em explorar o papel preditor da vergonha externa e do evitamento experiencial no stresse relacionado com a infertilidade. A amostra foi constituída por 96 mulheres com diagnóstico de infertilidade que se encontravam a realizar tratamento médico para esta condição. Atendendo aos objetivos propostos neste estudo, procedeu-se à administração dos seguintes instrumentos de autorrelato: Questionário sociodemográfico e clínico, Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI), Escala da Vergonha Externa-2 (OAS-2) e o Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II). De forma a identificar o papel preditor da vergonha externa e do evitamento experiencial nos níveis de stresse relacionado com a infertilidade, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla. A vergonha externa e o evitamento experiencial explicaram 32% do total do stresse relacionado com a infertilidade. Os dados indicam que o stresse relacionado com a infertilidade tem uma associação positiva com a vergonha externa e com o evitamento experiencial, sendo este último um preditor significativo dos níveis de stresse. Face a estas conclusões, é pertinente abordar processos de regulação emocional em contexto terapêutico. A Terapia de Aceitação e Compromisso pode contribuir positivamente para a diminuição do stresse em mulheres com diagnóstico de infertilidade.

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

Abstract

Infertility is a stress inductive condition which tends to present psychological consequences, specially among individuals who seek medical treatment, although little is known about their psychological processes. So, the aim of this study hás been to explore the predictor role of external shame and the experimental avoidance in stress related with infertility. The sample included 96 women diagnosed with infertility, who were undertaking medical treatment due to this clinical condition. In view of responding to the proposed goals of this study, the following self report instuments were conducted: Socio demographic and clinical questionnaire, Fertility Problems Inventory (FPI), The Other as Shamer Scale-2 (OAS-2) and Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). A multiple linear regression analysis was carried out in order to identify the external shame predictor role and the experimental avoidance of stress level related to infertility. External shame and experimental avoidance explained 32% total of stress associated with infertility. The data show that stress related with infertility has a positive association to extrenal shame and also to experimental avoidance, the latter being a significant predictor of stress levels. In the light of these conclusions, it seems appropriate to approach emotional regulation processes in therapeutic context. The Acceptance and Commitment Therapy can positively contribute to stress reduction among women with infertility diagnosis.

Keywords: Infertility; External Shame, Experimental Avoidance, Infertility-related stress.

Introdução

O papel preditor da vergonha externa e do evitamento experiencial no stresse relacionado com a infertilidade

A **infertilidade** é definida como uma doença do sistema reprodutor que gera incapacidade de conceber ou levar a bom termo uma gravidez, depois de pelo menos 12 meses de relações sexuais regulares sem a utilização de métodos contracetivos (Zegers-Hochschild et al., 2017, p. 401).Trata-se de uma condição médica e social que afeta 8-12% dos casais em idade reprodutiva, tendo consequências físicas e psicológicas (Veiga et al., 2020).

Este fenómeno tem diversas causas, sendo possível a combinação de vários fatores. Por isso, identificar a natureza da causa da infertilidade é um elemento essencial para se optar pelo tratamento mais adequado ao casal (Blundell, 2007). No entanto, este processo para a maioria dos casais é motivo de grande sofrimento, independentemente da causa, o que justifica que os sujeitos com infertilidade se encontrem numa situação de grande fragilidade (Faria, 2001). Neste sentido, alguns investigadores confirmaram nos seus estudos que a infertilidade pode resultar em tristeza, depressão, ansiedade, stresse, medo, baixa autoestima, sentimentos de culpa e vergonha, isolamento, dificuldades interpessoais, falta de flexibilidade com o seu parceiro e insatisfação sexual (Daniluk & Tench, 2007; Farinati, et al., 2006; Ramazanzadeh, et al., 2009).

A infertilidade pode surgir associada a níveis expressivos de stresse (e.g., Wiweko, et al., 2017), normalmente atribuídos ao tempo indefinido e muitas vezes prolongado dos tratamentos, assim como à incerteza e ambiguidade do diagnóstico e do processo de tratamento. De acordo com Schneider e Forthofer (2005), o nível de stresse altera-se ao longo do tratamento, sendo maior no início, seguido de uma redução durante o segundo ano e aumento no terceiro ano (e.g., Peterson, et al., 2003). Neste sentido, algumas investigações referem que as mulheres com infertilidade apresentam níveis de stresse e pressão mais elevados comparativamente aos dos seus maridos (e.g., Karaca, et al., 2018). Estes resultados são na maior parte dos casos atribuídos ao facto de as mulheres serem submetidas a mais procedimentos médicos, muitos deles invasivos. Desta forma, compreende-se que a infertilidade seja uma situação indutora de stresse, ficando demonstrado num estudo com mulheres com um diagnóstico de infertilidade que metade delas a classificavam como a experiência mais perturbadora das suas vidas, não conseguindo imaginar uma vida sem filhos,

fazendo com que seja difícil manter relacionamentos com amigos que têm filhos (Abbey et al., 1995).

Além desta perspetiva, Dănilă e Băban (2018) mostraram a sua visão sobre este fenómeno, documentando no seu estudo que a infertilidade é um problema que não interfere apenas no objetivo de ter filhos, mas também na identidade pessoal das mulheres, uma vez que não ter a capacidade de conceber numa sociedade onde as crianças são valorizadas implica um desvio das normas da feminilidade. Assim, existe um estigma invisível atribuído às mulheres com infertilidade, que pode criar sentimentos de vergonha ou culpa em relação à sua incapacidade reprodutiva, muitas vezes apontada como um fracasso. Para superar esta situação, muitas mulheres submetem-se a procedimentos de tratamento caros e invasivos, apesar das consequências pessoais e sociais.

A exploração da literatura permitiu perceber que no contexto da infertilidade, independentemente da causa, as mulheres sofrem com maior frequência de diminuição de autoestima (Lee & Sun, 2000), alterações de humor, preocupação, irritabilidade, desespero, sentimentos de culpa, dor, disfunções sexuais (Drosdzol & Skrzypulec, 2009), depressão (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Peterson et al., 2003) e ansiedade (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Ramazanzadeh et al., 2009). Numa perspetiva idêntica, Ramazanzadeh et al., (2009) mencionam que as taxas de ansiedade e depressão nas mulheres tendem a aumentar na fase inicial e a diminuir após o sucesso do tratamento. Desta forma, a ansiedade e a depressão podem ser entendidas como consequências da infertilidade e, de modo geral, os problemas psicológicos devem ser perspetivados como um fator de risco para casais em tratamento (Strauss et al., 1998). Para além dos problemas psicológicos, a infertilidade feminina e os diagnósticos associados têm igualmente implicações gerais para a saúde. Por exemplo, segundo Hanson, et al., (2017), as taxas de cancro de endométrio são mais elevadas em mulheres com infertilidade, comparando com a população geral. Todavia, os estudos incluídos nesta revisão indicaram que a infertilidade não é um diagnóstico isolado, mas parte de uma interação complexa de fatores de risco que podem ter um impacto geral na saúde das mulheres.

Desejar ter filhos e deparar-se com a impossibilidade de os ter pode conduzir a uma ampla gama de sentimentos, tais como a **vergonha** (e.g., Farinati, et al., 2006). Relativamente à vergonha, esta é uma resposta involuntária que está associada à desvalorização pessoal e à tomada de consciência da perda de estatuto, isto é, diz respeito à posição social e à reputação pessoal (Gilbert, 1998, 2003).

Gilbert (2000) reconhece que a vergonha é composta por duas dimensões: a vergonha interna e a vergonha externa, embora esta distinção não seja sempre considerada (Gilbert, 1998). A vergonha interna está relacionada com as cognições e afetos que o sujeito tem em relação aos atributos próprios, caraterísticas, personalidade e comportamentos (Gilbert, 2000), dirigindo-se o foco ao *self* (Gilbert & Procter, 2006). Neste sentido, é operacionalizada por autoavaliações negativas e autodirigidas, nomeadamente, a sentimentos de autorrejeição (Gilbert, 2000; Gilbert & Irons, 2009), classificando-se o sujeito como inadequado, defeituoso, fraco e indesejado (Gilbert & Procter, 2006). Gilbert e Procter (2006) consideram que a autodesvalorização e o autocriticismo são elementos centrais da vergonha interna. Por sua vez, a vergonha externa está subjacente aos traços que o sujeito crê que podem levar os outros a excluí-lo, isto é, teme que o possam avaliar como inferior, defeituoso e incompetente (Gilbert, 2000). Assim, experimenta o exterior como um meio crítico e hostil (Gilbert & Procter, 2006), dirigindo a sua atenção para aquilo que perspetiva estar a ocorrer no pensamento dos outros sobre si mesmo (Gilbert & Irons, 2009).

A investigação de Goss, et al., (1994) mostrou que há uma correlação significativa entre as cognições da vergonha interna e da vergonha externa em relação a atributos negativos do *self*, ou seja, os pensamentos acerca de si mesmo baseiam-se na sua inadequação, sendo expetável que o sujeito acredite que os outros o observam da mesma forma. Dado que as experiências dos sujeitos acontecem em contextos sociais e culturais, os ambientes criados são favoráveis ou hostis, definindo o que é agradável e aceitável e aquilo que não é. São estas experiências que indicam se o indivíduo é classificado como atraente, aceite, pertencente ou estimado, ao contrário de ser pouco atraente e vulnerável em situações sociais. Para Gilbert e Irons (2009) é esta última situação que permite a vivência de experiências de vergonha.

Das reflexões anteriores entende-se que a vergonha pode ser entendida como um conjunto complexo de sentimentos, cognições e ações, cuja complexidade exata pode ser distinta de pessoa para pessoa (Gilbert, 2002), sendo um sentimento que é despoletado quando é problematizada a autoimagem e a identidade (Del Rosario & White, 2006). Assim, sendo a infertilidade um fenómeno biopsicossocial é frequente existirem sentimentos de vergonha interna e externa que estão significativamente correlacionados com a depressão e a ansiedade social. No mesmo sentido, o estudo de Lutwak e Ferrari (1997) demonstra que a propensão para a vergonha está relacionada de forma significativa com ansiedade em situações de interação social. Deste modo entende-se que a vergonha externa é ativada quando os sujeitos experienciam a forma como existem no pensamento dos outros, isto é, sentindo que estes os

veem de forma negativa (Gilbert & Irons, 2009). Gilbert e Irons (2009) propõem um modelo evolucionário de natureza biopsicossocial da vergonha. Este modelo depreende que o desempenho do papel mediador do evitamento experiencial na relação entre a vergonha externa e o stresse na infertilidade depende de uma teia de relações com vários sentidos, envolvendo os seguintes aspetos: as motivações inatas para a pertença ao grupo, a necessidade de estimular o afeto positivo na mente dos outros, os contextos socioculturais relacionados com oportunidades económicas, normas culturais para honra/orgulho/vergonha, experiências pessoais de vergonha, a relação com a família e o estigma refletido pela mesma e pelos outros.

Especificamente na área da infertilidade, o estudo realizado por Galhardo, al. (2013) demonstrou o papel mediador da autocompaixão e do autojulgamento sobre os efeitos da vergonha no stresse em casos de infertilidade, encontrando diferenças significativas entre os sexos. Nas mulheres, a autocompaixão teve um efeito protetor sobre o impacto da vergonha interna, enquanto o autojulgamento nos homens constituiu um fator de risco que aumentou o impacto da vergonha externa e interna no stresse relacionado com a infertilidade. Numa perspetiva semelhante, Pimenta (2016) sugeriu a existência de correlações significativas positivas entre a vergonha externa e o stresse relacionado com a infertilidade numa amostra maioritariamente feminina.

Como já foi referido, na globalidade, a literatura tem vindo a apontar para a existência de consequências psicológicas relacionadas com o diagnóstico e tratamento médico da infertilidade. Contudo, o papel dos processos de regulação emocional, como o **evitamento experiencial**, tem sido menos explorado. O evitamento experiencial constitui um fenómeno que se verifica quando um sujeito não quer continuar em contacto com um conjunto de experiências privadas que são avaliadas negativamente (por exemplo, sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias, predisposições comportamentais) e age de forma a alterar a frequência desses acontecimentos e dos contextos que os provocam (evitamento comportamental, supressão e outras formas de controlo) (Blackledge & Hayes, 2001; Hayes et al., 1996). Portanto, o evitamento experiencial representa uma forma de evitar os estados emocionais percecionados como adversos, através da adoção de medidas para modificar a forma e a frequência destes estados e dos contextos que os originam.

Segundo Orsillo et al., (2005), o evitamento experiencial tem sido focado como um fator preponderante para o desenvolvimento e manutenção de várias formas de psicopatologia que cumprem a função de evitamento do afeto negativo, apoiando paradoxalmente a sua manutenção. Já para Hayes et al., (1996), os efeitos imediatos do evitamento experiencial são

normalmente positivos, adotando assim a função de regulação emocional, uma vez que é uma estratégia usada com o objetivo de reduzir a experiência de emocionalidade negativa (por exemplo, a ansiedade) e, consequentemente, a não vivência do que antecipa que acontecerá após a experiência emocional. No entanto, a longo prazo, os autores referem tratar-se de um mecanismo de regulação emocional que usado de forma repetida tem efeitos negativos ao nível de indicadores de saúde mental.

Este processo, como já foi referido, revela um perfil paradoxal, dado que ao tentar impedir pensamentos e sentimentos desagradáveis, é habitualmente aumentada a frequência e a perturbação emocional dessas mesmas experiências (Gross, 1998). Assim, considera-se existir evitamento experiencial quando o indivíduo procura diminuir ou eliminar a intensidade ou a forma das experiências psicológicas desagradáveis, com o intuito de reduzir o sofrimento psicológico. Esta forma de lidar com as experiências emocionais tem a propensão para resultar num efeito contrário, ampliando a intensidade da experiência de desconforto (Blackledge & Hayes, 2001; Hayes et al., 1999). Especificamente nas situações de infertilidade, o evitamento experiencial pode aumentar o desconforto, gerado pelo stresse e pela vergonha.

Ao longo dos anos têm sido conduzidos alguns estudos sobre o evitamento experiencial em amostras clínicas (Öst, 2008; Powers et al., 2009) e não clínicas (Hayes et al., 2006). Na generalidade, os resultados destes estudos indicam que o evitamento experiencial está associado a níveis desajustados de ansiedade, depressão e stresse (Basharpoor et al., 2015), revelando também a sua relação com a diminuição do prazer na realização das atividades de vida diária, assim como com a perda de sentido de vida (Bardeen, 2015).

Kashdan e equipa (2013) empreenderam um exercício de comparação de uma amostra da população geral com um grupo composto por sujeitos com perturbação de ansiedade, tendo este último apresentado níveis mais elevados de evitamento experiencial em comparação com o primeiro. Através de um estudo longitudinal, Spinhoven et al., (2014) também confirmaram que o evitamento experiencial tende a aumentar em indivíduos com perturbações emocionais, contribuindo para o aumento da intensidade do sofrimento psicológico.

Vários estudos têm confirmado o efeito mediador do evitamento experiencial na ligação com diferentes processos psicológicos (Bardeen, 2015; Costa & Pinto Gouveia, 2011). Por exemplo, Kashdan et al., (2006) observaram a relação entre o evitamento experiencial e as estratégias de regulação emocional, concluindo que o evitamento experiencial produz um efeito mediador na relação entre as estratégias de regulação emocional e as experiências afetivas positivas e negativas. Sublinharam ainda que a reavaliação cognitiva está ligada aos efeitos

positivos no bem-estar psicológico, enquanto a supressão emocional a prejuízos no bem-estar psicológico dos indivíduos. Desta forma, o evitamento experiencial pode ser entendido como estratégia de autocontrolo responsável por consequências negativas no funcionamento psicológico das pessoas.

No âmbito da infertilidade, Galhardo et al., (2012) efetuou um estudo comparativo com três grupos: casais com infertilidade, casais férteis e casais com um diagnóstico de infertilidade candidatos a adoção. Os autores constataram que os casais com infertilidade em fase de tratamento médico manifestaram mais sintomatologia psicopatológica, quando comparados com os casais férteis ou os casais adotantes, sendo as mulheres o elemento mais afetado. Também no estudo de Cunha et al., (2016), os casais com infertilidade a realizar tratamento médico, quando comparados com casais sem um diagnóstico de infertilidade e casais candidatos a adoção apresentaram níveis mais elevados de evitamento experiencial com as mulheres a revelarem pontuações significativamente mais altas que os homens. Num sentido semelhante, Nogueira (2017) analisou uma amostra de 57 casais com infertilidade a realizar tratamento, mostrando que o evitamento experiencial tem um efeito mediador entre o impacto da infertilidade e o ajustamento emocional, tanto nas mulheres, como nos seus companheiros. Ainda observou um efeito significativo do recurso a evitamento experiencial por parte do marido no aumento dos níveis de sintomas ansiosos e sintomas depressivos das mulheres. Os resultados também revelaram que as mulheres que recorrem a níveis elevados de evitamento experiencial, no início do tratamento, experienciam mais sintomatologia ansiosa ao longo do tratamento, comparando com as mulheres que evitam menos as experiências perturbadoras associadas à infertilidade. Assim, a autora concluiu que o evitamento experiencial tem um papel negativo no ajustamento de casais com infertilidade.

Nesta sequência, compreende-se que o evitamento experiencial possa ser um importante fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de níveis elevados de stresse (Bardeen et al., 2013). Além disso, o evitamento experiencial mostrou também mediar o impacto das experiências de vergonha e sintomas de depressão (Carvalho et al., 2015). No mesmo sentido, Dinis et al., (2015) revelaram na sua investigação que os processos que conduzem às memórias da vergonha influenciam, tanto o evitamento experiencial, como o desenvolvimento de sintomas depressivos. Acrescentaram ainda que as memórias da vergonha ocorrem devido ao entrelaçar de experiências internas dolorosas (fusão cognitiva) e/ou com as tentativas de controlá-las (evitamento experiencial). Mais recentemente, e numa amostra de mulheres com o diagnóstico de infertilidade, Galhardo et al., (2019) referiram que as

representações acerca da parentalidade (uma das dimensões do stresse relacionado com a infertilidade) se associavam indiretamente com a sintomatologia depressiva através da relação com o impacto da infertilidade na vida destas mulheres (outra dimensão do stresse relacionado com a infertilidade) e do uso do evitamento experiencial.

O objetivo principal deste estudo consistiu em explorar o papel preditor da vergonha externa e do evitamento experiencial no stresse relacionado com a infertilidade, numa amostra de mulheres a realizar tratamento para esta condição clínica. Em termos de objetivos específicos pretendeu-se: 1) Analisar a existência de diferenças significativas nos níveis de stresse, vergonha externa e evitamento experiencial em função da realização ou não de tratamentos anteriores e do tipo de infertilidade (fator de infertilidade); 3) Averiguar a existência de associações entre o stresse, vergonha externa e evitamento experiencial; 4) Avaliar em que medida é que a vergonha externa e o evitamento experiencial atuaram como preditores do stresse relacionado com a infertilidade.

Materiais e Métodos

Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 96 mulheres com diagnóstico de infertilidade que se encontravam a realizar tratamento médico para esta condição. O intervalo de idades variou entre os 27 e 44 anos, com uma média de idades de 35.63 anos (*DP* = 4.28). Relativamente ao nível da escolaridade, a média foi de 15.60 anos (*DP* = 3.24), com um intervalo a oscilar entre os 9 e os 24 anos de escolaridade. Quanto aos anos de casamento/união de facto, as mulheres que constituíram a amostra apresentaram em média 7.31 anos (*DP* = 3.92). Sendo que, 56 mulheres (58.3%) eram casadas e 40 (41.7%) viviam em união de facto. A maioria das participantes da amostra (*n* = 84) encontrava-se empregada (87.5%), enquanto apenas 12 (12.5%) estavam em situação de desemprego.

Em relação às variáveis clínicas, as participantes apresentaram um diagnóstico de infertilidade com uma média de 4.85 anos (*DP* = 3,88). Relativamente aos ciclos de tratamento, 96 mulheres realizaram em média 3,84 ciclos (*DP* = 3.89) ciclos, com o valor mínimo de 0 e valor máximo 24 ciclos. No que respeita a este diagnóstico, 42 mulheres (4.8%) indicaram uma infertilidade fator feminino, 20 (20.8%) de fator masculino e 17 (17.7%) referiram um

diagnóstico de infertilidade de fator feminino e masculino. Por último, 17 participantes (17.7%) referiram infertilidade de fator desconhecido.

Na presente amostra, 75 participantes (78.1%) já realizaram tratamentos médicos anteriores para a infertilidade e apenas 21 (21.9%) ainda não o fizeram. O tratamento mais referido foi a Estimulação Hormonal Ovárica (isoladamente) (22.9%) e a Inseminação Intrauterina (IIU) (22.3%). Quanto ao tratamento aquando da recolha dos dados, a maioria das participantes (36.7%) estava a aguardar marcação de tratamento e a aguardar os resultados de testes ou exames (30.6%).

No que respeita às mulheres que recorreram a dador, verificou-se que 82 participantes (85.4%) encontravam-se a realizar tratamento com gâmetas próprios e somente 14 participantes (14.6%) recorreu a gâmetas de dador.

Por último, sobre a realização de algum tipo de acompanhamento psicológico, a maioria, ou seja, 79 mulheres (82.3%) não recorreu a este apoio e apenas 17 mulheres (17.7%) foram acompanhadas psicologicamente durante a sua experiência de infertilidade.

Instrumentos

De seguida são apresentados os instrumentos que foram utilizados no presente estudo. De ressalvar que a seleção dos instrumentos de autorresposta integrados nesta investigação se baseou nos objetivos do estudo e na existência de versões validadas para a população portuguesa.

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Neste questionário, os dados sociodemográficos recolhidos foram a idade, estado civil, anos de escolaridade e situação de empregabilidade. Quanto às características clínicas foram exploradas questões referentes ao diagnóstico de infertilidade e sucessivos tratamentos médicos, como por exemplo, a duração do diagnóstico, ciclos de tratamento, tipo de infertilidade, tratamentos anteriores e atuais, o recurso a dadores e, ainda, a questão da existência de acompanhamento psicológico relativamente a esta sua condição.

Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI; Newton et al., 1999; versão portuguesa de Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro & Soares, 2011). Este inventário tem como objetivo avaliar o stresse relacionado com a infertilidade, centrando-se em dois principais domínios

conceituais: as representações sobre a importância da parentalidade e o impacto da infertilidade nos domínios da vida.

No FPI é pedido aos participantes para avaliarem o quanto concordam ou discordam com as afirmações, sendo a escala de respostas tipo Likert, variando de *discordo completamente* (0) a *concordo totalmente* (6). Este é um instrumento de autorresposta composto por 46 itens distribuídos por 5 subescalas: 1) Preocupações sociais (sensibilidade perante comentários sobre a infertilidade, sentimentos do isolamento social, alienação da família e amigos), 2) Preocupações sexuais (diminuição da satisfação com a sexualidade, dificuldade em lidar com a programação das relações sexuais), 3) Preocupações com a relação (dificuldade em falar acerca do problema de fertilidade, e compreender/aceitar as diferenças, preocupação com a influência da infertilidade na relação conjugal), 4) Desejo da parentalidade (identificação com o papel parental; parentalidade percebida como um objetivo fundamental à vida), e 5) Rejeição de estilo de vida sem filhos (perspetiva negativa de um estilo de vida sem filhos, a satisfação e felicidades futuras dependem do nascimento de um filho ou de outro filho). Para além destas 5 subescalas, o índice total do FPI funciona também como medida global do stresse relacionado com o problema de fertilidade. O estudo original revelou que este instrumento apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach a variar entre .77 e .87 nas subescalas e .93 na escala global (Newton et al., 1999). Na versão portuguesa, o FPI revelou ter uma boa validade convergente e discriminante, sendo um instrumento fidedigno para utilizar em Portugal (Moura-Ramos et al,. 2011). No presente estudo o valor do alfa de Cronbach para a escala global foi de .92.

Escala de Vergonha Externa (OAS-2; Goss et al., 1994; versão portuguesa de Matos et al., 2014).A OAS é um instrumento de autorresposta que avalia julgamentos globais acerca de como os outros veem e julgam o *self*. Este instrumento foi desenvolvido a partir da *Internalized Shame Scale* (ISS; Cook, 1996), uma medida de vergonha interna. Os itens foram modificados de forma a explorar expectativas de como os outros vêem ou julgam o *self* – vergonha externa. Neste estudo optou-se por utilizar a versão mais curta da versão portuguesa da OAS, a OAS-2, que é composta por oito itens, selecionados por especialistas clínicos e investigadores internacionais que consideraram os itens que melhor representam o constructo de vergonha externa. Assim, os valores mais elevados no total da escala correspondem a níveis mais elevados de vergonha externa. Na OAS-2 é solicitado aos participantes para indicarem a frequência com que experienciam e sentem o que está descrito nas afirmações, sendo a escala

de resposta do tipo Likert, variando de *nunca* (0) a *Quase sempre (4)*. A análise psicométrica da versão original da OAS-2 revelou uma excelente consistência interna com um alfa de Cronbach de .93, uma excelente consistência temporal de .70 de 4 a 6 semanas, assim como uma boa validade convergente e divergente (Goss et al., 1994). Na versão portuguesa, há igualmente uma boa validade convergente e discriminante, altamente correlacionada com a OAS (r = .91). Apresenta ainda uma boa consistência interna, com um valor de alfa de Cronbach de .82 (Matos et al., 2014). No presente estudo, a consistência interna da escala, medida através do alfa de Cronbach foi de .91.

Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II; Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz, & Zettle, 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012). O AAQ-II avalia o evitamento experiencial que os adultos fazem perante os seus problemas. Esta escala é composta por 7 itens, onde se solicita ao sujeito para avaliar a veracidade das afirmações para si. As respostas são fornecidas numa escala tipo Likert de 7 pontos, variando de *nunca verdadeiro* (1) a *sempre verdadeiro* (7). Quanto maior for a pontuação, maior o evitamento experiencial. O estudo original das suas caraterísticas psicométricas mostrou que a estrutura do AAQ-II é unidimensional, tendo um bom nível de consistência interna (α = .84). Apresentou igualmente uma fidedignidade temporal de .81 e .79 de 3 e 12 meses, respetivamente, e uma boa validade convergente e discriminante (Bond et al., 2011). Quanto à versão portuguesa, os autores indicaram um alfa de Cronbach de .90, evidenciando também uma boa validade convergente e discriminante (Pinto-Gouveia et al., 2012). No presente estudo, o valor da consistência interna da escala foi de .93.

Procedimentos

Primeiramente foram selecionados instrumentos de autorresposta e solicitada a autorização, via correio eletrónico, aos autores para a utilização dos mesmos no presente estudo de investigação. Para efeitos de recrutamento dos participantes, este estudo contou com a colaboração da Associação Portuguesa de Fertilidade, que cooperou na divulgação do mesmo através dos seus meios próprios (Fórum, *Newsletter* e página de *Facebook*). A participação no presente estudo (critérios de inclusão) implicou que as participantes tivessem um diagnóstico de infertilidade e se encontrassem a realizar tratamento médico. A apresentação do estudo incluiu a explicitação dos objetivos, bem como a solicitação do consentimento informado, imprescindível para a participação voluntária, sendo garantidos a confidencialidade e

anonimato dos dados. Uma vez facultado o consentimento informado, os participantes preencheram numa plataforma *online* o Questionário Sociodemográfico e Clínico, o Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI), a Escala de Vergonha Externa (OAS-2) e o Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II).

Análise Estatística

Para a realização do tratamento e análise de dados utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (v. 27, SPSS). Em primeiro lugar, calculou-se a normalidade das variáveis através dos coeficientes de assimetria (Sk) e curtose (Ku). Nenhuma das variáveis do modelo demonstrou valores de Sk e Ku indicativos de violações à distribuição normal, ou seja, não se verificaram valores de $|SK| > 3$ e de $|Ku| > 10$ (Marôco, 2010). Por isso, dado que a amostra apresenta um n superior a 30, optou-se por efetuar testes paramétricos (Pestana & Gajeiro, 2008). Em todas as análises considerou-se um nível de significância estatístico de .05. De seguida, recorreu-se à estatística descritiva dos instrumentos, que incluiu as medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão). De modo, a explorar a eventual existência de diferenças nas médias das variáveis consideradas, em função da realização anterior de tratamentos médicos para a infertilidade, procedeu-se ao cálculo do teste t para amostras independentes. A comparação de médias tendo em conta o fator de infertilidade foi efetuada através da ANOVA *ONE-WAY.* As associações entre as variáveis em estudo e as variáveis sociodemográficas e clínicas foram exploradas através do cálculo de correlações de Pearson. Estas mesmas correlações foram também usadas enquanto análise preliminar para a posterior condução de uma análise de regressão linear múltipla. Na análise de regressão considerou-se o stresse relacionado com a infertilidade, como variável dependente e a vergonha externa e o evitamento experiencial como variáveis independentes. Para classificar as correlações foram considerados os critérios de Pestana e Gageiro (2008), ou seja, nas correlações muito baixas o r situa-se abaixo de .19; nas correlações baixas o r está entre o .20 e .39; nas correlações moderadas o r está entre .40 e .69; e nas correlações altas o r situa-se entre .70 e .89.

Resultados

Os valores médios encontrados na presente amostra para os níveis de stresse relacionado com a infertilidade (medido através do FPI), de vergonha externa (medida pela

OAS-2) e de evitamento experiencial (avaliado através do AAQ-II) são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Médias e desvios padrão das variáveis stress relacionado com a infertilidade (FPI), vergonha externa (OAS-2) e evitamento experiencial (AAQ-II) na amostra (N = 96)

	M	*DP*
FPI	158.58	35.06
OAS-2	8.52	5.84
AAQ- II	24.59	10.68

Não se verificaram diferenças significativas nos valores médios do stresse relacionados com a infertilidade ($t_{(94)} = -1.31$; $p = .192$), da vergonha externa ($t_{(94)} = -1.41$; $p = .163$), ou do evitamento experiencial ($t_{(94)} = -.73$; $p = .469$) em função de as participantes terem realizado anteriormente ciclos de tratamento de reprodução medicamente assistida ou não. De modo idêntico, não se observaram diferenças entre as participantes que evidenciavam as causas distintas de infertilidade (fator de infertilidade) no stresse relacionado com a infertilidade ($F_{(3, 92)} = .13$; $p = .945$), na vergonha externa ($F_{(3, 92)} = .32$; $p = .813$), e no evitamento experiencial ($F_{(3, 92)} = .61$; $p = .613$).

Quando explorada a existência de associações entre as variáveis em estudo e variáveis sociodemográficas e clínicas, observou-se que a idade e os anos de escolaridade não se correlacionaram com os níveis de stresse relacionado com a infertilidade, com a vergonha externa ou com os níveis de evitamento experiencial ($> .050$). No que diz respeito à variável clínica duração da infertilidade, também não se verificaram associações com as variáveis em estudo ($> .050$).

Como análise preliminar à condução de uma regressão linear múltipla, foram calculadas as correlações entre o stresse relacionado com a infertilidade (variável dependente) e a vergonha externa e o evitamento experiencial (variáveis independentes). Os resultados encontrados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Correlações entre stress relacionado com a infertilidade (FPI), vergonha externa (OAS-2) e evitamento experiencial (AAQ-II)

	FPI	OAS	AAQ-II
FPI	—	.42**	.56**
OAS-2	—	—	.55**

* $p< 0.05$; ** $p< 0.01$

Como se pode observar na Tabela 2, todas as correlações encontradas foram positivas e estatisticamente significativas, sendo de magnitude moderada.

Nesta sequência, e com o objetivo de identificar o papel preditor da vergonha externa e do evitamento experiencial nos níveis de stresse relacionado com a infertilidade, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla a vergonha externa num primeiro bloco, e os processos de regulação emocional inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial num segundo bloco. Os resultados desta análise são reportados na Tabela 2.

Tabela 3

Análise de regressão linear múltipla utilizando a vergonha externa e o evitamento experiencial como preditores dos do stresse relacionado com a infertilidade

Preditores	***r***	***R^2Ajustado***	***F***	***p***	***B***	***t***	***P***
Modelo 1	.42	.16	19.66	< .001			
OAS-2					.42	4.43	< .001
Modelo 2	.58	.32	22.21	< .001			
OAS-2					.15	1.50	.136
AAQ-II					.48	4.71	< .001

Nota. OAS-2 = Others As Shamers-2; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire- II.*

As variáveis preditoras consideradas explicaram 32% do total do stresse relacionado com a infertilidade, sendo o modelo significativo. De notar que quando controlada a variável

vergonha externa e inserida no modelo a variável evitamento experiencial, a primeira deixou de ser um preditor significativo. Assim, das duas variáveis consideradas apenas o evitamento experiencial se mostrou preditor significativo do stresse relacionado com a infertilidade.

Discussão

O objetivo principal deste estudo consistiu em explorar o papel preditor da vergonha externa e do evitamento experiencial no stresse relacionado com a infertilidade, numa amostra de mulheres a realizar tratamento para esta condição clínica. Os principais resultados indicaram que não existem diferenças significativas nos valores médios do stresse relacionado com a infertilidade, da vergonha externa ou do evitamento experiencial em função de as participantes terem realizado anteriormente ciclos de tratamento de reprodução medicamente assistida ou não. Neste âmbito, estes resultados estão em linha com os apresentados em estudos anteriores, que também apontaram para a inexistência de associação entre o número de ciclos de tratamento realizados e a psicopatologia (Verhaak et al., 2005).

De modo idêntico, não se observaram diferenças entre as participantes que evidenciavam as causas distintas de infertilidade (fator de infertilidade) no stresse relacionado com a infertilidade, na vergonha externa e no evitamento experiencial. Assim, o facto de terem ou não realizado tratamentos de infertilidade ou o tipo de infertilidade diagnosticado nas participantes parece não influenciar os seus níveis de stresse, a perceção de existir na mente dos outros como alguém pouco atrativo ou com defeitos ou, ainda, recorrer ao evitamento experiencial como uma forma de lidar com acontecimentos privados dolorosos. Estes resultados vão ao encontro do que já havia sido anteriormente reportado noutros estudos. Por exemplo, Galhardo et al. (2013) também não encontraram uma relação entre o stresse relacionado com a infertilidade e o fator de infertilidade ou a duração deste diagnóstico, o que parece sugerir que a causa de infertilidade não influencia a adaptação das mulheres à condição de infertilidade. Como hipótese e, de acordo com Moura-Ramos (2011), a vergonha externa e o evitamento experiencial e o stresse relacionado com a infertilidade não parecem estar relacionados com a causa de infertilidade, talvez por esta condição ser cada vez mais considerada como um problema do casal, independentemente do fator que a originou.

Também se verificou que a duração de infertilidade não evidenciou associações com os níveis de stresse relacionado com a infertilidade, com a vergonha externa ou com os níveis de evitamento experiencial. Os nossos resultados corroboram, de certa forma, a literatura que

indica que não há relação entre a psicopatologia e a duração de infertilidade (Benyamini et al., 2005).

O estudo correlacional mostrou que o stresse relacionado com a infertilidade apresentou uma correlação positiva com a vergonha externa e o evitamento experiencial, sendo que a vergonha externa revelou igualmente uma correlação positiva com o evitamento experiencial. Estes resultados estão em consonância com os de outros estudos anteriores, por exemplo, as investigações de Galhardo et al. (2013) e de Pimenta (2016) sugerem que a vergonha externa está positivamente correlacionada com o stresse relacionado com a infertilidade. A hipótese colocada aponta no sentido em que as mulheres com maior vergonha externa, que acreditam existir na mente dos outros de forma negativa, consecutivamente apresentam maior evitamento experiencial, ao evitar física e psicologicamente lidar com este diagnóstico, o que parece traduzir-se em maior stresse percebido associado aos domínios da infertilidade (Galhardo et al., 2013). No que respeita ao evitamento experiencial, os estudos indicam que em situações de infertilidade, o evitamento experiencial pode aumentar o desconforto, gerado pelo stresse e pela vergonha. Além de que, tende a aumentar em indivíduos com perturbações emocionais, contribuindo para o aumento da intensidade do sofrimento psicológico (e.g., Spinhoven et al., 2014).

No que respeita à análise de regressão linear múltipla, na qual foi explorado o papel preditor da vergonha externa e do evitamento experiencial nos níveis de stresse relacionado com a infertilidade, os resultados indicam que as variáveis preditoras explicaram 32% do total do stresse relacionado com a infertilidade, sendo o modelo significativo. Esta ligação entre este processo de regulação emocional e o stresse havia já sido reportada num estudo de Galhardo et al. (2019), no qual as representações sobre a importância da parentalidade (uma das dimensões do stresse relacionado com a infertilidade) estão associadas a sintomas depressivos indiretamente, por meio da associação do impacto da infertilidade na vida das mulheres e uso do evitamento experiencial (Galhardo et al., 2019). O evitamento experiencial tem sido apontado como um fator transdiagnóstico relevante que tem influência no decurso dos problemas emocionais (Spinhoven et al., 2014). De referir que, casais com um diagnóstico de infertilidade podem sofrer uma maior pressão devido ao seu diagnóstico, pelo facto de terem de lidar com o fracasso das expectativas pessoais, familiares e culturais da parentalidade, o que os pode tornar mais propensos ao desenvolvimento de sentimentos de vergonha e estratégias de *coping* desadaptativas, como o evitamento experiencial e apresentarem características de funcionamento psicológico menos protetoras (Galhardo et al., 2011). Segundo Galhardo et al.

(2011), as mulheres com infertilidade tendem a perceber-se de forma mais negativa na mente dos outros, sentindo níveis mais elevados de vergonha devido a fatores culturais e papéis de género. Assim, dado que o evitamento experiencial é considerado um processo de regulação emocional importante, este deve ser incluído em programas de intervenção psicológica para mulheres que enfrentam problemas de fertilidade (Galhardo et al., 2019).

Na análise anterior também se observou que quando o evitamento experiencial é inserido, a vergonha externa deixou de ser um preditor significativo do stresse relacionado com a infertilidade. Neste âmbito, desenvolveu-se uma hipótese explicativa para este resultado que se relaciona com a ideia de que as mulheres com diagnóstico de infertilidade, quando deixam de estar em contacto com situações percebidas como indutoras de stresse e dolorosas (como por exemplo, encontros sociais com amigas que são mães), tendem a deixar de focalizar a sua atenção no ambiente externo/social, o que por consequência altera a sua perceção relativamente à forma como os outros as encaram e também como se sentem em relação a si mesmas.

Ainda com base na análise anterior, verificou-se que apenas o evitamento experiencial foi um preditor significativo do stresse relacionado com a infertilidade, quando analisado em conjunto com a vergonha externa. Este resultado assemelha-se a dados encontrados na literatura, que mostram que casais com infertilidade tendem a apresentar níveis superiores de vergonha externa e interna, bem como mais estratégias de *coping* desadaptativas, como o evitamento (Galhardo et al., 2011). Com efeito, a experiência de dificuldades emocionais relacionadas com a infertilidade pode potenciar a existência de dificuldades sentidas na regulação emocional perante um diagnóstico de infertilidade e exigências do tratamento médico. Assim, é possível que estas mulheres tendam a usar o evitamento como estratégia defensiva para se protegerem da dor emocional da experiência de infertilidade. De acordo com a linha de pensamento de Cunha et al. (2016), as mulheres esforçam-se mais para controlar ou evitar pensamentos dolorosos, sentimentos, sensações corporais, ou seja, estão mais predispostas face a situações dolorosas a esforçar-se para controlar ou modificar a sua forma, duração ou intensidade e/ou os contextos que as originam, mesmo que isso as leve a terem comportamentos incongruentes com os seus valores. Já Kanter et al. (2008) salientam que as mulheres com infertilidade podem ter pensamentos negativos relacionados com a ausência involuntária de filhos, sentimentos de tristeza e irritação. Os pensamentos e sentimentos podem levar a evitar situações com crianças e a tentar suprimir os mesmos. Estas ações repetidas no tempo reforçam negativamente os pensamentos e sentimentos originais, criando um ciclo de afeto negativo e de evitamento.

Os resultados do presente estudo devem ser lidos tendo em conta algumas limitações. A primeira prende-se com o facto do protocolo de avaliação ser extenso, o que poderá ter influenciado o rigor das respostas e, por consequência, o tamanho da amostra. Outra limitação encontrada relaciona-se com o facto de incluir apenas participantes do sexo feminino, o que não permitiu obter uma visão mais ampla do funcionamento de casal, ou a eventual existência de influências da variável sexo. Ainda se considera limitativo o desenho da investigação ser transversal, o que não permite estabelecer relações de causalidade.

No futuro seria interessante avaliar a variável tipologia casal, que atualmente tem vindo a diversificar-se e que poderá ter impacto na forma como mulheres e homens lidam com a infertilidade. Aumentar o tamanho da amostra e incluir o elemento masculino do casal (nos casos de casais heterossexuais), bem como a realização de estudos de desenho longitudinal poderá clarificar o papel do evitamento experiencial e da vergonha externa nos níveis de stresse.

Apesar das limitações referidas, este estudo permitiu, de uma forma geral, concluir que o stresse relacionado com a infertilidade tem uma associação positiva com a vergonha externa e com o evitamento experiencial, sendo este último um preditor significativo dos níveis de stresse. Como tal, consideramos importante abordar processos de regulação emocional em processos psicoterapêuticos de mulheres com um diagnóstico de infertilidade atendendo a que estes se mostraram relacionados com os níveis de stresse experienciados. Neste âmbito, a Terapia de Aceitação e Compromisso, sendo especialmente desenhada para incluir como alvo terapêutico a modificação de processos de regulação emocional, como o evitamento experiencial, pode contribuir positivamente para a diminuição do stresse nestas mulheres.

Referências bibliográficas

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

Bardeen, J. R. (2015). Short-term pain for long-term gain: The role of experiential avoidance in the relation between anxiety sensitivity and emotional distress. *Journal of Anxiety Disorders*, *30*, 113–119. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.013

Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2013). Experiential Avoidance as a Moderator of the Relationship Between Anxiety Sensitivity and Perceived Stress. *Behavior Therapy*, *44*(3), 459–469. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.001

Basharpoor, S., Shafiei, M., & Daneshvar, S. (2015). The Comparison of Experimental Avoidance, Mindfulness and Rumination in Trauma-Exposed Individuals With and Without Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in an Iranian Sample. *Archives of Psychiatric Nursing*, *29*(5), 279–283. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.004

Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, *83*(2), 275–283. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.10.014

Blackledge, J. & Hayes, S. (2001). Emotion regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of clinical psychology,* 57(2), 243-255. https://doi.org/10.1002/1097-4679(200102)57:2<243::AID-JCLP9>3.0.CO;2-X

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/123456789/22304

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, *42*(4), 676–688. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007

Carvalho, S., Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., & Estanqueiro, C. (2015). Memories of Shame Experiences with Others and Depression Symptoms: The Mediating Role of Experiential Avoidance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *22*(1), 32–44. https://doi.org/10.1002/cpp.1862

Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011). The mediation effect of experiential avoidance between coping and psychopathology in chronic pain. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *18*(1), 34–47. https://doi.org/10.1002/cpp.699

Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Experiential avoidance, self-compassion, self-judgment and coping styles in infertility. *Sexual and Reproductive*

Healthcare, *10*, 41–47. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.04.001

Dănilă, I., & Băban, 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

Del Rosario, P. M., & White, R. M. (2006). The Internalized Shame Scale: Temporal stability, internal consistency, and principal components analysis. *Personality and Individual Differences*, *41*(1), 95–103. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.026

Dinis, A., Carvalho, S. A., Pinto Gouveia, J., & Estanqueiro, C. (2015). Shame memories and depression symptoms: The role of cognitive fusion and experiential avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *15*(1), 63–86. http://hdl.handle.net/10316/47246

Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of polish infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, *6*(12), 3335–3346. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01355.x

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

Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*, *20*(4), 224–228. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2011.08.005

Galhardo, A. (2012). *Infertilidade em Portugal: Aspectos psicológicos e estudo de eficácia do Programa Baseado no Mindfulness para a Infertilidade.* Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra. http://hdl.handle.net/10316/23353

Galhardo, Ana, Alves, J., Moura-Ramos, M., & Cunha, M. (2019). Infertility-related stress and depressive symptoms – the role of experiential avoidance: a cross-sectional study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *38*(2), 139–150. https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1612046

Galhardo, Ana, 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

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. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *7*(3), 174–189. https://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U

Gilbert, P. (2002). Body shame: a biopsychosocial conceptualisation and overview, with treatment implications. In, P. Gilbert & J. Miles (eds). *Body Shame: Conceptualisation, Research & Treatment*. (p. 3 – 54). London. 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: Cambridge University Press. doi: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*, *13*(6), 353–379. https://doi.org/10.1002/cpp.507

Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures-I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual Differences*, *17*(5), 713–717. https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90149-X

Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent

consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(1), 224–237. https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.1.224

Hanson, B., Johnstone, E., Dorais, J., Silver, B., Peterson, C. M., & Hotaling, J. (2017). Female infertility, infertility-associated diagnoses, and comorbidities: a review. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *34*(2), 167–177. https://doi.org/10.1007/s10815-016-0836-8

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V, & Follette, V. M. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Olinicai Psychology*, *64*(6), 1152–1168. https://doi: 10.1037//0022-006x.64.6.1152.

Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E., & Landes, S. J. (2008). The nature of clinical depression: Symptoms, syndromes, and behavior analysis. *Behavior Analyst*, *31*(1), 1–21. https://doi.org/10.1007/BF03392158

Karaca, A., Ünsal, 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

Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(9), 1301–1320. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003

Kashdan, T. B., Farmer, A. S., Adams, L. M., Ferssizidis, P., McKnight, P. E., & Nezlek, J. B. (2013). Distinguishing healthy adults from people with social anxiety disorder: Evidence for the value of experiential avoidance and positive emotions in everyday social interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(3), 645–655. https://doi.org/10.1037/a0032733

Lee, T. Y., & Sun, G. H. (2000). Psychosocial response of Chinese infertile husbands

and wives. *Archives of Andrology*, *45*(3), 143–148. https://doi.org/10.1080/01485010050193913

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 *estatística com o PASW Statistics*. ReportNumber.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte, C., & Figueiredo, C. (2014). The Other As Shamer Scale - 2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences*, *74*, 6–11. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.037

Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Soares, I. (2011). 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

Moura Ramos, M. (2011). *Adaptação psicossocial de casais portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra. http://hdl.handle.net/10316/17202

Newton, C., 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 Integrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra. http://hdl.handle.net/10316/84032

Orsillo, S. M., Roemer, L., & Holowka, D. W. (2005). Acceptance-Based Behavioral Therapies for Anxiety. *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety*, 3–35. https://doi.org/10.1007/0-387-25989-9_1

Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(3), 296–321.

https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (5ª ed.).* (5ª edição). Edições Sílabo.

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

Pimenta, A. (2016). *Estudo Exploratório da Ligação entre a Vergonha Externa e o Stresse Relacionado com a Infertilidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/676

Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese version. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *12*(2), 139–156.

Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*(2), 73–80. https://doi.org/10.1159/000190790

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.

Schneider, M. G., & Forthofer, M. S. (2005). Associations of Psychosocial Factors with the Stress of Infertility Treatment. *Health & Social Work*, *30*(3), 183–191. https://doi.org/10.1093/hsw/30.3.183

Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2014). A Longitudinal Study of Experiential Avoidance in Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, *45*(6), 840–850. https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.001

Strauss, B., Hepp, U., Staeding, G., & Mettler, L. (1998). Psychological characteristics of infertile couples: Can they predict pregnancy and treatment persistence? *Journal of Community and Applied Social Psychology*, *8*(4), 289–301.

https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1298(199807/08)8:4<289::AID-CASP491>3.0.CO;2-W

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

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Van Minnen, A., Kremer, J. A. M., & Kraaimaat, F. W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, *28*(2), 181–190. https://doi.org/10.1007/s10865-005-3667-0

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

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, 2017. *Fertility and Sterility*, *108*(3), 393–406. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005