



Andreia Elisabeth Ferreira Pereira

DEPRESSÃO E APOIO SOCIAL PERCEBIDO EM HOMENS E MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
2011

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**DEPRESSÃO E APOIO SOCIAL PERCEBIDO EM HOMENS E MULHERES COM
DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE**

Andreia Elisabeth Ferreira Pereira

Outubro de 2011

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Maria
Emília Teixeira Costa (F.P.C.E.U.P.).

RESUMO

O presente trabalho, baseado no Modelo das Consequências Psicológicas da Infertilidade (*Psychological Sequelae Model*), tem como principal objetivo analisar o impacto psicológico, relativamente às variáveis depressão e apoio social percebido, e a relação entre estas, em indivíduos com diagnóstico de infertilidade. Pretende-se, em particular, verificar se existem diferenças relativamente aos parâmetros psicológicos em estudo, consoante o género, duração da infertilidade e número de tratamentos de Procriação Medicamente Assistida realizados.

De acordo com a OMS, a infertilidade é definida como a incapacidade em engravidar após 12 meses, ou mais, de relações sexuais regulares sem contraceção, ou de 6 meses para mulheres com idade superior a 35 anos. A prevalência desta problemática em Portugal, situa-se entre os 9 e os 10%. A recente investigação, com enfoque sobretudo na Teoria das Consequências Psicológicas, apesar de revelar por vezes resultados inconclusivos, a maioria mostra que a experiência da infertilidade, a extensão do problema e os tratamentos de PMA realizados estão associados a respostas emocionais como a depressão, ansiedade, sentimentos de culpa, isolamento social e diminuição da autoestima, tanto em homens como em mulheres. Estes constrangimentos psicológicos podem comprometer, ainda que com diferente intensidade, diversas esferas da vida pessoal, conjugal e social dos indivíduos com dificuldades reprodutivas.

A população deste estudo é constituída por 238 sujeitos (121 mulheres e 117 homens), com idades compreendidas entre os 19 e os 49 anos. Os participantes preencheram um questionário demográfico e clínico, o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) e a Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (EMASP). Os resultados mostraram que uma menor perceção de apoio social está associada a níveis mais elevados de depressão. Verificaram-se diferenças entre géneros, com as mulheres a evidenciarem maiores níveis de depressão e satisfação com o apoio social. Para a população de estudo em geral, foi possível constatar que quanto mais extenso o período de infertilidade, menor a satisfação com o apoio da família. Os resultados são discutidos tendo em conta as suas implicações para a investigação e prática clínica.

Palavras-Chave: Infertilidade, Tratamentos de Procriação Medicamente Assistida, Duração da Infertilidade, Depressão, Apoio Social Percebido.

ABSTRACT

This work, based on the *Psychological Sequelae Model of Infertility*, aims to analyze the psychological impact, relatively to depression and perceived social support, and the relation between these variables, in individuals with a diagnosis of infertility. It is particularly intended to examine if there are any differences in the psychological parameters analyzed, regarding gender, length of infertility and number of medically assisted reproduction treatments (ART) performed.

Accordingly to the World Health Organization (WHO) infertility is defined as the inability to achieve pregnancy after 12 months or more, of unprotected sexual intercourse, or 6 months for women over 35 years old. The lifetime prevalence of infertility in Portugal, sits around 9 and 10%. Recent studies, focused mainly on psychological consequences of infertility, have showed that experience of infertility, the extent of the problem and the ARP treatments performed are associated with emotional responses as depression, anxiety, guilt feelings, social isolation and diminished self-esteem, in both gender. These psychological constraints can compromise, although with variable intensity, several domains of personal, marital and social life of individuals with reproductive difficulties.

The population of this study comprises 238 individuals (121 women and 117 men), with ages varying between 19 and 49 years old. Participants completed a clinical and demographic questionnaire, the Beck Depression Inventory – II (BDI-II), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Results showed that a worse perception of social support is associated with higher levels of depression. We found differences between genders, with women evidencing more levels of depression and satisfaction with social support. To the general population in study, we found that the longer the infertility period, the less satisfaction with family support. The results are discussed based on its implications for research and clinical practice.

Key-words: Infertility, Medically Assisted Reproduction Treatments (ART), Length of Infertility, Depression, Perceived Social Support.

RÉSUMÉ

Ce travail, qui est basé sur le model de conséquences psychologiques de l'infertilité, prétend essentiellement analyser l'impact psychologique, relatif aux variables dépression et support social perçus, et sa relation sur les gens qui ont été diagnostiqués pour l'infertilité. On veut, en particulier, vérifier les éventuelles différences sur les paramètres psychologiques analysés, concernant le genre, la durée de l'infertilité et le nombre de traitements de l'assistance médicale à la procréation (AMP) effectués.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'infertilité est définie comme l'incapacité à concevoir pendant 12 mois ou plus d'activité sexuelle régulière et sans emploi de contraceptifs, ou 6 mois pour les femmes âgées de plus de 35 ans. La prévalence de ce problème au Portugal est de 9 à 10%. Même si certaines recherches récentes ayant examinées les conséquences psychologiques de l'infertilité, ont eu des résultats qui se sont avérés non concluants, la plupart montre que l'expérience de l'infertilité, la durée du problème et les traitements d'AMP effectués sont associés à des réponses émotionnelles comme la dépression, l'anxiété, la culpabilité, l'isolement social et une faible auto-estime chez les hommes et les femmes. Ces contraintes psychologiques peuvent nuire, avec une intensité différente, à divers domaines de la vie personnelle, matrimoniale et sociale des individus ayant des difficultés de reproduction.

La population de cette étude est composée de 238 participants (121 femmes et 117 hommes), âgés de 19 à 49 ans. Les participants ont rempli un questionnaire démographique et clinique, l'Inventaire de Dépression de Beck II (BDI-II) et l'échelle multidimensionnelle de support sociaux perçu (EMSSP). Les résultats ont montré qu'une faible perception du support social est associée à des niveaux plus élevés de dépression. On a enregistré des différences entre les genres, spécifiquement, les femmes ont montré des niveaux plus élevés de dépression et de satisfaction à l'égard du support social, que les hommes. Pour la population de l'étude en général, nous avons observé qu'une longue période d'infertilité est associée à une réduction de la satisfaction du support de la famille. Les résultats sont discutés en fonction de leurs implications pour la recherche et la pratique clinique.

Mots-clés: Infertilité, Traitements de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), Durée de l'Infertilité, Dépression, Support Social Perçu.

Ao meu primo Paulo, que
permanecerá na memória e no coração
daqueles que marcou com um sorriso sincero,
um ombro amigo, um exemplo de determinação
e entusiasmo inabalável pela vida.

AGRADECIMENTOS

Ao longo de todo este percurso nunca estive sozinha, e quero aqui agradecer a contribuição de todos aqueles que me apoiaram, e permitiram transformar esta experiência numa encantadora viagem.

À Professora Doutora Maria Emília Costa, é com enorme privilégio e muita admiração que agradeço o carinho, a disponibilidade, os ensinamentos e aconselhamentos sábios. Muito obrigado por tudo!

À Doutora Mariana Martins, o meu sincero obrigado pela confiança que em mim depositou, pelos ensinamentos e o desafio que me propôs, guiando o meu crescimento, neste mundo novo. Muito Obrigado!

À Verónica e à Sara, agradeço a partilha das angústias e aprendizagens, os momentos de trabalho conjunto (que já não foram novidade) e o sentido de humor que sempre primou a nossa amizade.

Às minhas amigas, irmãs, confidentes, companheiras de viagem, que eu tive o privilégio de conhecer e que conto que façam parte da minha vida para sempre, o meu sincero e profundo obrigado pela vossa essência maravilhosa. Ainda existem pessoas fantásticas. Obrigado manas!

Aos maiores amores da minha vida, os meus pais, agradeço o *aconchego do regaço*, onde refugio a minha fragilidade, o apoio incondicional e compreensão. Obrigado pelas palavras de coragem e carinho que me fazem acreditar que "crer é poder", e por TUDO o que me deram e ensinaram. Amo-vos... Agradeço também à minha família, que é sem dúvida a melhor família do mundo, fazendo jus ao significado da palavra. Obrigado pela paciência, pelo amor, pela amizade e por caminharem sempre a meu lado.

Não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que se disponibilizaram a participar neste estudo, que mesmo passando por uma fase de maior fragilidade, aceitaram com um sorriso, fazer parte desta viagem. Obrigado a todos, com desejo de que os vossos sonhos se concretizem.

ABREVIATURAS

AMP - Assistance Médicale à la Procréation

ART - Assisted Reproductive Technology

FIV - Fertilização *in vitro*

ICSI - Injeção intracitoplasmática de Espermatozoides

IUI - Inseminação Artificial Intrauterina

OMS - Organização Mundial de Saúde

PMA - Procriação Medicamente Assistida

ÍNDICE

Resumo	ii
Abstract	iii
Resumé	iv
Agradecimentos	v
Abreviaturas	vi
Índice	vii
Índice de Gráficos	ix
Índice de Quadros	ix
Lista de Anexos	x
Introdução	1
PARTE A - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
Capítulo I. Importância da Parentalidade no Ciclo Vital	3
Capítulo II. Infertilidade	4
1. Conceptualização Médica	5
2. Técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA)	7
Capítulo III. Impacto Psicossocial da Infertilidade	8
1. Modelo Psicogénico e Modelo das Consequências Psicológicas da Infertilidade	8
2. Depressão	10
3. Apoio Social	11
4. Infertilidade, Depressão e Apoio Social	13
<i>Diferenças de Género</i>	13
<i>Número de Tratamentos de PMA realizados e Duração da Infertilidade</i>	14
PARTE B - ESTUDO EMPÍRICO	17
Capítulo IV. Objetivos e Metodologia	17
1. Objetivos e Hipóteses de Investigação	17
2. Método	18
2.1. Desenho do Estudo	18

2.2. Amostra	18
2.2.1. Seleção da Amostra	18
2.2.2. Características da Amostra	19
2.3. Instrumentos	21
2.3.1. Questionário Demográfico e Clínico	21
2.3.2. Instrumentos de Avaliação Psicológica	21
a) <i>Beck Depression Inventory II</i> (BDI-II)	21
b) <i>The Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> (EMASP)	23
2.4. Procedimentos	24
2.4.1. Administração dos Instrumentos	24
2.4.2 Análise e Tratamento de Dados	25
Capítulo V. Resultados	26
1. Resultados Descritivos	26
1.1. Dados pessoais e Clínicos	26
1.2. Depressão	30
1.3 Apoio Social	31
2. Resultados Diferenciais	32
2.1. Depressão, Sexo, Número de Tratamentos realizados e Duração Infertilidade	32
2.2. Apoio Social, Sexo, Número de Tratamentos realizados e Duração Infertilidade	33
3. Resultados Correlacionais	35
3.1. Depressão e Apoio Social	35
3.2. Variáveis psicológicas e Número de tratamentos realizados	36
3.3. Variáveis psicológicas e Duração da infertilidade	36
Capítulo VI. Discussão dos Resultados	37
1. Caracterização Demográfica e Clínica	37
2. Caracterização psicológica e análise das diferenças de género, número de tratamentos de PMA realizados e duração da infertilidade para as variáveis psicológicas em estudo	38
2.1. Diferenças de Género	39
2.2. Número de Tratamentos realizados	41
2.3. Duração da Infertilidade	43

3. Análise da relação entre a depressão e o apoio social percebido	45
Capítulo VII. Conclusões e Limitações	47
Referências Bibliográficas	51

Anexos

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Diferenças entre o apoio da família e a duração da infertilidade	34
---	----

Índice de Quadros

Quadro 1 - Distribuição de Frequências relativamente às variáveis demográficas	20
Quadro 2 - Distribuição de Frequências relativamente nº de gestações, partos anteriores e filhos; e medidas de tendência central e dispersão quanto ao número de gravidezes (com e sem terapêutica)	27
Quadro 3 - Distribuição de frequências quanto ao índice de massa corporal e consumo de tabaco e medidas de tendência central e dispersão relativamente à quantidade diária de tabaco consumida e medidas de tendência central relativamente ao consumo semanal de bebidas alcoólicas	28
Quadro 4 - Distribuição de frequências relativamente ao diagnóstico e tratamentos de infertilidade e medidas de tendência central e dispersão quanto à duração do problema, tempo de espera pela primeira consulta, e número de ciclos de tratamento	30
Quadro 5 - Análise descritiva relativamente à variável Depressão	31

Quadro 6 -	Análise descritiva relativamente à variável Apoio Social	32
Quadro 7 -	Correlações de <i>Pearson</i> entre Apoio Social Percebido e a Depressão	36

Índice de Anexos

Anexo 1 -	Declaração de autorização de participação no processo de recolha de dados e utilização dos instrumentos
Anexo 2 -	Questionário Demográfico e Clínico (versão Feminina)
Anexo 3 -	Questionário Demográfico e Clínico (versão Masculina)
Anexo 4 -	Inventário de Depressão de Beck - II (BDI-II)
Anexo 5 -	Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (EMASP)

INTRODUÇÃO

A infertilidade foi reconhecida pela OMS como um problema de saúde pública e é definida como a incapacidade em engravidar após 12 meses, ou mais, de relações sexuais regulares sem contraceção (WHO, 1999) ou de 6 meses para mulheres com idade superior a 35 anos (ARTM, 2008). Encontrando-se em ascensão nos países industrializados (Isaacs, 2005; Carvalho & Santos, 2009), em algumas regiões a sua importância é tal que pode ter influência no desenvolvimento económico da população (Burns & Covington, 2000). Em Portugal, a "prevalência da infertilidade ao longo da vida situa-se entre os 9 e os 10%" (*cit in* Carvalho & Santos, 2009, p.57).

As exigências de um mundo de trabalho cada vez mais competitivo, que "empurra" a mulher para protelar a decisão do nascimento do primeiro filho (Faria, 2001); os avanços científico-tecnológicos que se produziram nas últimas décadas no campo da reprodução assistida (Burns & Covington, 2000); a aprovação recente dos critérios de acesso de casais a técnicas de PMA (Diário da República, 2ª série- Nº81- 27 de abril de 2009, Portugal) e o crescimento exponencial de serviços (públicos e privados) para atender às necessidades dos indivíduos com condição de infertilidade, dado os caminhos que a nossa civilização assumiu em respeito aos padrões de vida (Uribelarrea & Rodríguez, 2003), estão na origem da cada vez maior notoriedade e divulgação desta problemática pelos meios de comunicação social e do crescente interesse da investigação neste âmbito.

Desde o despontar da Humanidade que a reprodução e a sua falência são um importante desassossego (Carvalho & Santos). Durante vários anos o símbolo da fertilidade foi a mulher, pelo que o peso da falência da reprodução recaía penosamente sobre ela. De acordo com Brazelton e Cramer (1986) "enquanto que para a mulher, ter um filho, permiti-lhe confirmar a sua fertilidade e capacidade reprodutiva, ao homem confere-lhe a sua potência e o seu poder de engravidar uma mulher" (*cit in* Faria, 2001, p. 192). Pelo excerto da obra de Saramago, anteriormente citado, que remonta ao séc. XVIII, constata-se que este pensamento se tem "arrastado" ao longo dos tempos.

A atribuição da componente reprodutiva sobretudo à mulher, impulsionou que muita da investigação conduzida nesta área, se centra-se no género feminino (Domar *et al.*, 1992; Hamarberget *et al.*, 2001; Wood *et al.*, 1991; Wright *et al.*, 1991), contribuindo para um menor conhecimento da resposta emocional do homem perante a vivência da infertilidade (Peterson, 2000).

A investigação realizada nos últimos anos com enfoque sobretudo na Teoria das Consequências Psicológicas da Infertilidade (*Psychological Sequelae Model*), revelou que a condição da infertilidade está associada a respostas emocionais como a depressão, ansiedade, sentimentos de culpa, isolamento social e diminuição da autoestima (Abbey *et al.*, 1991; Greil, 1997; Lund *et al.*, 2009; Schmit, 2009; Wischman, 2001). Ainda que diversos estudos neste âmbito tenham revelado resultados inconclusivos (Domar, *et al.*, 1992; Matsubayashi *et al.*, 2001; Wischmann, 2001), a maioria aponta diferenças nas respostas psicológicas à infertilidade, assim como níveis de satisfação social (Greil, 1997), de acordo com o género (Beaurepaire, *et al.*, 1994; Berg & Wilson, 1991; Fekkes *et al.*, 2003; Holter *et al.*, 2007; Laffont & Edelman, 1994); duração da infertilidade (Ramezanzadeh, *et al.*, 2004; Peterson *et al.*, 2006) e número de tratamentos de PMA mal sucedidos (Agostini, *et al.*, 2010; Schneider & Forthofer, 2005; Slade *et al.*, 1997; Verhaak *et al.*, 2005)

Com intuito de colmatar algumas destas lacunas, o presente estudo quantitativo, transversal, correlacional e exploratório, tentará perceber o impacto psicossocial, relativamente às variáveis depressão e apoio social percebido (parceiro(a), família e amigos), e a relação entre estas, em indivíduos com diagnóstico de infertilidade. Assim como analisar as diferenças das respostas emocionais consoante o género, número de tratamentos de PMA realizados e duração da infertilidade, recorrendo-se a um tamanho amostral (N=238) que permite a realização de análises estatísticas sofisticadas.

Este trabalho encontra-se assim organizado em sete capítulos: os três primeiros de carácter teórico e de revisão da literatura relevante acerca desta problemática, e os quatro últimos de carácter empírico, onde são apresentados analisados e comentados os resultados obtidos.

Parte A

Enquadramento Teórico

I. IMPORTÂNCIA DA PARENTALIDADE NO CICLO VITAL

"O coração vê o bebê primeiro que o olhar"

(provérbio Índio *cit. in* Faria, 2001)

Atualmente, na nossa cultura, deparamo-nos com uma grande diversidade de novas configurações de família (monoparental, de adoção, de re-casamento, de união de facto, de divórcio) (Papalia *et al.*, 2001; Relvas & Alarcão, 2007). Contudo, seja quais forem as mudanças ao nível da estrutura familiar, a construção de um projeto de vida a dois, continua a constituir uma das principais aspirações de qualquer par amoroso (Costa, 2005; Relvas, 1996). Este desejo de intimidade começa a desenvolver-se desde cedo na infância. A criança, tomando os pais como modelos e, posteriormente, alargando os seus elementos de referência, vai elaborando uma representação do que é o casal e quais as relações que estabelecem (Costa, 2005). Neste sentido, as raparigas são tradicionalmente educadas a assumir a maternidade como um papel central, constituindo o “brincar às mamãs”, um dos principais entretenimentos na infância. Para os homens o ser pai, atua no sentido de uma confirmação social da virilidade masculina. O sentimento de maternidade e paternidade vai assim, delineando-se como elemento constituinte da identidade do sujeito (Loftus, 2006; Greil, *et al.*, 2009; Uribe Larrea & Rodriguez, 2008).

Segundo Erickson (1976) a seguir ao estágio intimidade vs isolamento, o sujeito adulto confronta-se com o conflito generatividade vs estagnação. A generatividade relaciona-se com a capacidade de ser útil aos outros e à sociedade, que significa para muitos, o desejo e capacidade de ter um filho. A falha neste estágio ou no anterior, pode resultar em isolamento ou estagnação, dificuldades na realização das tarefas de desenvolvimento e/ou em alcançar as expectativas da sociedade, comprometendo o processo de maturação, causando sentimentos de desespero e inutilidade (Burns & Covington, 2000). No mesmo sentido, McGoldrick e Carter (1982 *cit. in* Relvas, 1996, p.20) afirmam que o próximo estágio do ciclo vital da família, que se segue à "formação do casal", é a "família com filhos pequenos", em que ocorre a aceitação no sistema familiar dos membros da nova geração. A gravidez e a maternidade assinalam assim uma crise relacional e funcional no processo evolutivo familiar - a transição da conjugalidade para a parentalidade (Relvas & Lourenço, 2001).

A parentalidade é entendida como um processo maturativo que leva a uma reestruturação psico-afetiva, permitindo a dois adultos tornarem-se pais, isto é, responder

às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s), o que numa perspectiva antropológica designa os laços de aliança (Leal, 2005). Esta parentalidade pode ser adquirida através da descendência biológica, ou então pela adoção ou por técnicas artificiais de concepção.

A gravidez, o nascimento dos filhos e a parentalidade são assim entendidos como das mais importantes fases de transição do ciclo vital, quer em termos individuais e desenvolvimentais, como familiares e sociais. Do ponto de vista familiar, a criança simboliza a transgeracionalidade e exprime a concretização da ligação biológica entre as duas famílias de origem, e a família nuclear, criando novos papéis, funções e laços de parentesco (Relvas, 1996). Nos nossos dias, ter um filho tornou-se símbolo da perpetuação da espécie, representando a identidade sexual, a integridade psíquica e a integração social do indivíduo e do casal (Burns & Covington, 2000; Faria, 2001; Uribe Larrea & Rodríguez, 2003).

II. INFERTILIDADE

" Não há felicidade sem coragem, nem virtude sem combate"

(provérbio Húngaro cit in Cambiaghi & Castellotti, s/d)

Quer a motivação seja biológica ou culturalmente determinada, a maioria dos indivíduos aproxima-se da idade adulta com a expectativa que um dia serão pais (Santos & Vara, 2001/2002), contrariamente a 5% da população casada que escolhe permanecer voluntariamente sem filhos (Cunha *et al.*, 2008). Centremo-nos então nos primeiros. A maioria destes casais parte do princípio de que, a partir do momento em que decidem ter um bebé, o mesmo chegará pontualmente nove meses mais tarde, ou seja, julgam que contam com 100% de hipóteses de o conceber no primeiro mês (Moutinho, 2003). Mas até mesmo uma mulher jovem e normalmente fértil, que tenha relações sexuais regulares, com um parceiro também ele normalmente fértil, terá apenas 25% de hipóteses de engravidar no primeiro mês. Para as mulheres acima dos trinta anos as hipóteses diminuem. Em média, o tempo necessário para engravidar é de seis meses (55% de

hipóteses em três meses e 70% em seis meses)(Bryan & Ronald, 2002; Share *et al.*, 1976).

1. Conceptualização Médica do Conceito

A infertilidade é definível como a incapacidade em engravidar após 12 meses, ou mais, de relações sexuais regulares sem contraceção (WHO, 1999) ou de 6 meses para mulheres com idade superior a 35 anos (ASRM, 2008).

Segundo pesquisas epidemiológicas recentes, cerca de 80 milhões de pessoas em todo o mundo lutam com a possibilidade de não se tornarem pais biológicos (Nachtigall, 2006). Na Europa estima-se que cerca de 10 a 15% da população em idade fértil experimenta problemas de infertilidade (Burns & Covington, 2000; Faria, 2001; Sawatzky, 1981; Templeton, 2000). Em particular, em Portugal, a prevalência da infertilidade ao longo da vida situa-se entre os 9 e os 10% (Carvalho & Santos, 2009).

A infertilidade pode ser classificada como primária, quando o casal se depara com dificuldades em levar a cabo uma primeira gravidez (Greil, *et al.*, 2011), ou secundária, em situações em que há uma incapacidade reprodutiva, após uma gravidez e parto normal (Bryan & Ronald, 2002; Esteves, 2009; Uribe Larrea & Rodríguez, 2003). Estes dados podem ser atribuídos a diversos fatores de ordem bio-psico-socio-cultural, tendo em conta a complexidade do processo de reprodução na espécie humana. Entre esses, e a título de exemplo temos, o adiar pelo casal do tempo da primeira gravidez por diversas razões, sendo que a idade média do primeiro filho na nossa sociedade é de aproximadamente, 27 anos; a difusão dos métodos modernos de contraceção; início precoce da vida sexual e uma maior multiplicidade de parceiros, contribuindo para o aumento de processos inflamatórios e da prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, que comprometem a fertilidade (Faria, 2001; McDaniel, *et al.*, 1992).

A idade da mulher, é um fator não patológico que merece especial realce, uma vez que tem sido apontado como explicativo da elevada taxa de infertilidade dos últimos anos. “A cada vez mais competitiva vida profissional, aliada a uma maior procura de estabilidade emocional no casamento, leva os casais a protelarem a decisão do primeiro filho” (*cit. in* Moutinho, 2003, p.31). Ainda que o período de fertilidade para o ser humano seja bastante longo, ele é limitado. De forma generalizada, a mulher é capaz de

conceber a partir da adolescência até cerca dos 40 anos, enquanto que o homem pode permanecer fértil até uma idade mais avançada. A faixa etária de máxima fertilidade em mulheres é dos 20 aos 24 anos, onde apenas 15% das mulheres permanecem inférteis após um ano. O índice de infertilidade aumenta para 37% nas mulheres entre os 30 e 35, e para 48% nas de 35 e 39 anos (Esteves, 2009).

Durante séculos, a ausência do tão desejado filho foi sobretudo atribuído à mulher, e só apenas durante os últimos cinquenta anos se foi percecionando o envolvimento masculino na infertilidade, considerando-se atualmente a responsabilidade partilhada de ambos os membros do casal. Assim, segundo os resultados expressos na literatura, 40% dos fatores que podem condicionar a fertilidade do casal, são masculinos, e 40% femininos (Uribe Larrea & Rodríguez, 2003; Moutinho, 2003; Valentine, 1986). A restante percentagem (20%) é atribuída a problemas provenientes de ambos os elementos do casal ou a causas desconhecidas, sendo este último denominado de infertilidade inexplicada ou idiopática (*ibidem*; HMHL, 2009).

Os fatores que estão na origem da infertilidade são sem dúvida muito diversos, e na maioria das vezes facilmente identificáveis. Quando a origem da infertilidade está no elemento feminino, podemos apontar como mais frequentes a ausência de ovulação e as alterações na permeabilidade e função das trompas. No entanto, várias outras condições patológicas podem estar na origem da infertilidade, tais como: fatores ovulatórios (problemas hormonais; síndrome dos ovários policísticos); fatores tubo-peritoneais (e.g. a doença inflamatória pélvica); endometriose e fatores cervicais e uterinos (modificações estruturais do útero). Relativamente aos fatores masculinos, as principais causas são; a produção de espermatozoides em pequenas quantidades (oligospermia) ou a não produção (azoospermia), a fraca mobilidade dos espermatozoides após a ejaculação (aspermia), morfologia anómala (teratospermia), varicocelo e disfunção sexual (problemas eréteis) (Moreira, 2004; Moreira, 2009; Share *et al.*, 1976). Neste sentido, é fundamental que na avaliação da infertilidade, sejam estudados ambos os membros do casal.

2. Técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA)

Os condicionantes biológicos pré-existentes adquirem disfuncionalidade quando o casal tem intenção de ter um filho e não consegue (Robaina, *et al.*, 2008). Quando decidem procurar ajuda médica, e após avaliado e diagnosticado o problema, o casal confronta-se com a escolha das opções terapêuticas. As técnicas de PMA, têm por objetivo possibilitar que ocorra a fecundação e a implementação embrionária, substituindo ou complementando o contacto sexual (Uribelarrea & Rodríguez, 2003), tendo sofrido nos últimos 25 anos um avanço exponencial (Burns & Covington, 2000). Atualmente coexistem várias técnicas de PMA, entre as quais: (1) inseminação artificial intrauterina - IUI (utilizada quando a causa de infertilidade se deve a fator masculino ligeiro, disfunções ovulatórias, endometriose, quando não existem fatores mecânicos femininos de infertilidade, em situações de infertilidade idiopática e em situações de ausência do parceiro masculino); (2) Fertilização *in vitro* - FIV (usado quando a causa de infertilidade se deve a fator masculino e quando existem fatores mecânicos femininos de infertilidade); (3) FIV com Injeção intracitoplasmática de Espermatozoides - ICSI (utilizada quando a causa de infertilidade se deve a fator masculino grave, quando existe uma reduzida percentagem de espermatozoides normais, quando se verifica má qualidade ovocitária em ciclos anteriores, quando o número de ovócitos no dia da punção folicular é reduzido e em situações de idade materna avançada); (4) intervenção cirúrgica das trompas (utilizada quando a causa de infertilidade se deve a alterações do percurso da trompa de Falópio, danos dos tecidos ou bloqueio parcial ou total da abertura tubárica) ou intervenção cirúrgica masculina (varicocelo), entre outros (Grimaldi, 2001; Remohí *et al.*, 2008).

De acordo com alguns autores, aproximadamente 55% dos casais diagnosticados com infertilidade irão procurar algum tipo de tratamento médico (Schmit, 2009), e é estimado que cerca de 45-50% eventualmente alcancem uma gravidez (Menning, 1980; OTA, 1988 *in* Pasch & Dunkel-Schetter, 1997). Pensa-se que apenas 5% destes casais consigam alcançar uma gravidez sem procurar tratamentos médicos (Mikesell & Stohner, s/d). Nos países europeus, cerca de 4-6% dos nascimentos são crianças concebidas com recurso a tratamentos de PMA (Nyboe Anderson & Erb, 2008 *in* Schmit, 2009).

Estes tratamentos são na maioria morosos e frequentemente descritos como invasivos, penosos, cansativos e geradores de grande sofrimento psicológico como veremos a seguir.

III. INFERTILIDADE E IMPACTO PSICOSSOCIAL

*" Mesmo as noites totalmente sem estrelas
podem anunciar a aurora de uma grande realização."*

(Martin Luther King, Jr.)

O impacto da infertilidade sobre o bem estar psicológico dos casais envolvidos tem sido objeto de crescente atenção nos últimos anos (Greil, 1997; Ramezanzadeh, *et al.*, 2004; Wright *et al.*, 1991). Após algum tempo de ambiguidade (que pode variar entre os casais de alguns meses até vários anos), uma vez confirmado clinicamente o diagnóstico de infertilidade, ainda que seja uma condição médica de primeira instância, o impacto emocional, conjugal, familiar e social no casal é profundo (Menning, 1980). A infertilidade é na maioria das vezes um acontecimento inesperado e imprevisível, percebido com uma crise especialmente devastadora sobretudo para as mulheres (Greil, 1997), que exalta em ambos os membros do casal a necessidade de um processo de reavaliação e reorganização do projeto de vida em função da incapacidade imediata de serem pais (Daniluk, 1988). A vivência emocional deste período e a forma como o indivíduo se adapta à sua condição de infertilidade depende da história pessoal prévia, do gênero, da cultura, das pressões sociais, do significado e motivação individual e conjugal para a paternidade biológica, do diagnóstico, dos tratamentos e da duração da infertilidade (Agostini *et al.*, 2010; Faria, 2001; Peterson *et al.*, 2006; Peterson, *et al.*, 2008; Schmit, 2009; Lund *et al.*, 2009; Verhaak, *et al.*, 2005).

1. Modelo Psicogénico e Modelo das Consequências Psicológicas da Infertilidade

Segundo Faria (2001) "o estado emocional poderá fragilizar a capacidade fecundante e poderá ser fragilizado pela demonstração de infertilidade" (*cit. in* Faria, 2001, p.190). De facto os diversos estudos realizados no âmbito das características psicológicas que envolvem a infertilidade têm-se centrado neste contraste, revelando-se por vezes inconclusivos, sendo as discrepâncias encontradas atribuídas quer a fatores teóricos, conceptuais e/ou metodológicos (Burns & Covington, 2000; Fassino *et al.*, 2002). O racional teórico de referência tem sido apontado como dos fatores mais

relevantes para estas divergências, pois, segundo Berg e Wilson (1991) ao longo dos anos as pesquisas neste âmbito evoluíram de um modelo centrado na psicopatologia enquanto possível causa da infertilidade (*modelo psicogénico*), para uma visão mais holística, que assenta nos aspetos psicológicos enquanto consequência da condição de infertilidade (*modelo das consequências psicológicas*).

O primeiro modelo, *Psychogenic Infertility Model*, foi introduzido em 1930 e ganhou notoriedade durante o período de 1950 e 1960, quando cerca de 50% dos problemas de reprodução não podiam ser diagnosticados, por ausência de fator orgânico identificável (Burns & Covington, 2000; Fassino *et al.*, 2002; Lopes, 2008; Rubinow & Roca, 1995). As explicações psicológicas e emocionais para esses problemas foram consideradas mais úteis e razoáveis. A investigação nessa época estava focalizada quase exclusivamente na mulher, e vários estudos tentaram encontrar fatores relacionados com características psicológicas e de personalidade ou patologias psiquiátricas que explicassem a infertilidade. Alguns autores apontaram determinadas características de mulheres pré-dispostas a sofrerem infertilidade psicogénica, nomeadamente, hostilidade, dependência, agressividade, imaturidade emocional, ambição (Fischer, 1953 *in* Burns & Covington; Bos & Cleghorn, 1958 *in* Faria, 2000). Este modelo, na sua versão original, aliado aos avanços da medicina reprodutiva, para o diagnóstico e tratamento da infertilidade, é atualmente rejeitado por muitos autores (Greil, 1997). Contudo têm surgido algumas ramificações do modelo, como é o caso do *stress* enquanto fator casual da infertilidade, que tem encontrado consistência em alguns estudos (Facchinetti *et al.*, 1992; Demyttenaere *et al.*, 1992; Klonoff-Cohen *et al.*, 2001 *in* Farinatti, *et al.*, 2006).

A partir dos anos 80 até à atualidade, os estudos, impulsionados pelos trabalhos de Menning (1980), predominantemente privilegiam os efeitos psicológicos da infertilidade (*psychological sequelae model*)(Cousineau & Domar, 2007; Newton *et al.*, 1990; Peterson *et al.*, 2008; Valentine, 1986). Segundo a maioria destes, a condição inesperada e imprevisível (Greil, 1997) da infertilidade gera uma crise biopsicossocial (Burns & Covington, 2000; Cook, 1987; Faria, 2001; Mahlstedt, & Johnson, 1988; Uribe Larrea, 2008), perturbando a continuidade do processo de desenvolvimento vital, pela ameaça à parentalidade, percebida como naturalmente adquirida; aos objetivos e projetos de vida futuros e consequente identidade pessoal (Cook, 1987; Loftus, 2006; Mahajan *et al.*, 2009; Menning, 1977 *in* Peterson, 2000; Uribe Larrea & Rodríguez, 2003). Esta crise, que

pode demorar anos até se resolver, é denominada de biopsicossocial porque envolve a interação entre diversas dimensões, tais como condições físicas dos indivíduos que os predis põem para a infertilidade, intervenções médicas invasivas, assumpções sociais acerca da maternidade/paternidade, reações de outros significativos e características psicológicas individuais (Taymor, 1978 *in* Cook, 1987).

Neste sentido, desejar ter filhos e deparar-se com essa impossibilidade, sobretudo num período de vida em que as expectativas individuais e sociais são elevadas (Daniluk, 1988) produz, uma ampla gama de sentimentos, tais como, desilusão, medo, ansiedade, tristeza, frustração, inferioridade, impotência, vergonha, culpa, desencadeando em alguns casos quadros debilitantes de depressão (Abbey *et al.*, 1991; Greil, 1997; Schmit, 2009; Wischman, 2001; Sawatzky, 1981). A situação de infertilidade pode por em causa não só a integridade individual, como a sobrevivência do casal, repercutindo-se ainda nas relações sociais (Paul *et al.*, 2009; Schmit, 2009; Wentingston, 1986), ocasionando um decréscimo na qualidade de vida (Moreira, 2009). Esta panóplia de sentimentos encontra outra agravante no sofrimento de quem envolve o casal, nomeadamente, candidatos a avós, tios, padrinhos que veem adiado esse compromisso.

2. Depressão

A depressão é, atualmente, uma das perturbações psiquiátricas/psicológicas mais frequentes, afetando indivíduos de todas as idades. O risco de sofrer de depressão ao longo da vida é de cerca de 26% para as mulheres, e de cerca de 12% para os homens (APA, 2002). A depressão é considerada uma depressão grave não apenas devido à sua elevada prevalência, mas também por ser uma perturbação que causa uma elevada incapacidade funcional, originando graves repercussões em todas as áreas da vida dos sujeitos por ela afetadas (Buela-Casal *et al.*, 2004). A depressão é um quadro clínico complexo e heterogéneo, no entanto, existe um conjunto de sintomas que são frequentemente associados à depressão, tais como sintomas anímicos (e.g. tristeza, abatimento, irritabilidade, sensação de vazio, nervosismo), sintomas motivacionais (e.g. apatia, indiferença, anedonia), sintomas cognitivos (e.g. défices de memória, atenção e concentração, perceção negativa de si mesmo, das suas experiências e desesperança em relação ao futuro, sentimentos de culpa, auto-depreciação, baixa autoestima e ideação suicida), sintomas físicos (e.g. alterações de sono, fadiga, diminuição ou perda de apetite,

diminuição do desejo e atividade sexual, queixas somáticas e agitação/lentificação psicomotora) e sintomas interpessoais (e.g. deterioração das relações sociais, diminuição do interesse pelos outros e isolamento social) (APA, 2002; Martins *et al.*, 2000; Vásquez, 2003). De acordo com a *American Psychiatric Association* (2002) as depressões podem ser classificadas como ligeiras, moderadas ou graves, e os episódios podem ser depressivos, maníacos ou mistos.

De pontuar que no caso em que a depressão é reativa a uma condição adversa como a infertilidade, muitas vezes é difícil identificar a sintomatologia depressiva nestes indivíduos, pois com frequência esta é uma manifestação das consequências da administração de determinados fármacos e tratamentos invasivos de procriação medicamente assistida.

A depressão é apontada na literatura como uma consequência comum da infertilidade, e existe um conjunto de fatores que se têm revelado de risco ao seu desenvolvimento ao longo deste período, tais como, género feminino, ciclos de tratamento repetidos, inadequado ou ausência de apoio social (cônjuge, família e amigos), antecedentes de episódios depressivos e duração de infertilidade há mais de 2 anos (Ramezanzadeh *et al.*, 2004; Peterson, *et al.*, 2006), como veremos a seguir.

3. Apoio Social

"É do conhecimento geral que, em momentos de crise, o indivíduo tende a encontrar estratégias mais ou menos construtivas e adaptativas, dependendo estas da vulnerabilidade e fragilidade do indivíduo perante a situação, bem como das redes de apoio de que dispõe no momento" (*cit. in* Costa, 2005, p.89).

Atendendo ao exposto, é inegável o contributo do impacto psicológico subjacente à vivência da condição de infertilidade na diminuição da qualidade de vida dos casais que aguardam a chegada da cegonha. O apoio do(a) parceiro(a), dos familiares e dos amigos muito pode contribuir no sentido de ajudar estes casais a ultrapassar de forma mais positiva esta crise, como veremos adiante (Walen & Lachman, 2000).

Num contexto clássico, o apoio social é visto como a percepção que o indivíduo tem, de que pertence a um grupo com obrigações mútuas e onde se sente querido, amado, estimado e valorizado (Cobb, 1976; Bloom, 2000; Schwarzer & Leppin, 1991 *in* Schwarzer & Knoll, 2007).

Este constructo tem sido definido de diversas formas, e geralmente é consensual a multidimensionalidade da sua natureza (Winemiller *et al.*, 1993). Apesar das discrepâncias na definição de apoio social, existem quatro aspetos que parecem ser consensuais na maioria das definições: (1) componente constitucional (inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente); (2) aspetos estruturais (número e tipo das relações, frequência e duração dos contactos); (3) componente funcional (suporte disponível, tipo de suporte tal como emocional, informacional e instrumental, quantidade e qualidade do suporte) e (4) natureza do suporte (satisfação, utilidade e reciprocidade) (Lund *et al.*, 2009; Dunst & Trivette, 1990 *in* Pais-Ribeiro, 1999; Fernandes, 2009). Relativamente à componente funcional, o apoio emocional refere-se ao sentimento que o indivíduo tem de ser estimado e acompanhado pelos outros, apesar dos seus defeitos, erros e limitações, dos quais fazem parte comportamentos como o elogio, a demonstração de afeto e oferecer segurança (Bloom, 2000; Menezes 2007; Schwarzer & Knoll, 2007). O apoio instrumental ou tangível consiste na ajuda concreta, em termos materiais, que podem ajudar o indivíduo a resolver o problema (e.g. emprestar dinheiro para suportar as despesas dos tratamentos). O apoio informacional permite que o sujeito faça uma avaliação mais correta do seu problema, dando-lhe outro significado, ajudando a estabelecer objetivos mais realistas, facilitando a tomada de decisão (e.g. dar conselhos, transmitir conhecimentos) (*ibidem*).

Uma distinção importante que não deve ser descurada é entre apoio percebido e apoio recebido. O primeiro refere-se à “avaliação subjetiva que o indivíduo constrói a partir das suas interações com a rede de apoio” (*cit. in* Menezes, 2007, p.96), enquanto que o segundo descreve o apoio recebido por alguém, em determinado momento (Schwarzer & Knoll, 2007).

No âmbito do bem-estar emocional e psicológico, o modelo designado *Bufering Model*, postula que o apoio social pode debilitar ou proteger os indivíduos dos potenciais efeitos negativos dos eventos stressores (Cohen & Willis, 1985; Thoits, 1985 *in* Loftus, 2006; Schwarzer & Knoll, 2007). De acordo com este modelo, o apoio social pode funcionar como fator amortecedor do *stress* exaltado (*stress-buffering effect*) por determinado acontecimento adverso quando promove ajuda efetiva que contribua para alterar o seu significado, de forma a que esse evento deixe de ser visto como stressor e/ou alterar a resposta emocional do indivíduo perante esse evento (*main effect*), reduzindo a sua severidade (Cardoso *et al.*, 2003; Cohen & Mckay, 1984; Thoits, 1985 *in* Loftus, 2006;). Ou seja, o apoio social pode facilitar a autorregulação dos indivíduos,

proporcionando o desenvolvimento da capacidade adaptativa para que estes possam enfrentar de forma mais eficaz os problemas (Schwarzer & Knoll, 2007). No entanto, o apoio social nem sempre se traduz em efeitos positivos, e em determinadas circunstâncias (e.g. quando não é desejado ou em excesso), pode mesmo ser percebido por quem o recebe como negativo, agravando o efeito dos eventos geradores de *stress* (Walen & Lachman, 2000). A quantidade e a qualidade do suporte social são sempre medidas subjetivas por parte de quem o recebe (Abbey *et al.*, 1995; Dunbar *et al.*, 1998, *in* Pais-Ribeiro, 1999).

4. Infertilidade, Depressão e Apoio Social

A investigação realizada nos últimos anos revelou que a condição da infertilidade está associada a respostas emocionais como a depressão, ansiedade, sentimentos de culpa, isolamento social e diminuição da autoestima, quer em homens como em mulheres (Greil, 1997; Epstein *et al.*, 2002; Lund *et al.*, 2009; Nieuwenhuis *et al.*, 2009; Schmit, 2009; Wischman, 2001).

Relativamente às **diferenças de género**, a literatura refere que perante a condição de infertilidade, homens e mulheres tendem a reagir de forma distinta à experiência, diagnóstico e tratamento (Abbey *et al.*, 1991; Berg & Wilson, 1991; Daniluk, 1988; Domar, *et al.*, 1992; Faria, 2001; Link *et al.*, 1986, *in* Burns & Covington, 2000; Lund *et al.*, 2009; Malik & Coulson, 2008; Wright *et al.*, 1991; Wischmann *et al.*, 2001, 2009). Parece constituir objetivo principal para a maioria das mulheres a concretização da maternidade, sendo este desejo mais importante para elas do que para os seus parceiros (Pasch *et al.*, 2002). Assim, enquanto que os homens tendem a vivenciar a infertilidade como uma ameaça à masculinidade, as mulheres tendem a perceber a infertilidade como uma perda ou privação (Menning, 1980; Valentine, 1986). Segundo Abbey *et al.*, (1991) estas diferenças na resposta perante a infertilidade, refletem as diferenças de socialização entre homens e mulheres desde a infância (Loftus, *et al.*, 2006). Desta forma, as mulheres tendem a experimentar maiores níveis de *stress*, a evidenciar uma autoestima mais baixa, maior culpabilização e níveis de sintomatologia depressiva mais elevados, independentemente da causa da infertilidade (Beaurepaire *et al.*, 1994; Daniluk, 1997; Lykeridou *et al.*, 2009), contrariamente aos homens que revelam uma maior expressão de

sofrimento psicológico e constrangimentos sociais, quando a infertilidade do casal é atribuída a fatores masculinos (Holter *et al.*, 2007; Malik & Coulson, 2008).

Perante o incumprimento dos papéis que são social e culturalmente incutidos, os indivíduos que vivenciam a condição de infertilidade veem comprometida a sua identidade pessoal, e os seus projetos de vida futuros, e adicionalmente experienciam alterações nos seus relacionamentos interpessoais e interações sociais (Peterson, 2000). Os casais que ultrapassam este período de grande vulnerabilidade, manifestam frequentemente, um marcado isolamento do mundo dos casais férteis, sentindo alguma falta de aceitação (real ou percebida) e empatia por parte das suas famílias e amigos (Cousineau & Domar, 2007), quer porque se sentem desconfortáveis para partilhar este assunto com os outros, quer porque o apoio que recebem nem sempre é percebido como positivo (Zimet *et al.*, 1988). Mais concretamente, as mulheres entendem a sua incapacidade em conceber como tendo reflexo direto na sua identidade e autoimagem (Daniluk, 1997), pontuando constrangimentos nos convívios sociais, em especial com mulheres grávidas ou mães de crianças pequenas, optando na maioria das vezes pelo isolamento. Este caminho é considerado uma das principais barreiras a um adequado ajustamento à infertilidade.

Vários autores sustentam a hipótese de que indivíduos com uma rede familiar e de amizades estruturada, promotora de apoio social, têm melhores indicadores de bem-estar psicológico do que aqueles com pouco suporte social (Cohen & Willis, 1985). Habitualmente as mulheres reportam níveis mais elevados de apoio social do que os homens (Berg & Wilson, 1991; Boivin, 2003; Slade *et al.*, 2007). No entanto de forma paradoxal, ainda que as mulheres reportem níveis mais elevados de apoio social, elas também referem maiores níveis de sintomatologia depressiva do que os homens, sendo que o apoio social é tido como um fator relevante na redução da sintomatologia depressiva (Fernandes, 2009; Matsubayashi *et al.*, 2004). Este facto pode ser explicado pela maior sensibilidade interpessoal à infertilidade por parte das mulheres, o que as torna também mais suscetíveis aos aspetos negativos decorrentes desse apoio (*negativity effect*) (Rook, 1990 *cit. in* Wallen & Lachman, 2000, p. 8; Uribe Larrea & Rodriguez, 2003).

Alguns estudos mostram que quanto maior for a **duração da infertilidade** e o **número de tratamentos** mal sucedidos, há uma maior intensificação dos níveis de stress e perturbações psicopatológicas, em especial depressão (Burns & Covington, 2000; Berg

& Wilson, 1991; Nieuwenhuis *et al.*, 2009; Peterson *et al.*, 2006; Ramezanzadeh, *et al.*, 2004; Slade *et al.*, 1997; Verhaak *et al.*, 2005).

O tratamento pode ser imprevisível, moroso, desgastante, uma autêntica "montanha russa" de espera e decepção, que pode ou não resultar no nascimento de uma criança (Beaurepaire *et al.*, 1994; Perkins, 2006; Peterson *et al.*, 2006). Assim com o início de um novo ciclo de tratamentos surge a esperança e otimismo pela expectativa de conseguir a gravidez, que se desvanece quando o casal se apercebe que o procedimento terapêutico fracassou, precipitando-se o sentimento de desapontamento gerado pela perda imaginada da criança desejada e a falência do sonho de se tornarem pais. Este padrão cíclico de esperança e desespero, traduz o padrão de sintomas depressivos mais comum na infertilidade. A estas perdas, alia-se a *perda do relacionamento emocional* decorrente do afastamento social; a *perda de saúde* emergente da incapacidade para conceber; a *perda de estatuto* decorrente da incapacidade de corresponder às expectativas sociais de que a parentalidade é um acontecimento normativo após o casamento; a *perda de autoestima*; a *perda de auto-confiança*, patente na percepção de perda de controlo do seu próprio corpo e a *perda do sentimento de segurança* na medida em que tudo deixa de ser previsível, que se sedimentam como fatores de risco para o desencadear de quadros de depressão, por vezes severos (Mahlstedt, 1985/1994 *in* Pinto, 1998; Delgado, 2007).

A estes constrangimentos junta-se ainda a necessidade de conjugar os procedimentos médicos com as solicitações e responsabilidade da vida familiar, social e profissional (Delgado, 2007; Peterson, *et al.*, 2008; Schmit, 2009; Lund *et al.*, 2009). Muitas vezes o relacionamento conjugal sai enfraquecido, e o relacionamento sexual deixa de ser fonte de prazer para se transformar numa lembrança constante do seu problema de infertilidade (Lauritzen, 1993 *in* Snowden, 1998). A decisão de interromper definitivamente os ciclos de tratamento ou optar por um plano de vida alternativo, através da adoção ou de uma vida sem filhos, sobretudo frequente após um período mais ou menos extenso de duração da infertilidade e/ou vários insucessos terapêuticos, é fortemente influenciada por pressões sociais, incluindo a opinião de familiares e amigos (Callan, 1988). Como resultado do carácter estigmatizante desta situação e da pressões sobretudo familiares, para que o casal esgote todas as possibilidades de tratamento existentes, de forma a tentar cumprir o máximo possível o seu papel social, leva a que muitas vezes o apoio dos amigos e familiares se vá deteriorando ao longo de todo o processo. Contudo, a maioria dos autores refere que este tipo de apoio informal, continua a ser preferido pelos casais inférteis em detrimento de recursos de suporte formal, tais

como o aconselhamento psicológico ou terapia de grupo (Schwarzer, & Knoll, 2007; Valentine, 1986).

Após aproximadamente 2anos de consecutivos insucessos nos tratamentos de PMA, os níveis de perturbação emocional atingem níveis mais elevados do que na fase inicial, e podem culminar em sintomatologia depressiva severa e crónica (Menning, 1980) Os níveis de otimismo vão diminuindo com os insucesso terapêutico, e poucos casais realizam mais do que 6 tratamentos (Callan,1988). Desta forma verifica-se que as técnicas de PMA mal sucedidas acarretam enormes consequências emocionais, sociais e económicas para os casais, podendo em alguns casos ser entendido como uma acontecimento traumático.

Uma resolução "completa" ou "final" da infertilidade não é absoluta (Moreira, 2009) tal como no luto pela morte de alguém, podendo os sentimentos experienciados serem reavivados por inúmeras situações ao longo do ciclo vital (Ramazandeh *et al.* 2004; Uribelarrea, 2008). Conjuntamente com outros fatores, a decisão de interromper definitivamente os ciclos de tratamento é fortemente influenciada por pressões sociais, incluindo a opinião de familiares e amigos (Callan, 1988).

No mesmo sentido, vários estudos têm demonstrado que a há uma intensificação dos sintomas de depressão, e um enfraquecimento dos contactos sociais, quanto mais extensos os períodos de infertilidade (Berg & Wilson, 1991; Lee, *et al.* 2001; Peterson *et al.*, 2006; Lund *et al.*, 2009). Segundo Perkins (2006), quanto mais prolongada no tempo for a condição de infertilidade, as mulheres que mantém o desejo de conceber um filho biológico, têm uma certa urgência em solucionar o problema, tendo em conta o seu período fértil "limitado", o que se traduz num aumento da severidade do impacto psicológico subjacente. Isto resulta muitas vezes num envolvimento "compulsivo" em mais e mais tratamentos, sem tomada de consciência do impacto deste percurso sobre elas, o seu parceiro e o relacionamento conjugal.

Independentemente do modelo adotado para a compreensão da problemática da infertilidade e das suas terapêuticas, é consensual o sofrimento psicológico e social, para além de físico inerente à dificuldade de realizar o desejo de formação familiar, tanto em homens como em mulheres, colocando o relacionamento interpessoal sob uma forte pressão. A infertilidade é atualmente um problema com cada vez mais visibilidade, que deve ser analisado sob um ponto de vista holístico.

Parte B

Estudo Empírico

IV. OBJETIVOS E METODOLOGIA

Este capítulo inicia-se com a apresentação dos objetivos do estudo e hipóteses de investigação, seguindo-se a metodologia adotada em termos de descrição dos critérios de seleção da amostra, caracterização demográfica da mesma, instrumentos utilizados e procedimentos na recolha e na análise dos dados.

O presente estudo foi realizado no âmbito de um projeto mais vasto, ainda em curso (cf. Anexo 1), sobre as implicações psicossociais da vivências da infertilidade, partilhando com este algumas das medidas e dos seus participantes.

1. Objetivos e Hipóteses de Investigação

Fundamentado no enquadramento teórico descrito nos capítulos anteriores, o desenvolvimento do presente estudo, de cariz exploratório, tem como objetivo geral a análise do impacto psicológico, relativamente às variáveis depressão e apoio social percebido, e a relação entre estas, em indivíduos com diagnóstico de infertilidade, que já tenham sido ou não submetidos a tratamentos de Procriação Medicamente Assistida.

A caracterização demográfica, clínica e psicológica (depressão e suporte social) dos sujeitos que recorreram a consulta de especialidade nos centros de recolha de dados e a análise de eventuais diferenças relativamente aos parâmetros psicológicos estudados (Depressão e Apoio Social percebido) consoante o género, duração da infertilidade e realização de tratamentos (primeira vez ou de forma repetida), são objetivos do presente estudo. Ainda que não seja um objetivo direto traçar um perfil psicológico dos indivíduos que enfrentam uma problemática de infertilidade, esta investigação pretende analisar a existência e severidade de alguns indicadores psicológicos nesta população, tendo em conta o número reduzido de estudos sobre os aspetos de natureza psicológica associados à condição de infertilidade em Portugal. De pontuar que, estando ciente da importância de uma visão holística do ser humano, para uma melhor compreensão deste fenómeno, este estudo visa identificar os fatores associados a uma melhor ou pior qualidade de vida na travessia desta crise, para consequente desenvolvimento de intervenções psicológicas mais ajustadas às especificidades desta população.

Atendendo aos objetivos expostos e ao corrente Estado de Arte, conforme explicitado anteriormente, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: As mulheres evidenciam maiores níveis de depressão e satisfação com o apoio social do que os homens.

H2: Os sujeitos que são submetidos a tratamentos de PMA de forma repetida, evidenciam maiores níveis de sintomatologia depressiva e menor satisfação com o apoio social.

H3: Espera-se que a um período mais extenso de duração da infertilidade esteja associado um grau de severidade de sintomatologia depressiva maior, e menor satisfação com o apoio social percebido.

H4: Uma menor perceção de apoio social está associada a níveis mais elevados de depressão.

2. Método

2.1. Desenho do Estudo

Esta investigação baseou-se num desenho transversal, uma vez que a recolha de dados ocorreu num único momento específico (Ribeiro, 1998).

Pretende, de igual forma, ser um estudo correlacional e exploratório, na medida em que existem ainda poucas investigações que incidem sobre o fenómeno das implicações multidimensionais da infertilidade.

2.2. Amostra

2.2.1. Seleção da Amostra

Os sujeitos literados que recorriam a consulta de ginecologia e obstetrícia, identificados com diagnóstico de infertilidade, que já tinham ou não realizado tratamentos de PMA e que concordaram participar no estudo, foram incluídos na amostra.

Posteriormente, e antes de se proceder às análises estatísticas propriamente ditas, foi efetuado um tratamento prévio da base de dados (*screening data*). Durante este procedimento foram detetados valores omissos e analisados possíveis *outliers*. Os participantes que não responderam a mais de metade (50%) dos itens de cada instrumento de avaliação psicológica (i.e BDI-II e EMASP), foram excluídos da amostra inicial. A amostra final é então constituída por 238 sujeitos que preencheram os requisitos necessários, e cujas características principais são descritas a seguir.

Os sujeitos que fazem parte do estudo foram selecionados segundo um procedimento de amostragem não casual do tipo Amostragem por Conveniência (Hill & Hill, 2005), sendo a amostra selecionada não-probabilística.

2.2.2.Caracterização da Amostra

A população do estudo é constituída por 238 participantes, mais especificamente 121 (50,8%) mulheres e 117 (49,2%) homens, a quem foi diagnosticado infertilidade (cf. Quadro 1). Seguidamente, apresentamos a caracterização da amostra relativamente às variáveis demográficas dos sujeitos que a compõem. Os dados clínicos e pessoais de interesse serão abordados a seguir, no capítulo V.

a) Características Demográficas

O Quadro 1 descreve as principais características demográficas dos sujeitos que constituem a amostra. Os participantes apresentam idades compreendidas entre os 19 e os 49 anos, sendo a média total de idades de aproximadamente 33 anos ($M=33,27$; $DP=5,45$). Mais especificamente, para o grupo das mulheres as idades variam entre os 19 e 49 anos, sendo a média de cerca de 32 anos ($M=32,25$; $DP=5,36$), e nos homens a idade média é de aproximadamente 34 anos ($M=34,32$; $DP=5,37$), estando as idades compreendidas entre os 20 e os 48 anos.

Relativamente às habilitações literárias, salienta-se que no geral a maioria dos sujeitos (37,9%) possui o ensino secundário (cf. Quadro 1). Mais especificamente, nas mulheres, a maioria possuem também o ensino secundário (36,1%), seguidas por aquelas que concluíram uma licenciatura (26,9%). Com o 3ºciclo do ensino preparatório temos

14,3% das mulheres e 9,2% com o 2º ciclo; 6,7% concluíram um curso profissional/bacharelato; 4,3% tiraram um mestrado e 2,5% concluíram apenas o ensino primário. Quanto aos homens a sua maioria possui o ensino secundário (39,8%), seguidamente a licenciatura (24,2%); 12,9% concluíram o 2º e 3º ciclo do ensino preparatório, e os restantes possuem o ensino primário (3,4%), o mestrado (3,4%) e um curso técnico/bacharelato (3,4%).

Relativamente ao tempo de relacionamento conjugal, foi possível aferir que a duração média da relação atual é de aproximadamente 6 anos ($M=6,26$; $DP=3,74$), tendo a relação mais recente 1ano e a mais longa 16anos, o que se traduz no Quadro 1, por uma maioria na categoria 5-10 anos de co-habitação (44,1%).

Quadro 1: Distribuição de Frequências relativamente às variáveis demográficas

Género			
Feminino	n= 121	50,8 %	
Masculino	n= 117	49,2 %	
Idade			
< 25 anos	n= 18	7,6 %	
25 a 35 anos	n= 139	58,9 %	
≥ 36	n= 79	33,5 %	valores omissos: 2
Habilitações literárias			
1º Ciclo	n= 7	3,0 %	
2º Ciclo	n= 26	11,1 %	
3º Ciclo	n= 32	13,6 %	
Ensino Secundário	n= 89	37,9 %	
Curso Técnico/ Bacharelato	n= 12	5,1 %	
Licenciatura	n= 60	25,5 %	
Mestrado	n= 9	3,8 %	
Doutoramento	n= 0	0,0 %	valores omissos: 3
Tempo de Relacionamento			
< 5 anos	n= 97	41,1 %	
5 a 10 anos	n= 104	44,1 %	
> 10 anos	n= 35	14,8 %	valores omissos: 2

2.3. Instrumentos

Entre os instrumentos constituintes do questionário final aplicado aos participantes, apresenta-se de seguida as medidas selecionadas para este estudo.

2.3.1. Questionário Demográfico e Clínico

A aplicação do questionário demográfico e clínico pretendeu recolher de forma breve, uma variedade de informações quanto às características demográficas e clínicas, relacionadas sobretudo com o diagnóstico de infertilidade (cf. Anexo 2 e 3), para uma melhor caracterização da amostra.

Do ponto de vista demográfico, foram obtidas informações relativas à idade, género, habilitações literárias, e tempo de relacionamento conjugal. A nível clínico, recolheram-se dados relativos ao número de filhos biológicos e/ou adotivos (do relacionamento atual e/ou anteriores), ao tempo a tentar engravidar, ao recurso anterior a serviços de fertilidade, ao tempo de espera pela primeira consulta de PMA, ao diagnóstico recebido, ao número e tipo de tratamentos de PMA realizados, ao índice de massa corporal (aferido através do peso e da altura) e consumo de substâncias (álcool e tabaco). Especificamente para a população feminina o questionário abrange ainda dados quanto há ocorrência e número de gestações e abortos espontâneos anteriores.

2.3.2. Instrumentos de Avaliação Psicológica

a) Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996, adapt. Martins, Coelho, Ramos & Barros, 2000)

O Inventário de Depressão de Beck-II (cf. Anexo 4) é um dos instrumentos de autoavaliação da depressão mais frequentemente utilizado, tanto em populações clínicas como não-clínicas (Arnau, *et al.*, 2001; Bos *et al.*, 2008; Dunn *et al.*, 1993; Martins *et al.*, 2000), daí a sua pertinência na investigação, tendo sido já adaptado para diversos idiomas e validado em diferentes países (Arigmon *et al.*, 2010). O BDI-II surge com uma modificação atualizada do BDI-R, levada a cabo por Beck e seus colaboradores (1996),

em consonância com os novos critérios de diagnóstico de depressão *major* propostos no DSM-IV (APA, 1994) (Arnau, *et al.*, 2001; Bos *et al.*, 2008; Martins *et al.*, 2000).

Os itens do inventário derivam de observações e sumarizações de atitudes e sintomas típicos da síndrome depressiva, agrupando-se nas seguintes categorias: tristeza, pessimismo, anedonia, sentimentos de culpa e auto-punição, auto-depreciação, ideação suicida, choro fácil, agitação, perda de energia, alterações do sono e do apetite, dificuldades de concentração, perda de interesse sexual, entre outras (Beck *et al.*, 1961 in Araújo, 2005; Martins, 2005; Martins *et al.*, 2005).

Este instrumento tem como objetivo diferenciar os indivíduos depressivos dos não depressivos, assim como medir a severidade dos sintomas de depressão (Araújo *et al.*, 2005; Arigmon *et al.*, 2010). É um questionário de auto-resposta, constituído por 21 itens, cujas pontuações se agrupam em três fatores (a) Fator cognitivo (n=8), (b) Fator Afetivo (n=6) e (c) Fator Somático (n=7). Cada categoria é composta por uma série de 4 afirmações (com exceção dos itens 16 e 18, em que existem 7 alternativas de resposta) a partir das quais se pede ao sujeito que, numa escala de *Likert* de quatro pontos, dispostas por ordem de gravidade progressiva (e.g. tristeza, 0= não me sinto triste; 3= estou tão triste ou infeliz que já não aguento), selecione a que melhor descreve a forma como se tem sentido durante as "*últimas duas semanas, incluindo o dia de hoje*" (Araújo, 2005; Arnau, *et al.*, 2001; Bos *et al.*, 2008; Coelho *et al.*, 2002; Martins, 2000). O somatório de todos os itens permite obter uma pontuação final que varia entre 0 e 63, com relação direta com a intensidade da sintomatologia depressiva (Arigmon *et al.*, 2010; Pinto, 2010). Mais especificamente, pontuações inferiores ou iguais a 13 indicam sintomatologia mínima; entre 14 e 19 depressão ligeira; 20 a 28 depressão moderada; e 29 a 63 depressão severa (Beck, Steer & Brown, 1996).

As propriedades psicométricas da versão portuguesa deste instrumento (adapt. por Martins, Coelho, Ramos e Barros, 2000), têm vindo a ser refinadas desde a sua validação, com recurso a estudos consecutivos em contextos hospitalares e comunitários. As qualidades psicométricas do BDI-II, encontram-se extensamente testadas, apontando para níveis de consistência interna adequados, considerados, por alguns autores como "excelentes" (Tenenhaus & Young, 1985 in Coelho *et al.*, 2002) e fiabilidade teste-reteste elevada ($r = 0,93$; $p < 0,001$) (Arigmon, *et al.*, 2010; Beck *et al.*, 1996; Martins, 2000).

b) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support

(MSPSS, trad. Martins, Almeida & Costa, 2009)

A Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (EMASP)(cf. Anexo 5) foi construída para medir a satisfação com o apoio social, tendo em conta os resultados de diversas investigações, segundo as quais a adequação do apoio social está diretamente relacionado com a gravidade dos sintomas físicos e psicológicos relatados pelos participantes e/ou atua como uma amortecedor dos efeitos negativos dos acontecimentos stressantes (*stress-bufering effect*) (Andrews *et al.*, 1978; Barrera, 1981; Brandt & Weinert, 1981; Gone, 1978; Lin *et al.*, 1979; Monroe *et al.*, 1983; Procidano Heller, 1983; Sarason *et al.*, 1983, 1985; Schaffer *et al.*, 1981; Wilcox, 1981; *in* Zimet *et al.*, 1988). Este instrumento foca-se no apoio social percebido, assumindo que as medidas de percepção de apoio social explicam melhor a saúde do que as de apoio social tangível (Wentington & Kessler, 1986).

Recentemente, o interesse crescente pela utilização deste instrumento justifica a sua adaptação a diversas culturas (Canty-Mitchell & Zimet, 2000) e aplicação em diferentes populações (e.g. grávidas, adolescentes, idosos, pacientes psiquiátricos, entre outros) (Kazarian & McCabe, 1991; Stanley, Beck, & Zebb, 1998; Zimet, Powell, Farley, Werkman, & Berkoff, 1990; *in* Chan & Cheng, 2004).

Inicialmente constituído por 24 itens, este instrumento de auto-relato sofreu algumas modificações, sendo atualmente composto por 12 itens, que avaliam a satisfação com o apoio social percebido em três dimensões: (a) *figura significativa* (parceiro romântico) (n= 4); (b) *família* (n= 4) e (c) *amigos* (n= 4) (Zimet *et al.*, 1988). O sujeito deve então assinalar o grau de concordância para cada uma das afirmações (caso se aplique a ele), numa escala de *Likert* com 6 posições, na versão portuguesa (1- discordo fortemente, 2- discordo moderadamente, 3- discordo levemente, 4- concordo levemente, 5-concordo moderadamente, 6- concordo fortemente). A pontuação total para a escala pode variar entre 12 e 72, correspondendo a pontuações mais altas, uma percepção de maior suporte social. Apesar dos itens estarem escritos na forma positiva, a EMASP tem-se revelado relativamente livre de viés de desejabilidade social (Dahlem, Zimet, & Walker, 1991; Kazarian & McCabe, 1991; *in* Chan & Cheng, 2004).

A versão inglesa deste instrumento foi traduzida por Martins, Almeida & Costa (2009) e, posteriormente, retrovertida para inglês de forma independente por um investigador bilingue.

2.4. Procedimentos

Após caracterizada a amostra e os instrumentos de avaliação utilizados, iremos descrever os procedimentos seguidos na implementação do estudo.

2.4.1. Administração dos Instrumentos

Fazendo o presente estudo parte de um projeto de investigação mais alargado, os responsáveis pelo mesmo, previamente à seleção dos indivíduos participantes, contactaram a Comissão Nacional de Proteção de Dados e a Direção e Comissão de Ética Hospitalar junto dos centros onde decorreu a recolha de dados, obtendo assim permissão para a realização da investigação. Neste contacto foram expostos os objetivos, a população-alvo, os instrumentos a utilizar para a recolha de dados clínicos e não clínicos (sócio-demográficos e outros dados pessoais), o procedimento de aplicação, assim como quem os aplicaria, e o respetivo período de recolha. De pontuar que a identificação dos locais onde decorreu a recolha da amostra permanecerá no anonimato, de forma a salvaguardar a identidade dos participantes.

O questionário elaborado inicialmente, sofreu algumas reformulações, após ter sido submetido a um estudo piloto, para obtenção de bons níveis de fidelidade e validade dos instrumentos utilizados. Este decorreu por meio de um fórum de infertilidade online, em que participaram 191 voluntários que ultrapassavam uma vivência de infertilidade.

Após obtida uma versão final dos instrumentos, os questionários finais foram administrados entre março e dezembro de 2010, no distrito do Porto. O acesso aos sujeitos e a informação clínica adicional foi facilitada pelos médicos ginecologistas e obstetras de cada instituição de recolha, que convidavam os seus pacientes que preenchiam os requisitos de inclusão, anteriormente referenciados, a participar no estudo. Os indivíduos que aceitavam participar, eram encaminhados para um gabinete privado disponibilizado para o efeito, onde apenas se encontravam os investigadores. Durante este contacto informal foi apresentado o projeto de investigação e feito o pedido de colaboração, que foi devidamente documentado por escrito, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados. A autoadministração do questionário teve uma duração média de 17 minutos.

2.4.2. Análise e Tratamento dos Dados

Os dados recolhidos foram introduzidos posteriormente numa base de dados concebida para o efeito. Foi então utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18, para a realização da referida base de dados e tratamento e análise estatística dos mesmos.

Para fazer a caracterização das variáveis demográficas e clínicas da população foram efetuados procedimentos de estatística descritiva: médias, desvios padrão, medianas, mínimos e máximos, e distribuição de frequências.

Por fim, no sentido de responder aos objetivos e hipóteses do estudo, e dado que a amostra e os grupos amostrais têm todos dimensão superior a 30 elementos, aproximando-se da distribuição normal, recorreu-se ao uso de estatística paramétrica. Mais concretamente, para a realização da análise de comparação entre os géneros, nas variáveis psicológicas em estudo, utilizou-se o *teste t para amostras independentes*. Foram também realizadas análises de variância multivariada, que nos permitiram procurar o efeito de variáveis clínicas (e.g. número de tratamentos realizados e duração da infertilidade) na depressão e perceção de apoio social.

A relação entre as variáveis psicológicas em estudo, nomeadamente o apoio social, medido através da EMASP, e a depressão, avaliada através do BDI-II, foi investigada a partir de análises correlacionais, com base no coeficiente de correlação produto-momento de *Pearson*. De pontuar que foram também levadas a cabo análises preliminares, de forma a garantir que os pressupostos de linearidade e homogeneidade não foram violados.

V. RESULTADOS

Ao longo deste capítulo serão apresentados os resultados do estudo empírico de acordo com os objetivos traçados e descritos anteriormente.

Inicialmente serão apresentados, separadamente por género, os resultados descritivos relativamente às variáveis clínicas e outros dados pessoais de interesse (índice de massa corporal; número de filhos biológicos e/ou adotivos do relacionamento atual e/ou anteriores; consumo de álcool e tabaco; duração da infertilidade; tempo de espera pela primeira consulta de especialidade; diagnóstico recebido; número e tipo de tratamentos de PMA e especificamente para as mulheres, será analisado a ocorrência e número de gestações e abortos espontâneos anteriores).

Posteriormente será apresentada uma análise descritiva das variáveis psicológicas em estudo (depressão e apoio social percebido) em termos de medidas de tendência central e dispersão e distribuição de frequências, para ambos os géneros.

Segue-se à análise de comparação entre as variáveis psicológicas em estudo e o género, número de tratamentos realizados e duração da infertilidade.

Por fim, apresenta-se os resultados da análise correlacional entre a depressão e o apoio social, e entre estas e as variáveis clínicas (e.g. número tratamentos realizados e duração da infertilidade).

1) Resultados Descritivos

1.1) Dados Pessoais e Clínicos

Relativamente a eventuais gestações anteriores, verifica-se que a maioria das mulheres nunca esteve grávida (69,8%), contrariamente a 30,2%, das quais 17,2% engravidou espontaneamente, 9,5% com recurso a tratamento de PMA e 3,5% engravidaram com e sem recurso a tratamentos. O número de gestações obtidas por concepção espontânea varia entre 1 e 4, sendo a média de aproximadamente 2 gestações ($M=1,68$; $DP=0,95$), ao passo que a média de gestações medicamente assistidas é de 1 ($M= 1,20$; $DP=0,14$)(cf. Quadro 2), com mínimo de 1 gravidez e máximo de 2.

Quanto ao número de partos anteriores, podemos constatar que, das mulheres que engravidaram, a maioria abortou (55,9%), nove conseguiram levar a gravidez alcançada

com recurso a terapêutica a termo (26,5%) e seis tiveram um parto de uma gravidez obtida sem ajuda médica (17,6%) (cf. Quadro 2).

Pela análise do Quadro 2, verificamos que 4,6% dos casos tinha filhos de uma relação anterior, em 3,8% são os companheiros que têm filhos de um relacionamento passado, e apenas 3% dos casos têm filhos da relação atual. A maioria dos inquiridos não tem filhos (88,6%).

Quadro 2: Distribuição de Frequências relativamente nº de gestações, partos anteriores e filhos; e medidas de tendência central e dispersão quanto ao número de gravidezes (com e sem terapêutica)

Gravidez Anterior			
Não	n= 81	69,8%	
Sim (sem terapêutica)	n= 20	17,2 %	M(DP) ^a = 1,68 (0,95) ^b
Sim (com terapêutica)	n= 11	9,5 %	
Sim (com e sem terapêut.)	n= 4	3,5 %	valores omissos: 5
Parto Anterior			
Não	n= 19	55,9 %	
Sim (sem terapêutica)	n= 6	17,6 %	
Sim (com terapêutica)	n= 9	26,5%	valores omissos: 6
Filhos			
Não	n= 210	88,6 %	
Sim, da atual relação	n= 7	3,0%	
Sim, de uma relação anterior	n= 11	4,6 %	
Sim, o companheiro de uma relação anterior	n= 9	3,8%	valores omissos: 1

a) nº de gravidezes; b) valores omissos: 2

No que diz respeito ao Índice de Massa corporal, verifica-se que a maioria das mulheres tem peso normal (61,7%), contrariamente aos homens em que a maioria apresenta excesso de peso, segundo a classificação de IMC (OMS, 1997 *in* Sampaio & Figueiredo, 2005) (cf. Quadro 3).

No que concerne ao consumo de álcool, constata-se que no geral o género masculino ingere semanalmente uma quantidade de álcool superior ao género feminino, para qualquer um dos tipos de bebida alcoólica. No geral, a maioria dos indivíduos não ingere qualquer tipo de bebida alcoólica (n=122, 51,3%) (cf. Quadro 3).

Relativamente ao consumo de tabaco a maioria das mulheres refere não fumar (85,7%), sendo que o mesmo se verifica nos homens (71,2%). Quanto à quantidade média diária de tabaco consumida nas mulheres é de aproximadamente 13 cigarros (M=12,65; DP=4,74), e nos homens 15 (M=15,44; DP=7,37) (cf. Quadro 3).

Quadro 3: Distribuição de frequências quanto ao índice de massa corporal e consumo de tabaco e medidas de tendência central e dispersão relativamente à quantidade diária de tabaco consumida e medidas de tendência central relativamente ao consumo semanal de bebidas alcoólicas

IMC (Kg/m ²)	Feminino		Masculino		Pop. Geral	
Baixo Peso	n= 3	2,5%	n= 0	0,0%	n=3	1,3%
Peso Normal	n= 74	61,7%	n= 44	39,6%	n= 118	51,1%
Excesso de Peso	n= 30	25,0%	n= 53	47,7%	n= 83	35,9%
Obesidade	n= 13	10,8%	n= 14	12,6%	n= 27	11,7%
	valores omissos: 1		valores omissos: 6		valores omissos: 7	

Consumo Álcool (nº copos / semana)	Feminino			Masculino			Pop. Geral		
		M	DP		M	DP		M	DP
Vinho	n=27	2,81	2,56	n=53	5,38	4,74	n=80	4,51	4,30
Cerveja	n=16	1,81	1,11	n=65	3,75	2,94	n=81	3,37	2,78
Bebidas brancas /espirituosas	n=6	1,00	0,00	n=15	2,20	2,43	n=21	1,86	2,10
				valores omissos:2			valores omissos: 2		

Consumo Tabaco	Feminino		Masculino		Pop. Geral	
Sim	n= 17	14,3%	n= 32	28,8 %	n= 49	21,3 %
Não	n= 102	85,7 %	n= 79	71,2 %	n= 181	78,7 %
	valores omissos: 2		valores omissos: 6		valores omissos: 8	

Mais concretamente quanto ao problema de infertilidade, verifica-se que em média os indivíduos participantes no estudo aguardam uma gravidez há aproximadamente 4 anos (M=47,32 meses; DP=34,01), sendo o tempo mínimo de espera de 12 meses e o máximo de 178 (cf. Quadro 4).

No que diz respeito ao tempo de espera pela 1ª consulta de infertilidade é possível constatar pela análise do Quadro 4, que o tempo de espera ronda os 10 meses ($M=9,60$; $11,62$), variando entre 1 mês e aproximadamente 5 anos no máximo (63 meses).

Relativamente ao diagnóstico de infertilidade, verifica-se que 30% dos sujeitos ainda não receberam qualquer diagnóstico para o seu problema de fertilidade, ao contrário da maioria (70,0%). Destes, em 29,1% dos sujeitos a infertilidade é atribuída a fator masculino, 24,8% é identificada como residindo na mulher, 9,1% revelou um diagnóstico de infertilidade inexplicada e 6,1% apontou que a causa do seu problema é misto. A categoria *outro* foi criada para abranger qualquer tipo de diagnóstico de infertilidade não contemplado pelos anteriores, tendo 0,9% da amostra indicado esta opção (cf. Quadro 4).

Quanto aos tratamentos de infertilidade realizados, a maior parte dos participantes ainda não se submeteram a qualquer tipo de tratamento de PMA (54,8%), ao contrário de 45,2% da amostra (cf. Quadro 4), tal pode ser explicado pelo facto de a maioria da amostra ainda não possuir um diagnóstico para o problema de infertilidade, e por alguns casos a causa dessa ser desconhecida/inexplicada, o que torna menos provável o recurso a tratamentos médicos específicos, que visam ultrapassar transtornos orgânicos específicos. De entre os indivíduos que já realizaram tratamento, verifica-se que a maioria já foi submetido a mais do que um tratamento médico de infertilidade (28,7%) (cf. Quadro 4).

Relativamente ao número de ciclos de tratamentos realizados, é possível constatar que dos sujeitos submetidos a tratamentos de PMA, a maioria realizou estimulação da ovulação com uma média de 2 ciclos ($M=1,63$; $DP=0,95$) por sujeito, com mínimo de 1 e máximo de 5 ciclos; seguindo-se a ICSI's, com uma média 2 ciclos ($M=1,74$; $DP=0,92$). Trinta e quatro indivíduos da amostra submeteram-se a FIV's, e apenas vinte e três recorreram a inseminação artificial intrauterina (IUT's), com número médio de ciclos de 2 ($M=1,52$; $DP=0,85$). Por último, cinco participantes indicou ter recorrido a outro tipo de tratamento. Importa, no entanto pontuar, que a maioria da amostra não tinha recorrido ainda a qualquer tipo de tratamento, pelo que estes valores devem ser tratados com algum cuidado, uma vez que podem ser pouco representativos da realidade.

Quadro 4: Distribuição de frequências relativamente ao diagnóstico e tratamentos de infertilidade e medidas de tendência central e dispersão quanto à duração do problema, tempo de espera pela primeira consulta, e número de ciclos de tratamento

Duração infertilidade (meses)						
	n= 236	M= 47,32	DP= 34,01	valores omissos: 13		
Tempo Espera 1ª Consulta (meses)						
	n=146	M= 9,60	DP= 11,62	valores omissos: 92		
Diagnóstico Infertilidade						
Não	n= 69	30,0 %				
Inexplicada/ idiopática	n= 21	9,1 %				
Fator Feminino	n= 57	24,8 %				
Fator Masculino	n= 67	29,1 %				
Fator Misto	n= 14	6,1 %				
Outro	n= 2	0,9 %		valores omissos: 8		
Tratamento Infertilidade						
	Feminino		Masculino		Total	
Não	n= 65	55,1%	n=61	54,5%	n=126	54,8%
Sim						
1ª vez	n= 20	16,9%	n=18	16,1%	n=38	16,5%
repetidos	n= 33	28,0%	n=33	29,5%	n=66	28,7 %
	valores omissos: 3		valores omissos: 5		valores omissos: 8	
Nº de ciclos tratamento						
Estimulação Ovária	n=59	M= 1,63	DP=0,95			
IUIs	n=23	M=1,52	DP=0,85			
FIVs	n=34	M=1,56	DP=0,79			
ICSIs	n=38	M=1,74	DP=0,92			
Outro	n=5	M=1,80	DP=1,10	valores omissos: 8		

1.2) Depressão

Em relação aos níveis de sintomatologia depressiva, avaliados através do Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), verifica-se que, para a população em geral, o fator somático (FS) da depressão apresenta o valor mais elevado, com um valor médio de 3,32 (DP=3,31), seguindo-se o fator cognitivo (FC) com média de 2,30 (DP=3,43) e por último, com valor mais baixo, o fator afetivo da depressão (FA) (M=1,46; DP=2,15) (cf. Quadro 5). O mesmo se verifica para ambos os géneros, separadamente.

Quanto ao grau de severidade dos sintomas, a maioria da amostra revela sintomatologia mínima (83,6%), seguindo-se os sujeitos que apresentam depressão moderada (7,6%) e depressão ligeira (7,1%). Apenas uma minoria manifesta depressão severa (1,7%). Quanto às diferenças entre os géneros, as mulheres seguem esta tendência, contrariamente aos homens, que revelam mais depressão ligeira (4,3%) do que depressão moderada (1,7%).

Em termos dos resultados totais, aferidos pelo somatório de todos os itens do instrumento, as mulheres revelam um valor médio de 9,17 (DP=9,18), mais elevado que os homens (M=4,91; DP=6,02) (cf. Quadro 5).

Quadro 5: Análise descritiva relativamente à variável Depressão

Fatores Depressão (BDI-II)	Feminino			Masculino			Pop. Geral		
		<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>
Fator Cognitivo	n=121	3,09	4,06	n=117	1,50	2,39	n=238	2,30	3,43
Fator Afetivo	n=121	2,07	2,45	n=117	0,83	1,57	n=238	1,46	2,15
Fator Somático	n=121	4,02	3,56	n=117	2,59	2,86	n=238	3,32	3,31

Grau de Depressão (BDI-II)	Feminino		Masculino		Pop. Geral	
Sintomatologia Mínima	n= 90	74,4%	n= 109	93,2%	n= 199	83,6%
Depressão Ligeira	n= 12	9,9%	n= 5	4,3%	n= 17	7,1%
Depressão Moderada	n= 16	13,2%	n= 2	1,7%	n= 18	7,6%
Depressão Severa	n= 3	2,5%	n= 1	0,9%	n= 4	1,7%

Depressão total (BDI-II)	Feminino			Masculino			Pop. Geral		
		<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>
	n=121	9,17	9,18	n=117	4,91	6,02	n=238	7,08	8,06

1.3) Apoio Social

Quanto aos níveis de satisfação com o apoio social, avaliados através da Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (EMASP), constata-se que o valor médio, para a população em geral, na sub-escala *Satisfação com o Apoio da Figura Significativa (parceiro romântico)* é de 5,50 (DP=0,80), na dimensão *Apoio da Família*, o valor médio

de satisfação é de 4,95 (DP= 1,09), e na dimensão *Apoio dos Amigos* a média é de 4,49 (DP= 1,23). Relativamente aos resultados obtidos na escala total, é possível verificar um valor médio de aproximadamente 58 (M=58,16; DP=9,52) para o género masculino e de 60,72 (10,45) para o género feminino (cf. Quadro 6).

Quadro 6: Análise descritiva relativamente à variável Apoio Social

Dimensões Apoio Social (EMASP)	Feminino			Masculino			Pop. Geral		
		<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>
Apoio do Parceiro	n=121	5,48	0,85	n=117	5,51	0,76	n=238	5,50	0,80
Apoio da Família	n=121	5,11	1,07	n=117	4,78	1,09	n=238	4,95	1,09
Apoio dos Amigos	n=121	4,68	1,32	n=117	4,29	1,09	n=238	4,49	1,23

Apoio Social Total (EMASP)	Feminino			Masculino			Pop. Geral		
		<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>
	n=121	5,05	0,90	n=117	4,84	0,81	n=238	4,95	0,86

2) Resultados Diferenciais

2.1) Depressão, Género, Tratamentos PMA realizados e Duração da Infertilidade

Em relação aos níveis de sintomatologia depressiva, encontrámos diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao género, em todos os fatores, *cognitivo* ($t_{(195.8)} = 3.689$, $p=0.000$); *afetivo* ($t_{(204.8)} = 4.683$, $p=0.000$) e *somático* ($t_{(228.5)} = 3.415$, $p=0.001$), assim como na escala total ($t_{(208.0)} = 4.246$, $p=0,000$). Confrontando estes resultados com as médias dos valores obtidos por ambos os géneros no BDI-II (cf. Quadro 5), constata-se que as mulheres da amostra apresentam significativamente maiores níveis de sintomatologia depressiva (M=9,17; DP=9,18) do que os homens (M=4,91; DP=6,02), tanto em relação à escala total, como em cada um dos fatores de depressão.

Relativamente ao número de tratamentos realizados, verifica-se, que não existem diferenças estatisticamente significativas ($F_{(2,227)}=0.824$, $p=0.440$) nos níveis de

sintomatologia depressiva, entre os indivíduos que não realizaram tratamentos de PMA (n=126), os que realizaram tratamentos pela primeira vez (n=38) e os que já foram submetidos a vários tratamentos (n=66).

Em relação à duração da infertilidade, quando comparamos os resultados totais obtidos pelo BDI-II relativamente ao período de duração de infertilidade, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre estes ($F_{(3, 221)} = 1,445, p = 0,231$). De pontuar que os participantes foram distribuídos por quatro grupos, um com duração da infertilidade inferior ou igual a 2 anos (n= 65), outro com um período de infertilidade entre 25 e 47 meses, um terceiro que englobou os sujeitos com duração da infertilidade entre 48 e 71 meses, e por último, os sujeitos com um período de infertilidade maior ou igual a 6 anos.

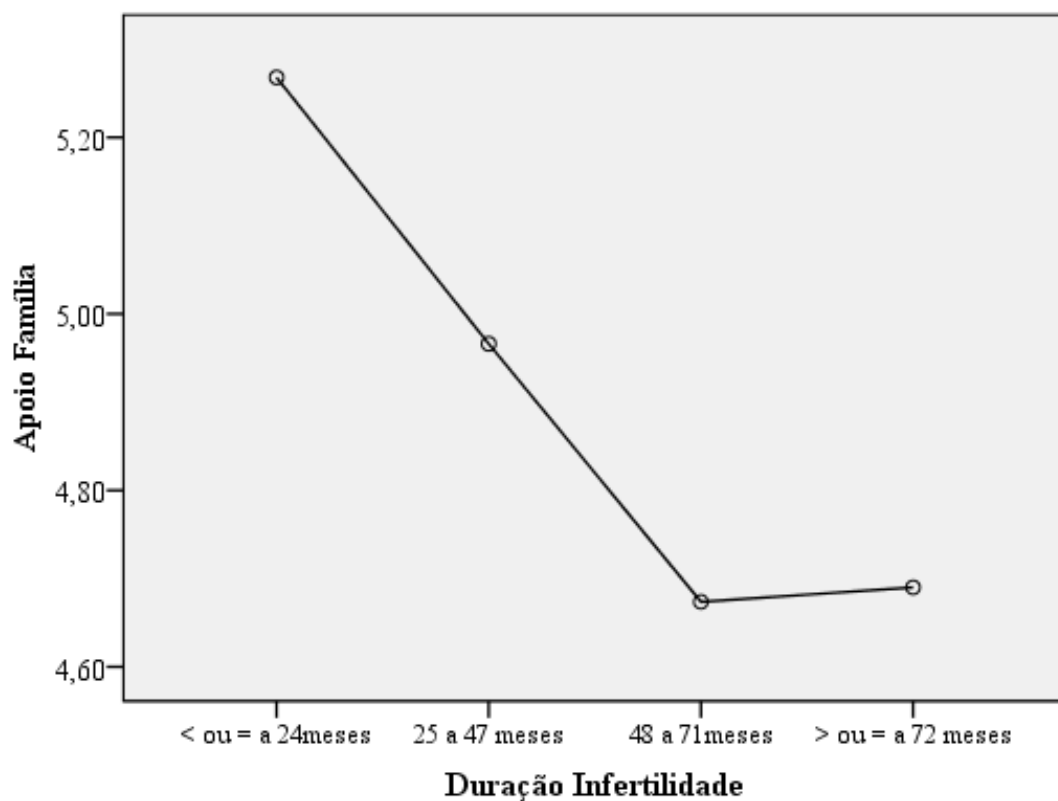
2.2) Apoio Social Percebido, Género, Tratamentos PMA realizados e Duração da Infertilidade

No que diz respeito aos níveis de satisfação com o apoio social percebido, pela análise de comparação realizada entre ambos os géneros, encontram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *apoio da família* ($t_{(236)} = 2.322, p = 0.011$) e *apoio dos amigos* ($t_{(236)} = 2.443, p = 0.008$). Segundo, estes resultados podemos dizer que as mulheres percecionam com maior satisfação o apoio dado pela família (M= 5,11; DP= 1,07) na vivência da infertilidade, do que os homens (M=4,78; DP= 1,09). Relativamente à dimensão *apoio dos amigos*, podemos referir que os resultados, como seria de esperar vão no mesmo sentido, sendo que as mulheres revelam contar mais com o apoio dos amigos (M=4,68; DP= 1,32) durante esta fase, do que os homens (M= 4,29; DP=1,10). Em relação aos resultados totais obtidos na EMASP, também se verificam diferenças significativas entre os géneros ($t_{(236)} = 1.884, p = 0.031$)

Comparando agora os três grupos relativos ao número de tratamentos realizados, (não fez tratamentos; tratamento primeira vez e tratamentos repetidos) quanto à satisfação com o apoio social, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, para qualquer dimensão, nomeadamente, *apoio do parceiro* ($F_{(2, 227)} = 1.331, p = 0,266$), *apoio da família* ($F_{(2, 227)} = 0.189, p = 0.828$) e *apoio dos amigos* ($F_{(2, 227)} = 1.187, p = 0,307$).

Relativamente à variável duração da infertilidade, e ainda no que diz respeito ao apoio social, encontrámos diferenças estatisticamente significativas nos seus resultados comparando os quatro grupos relativos à duração da infertilidade ($F_{(3, 221)} = 2.597$, $p=0.014$). Estas diferenças encontram-se na dimensão *apoio da família* ($F_{(3, 221)} = 3.612$, $p= 0.014$). Analisando as diferenças encontradas, através das análises de post-hoc, observando-se o valor de Scheffé, para a dimensão *apoio da família*, é possível constatar que os sujeitos com um período de duração de infertilidade entre os 48 e 71 meses ($M= 4,67$; $DP= 1,09$), assim como os sujeitos cujo problema de infertilidade se prolonga por um período maior ou igual a 6 anos ($M= 4,69$; $DP= 1,17$), percecionam o apoio da família como menos satisfatório do que os sujeitos com um período menos extenso (≤ 24 meses) de duração da infertilidade ($M= 5,27$; $DP= 0,97$) (cf. Gráfico 1).

Gráfico 1: Análises das diferenças entre o apoio da família e a duração da infertilidade



3) Resultados Correlacionais

3.1) Variáveis psicológicas em estudo (depressão e apoio social)

No que diz respeito às correlações entre a depressão e o apoio social, podemos referir, que foram encontradas correlações negativas, entre todas as dimensões das variáveis psicológicas em estudo ($r \leq -0.10$), considerando o género (cf. Quadro 7).

Mais especificamente, no género feminino existem correlações negativas de fraca intensidade ($0.10 \leq r \leq 0.29$) (Cohen, 1988 cit in Pallant, 2005) entre todas as dimensões do apoio social e os fatores de depressão, e resultados totais de ambos os instrumentos, com exceção da dimensão *apoio do parceiro* e *fator cognitivo* ($r = -0.379$, $n=121$, $p < 0.001$), *apoio do parceiro* e *fator afetivo* ($r = -0.305$, $n=121$, $p < 0.01$) e *apoio do parceiro* e *total BDI-II* ($r = -0.336$, $n=121$, $p < 0.001$), em que a força da correlação é moderada ($0.30 \geq r \leq 0.49$) (Cohen, 1988 cit in Pallant, 2005). De pontuar que apesar de existirem correlações fracas entre a dimensão *apoio da família* e o fator *afetivo*, *somático*, e escala total da depressão, e entre a EMASP total e o fator *somático*, estas não são significativas ($p > 0.05$).

Contrariamente, no caso dos homens, há uma correlação negativa moderadamente forte entre as variáveis, com valores altos na perceção de apoio social associados a baixos níveis de depressão. Mais precisamente, quanto à dimensão *apoio da parceira* existe uma correlação negativa moderadamente significativa com os fatores *cognitivo* ($r = -0.326$, $n=117$, $p < 0.001$), *somático* ($r = -0.356$, $n=117$, $p < 0.001$) e resultados totais da depressão ($r = -0.364$, $n=117$, $p < 0.001$). A correlação negativa é fraca quando associada esta dimensão com o fator *afetivo* ($r = -0.252$, $n=117$, $p < 0.01$). Relativamente há relação entre a dimensão *apoio da família* e depressão, esta é negativa e moderadamente forte quando associada a todos os fatores de depressão e resultados totais do BDI-II. De pontuar, que a correlação mais elevada foi encontrada entre a dimensão *apoio da família* e *fator somático* ($r = -0.479$, $n=117$, $p < 0.001$), sugerindo este resultado, através do cálculo do coeficiente de determinação ($r^2 \times 100$), que o apoio da família percecionado pelo sujeito explica cerca de 30% da variância nos resultados obtidos na escala BDI-II. A correlação é fraca entre a dimensão *apoio dos amigos* e todos os fatores e resultados totais da depressão. Por último, verificámos que existe uma correlação negativa moderada entre os resultados totais da EMASP e todos os fatores da depressão e resultados totais do BDI-II, com exceção do *fator afetivo*, em que a correlação é fraca.

No geral, estes dados sugerem, tendo em conta a natureza negativa das correlações, que quanto melhor a percepção de qualidade do apoio social (família, par romântico e amigos), menor os níveis de sintomatologia depressiva (cf. Quadro 7).

Quadro 7: Correlações de *Pearson* entre Apoio Social Percebido e a Depressão

		BDI-II			
EMASP		FC	FA	FS	BDI-II Total
Feminino	Apoio Parceiro	- 0,379***	- 0,305**	- 0,225*	- 0,336***
	Apoio Família	- 0,186*	- 0,135	- 0,117	- 0,164
	Apoio Amigos	- 0,210*	- 0,221*	- 0,192*	- 0,226*
	EMASP Total	- 0,263**	- 0,228*	- 0,170	- 0,243**
Masculino	Apoio Parceiro	- 0,326***	- 0,252**	- 0,356***	- 0,364***
	Apoio Família	- 0,346***	- 0,300**	- 0,479***	- 0,443***
	Apoio Amigos	- 0,258**	- 0,213*	- 0,288**	- 0,290**
	EMASP Total	- 0,354***	- 0,292**	- 0,436***	- 0,424***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

3.2) Variáveis psicológicas em estudo e número de tratamentos

Relativamente à análise de correlação realizada entre o número de tratamentos de PMA e as variáveis psicológicas em estudo, não é possível verificar a existência de qualquer correlação significativa ($r < 0.10$) entre o número de tratamentos de PMA realizados e os níveis de sintomatologia depressiva e percepção do apoio social.

3.3) Variáveis psicológicas em estudo e Duração da Infertilidade

Relativamente à análise de correlação realizada entre a duração da infertilidade e a depressão, é de salientar que não foram encontradas correlações entre estas variáveis.

Reportando as correlações entre o apoio social e a duração da infertilidade, encontramos correlações significativas fracas de natureza negativa entre todas as dimensões do apoio social (parceiro, família e amigos) e a duração da infertilidade. Tais dados sugerem que quanto mais o problema de infertilidade se prolonga no tempo, menor a satisfação com o apoio do parceiro, dos amigos e da família.

VI. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em consideração os resultados descritos anteriormente, proceder-se-á à sua discussão, procurando salientar os mais significativos, confrontando-os com o quadro teórico de referência e comparando-os com os resultados obtidos noutras investigações.

Considerando o número reduzido de estudos realizados em Portugal sobre os aspetos de natureza psicológica associados à vivência da condição da infertilidade, foi objetivo principal deste, analisar o impacto psicológico, relativamente às variáveis depressão e apoio social percebido, e a relação entre estas, em indivíduos com diagnóstico de infertilidade, analisando ainda outras influências como o género, e algumas variáveis clínicas (e.g. duração da infertilidade e tratamentos de PMA realizados).

Este capítulo inicia-se como uma caracterização demográfica e clínica da amostra, seguindo-se uma estrutura de apresentação idêntica à levada a cabo para os resultados, procurando-se sempre fazer uma discussão integrada de todas as dimensões em estudo.

1. Caracterização demográfica e clínica

De acordo com Santos (1998), não se conhece o número exato de casais inférteis, embora "por extrapolação se admita que deverá existir no nosso país cerca de meio milhão de pessoas, em idade fértil, que não terão filhos, embora o desejem" (*cit in* Esteves, 2009, p.19). A dificuldade em determinar a incidência da infertilidade, está muitas vezes associada, entre outros fatores, com a existência de diferentes definições e terminologias para o problema; grandes variações regionais; tamanho diminuto e pouco significativo das amostras; diversidade de metodologias utilizadas, muitas vezes pouco rigorosas e de baixa sensibilidade (Carvalho & Santos, 2009; Delgado, 2007). A estas, aliam-se a natureza estigmatizante da problemática, a inexistência de indicadores físicos (e.g. sintomas específicos, dor, mal-estar) (Greil *et al.*, 2009) e o facto de a infertilidade ser uma "doença conjugal", sendo portanto necessário predisposição de ambos os membros da díade, para a procura de ajuda médica. De facto, só quando os casais decidem quebrar o "véu do silêncio" e procurar ajuda, é possível, por um lado, identificar e contabilizar os casos de infertilidade, e por outro solucionar eventualmente o problema (Uribelarrea, 2008).

O estudo levado a cabo por Carvalho e Santos (2009) procurou contornar as "deficiências" apontadas e determinar a prevalência da infertilidade em Portugal. Segundo estes autores, no nosso país, a taxa de infertilidade ao longo da vida situa-se entre os 9 e os 10% e não existem diferenças regionais de prevalência. Estimaram ainda que entre 266.088 e 292.996 mulheres tenham infertilidade ao longo da vida, e que entre 116.630 e 121.059 se encontrem em idade reprodutora.

Neste sentido, é objetivo da presente investigação a caracterização demográfica e clínica dos sujeitos que recorrem a consulta de especialidade, nos centros em que se efetuou a recolha, pretendendo, juntamente com o estudo anteriormente referido, e outras investigações existentes neste âmbito, contribuir para uma maior conhecimento e caracterização da problemática da infertilidade em Portugal. Deste modo, e procurando colmatar algumas das limitações apontadas, a amostra deste estudo, composta por homens e mulheres, tem um tamanho considerável para efeitos de validação estatística ($N \geq 30$).

A população do estudo é assim constituída por 238 sujeitos (121 mulheres e 117 homens), com diagnóstico de infertilidade. Relativamente às características demográficas verifica-se que, nas mulheres a média de idade é de, aproximadamente, 32 anos ($M=32,25$; $DP=5,36$) e nos homens de 34 anos ($M=34,32$; $DP=5,37$), tendo a maioria concluído o ensino secundário (37,9%). A duração média da relação conjugal é de, aproximadamente, 6 anos ($M=6,26$; $DP=3,74$).

Quanto aos dados clínicos e pessoais de interesse, salienta-se que a maioria das mulheres inquiridas, nunca estiveram grávidas (69,8%). De entre as mulheres que conseguiram alcançar a conceção (com e/ou sem recurso a tratamentos de PMA), 44,1% levou a gestação a termo. Foi possível ainda constatar que a maioria dos participantes não têm filho(s) (88,6%). Relativamente ao período de duração da infertilidade, verifica-se que a média, para a amostra geral, é de aproximadamente 4 anos ($M=47,32$ meses; $DP=34,01$), o que vai de encontro ao observado em diversos estudos (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Holter *et al.*, 2007; Lund *et al.*, 2009; Montagnini *et al.*, 2009; Peterson *et al.*, 2006; Schmidt *et al.*, 2005). É de pontuar que, como a todos os sujeitos da amostra já tinha sido atribuído diagnóstico de infertilidade, embora nalguns casos, estes não soubessem qual o fator da mesma (30,0%), o tempo mínimo de espera pela gravidez é de 12 meses, período a partir do qual, de acordo com a OMS (WHO, 1999) se pode considerar infertilidade, e o máximo de aproximadamente 15 anos. Excluindo os sujeitos que desconhecem o seu diagnóstico, e analisando somente os indivíduos que referem saber o fator do seu

problema, temos que, aproximadamente, 35% das causas da infertilidade nesta população se devem a fator feminino e cerca de 41% a fator masculino. Estes resultados corroboram os apontados na literatura, de que cerca de 40% dos fatores podem ser atribuídos à mulher e 40% ao homem (Faria, 2001; Uribeblarra & Rodríguez, 2003). No entanto, o mesmo não se verifica para a infertilidade inexplicada ou idiopática, apontada por cerca de 13% dos participantes e para o fator misto (8,7%), sendo esta última considerada mais comum (Faria, 2001; Lund *et al.*, 2009; Noorbala *et al.*, 2008; Paul *et al.*, 2010; Valentine, 1986).

Existem fatores de ordem ambiental, que têm vindo a ser indicados na literatura, como determinantes de efeitos nefastos nos mecanismos que asseguram a reprodução, e que a exposição prolongada a estes, pode mesmo contribuir para a infertilidade. São exemplos destes: o abuso de álcool, o tabaco, o excesso de peso, a presença excessiva de pesticidas e corantes nos alimentos (Bryan & Ronald, 2002; Grimaldi, 2001; Robaina *et al.*, 2008). Neste sentido, constatamos que, na nossa amostra a maioria têm peso normal (51,1%) e não fuma (78,7%). Quanto ao consumo de álcool, os homens ingerem significativamente mais copos de vinho ($t_{(77,7)} = -3.138$, $p=0.002$) e cerveja ($t_{(65,6)} = -4.241$, $p=0.000$) semanalmente, do que as mulheres.

No que concerne aos tratamentos, verificamos que 54,8% dos participantes ainda não se submeteu a qualquer tratamento, contrariamente a 28,7% que já realizou mais do que um tratamento de PMA e 16,5% que se submeteram a tratamentos pela primeira vez. O mesmo se verifica para ambos os géneros.

2. Caracterização psicológica e análise das diferenças de género, número de tratamentos de PMA realizados e duração da infertilidade para as variáveis psicológicas em estudo

A infertilidade é, na maior parte das vezes, um acontecimento inesperado e imprevisível, vivenciado como uma crise biopsicossocial (Burns & Covington, 2000; Cook, 1987; Mahajan *et al.*, 2009), por envolver implicações biológicas, emocionais, físicas, relacionais, sociais, laborais, financeiras e psicológicas (Domar *et al.*, 1993; Meanning, 1980; Perkins, 2006, Slade *et al.*, 2007). Mais concretamente, a condição de infertilidade está associada a respostas emocionais como a depressão, a ansiedade, perda

da identidade social e da percepção de sujeito saudável, isolamento social, dificuldades de relacionamento conjugal e sexual, baixa autoestima, falta de auto-confiança, angústia, tristeza, insegurança, medo, desesperança em relação à concretização do sonho de maternidade/paternidade. Estes são especialmente severos, quanto maior a percepção de que um filho biológico é essencial para alcançar a felicidade e a realização pessoal (Abbey *et al.*, 1991; Cousineau e Domar, 2007; Dhont, *et al.*, 2011; Greil, 1997; Faramarzi, 2008; Paul *et al.*, 2010; Schmid & Sherrod, 2004 *in* Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Valentine, 1986). Globalmente, a percentagem de problemas psicológicos em casais inférteis situa-se entre os 25 e os 60% (Seibel & Taymor, 1982).

2.1. Diferenças de género

As mulheres tendem a encarar a experiência de infertilidade como uma crise especialmente devastadora (Greil, 1997), revelando maior sofrimento psicológico do que os seus companheiros, independentemente do fator de infertilidade (Abbey *et al.*, 1991; Berg & Wilson, 1991; Daniluk, 1988; Domar, *et al.*, 1992; Link *et al.*, 1986, *in* Burns & Covington, 2000; Lund *et al.*, 2009; Wright *et al.*, 1991; Wischmann *et al.*, 2001, 2009).

Na investigação levado a cabo por Noorbala e seus col. (2008), os autores verificaram que numa amostra de 638 casais inférteis, 48% das mulheres, e apenas 23,8% dos homens, manifestavam depressão. Os resultados do presente estudo são concordantes aos obtidos por Noorbala e col., encontrando-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros para todos os fatores de depressão e globalmente ($t_{(208,0)} = 4.246, p=0.000$), tendo as mulheres evidenciado maiores níveis de sintomatologia depressiva ($M_{(BDI-II \text{ total})} = 9,17$; $DP_{(BDI-II \text{ total})} = 9,18$), comparativamente aos homens ($M_{(BDI-II \text{ total})} = 4,91$; $DP_{(BDI-II \text{ total})} = 6,02$). No entanto, apesar das diferenças, os níveis de sintomatologia depressiva para a maioria da população em estudo são mínimos (86%), tendo em conta os pontos de corte do Inventário de Depressão de Beck-II (Beck *et al.*, 1996), tanto no género masculino (93,2%) como feminino (74,4%), contrariando a investigação que sugere que as mulheres inférteis são mais suscetíveis de experienciar níveis elevados de sintomatologia depressiva (Domar *et al.*, 1992). De salientar, contudo que há mais mulheres com depressão moderada ($n=16$) do que ligeira ($n=12$), e que a frequência desta (13,2%) é significativamente maior do que nos homens (1,7%).

Alguns autores procuraram encontrar explicações para estas diferenças, revelando que apesar de bastante difundida a ideia de infertilidade enquanto "doença conjugal", muita da atenção é ainda direcionada para a mulher, relegando-se por vezes o sofrimento masculino (Perkins, 2006; Agostini *et al.*, 2010). Isto leva muitas vezes a que os homens, consciente ou inconscientemente, camuflam os seus sentimentos negativos (Abbey *et al.*, 1991; Malik & Coulson, 2008), durante todo o processo, podendo justificar em parte os resultados obtidos no BDI-II, e principalmente os resultados mais baixos para o *fator afetivo* (M=0.82; DP=1.57) da depressão, comparativamente com o *fator cognitivo* (M=1.50; DP=2.39) e *somático* (M=2.59; DP=2.86). Ao desconsiderar os seus receios e sentimentos, a comunicação, a coesão e o suporte podem sair abalados, aumentando o risco de isolamento (Matos & Pereira, 2005), daí a menor satisfação com o apoio da família e amigos, obtidos por parte dos homens da amostra em relação às mulheres, como veremos mais adiante. De salientar ainda que apesar da maioria não reportar níveis elevados de sintomatologia depressiva, é possível que a condição de infertilidade tenha um impacto negativo em outras áreas significativas das suas vidas que não são avaliadas pelos instrumentos utilizados neste estudo.

Para além do sofrimento psicológico, a infertilidade causa a muitos casais, sérios constrangimentos no relacionamento interpessoal (Cunha *et al.*, 2008; Domar *et al.*, 1993; Greil, 1997), e o adequado ajustamento nesta fase é determinado não só pela história prévia do sujeito, como também por toda uma vivência conjugal e familiar (Faria, 2001; Karimzadeh, *et al.*, 2006). Um dos grandes desafios dos indivíduos que enfrentam esta problemática é precisamente aprenderem a gerir a sua condição de infertilidade, e as exigências dos tratamentos, nas suas interações sociais com o parceiro, a família, os amigos e os colegas de trabalho (Peterson, *et al.*, 2008; Schmit, 2009; Tjørnhøj-Thomsen, 1999 *in* Lund *et al.*, 2009). Em contraste com a investigação realizada por Lund e col. (2009), no presente estudo, os níveis de satisfação com o apoio social, avaliados através da Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (EMASP) revelam, para a população em geral, valores mais elevados para a sub-escala *apoio da figura significativa* (M=5,50; DP=0,80), seguindo-se a satisfação com o *apoio da família* (M= 4,95; DP=1,09) e por último o *apoio dos amigos* (M=4,49; DP= 1,23). Segundo Schmit (2006) e Holter (2006) a maioria dos casais não têm dificuldade em partilhar com os seus parceiros, os seus sentimentos e preocupações acerca da infertilidade e dos tratamentos (*in* Schmit, 2009), principalmente quando o desejo de ter um filho e o envolvimento nos tratamentos é partilhado.

Vários autores mencionam que também se encontram diferenças de género em relação à percepção da disponibilidade de apoio social (Berg & Wilson, 1991; Boivin, 2003; Slade *et al.*, 2007). Muitas mulheres entendem a sua incapacidade de conceber como tendo reflexo direto na sua identidade e autoimagem, e para evitar este sofrimento optam pelo isolamento social (Cunha *et al.*, 2008), de forma a esconder o seu problema, de modo a evitar a vergonha, a pena e os conselhos indesejados. Contudo, comparando homens e mulheres, relativamente à satisfação com o apoio social, os resultados do presente estudo aproximam-se dos obtidos por Agostini e seus col. (2010), indicando que o género masculino relata consistentemente pior percepção de apoio social ($t_{(236)} = 1.884$, $p = 0.031$). Quando exploradas em quais das dimensões se encontram essas diferenças, foi possível constatar que as mulheres revelam uma melhor percepção com o *apoio da família* ($t_{(236)} = 2.332$, $p = 0.011$) e *dos amigos* ($t_{(236)} = 2.443$, $p = 0.008$), do que os homens. Segundo Delgado (2007), os homens mais do que as mulheres, evitam falar abertamente sobre a condição de infertilidade, por considerarem um assunto privado e porque acreditam que ninguém pode compreender a extensão do seu sofrimento. Contudo, de acordo com o autor, os que partilham o seu problema, ainda que o façam apenas com as pessoas mais chegadas, referem a importância do apoio social para lidar com a situação. Quanto à dimensão *apoio do parceiro*, as diferenças entre ambos os géneros não são significativas. De facto, segundo Cousineau e Domar (2007) a falta de aceitação (real ou percebida) e/ou apoio inadequado é sobretudo proveniente das suas famílias e/ou amigos.

De acordo com os resultados obtidos na análise das diferenças entre os géneros para as variáveis psicológicas em estudo, foi possível verificar que a hipótese (H1) *as mulheres evidenciam maiores níveis de depressão e satisfação com o apoio social do que os homens*, foi confirmada.

2.2. Número de tratamentos realizados

O insucesso na ocorrência de gravidez após os tratamentos, numa fase em que tantas expectativas estão depositadas, contribui para um aumento dos índices depressivos, tanto no género masculino como feminino (Berghuis & Stanton, 2002; Hammarberg, *et al.*, 2001; Lok *et al.*, 2002, in Ramezanzadeh, *et al.* 2004). De facto, vários estudos demonstram uma relação inversa entre o ajustamento emocional e o número de

tratamentos sem sucesso, ou seja, níveis de depressão mais elevados estão associados à realização de tratamentos de PMA consecutivos, e por isso, a situações de perda repetidas, e sentimento de impotência crescente (Agostini, *et al.*, 2010; Berg & Wilson, 1991; Beutel *et al.*, 1999, in Wischmann, *et al.*, 2009; Domar *et al.*, 2000 in Peterson, 2006; Daniluk, Braverman, Leiblum in Paul, *et al.*, 2010; Perkins, 2006). Parece, portanto, que os sintomas depressivos são uma possível consequência de tratamentos falhados, e que quanto maior a taxa de insucesso terapêutico, maior a severidade da sintomatologia. Alguns estudos consideram mesmo que a depressão pode ser um fator de risco ao sucesso do tratamento (Williams *et al.*, 2007 in Lund, *et al.*, 2009).

Através das análises correlacionais realizadas não foi possível verificar a existência de qualquer associação ($r < 0.10$) entre o número de tratamentos de PMA realizados pelos participantes e os níveis de sintomatologia depressiva. Assim, e apesar de se verificar um aumento progressivo na severidade da depressão entre o grupo que não realizou qualquer tratamento ($M = 6.46$; $DP = 7.12$); os sujeitos que realizaram tratamentos de PMA pela primeira vez ($M = 7.17$; $DP = 7.74$) e os que já foram submetidos a mais do que um tratamento de PMA ($M = 7.85$; $DP = 9.25$), as diferenças entre estes não são estatisticamente significativas ($F_{(2,227)} = 0.824$, $p = 0.440$).

De facto os autores que se têm debruçado sobre o estudo da incidência do impacto psicológico durante o processo de tratamento, têm encontrado, por vezes, resultados contrários, que podem ajudar a entender os dados obtidos nesta investigação. Berg (1988 in Fassino, *et al.*, 2002) e Koropatnik (1993, in Burns & Covington, 2000) referem que a passagem do tempo, associada à expectativa do fim dos tratamentos, parece influenciar de forma positiva respostas mais ajustadas à vivência desta crise. Para Woods e col. (1991) as mulheres que se empenham ativamente na procura de informação e tomam decisões relativamente aos tratamentos, tendem a evidenciar níveis baixos de sintomatologia depressiva, assim como a atrair mais suporte social do que aquelas que assumem uma postura mais passiva perante as circunstâncias. A literatura também têm apontado que existem diferenças no ajustamento emocional relativamente ao momento do tratamento, ou seja, há uma aumento dos níveis de depressão, nos mesmos indivíduos, entre o pré e o pós tratamento, estejam estes a realizar tratamentos pela primeira vez ou de forma repetida. (Lund *et al.*, 2009; Verhaak, *et al.* 2005). Lund e col (2009) salientam ainda que os níveis de depressão são tanto maiores quanto maior o desejo de paternidade biológica.

Os procedimentos terapêuticos frequentes representam assim fontes imprevistas de constrangimento psicológico para a maioria dos casais, que com a escalada em busca do tão desejado filho, são confrontados com técnicas cada vez mais invasivas, que consomem tempo, dinheiro e exaltam o sofrimento físico e psicológico (Lemmens *et al.*, 2004; Schmidt, 2005). Os casais veem-se assim pressionados a gerir estas fontes adicionais de stress, nas suas interações sociais com a família, amigos, colegas e com o parceiro. Este desafio é por vezes difícil, e a satisfação, o suporte e a comunicação dentro do casal, e em torno das suas redes sociais são afetados, justificando muitas vezes o isolamento (Fekkes, *et al.*, 2003; Schwarzer & Knoll, 2007). Relativamente aos resultados obtidos para o apoio social tendo em conta o número de tratamentos, verifica-se, tal como para a variável depressão, que não existe correlação entre estas variáveis. Assim, também não se verifica diferenças estatisticamente significativas nos três grupos (não fez tratamentos, tratamento primeira vez, e tratamentos repetidos) quanto à satisfação com o apoio social para qualquer das dimensões, *apoio do parceiro, apoio da família e apoio dos amigos*.

De pontuar que sobretudo o apoio conjugal tem sido apontado como a principal a fonte de apoio social durante a fase de tratamento (Laffont & Edelmann, 1994). Neste sentido, elevados níveis de satisfação com o apoio do(a) parceiro(a) podem funcionar como fatores protetores contra as respostas emocionais negativas inerentes ao insucesso dos tratamentos.

Assim, e uma vez que os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas, a hipótese (H2) *os sujeitos que são submetidos a tratamentos de PMA de forma repetida, evidenciam maiores níveis de sintomatologia depressiva e menor satisfação com o apoio social*, não pode ser confirmada. Estes dados corroboram os resultados contraditórios apresentados na literatura, e referenciados anteriormente.

2.3. Duração da Infertilidade

O menor ou maior ajustamento à condição de infertilidade é influenciado não só pelo número de tratamentos sem sucesso, como também pelo período de duração do problema. Mais uma vez os estudos sobre esta temática têm sido inconsistentes. Enquanto a maior parte demonstra que há uma intensificação dos sintomas de depressão, quanto mais extensos os períodos de infertilidade (Berg & Wilson, 1991; Lee,

et al. 2001), outros revelam não existir relação entre a duração de infertilidade e a depressão ou outros fatores psicológicos (Hunt *et al.* 1997, in Ramezanzadeh, *et al.*, 2004). Um outro estudo demonstrou que as mulheres a quem o diagnóstico lhe tinha sido atribuído há aproximadamente 2-3anos, apresentavam maiores níveis de depressão, comparativamente com aquelas que tinham o problema há menos de 1ano ou há mais de 6anos (Domar, *et al.*, 1992). Ramezanzadeh e col. (2004) acrescentam que durante os primeiros 3 anos a infertilidade é acompanhada por sinais de ansiedade, depressão, perda de autoestima, impotência e desajustes relacionais, sendo estes mais comuns entre os 4-6 anos, atingindo patamares mais graves em mulheres cuja infertilidade se arrasta há mais de 7-9 anos. Perkins (2006) explica que quanto mais prolongada no tempo for a condição de infertilidade, as mulheres que mantêm o desejo de conceber um filho biológico, têm uma certa urgência em solucionar o problema, tendo em conta o seu período fértil "limitado", o que se traduz num aumento da severidade do impacto psicológico subjacente. Isto resulta muitas vezes num envolvimento "compulsivo" em mais e mais tratamentos, sem tomada de consciência do impacto deste percurso sobre elas, o seu parceiro e o relacionamento conjugal.

De acordo com a literatura referida e a hipótese (H3) *espera-se que a um período mais extenso de duração da infertilidade esteja associado um grau de severidade de sintomatologia depressiva maior, e menor satisfação com o apoio social percebido*, verifica-se apenas diferenças nos sujeitos com um período de duração da infertilidade entre 48 e 17meses ($M=4.67$; $DP=1.09$), e nos participantes cujo problema de fertilidade se prolonga por um período maior ou igual a 6 anos ($M=4.69$; $DP=1.17$), comparativamente com os sujeitos com diagnóstico de infertilidade menor ou igual a 2 anos ($M= 5.27$; $DP=0.97$) na dimensão *apoio da família* ($F_{(3, 221)}=3.312$; $p= 0.014$). Estes resultados sugerem que os sujeitos da amostra com diagnóstico de infertilidade há mais de 4 anos, percecionam o apoio da família como menos satisfatório do que os sujeitos com duração da infertilidade inferior ou igual a 2 anos. Estes resultados podem ser explicados em parte pelo facto de que com o diagnóstico de infertilidade, e consequente duração do problema, não só o casal sofre por não ver concretizado o seu desejo, como também a família, que se confronta com o adiar do sonho de serem avós, tios, padrinhos, exercendo mais pressão sobre o casal. Os amigos próximos tendem a manter-se apoiantes, e a relação com o parceiro, sai muitas vezes fortalecida, pela união em torno do desejo comum de paternidade. A inexistência de diferenças significativas entre o período de duração de infertilidade e a depressão e apoio social em geral, pode ter sido limitado pela

construção das categorias de duração (≤ 24 meses; 25 a 47 meses; 48 a 71 meses e ≥ 72 meses). Devido à ambiguidade nos resultados apontados na literatura, os critérios de construção acabaram por ser sobretudo a equivalência de sujeitos para cada condição e amplitude e intervalos semelhantes entre as categorias. De pontuar ainda que os sujeitos que demonstram características positivas como o otimismo, o altruísmo, a esperança, a criatividade (Yunes, 2003), e que têm uma relação satisfatória com o conjugue e com a rede social (Domar *et al.*, 1992), revelam um ajustamento mais adequado, o que pode explicar os resultados obtidos e os níveis mínimos de sintomatologia depressiva observados na população em estudo.

3. Análise da relação entre a depressão e o apoio social percebido

Relativamente à análise das correlações entre os fatores e valores totais da depressão e dimensões e valores totais do apoio social, realizadas em função da hipótese (H4) *uma menor perceção de apoio social está associado a níveis mais elevados de depressão*, verificou-se que foram encontradas correlações negativas, entre todas as dimensões das variáveis psicológicas em estudo, para ambos os géneros, confirmando a hipótese (H4) delineada. Estes resultados corroboram os mencionados na literatura de que existe uma robusta associação entre o apoio social inadequado, recebido por ambos os membros do casal que enfrentam a problemática de infertilidade, e os problemas de ajustamento a esta fase (Mindes *et al.*, 2003 in Lund *et al.*, 2009), mais precisamente o aumento da incidência de sintomatologia depressiva (Domar, *et al.*, 1992; Fassino *et al.*, 2002; Greil, 1997; Lechner *et al.*, 2007, in Martins, *et al.*, 2011; Lund *et al.*, 2010; Peterson *et al.*, 2005 in Sexton *et al.*, 2010; Matsubayashi *et al.*, 2004; Slade, *et al.*, 2007; Wischmann, *et al.*, 2001). Neste sentido os bons níveis de satisfação com o apoio social obtidos neste estudo, para ambos os géneros, também podem justificar os níveis mínimos de sintomatologia depressiva observados (cf. Quadro 5 e 6) .

Mais concretamente, nas mulheres as correlações significativas mais fortes encontram-se entre a dimensão *apoio do parceiro* e o fator *cognitivo* ($r=-0.379$, $n=121$, $p<0.001$), *afetivo* ($r=-0.305$, $n=121$, $p<0.01$) e os valores totais da depressão ($r=-0.336$, $n=121$, $p<0.001$), sugerindo que é o apoio do companheiro que mais contribuiu para a manutenção de baixos níveis de sintomatologia depressiva, durante a vivência desta crise. Tal pode ser explicado pelo facto de o parceiro, se constituir como a principal fonte

facilitadora do "processo de aceitação de um estilo de vida sem filhos, facultando uma perspectiva mais positiva da infertilidade e/ou reavaliação dos objetivos de vida e construção de projetos futuros" (*cit in* Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2010, p.2119). O parceiro é também aquele que melhor entende as preocupações, angústias e sentimentos pelos quais o companheiro está a passar, estando ele próprio a vivenciar a mesma situação, contrariamente à família e aos amigos, que muitas vezes por mais vontade que tenham em querer ajudar o casal, não sabem como lidar com a dor do outro. Esta falta de compreensão leva muitas vezes a um afastamento e/ou a respostas de suporte inadequadas (Mahlstedt & Johnson, 1988).

No caso do género masculino encontramos mais correlações moderadas entre diversas dimensões do apoio social e os fatores de depressão, comparativamente às mulheres. De salientar, tendo em conta os valores totais do apoio social percebido e da depressão, que as correlações significativas mais fortes são encontradas entre o total da EMASP e o fator somático, e o total do BDI-II com o apoio da família e da parceira. De facto, segundo alguns autores, a experiência de infertilidade cria por vezes ambiguidade entre as fronteiras dos sub-sistemas, dentro do sistema familiar, repercutindo-se no relacionamento (Burns & Covington, 2000). O resultado desta situação é muitas vezes um aumento dos sentimentos de culpa, inutilidade, auto-depreciação, baixa autoestima e excessiva somatização, como problemas de sono, agitação, dificuldade de concentração, cansaço, sendo estes sintomas somáticos típicos da depressão (Domar *et al*, 1992; Greil, 1997; Fassino *et al*, 2002; Wischmann, *et al*, 2009).

Do ponto de vista da prática clínica, e com base no *Buffering Model* (Cohen & Willis, 1985), os resultados apresentados reforçam a importância de uma intervenção psicossocial, que de forma direta e/ou indireta potencie as redes de suporte social dos casais, de modo a protegê-los do sofrimento emocional causado por todo o processo de infertilidade, promovendo um ajustamento adequado a esta fase (Agostini, *et al.*, 2010; Boivin, 2002; Brucker & McKenry, 2004; Hammarberg, *et al.*, 2001; Lemmens *et al.*, 2004; Lund *et al.*, 2009; Matsubayashi *et al*, 2004; Schneider & Forthofer, 2005; Uribe Larrea & Rodríguez, 2003). Esta intervenção pode por exemplo ser direcionada para a diminuição do estigma associado à condição de infertilidade e da pressão social que muitas vezes (ainda que de forma involuntária) é exercida nos casais no sentido de terem filhos e consequente potenciação da diminuição do isolamento social (Cousineau & Domar, 2007); para a promoção do fortalecimento da relação conjugal e sexual, na

melhoria da comunicação e da expressão de sentimentos (Matos & Pereira, 2005; Uribelarrea, 2008).

Apesar dos resultados da depressão da amostra deste estudo não serem alarmantes, apresentando a maioria sintomatologia mínima, toda a condição de infertilidade e o processo de tratamento, gizam esta fase como um período de grande vulnerabilidade. Deste modo, é importante, segundo uma perspectiva clínica a necessidade de avaliação precoce dos níveis de depressão, no sentido da prevenção do seu desenvolvimento e aumento. A manutenção de níveis baixos de depressão revela-se sobretudo importante nesta população, e em especial nas mulheres inférteis, uma vez que, os resultados de diversas investigações que se debruçaram sobre o modelo psicogénico, sugerem que quanto maior a severidade da sintomatologia depressiva, menor a taxa de gravidez, e menor a predisposição para a adesão a futuras tentativas de tratamento (Faramarzi, *et al.*, 2008; Noorbala *et al.*, 2008; Perkins, 2006; Schmidt, *et al.*, 2003).

VII. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES

O objetivo principal deste estudo foi analisar o impacto psicológico, relativamente às variáveis depressão e apoio social percebido, e a relação entre estas, em indivíduos com diagnóstico de infertilidade, considerando as diferenças de género, o número de tratamentos de Procriação Medicamente Assistida realizados e a duração do problema.

Na maioria dos casos, a infertilidade tem um forte impacto emocional para muitas casais, comprometendo, ainda que, com diferente intensidade, diversas esferas da vida pessoal, conjugal e social dos indivíduos (Schmit, 2009; Wischmann *et al.*, 2009).

Apesar de no geral a maioria desta população não revelar índices elevados de psicopatologia (Lykeridou, *et al.*, 2009; Uribelarrea, 2008; Wischmann *et al.*, 2001), tal como verificado neste estudo, existe uma série de condicionantes que exaltam a vivência desta crise biopsicossocial, como uma das mais difíceis na vida de qualquer casal (Burns & Covington, 2000; Greil, 1997; Wischmann *et al.*, 2001). Assim, o significado psicológico atribuído à parentalidade biológica, aos consequentes tratamentos de PMA e duração da condição de infertilidade; a qualidade do relacionamento com o parceiro, com a família e amigos, são alguns fatores que modulam a resposta emocional, tornando-a mais ou menos perturbadora.

Para além disso, perante a condição de infertilidade, homens e mulheres reagem de forma distinta à experiência de diagnóstico, tratamento e duração de infertilidade. As mulheres tendem a evidenciar maior mal-estar psicossocial, principalmente, maiores níveis de sintomatologia depressiva e maior sensibilidade interpessoal à infertilidade (Uribelarrea, & Rodríguez, 2003). De facto, e apesar de parecer paradoxal, tendo em conta que o apoio social é tido como um fator relevante na redução da sintomatologia depressiva, tal pode ser explicado pelo facto de as mulheres, apesar de reportarem maiores níveis de suporte social, também serem mais suscetíveis às respostas inadequadas e aos aspetos negativos consequentes desse mesmo apoio. Enquanto que o relacionamento com a família e/ou amigos, é apontado como mais deteriorado ao longo do processo de infertilidade (Cousineau & Domar, 2007), as alterações descritas no relacionamento com o parceiro vão muitas vezes, no sentido da aproximação, do fortalecimento da relação e da melhoria da comunicação.

Estes resultados veem reforçar a natureza psicológica e social, para além de médica, da infertilidade, e a importância de um atendimento multi-disciplinar, que permita uma visão holística das necessidades dos casais que enfrentam esta crise, para um consequente ajustamento o mais adequado possível a esta fase. Este apoio psicológico profissional ao casal, ou a cada um dos membros separadamente, fornece um espaço de escuta e suporte, que possibilitará o alívio do sofrimento emocional, o esclarecimento e auxílio na tomada de decisão relativamente aos tratamentos e ajuda no estabelecimento de prioridades (Esteves, 2009). Este tipo de intervenção deve acompanhar todos os passos do tratamento médico, para uma maior taxa de sucesso (Wischmann, 2008).

Uma vez chegados a porto, é sempre possível questionar o percurso escolhido e planear novos rumos. Assim, o presente estudo não está isento de limitações, que devem ser tidas em consideração, aquando da interpretação dos resultados obtidos. Algumas recomendações para investigação futura neste âmbito, serão também apontadas.

Primeiramente, se a heterogeneidade verificada na amostra, sobretudo quanto ao estatuto socio-cultural, diagnósticos, número de tratamentos realizados e duração da infertilidade, pode ser considerada uma potencialidade para o procedimento de generalizações, a população apesar de tamanho considerável (N=238) acabou por se revelar pequena, para se efetuar diferenças de género quanto ao impacto psicológico para dimensões como a influência do fator de infertilidade, duração da infertilidade e número e tipo de tratamentos de PMA efetuados.

A recorrência a uma amostra de conveniência condiciona a representatividade da amostra, e a possibilidade de generalizações concretas dos resultados para esta população em Portugal. No entanto, os principais resultados obtidos, que exaltam a potencialidade das relações sociais no risco de desenvolvimento da depressão; que um período mais extenso de duração da infertilidade pode contribuir sobretudo para uma maior insatisfação com o apoio da família; e que homens e mulheres inférteis diferem quanto aos níveis de sintomatologia depressiva e percepção do apoio social, abrem um importante precedente para futuras investigações neste âmbito, no nosso país.

Este estudo permitiu ainda "despatologizar" a população com dificuldades de fertilidade, porque ao contrário do que é sugerido por alguns estudos, os participantes apresentaram bons níveis de sintomatologia depressiva e índices moderados de satisfação com o apoio social em geral, fornecendo dados importantes para que os profissionais de saúde desta área, levem a cabo intervenções mais ajustadas às necessidades destes casais. Desta forma, ainda que tivessem sido encontradas diferenças entre géneros, essas são encontradas no contexto de níveis adequados de ajustamento nas duas medidas, limitando a significância clínica dos resultados.

Relativamente ao instrumento de medida do apoio social percebido (EMASP) é uma medida geral, e não se encontra validada para a população infértil portuguesa em particular. Mesmo que esta não tenha sido uma opção metodológica, tendo em conta que o estudo se insere no âmbito de uma investigação mais alargada em curso, não se deixou de considerar as limitações inerentes ao recurso a este instrumento. Assim, os resultados obtidos através desta escala, são percepções generalizadas de como os participantes veem o apoio social em diferentes contextos, mas não especificamente no contexto da infertilidade. Segundo Martins e colaboradores (2011) "mesmo que seja comum abordar este tema com os amigos e a família (Peronace *et al.*, 2007 *in* Martins, *et al.*, 2011), não temos a certeza que a condição de infertilidade já tenha sido revelada, e que portanto, um eventual descontentamento com este apoio se relacione com respostas de ajuda inadequadas durante esta fase" (*cit in* Martins *et al.*, 2011, p. 2119).

A recolha de dados deste estudo foi quantitativa, realizada através de inquéritos, por questionário de auto-resposta, por permitir uma recolha mais rápida e alargada de um grande número de informações. Apesar das vantagens inerentes a este formato de recolha, é importante estar consciente da sua vulnerabilidade a potenciais distorções devidas a enviesamentos de resposta, por efeitos de desejabilidade social, perguntas mal-entendidas,

defensividade e negação nas respostas (Hill & Hill, 2005), pelo que se constitui uma fragilidade para a extrapolação dos resultados obtidos.

Por este estudo ser de carácter transversal, tendo em conta as limitações temporais para a sua realização, não foi possível analisar a influência do número de tratamentos realizados e duração da infertilidade nas variáveis psicológicas estudadas para os mesmos indivíduos. Assim seria relevante para futuras investigações levar a cabo estudos de carácter longitudinal, com indivíduos inférteis antes, durante e depois dos tratamentos de fertilidade, e ao longo de todo o processo, de modo a perceber as oscilações do humor e os momentos de maior fragilidade psicológica, tendo em conta que a infertilidade não é um evento estático. O recurso a este tipo de estudos possibilitaria também avaliar os efeitos das intervenções psicológicas em casais com fatores de risco para perturbação emocional, de modo a perceber-se quais as intervenções mais adequadas na população infértil portuguesa. Para além disso, através dos estudos longitudinais poder-se-ia analisar como determinadas características dos casais (e.g. otimismo, resiliência, altruísmo, significado pessoal da parentalidade) podem influenciar as respostas de adaptação a esta fase. Numa perspetiva mais ambiciosa, e tendo em conta os resultados inconsistentes da literatura, seria ainda relevante cruzar os aspetos psicológicos e indicadores hormonais, com o sucesso da terapêutica na infertilidade, procurando-se assim perceber qual a possível influência do impacto psicológico nas taxas de sucesso, ainda reduzidas dos tratamentos de PMA. Inicialmente pensou focar-se o casal como unidade de análise, mas tendo em conta a dificuldade inerente à recolha desta população, optou-se por considerar o nível de análise individual, de forma a obter-se, para cada condição de estudo, uma amostra numericamente mais representativa e estatisticamente interessante. Deste modo, poderá ser interessante replicar este estudo em casais, com particular interesse para a análise das diferenças na variável satisfação com o apoio do parceiro.

Por fim, importa salientar que a vivência da infertilidade é moldada pelo contexto socio-cultural (Greil, *et al.*, 2009), daí que uma possível generalização dos resultados obtidos é mais viável para a população portuguesa onde foi recolhida a amostra, e deve ser tratada com cautela para outras populações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbey, A., Andrews, F.M. & Halman, L.J. (1991). Gender's Role in Response to Infertility. *Psychology of Women Quarterly*, 15, 295-316.
- Abbey, A., Andrews, F.M. & Halman, L.J. (1995). Provision and receipt 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.
- Agostini, F., Monti, F., De Pascalis, L., Paterlini, M. & Blickstein, I. (2010). Psychosocial support for infertile couples during assisted reproductive technology treatment. *Fertility and Sterility*, 95 (2), 707-10.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)(4th Ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Eds., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, M. I. O. (2005). *A doença oncológica na criança: adaptação e bem-estar psicológico das mães, dos seus filhos e a relação entre ambos*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Arigmon, I. I. L., Paranhos, M. E. & Werlang, B. S. G. (2010). Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 9 (3), 383-392.
- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P: & Bramson, R. (2001). Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology*, 20(2), 112-119.

- American Society for Reproductive Medicine (ASRM) (2008). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. *Fertility and Sterility*, 90:S60.
- Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D. & Tennant, C. (1994). Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 1-3.
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II Manual*. New York: The Psychological Corporation.
- Berg, B.J. & Wilson, J.F. (1991). Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. *Social Science Medicine*, 33, 1071–1080.
- Berghuis, J. & Stanton, A. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over in insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 433-438.
- Bloom, J. (2000). The role of family support in cancer control. In L. Baider, C. Cooper, & A. De-Nour (Eds.). *Cancer and the family* (55-71). New York: John Wiley & Sons.
- Boivin, J. (2002). Who is likely to need counselling? *ESHRE Monographs: Guidelines for Counselling in Infertility*, (1) 9-10.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57, 2325–2341.
- Bos, S. C., Pereira, A. T., Marques, M., Maia, B., Soares, M. J., Valente, J., Gomes, A., Macedo, A. & Azevedo, M. H. (2008). The BDI-II factor structure in pregnancy and postpartum: Two or three factors? *European Psychiatry*, XX(2008), 1-7.
- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2003). *SPSS for Psychologists: A Guide to Data Analysis using SPSS for Windows*. (2ªEd.) Palgrave Macmillan.
- Bryan, E., Ronald, H. (2002). *A criança esquiava – infertilidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Buela-Casal, G., Sierra, J. & Cano, J. (2004). *Manual de Evaluacion y Tratamientos Psicologicos*. Madrid: Tapa Blanda.

- Burns, L.H. & Covington, S.N. (2000). Psychology of Infertility. In L.H. Burns & S.N. Covington (Eds.), *Infertility Counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. London: The Parthenon Publishing Group.
- Brucker, P.S. & McKenry, P.C. (2004). Support from health care providers and the psychological adjustment of individuals experiencing infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33, 597-603.
- Callan, V. J (1988). Towards understanding women's decisions to continue or stop FIV: the role of social, psychological and background factors. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 5 (6), 363-369.
- Cambiaghi, A.S. & Castellotti, D.S. (s/d). A Infertilidade Inexplicada. In A.S., Cambiaghi & D. S., Castellotti (Eds), *Fertilidade Natural: de volta ao passado a caminho do futuro*. São Paulo Editora.
- Canty-Mitchell, J. & Zimet, G.D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28, 391-400.
- Cardoso, H., Carvalhosa, S., Dias, S., Gonçalves, A., Pais-Ribeiro, J., Silva, I. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 21-32.
- Carvalho, J. L. S. & Santos, A. (2009). Estudo Afrodite: Caracterização da Infertilidade em Portugal. Monografia apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Chan, A. C. M. & Cheng, S.T. (2004). The multidimensional scale of perceived social support: dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Personality and Individual Differences*, xxx (2004) xxx-xxx.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 35 (5), 300-314.

- Coelho, R., Martins, A. & Barros, H. (2002). Clinical Profiles relating Gender and Depressive Symptoms among Adolescents ascertained by the Beck Depressive Inventory II. *European Psychiatry*, 17 (4), 222-6.
- Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social Support, Stress and the Buffering Hypothesis: a theoretical analysis. In A. Baum, S.E. Taylor & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*. New York: Hillsdale.
- Cohen, S. & Willis, T. (1985). Stress, Social Support and the Buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-337.
- Cook, E.P. (1987). Characteristics of the biopsychosocial crisis of infertility. *Journal of Counseling and development*, 65, 465-470.
- Cousineau, T.M & Domar, A.D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2): 293-308.
- Cunha, M.C.V., Carvalho, J.A., Albuquerque, R.M., Ludermit, A.B. & Novaes, M. (2008). Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. *Revista Psiquiatria*, 30 (3), 201-210.
- Daniluk, J. (1988). Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, 49, 982-990.
- Delgado, M. J. C. (2007). *O desejo de ter um filho... As vivências do casal infértil*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Demyttenaere, K., Nijs, P., Evers-Kiebooms, G. & Koninckx, P.R. (1992). Coping and the ineffectiveness of coping influence the outcome of in vitro fertilization through stress responses. *Psychoneuroendocrinology*, 17, 655–665.
- Dhont, N., Wijgert, J., Coene, G., Gasarabwe, A., & Temmerman, M. (2011). ‘Mama and papa nothing’: living with infertility among an urban population in Kigali, Rwanda. *Human Reproduction*, 26 (3), 623–629.

- Domar, A.D., Broome, A., Zuttermeites, P.C., Seibel, M.M. & Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58 (6), 1158-1163.
- Domar, A.D., Zuttermeister, P.C., Friedman, R. (1993). The Psychological impact of infertility: a comparison parents other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 14, 45–52.
- Drosdzol, A. & Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couples – an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 11–20.
- Dunn, G., Sham, P. & Hand, D. (1993). Statistics and the Nature of Depression. *Psychological Medicine*, 23, 871-889.
- Erikson, E. H. (1976). *Identidade: Juventude e crise*. Rio de Janeiro: ZAHAR editores.
- Epstein, Y.M., Rosenberg, H.S., Grant, T.V., & Hemenway, N. (2002). Use of the internet as the only outlet for talking about infertility. *Fertility and Sterility*, 78, 507–515.
- Esteves, M. L. (2009). *Infertilidade a quanto obrigas!...* Trilhos Editora e Coisas de Ler.
- Facchinetti, F., Demyttenaere, K., Fiorono, L, Neri, I. & Genazzani, A.R. (1992) Psychosomatic disorders related to gynecology. *Psychotherapy and Psychosomatic.*, 58, 137–154.
- Faramarzi, M., Alipor, A., Esmaelzadeh, S., Kheirkhah, F., Poladi, K. & Pash, H. (2008). Treatment of depression and anxiety in infertile women: Cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *Journal of Affective Disorders*, 108, 159–164.
- Faria, C. (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Farinati, D. M., Rigoni, M. S., Muller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da Psicologia da Saúde. *Estudos de Psicologia*, 23 (4), 433-439.

- Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V. & Garzaro1, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17 (11), 2986–2994.
- Fekkes M., Buitendijk, S.E., Verrips, G.H.W., Braat, D.D.M., Brewaeys, A.M.A., Dolfin J.G., Kortman, M., Leerentveld, R.A. and Macklon, N.S. (2003) Healthrelated quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*, 18,1536–1543.
- Fernandes, S.M.R. (2009). *Preditores Psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro na mama: o papel do estado emocional, das representações da doença, do optimismo e dos benefícios percebidos*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45, 1679– 1704.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2009). Review article: The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32 (1), 140–162.
- Greil, A.L., Shreffler, K. M., Schmidt, L. & McQuillan, J. (2011). Variation in distress among women with infertility: evidence from a population-based sample. *Human Reproduction*, 26 (8), 2101–2112.
- Grimaldi, G. (2001). *Ter um filho – problemas da fertilidade e concepção*. Editorial Estampa.
- Hammarberg, K., Astbury, J. & Baker H. (2001). Women’s experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16, 374-83.
- Harvard Mental Health Letter (2009). The psychological impact of infertility and its treatment: Medical interventions may exacerbate anxiety, depression, and stress. *Harvard Medical School*, 25 (11), 1-3.
- Hill, A & Hill, M. M. (2005). *Investigação por Questionário*. (2ªEd.) Lisboa: Edições Sílabo.

- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C. & Moller, A. (2007). The psychological influence of gender infertility diagnoses among men about to start IVF or ICSI treatment using their own sperm. *Human Reproduction*, 22 (9), 2559–2565.
- Karimzadeh, M., Salsabil, N., Akbariasbagh, F., Mehraei, A. (2006). The Psychological Impact of Infertility in the Male Able Bodied and Spinal Cord Injured Population. *Sex Disabil*, 24, 185–193.
- Laffont, I. & Edelmann, R.J. (1994). Psychological aspects of in vitro fertilization: a gender comparison. *Journal Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15, 85-92.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lee, T.Y., Sun, G.H., & Chao, S.C. (2001) The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16, 1762–1767.
- Lemmens, G.M.D., Vervaeke, M., Enzlin, P., Bakelants, E., Vanderschueren, D., Hooghe, T.D. & Demyttenaere, K. (2004). Coping with infertility: a body–mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*, 19 (8), 1917–1923.
- Loftus, J. (2006). Reconstructing Relationships: How Infertile Women Cope with Negative Social Support. *American Sociological Association Annual Meetings*, Montréal, Quebec, Canada.
- Lopes, V.M.S. (2008). *Personalidade e Ajustamento Emocional na Infertilidade*. Dissertação de Mestrado no âmbito da Psicologia da Gravidez e da Maternidade, apresentada ao Instituto de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Lund, R., Sejbaek, C.S., Christensen, U. & Schmit, L. (2009). The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Human Reproduction*, 24 (11), 2810-2820.
- Lykeridou, K., Gourountib, K., Deltsidou, A., Loutradis, D. & Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27 (3), 223–237.

- Mahajan, N.N., Turnbull, D.A., Davies, M.J., Jindal, U.N., Briggs, N.E. & Taplin, J.E. (2009). Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human Reproduction*, 24 (4): 906–912.
- Mahlstedt, P.P. & Johnson, P.T. (1988). Support to Persons Experiencing Infertility: Family and Friends Can Help. In D. Valentine (Ed.) *Infertility and Adoption: A Guide for Social Work Practice*. The Haworth Press.
- Malik, S. H. & Coulson, N. (2008). The male experience of infertility: a thematic analysis of an online infertility support group bulletin board. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (1), 18–30.
- Martins, A. M. Q. (2000). *As Manifestações Clínicas da Depressão na Adolescência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Martins, A., Coelho, R., Ramos, E., & Barros, H. (2000). Administração do BDI-II a adolescentes portugueses: resultados preliminares. *Revista Portuguesa Psicossomática*, 2(1), 123-132.
- Martins, A., Silva, A. L. & Nêveda, R. (2005). Ajustamento Psicológico de Doentes com Insuficiência Respiratória Crónica em Ventilação Mecânica Domiciliária. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1-2), 125-137.
- Martins, M.V., Peterson, B.D., Almeida, V.M. & Costa, M.E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26 (8), 2113–2121.
- Matos, P. & Pereira, M.G. (2005). Áreas de Intervenção na doença oncológica. In M.G. Pereira & C. Lopes (Coords.), *O doente oncológico e a sua família* (pp. 15-26). Lisboa: Climepsi Editores.
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S., Suzuki, T., Kondo, A., Makino, T. (2004). Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feeling of stress. *General Hospital Psychiatry*, 398-404
- McDaniel, S.H., Hepworth, J. & Doherty, W. (1992). Medical family therapy with couples facing infertility. *The American Journal of Family Therapy*, 20, 101-122.

- Menezes, I. (2007). *Intervenção Comunitária: Uma Perspectiva Psicológica*. Porto: Livpsic.
- Menning, B.E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34 (4), 313-319.
- Mikesell, S. G. & Stohner, M. (s/d). Infertility and pregnancy loss: the role of the family consultant. retirado de <http://plos.deepdyve.com/lp/psycbooks-reg/infertility-and-pregnancy-loss-the-role-of-the-family-consultant-UFtpw0kg7f>
- Montagnini, H.M.L., Blay, S. L., Novo, N. F., Freitas, V. & Cedenho, A.P. (2009). Estados emocionais de casais submetidos à fertilização *in vitro*. *Estudos de Psicologia*, 26(4) 475-481.
- Moreira, A. P. G (2009). *Infertilidade e adoção: estudo exploratório com mais adotivos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal
- Moreira, S. (2004). *Abordagem dos Aspectos Psicológicos da Mulher Infértil: um estudo qual-quantitativo*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Moutinho, S. (2003). *Tudo por um filho: viagem ao mundo da infertilidade em Portugal*. Dom Quixote.
- Nachtigall, R.D. (2006). International disparities in access to infertility services. *Fertility and Sterility*, 85, 871-876.
- Newton, C.R., Hearn, M.T. & Yuzpe, A.A. (1990) Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*, 54, 879–886.
- Nieuwenhuis, S. L., Odukogbe, A.T.A., Theobald, S. & Liu, X. (2009). The Impact of Infertility on Infertile Men and Women in Ibadan, Oyo State, Nigeria: A Qualitative Study. *African Journal of Reproductive Health*, 13 (3), 85-98.
- Noorbala, A.A., Ramazanzadeh, F., Malekafzali H., Abedinia, N., Forooshani, A.R., Shariat, M. & Jafarabadi, M. (2008). Effects of a psychological intervention on

- depression in infertile couples. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 101, 248–252.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. (2ªEd.) Allen & Unwin.
- Papalia, D.E, Olds, S.W. & Feldman, R.D. (2001). *O mundo da criança*. (8ª Ed.) Lisboa: McGrawHill.
- Pash, L.A. & Dunkel-Schetter, C. (1997). Fertility Problems: Complex Issues Faced by Women and Couples. In S.J. Gallant, G.P. Keita & R. Royak-Schales (Eds). *Health Care for Women: Psychological, Social and Behavioral Influences*. New York: Washington DC: American Psychological Association.
- Pasch, L., Dunkel-Schelter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husband's and wife's approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, 17(6), 1241-1247.
- Paul, M.S., Berger, R., Berlow, N., Rovner-Ferguson, H., Figlerski, L., Gardner, S. & Malave, A.F. (2010). Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility, *Human Reproduction*, 25 (1), 133–141.
- Perkins J. (2006). The psychological impact of infertility. *Therapy Today*, 17 (8): 17-19.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.,H. & Skaggs, G.E. (2006). The relationship between coping and depression in men and women referred for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 85 (3), 802-804.
- Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U. & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23 (5), 1128–1137.
- Pinto, I. (2010). *Sintomatologia Depressiva e Consumo de Bebidas Alcoólicas em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M.M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanasfshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BCM Woman's health*, 4 (9), 1-7.
- Relvas, A.P. (1996). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A.P. & Alarcão, M. (2007). *Novas formas de família*. (2ª Ed.) Coimbra: Quarteto.
- Relvas, A.P. & Lourenço, M.C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e maternidade. Perspectiva Sistémica. In M.C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Remohí, J., Cobo, A., Remero, J., Santos, M.J. & Pellicer, A. (2008). *Manual Prático de Esterilidade y Reproducción Humana: laboratorio de reproducción asistida* (3ª Ed.). Interamericana de España.
- Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Robaina, N.F., Rio, C.J. & Rosset, M. C. (2008). Terapia de Pareja en Infertilidad. *Papeles del Psicólogo*. 29 (2), 205-212.
- Rubinow, D.R. & Roca, C.A. (1995). Infertility and Depression. *Psychosomatic Medicine* 57, 514-516.
- Sampaio, L. R. & Figueiredo, V. C. (2005). Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos. *Revista Nutrição*, 18(1):53-61.
- Santos, A.M.G. & Vara, N. (2001/2002). Dimensões Psicológicas da Infertilidade e da Esterilidade. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17-18, 215-221.
- Saramago, J. (1997). *Memorial do Convento*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sawatzky, M. (1981). Principles and Practice: Tasks of infertile couples. *JOGN Nursing*, 132-133.
- Schneider, M.G. & Forthofer, M. S. (2005). Associations of Psychosocial Factors with the Stress of Infertility Treatment. *Health & Social Work*, 30 (3), 183-191.

- Seibel, M.M. & Taymor, M.L. (1982). Emotional Aspects of Infertility. *Fertility and Sterility*, 37 (2), 137-145.
- Sexton, M.B., Byrd, M.R.& Kluge, S. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 236–241.
- Slade, P., Emery, J. & Lieberman, B.A. (1997) A prospective, longitudinal study of emotions and relationship in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 12, 183–190.
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A.J. & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at in infertility clinic. *Human Reproduction*, 22 (8), 2309-17.
- Schwarzer, R., Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42 (4): 243-252
- Schmidt, L., Christensen, U. & Holstein, B. E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*., 20 (4), 1044–1052.
- Schmidt, L., Holstein, B.E., Boivin, J., Tjørnhøj-Thomsen, T., Blaabjerg, J. & Hald, F. (2003). High rating of satisfaction with fertility treatment is common: findings from the Copenhagen multi-center psychological infertility (COMPI) Research programme. *Human Reproduction*, 18(12), 2638-2646.
- Schmit, L. (2009). Social and Psychological Consequences of Infertility: social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction – what are the research priorities? *Human Fertility*, 12(1): 14–20.
- Share, J.M., Schiff, I. & Wilson, E.A. (1976). The Infertile Couple: Evaluation and Treatment. *Clinical Symposia*, 28 (5), 8-40.
- Snowden, R. (1998). Psychosocial discontinuities introduced by the new reproductive technologies. *Journal of Community Applied and Social Psychology*, 8, 249-259.

- Templeton, A. (2000). Infertility and the establishment of pregnancy- overview. *British Medical Bulletin*, 56 (3), 577-587.
- Uribe Larrea, L. L. & Rodríguez, R.M. (2003). Atención psicológica a las parejas infértiles en tratamiento de reproducción asistida. In J.M.O. Quiles, M.J.Q. Sebastián & F.X.M. Carrilo (Eds.). *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Uribe Larrea, L.M.L. (2008). The Psychological Impact of Infertility. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), pp. 158-166.
- Vásquez, I., Rodríguez, C., & Álvarez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. (2^a ed.). Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Valentine, D.P. (1986). Psychological impact of Infertility: identifying issues and needs. *Social Work in Health Care*, 11 (4), 61-69.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Minnin, A., Kremer, J.A.M. & Kraaijmaat, F.W. (2005). A longitudinal prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20, 2253-2260.
- Walen, H.R & Lachman, M.E. (2000). Social support and strain from partner, family, and friends: costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17, 5-30.
- Wentington, E. & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 35-43.
- Winemiller, D.R., Mitchell, M.E., Sutliff, J., Celine, D.J. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (5): 638-648.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I. & Verres, R. (2001) Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*, 16, 1753-1761.

- Wischmann, T., Scherg, H., Strowitzki, T. & Verres, R. (2009). Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Human Reproduction*, 24 (2), 378–385.
- Woods, N.F., Olshansky, E.F. & Graye, M.A. (1991). Infertility: women's experiences. *Health Care for Women International*, 12, 179-190.
- World Health Organization. (1999). *WHO Laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction*, 3rd edition. Cambridge: Cambridge University Press:1-28.
- Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J. & Girard, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55:100–108.
- Yunes, M.A. (2003). Psicologia Positiva e Resiliência: o Foco no Indivíduo e na Família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Anexos

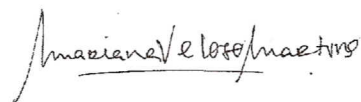
Anexo 1

Declaração de autorização de participação no processo de
recolha de dados e utilização de parte dos instrumentos

DECLARAÇÃO

Na qualidade de investigadora principal do projecto “Implicações e Efeitos Psicológicos na Vivência de Barreiras à Fertilidade”, declaro que a aluna Andreia Elisabeth Ferreira Pereira foi autorizada a participar no processo de recolha de dados e a utilizar parte dos instrumentos utilizados.

Porto, 23 de Outubro de 2011



Mariana Veloso Martins

Anexo 2

Questionário Demográfico e Clínico (versão Feminina)

VERSÃO FEMININA

INFORMAÇÃO SOBRE O PROJECTO

Cara Participante,

Nos últimos anos, os problemas de fertilidade têm recebido uma atenção sem precedentes por parte das mais diversas entidades e organizações.

Este estudo visa perceber quais as implicações psicossociais e dificuldades pelos quais passa um casal com problemas de fertilidade. **O seu contributo é extremamente valioso** não só para a comunidade científica, mas principalmente para a **prática clínica e da reprodução assistida**.

A duração máxima prevista para concluir o questionário é de 20 minutos.

Todos os dados são confidenciais, e apenas a investigadora responsável terá acesso a eles.

NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS: pretendem-se **respostas o mais espontâneas possível** e que reflectam **aquilo que está a pensar neste momento**, e não aquilo que gostaria de pensar ou que imagina que os outros pensam de si. Por isso, **é importante que o preencha sozinha**.

Muito obrigado pela sua colaboração,
Os investigadores

A. ANTECEDENTES

1. Já alguma vez esteve grávida? (assinale todas as opções correspondentes ao seu caso)

- ☐ Não → Passe à questão 3
- ☐ Sim, sem recorrer a tratamentos ou medicação para engravidar → Quantas vezes? ____
- ☐ Sim, com tratamentos de infertilidade → Quantas vezes? ____

2. Já teve um parto? (assinale todas as opções correspondentes ao seu caso)

- ☐ Não
 - ☐ Sim, por gravidez sem tratamentos → Em que anos? ____ / ____ / ____
 - ☐ Sim, por gravidez com tratamentos → Em que anos? ____ / ____ / ____
- (1ª vez) (2ª vez) (3ª vez)
Se gémeos, escrever 2 (+) vezes o mesmo ano

3. Há crianças na sua relação actual? (assinale todas as opções correspondentes ao seu caso)

- ☐ Não
- ☐ Sim, temos filho(s) nosso(s)
- ☐ Sim, eu tenho de uma relação anterior
- ☐ Sim, o meu companheiro tem de uma relação anterior

4. Há quanto tempo vivem juntos? ____ anos

5. Já alguma vez você e o seu companheiro se propuseram para adoção?

- ☐ Não, para já não está nos nossos planos
- ☐ Já falámos sobre isso, mas ainda não pusemos nada em prática
- ☐ Sim → Quando? (ano) _____

↳ Já adoptaram um filho? ☐ Não

☐ Sim → Quando? (ano) _____

B. FACE AO PROBLEMA DE FERTILIDADE

1. Mês e ano em que você e o seu companheiro começaram a tentar engravidar:

(se já tem filhos, indique a data em que começaram a tentar desta vez)

____/____
mm aaaa

2. Mês e ano em que decidiram procurar ajuda de um especialista na área da fertilidade:

____/____
mm aaaa

3. Mês e ano da primeira consulta de fertilidade:

____/____
mm aaaa

4. Antes do centro onde estão agora, já alguma vez você e/ ou o seu companheiro tinham tido uma consulta médica associada à infertilidade?

- ☐ Não
- ☐ Sim, com o Ginecologista
- ☐ Sim, com o Médico de Família

- ☐ Já frequentámos um Centro Público (hospital)
- ☐ Já frequentámos uma Clínica Privada

5. Já obtiveram algum diagnóstico para o problema de fertilidade?

- ☐ Não
- ☐ Inexplicada/ idiopática [já fizemos exames, mas não revelaram onde está o problema]
- ☐ Factor feminino [eu tenho um problema de fertilidade]
- ☐ Factor masculino [o meu companheiro tem um problema de fertilidade]
- ☐ Factor misto [ambos temos problemas de fertilidade]
- ☐ Outro: _____

6. Já alguma vez você e/ou o seu companheiro se submeteram a algum tratamento de fertilidade?

- ☐ Não → Passe à pág. seguinte
- ☐ Sim

→ 6.1 Indique o número de ciclos de tratamento que já fez

_____ Estimulação ovárica	(ex: gonel, pregnyl, puregon)
_____ IUIs	Inseminação Intra-Uterina
_____ FIVs	Fertilização In-Vitro
_____ ICSIs	Injecção Intracitoplasmática de Espermatozóides

→ 6.2 Por favor assinale se recorreu a um destes métodos

- ☐ Doação de espermia
- ☐ Doação de óvulos

C. DADOS PESSOAIS

1. Altura: _____ m Peso: _____ kg

2. É fumadora?

☐ Não

☐ Sim → quantos cigarros? ____

3. Em média, quantos copos de álcool costuma ingerir por semana?

 Vinho

 Cerveja

____ Bebidas brancas/ espirituosas

Anexo 3

Questionário Demográfico e Clínico (versão Masculina)

VERSÃO MASCULINA

INFORMAÇÃO SOBRE O PROJECTO

Caro Participante,

Nos últimos anos, os problemas de fertilidade têm recebido uma atenção sem precedentes por parte das mais diversas entidades e organizações.

Este estudo visa perceber quais as implicações psicossociais e dificuldades pelos quais passa um casal com problemas de fertilidade. **O seu contributo é extremamente valioso** não só para a comunidade científica, mas principalmente para a **prática clínica e da reprodução assistida**.

A duração máxima prevista para concluir o questionário é de 17 minutos.

Todos os dados são confidenciais, e apenas a investigadora responsável terá acesso a eles

NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS: pretendem-se **respostas o mais espontâneas possível** e que reflectam **aquilo que está a pensar neste momento**, e não aquilo que gostaria de pensar ou que imagina que os outros pensam de si. Por isso, **é importante que o preencha sozinho**.

Muito obrigado pela sua colaboração,
Os investigadores

A. ANTECEDENTES

1. Há crianças na sua relação actual? (assinale todas as opções correspondentes ao seu caso)

- ☐ Não
- ☐ Sim, temos filho(s) nosso(s)
- ☐ Sim, eu tenho de uma relação anterior
- ☐ Sim, o meu companheiro tem de uma relação anterior

2. Há quanto tempo vivem juntos? ____ anos

3. Já alguma vez você e o seu companheiro se propuseram para adopção?

- ☐ Não, para já não está nos nossos planos
- ☐ Já falámos sobre isso, mas ainda não pusemos nada em prática
- ☐ Sim → Quando? (ano) _____

↳ Já adoptaram um filho? ☐ Não

☐ Sim → Quando? (ano) _____

+

(se já tem filho(s), indique a data em que começaram a tentar desta vez)

_____ Vinho _____ Cerveja _____ Bebidas brancas/ espirituosas

Anexo 4

Inventário de Depressão de Beck - II (BDI-II)

POR FAVOR LEIA CUIDADOSAMENTE CADA GRUPO DE AFIRMAÇÕES ABAIXO E ESCOLHA EM CADA UM A **FRASE QUE MELHOR DESCREVE COMO SE TEM SENTIDO DURANTE AS PASSADAS DUAS SEMANAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. PODERÃO HAVER VÁRIAS FRASES NO MESMO GRUPO QUE LHE PAREÇAM ADEQUADAS – NO ENTANTO, **ESCOLHA APENAS UMA** EM CADA GRUPO. (**assinale uma cruz em cada grupo**)

1. Tristeza

- ☐ Não me sinto triste.
- ☐ Sinto-me triste muitas vezes.
- ☐ Sinto-me sempre triste.
- ☐ Estou tão triste ou infeliz que já não aguento.

3. Fracassos Passados

- ☐ Não me considero uma falhada.
- ☐ *Fracassei mais vezes do que deveria.*
- ☐ Revendo o passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.
- ☐ Sinto-me completamente falhada como pessoa.

5. Sentimentos de Culpa

- ☐ Não me sinto particularmente culpada.
- ☐ Sinto-me culpada por muitas coisas que fiz ou devia ter feito.
- ☐ Sinto-me bastante culpada a maioria das vezes.
- ☐ Sinto-me culpada durante o tempo todo.

7. Auto-Depreciação

- ☐ Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.
- ☐ Perdi confiança em mim própria.
- ☐ Estou desapontada comigo mesmo.
- ☐ Eu não gosto de mim.

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- ☐ Não tenho qualquer ideia de me matar.
- ☐ Tenho ideias de me matar, mas não as levarei a cabo.
- ☐ Gostaria de me matar.
- ☐ Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

2. Pessimismo

- ☐ Não me sinto desencorajada em relação ao futuro.
- ☐ Sinto-me mais desencorajada em relação ao futuro do que antes.
- ☐ Já não espero que os meus problemas se resolvam.
- ☐ *Não tenho qualquer esperança no futuro; tudo só pode piorar.*

4. Perda de Prazer

- ☐ Tenho tanto prazer como antes com as coisas que gosto.
- ☐ Eu não gosto tanto das coisas como costumava.
- ☐ Tenho pouco prazer com as coisas que costumava gostar.
- ☐ Não tenho qualquer prazer nas coisas que costumava gostar.

6. Sentimentos de Punição

- ☐ Não sinto que esteja a ser castigada.
- ☐ Sinto que posso vir a ser castigada.
- ☐ Acho que vou ser castigada.
- ☐ Sinto que estou a ser castigada.

8. Auto-Criticismo

- ☐ Não me critico mais do que o habitual.
- ☐ Critico-me mais do que costumava.
- ☐ Critico-me por todas as minhas falhas.
- ☐ Culpo-me de tudo o que de mal me acontece.

10. Choro

- ☐ Não choro mais do que costumava.
- ☐ Choro mais do que costumava.
- ☐ Choro por tudo e por nada.
- ☐ Apetece-me chorar, mas já não consigo.

11. Agitação

- ☐ Não me sinto mais inquieta do que o habitual.
- ☐ Sinto-me mais inquieta do que o habitual.
- ☐ Estou tão agitada que é difícil parar quieta.
- ☐ Estou tão agitada que tenho de me manter a fazer algo.

13. Indecisão

- ☐ Tomo decisões como sempre o fiz.
- ☐ Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual.
- ☐ É muito mais difícil tomar decisões do que antigamente.
- ☐ Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.

15. Perda de Energia

- ☐ Tenho a mesma energia de sempre.
- ☐ Sinto-me com menos energia do que o habitual.
- ☐ Não me sinto com energia para muitas coisas.
- ☐ Não me sinto com energia para nada.

17. Irritabilidade

- ☐ Não estou mais irritável do que o normal.
- ☐ Estou mais irritável do que o habitual.
- ☐ Estou muito mais irritável do que o habitual.
- ☐ Estou irritável o tempo todo.

19. Dificuldades de concentração

- ☐ Concentro-me tão bem como antes.
- ☐ Não me consigo concentrar tão bem como antes.
- ☐ É difícil pensar em qualquer coisa por muito tempo.
- ☐ Acho que não me consigo concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- ☐ Não me sinto mais cansada que o habitual.
- ☐ Canso-me mais facilmente que o costume.
- ☐ Estou demasiado cansada para fazer as coisas do costume.
- ☐ Estou demasiado cansada para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

12. Perda de Interesse

- ☐ Não perdi o interesse nos outros ou nas minhas actividades.
- ☐ Estou menos interessado nas coisas ou nos outros.
- ☐ Perdi a maioria do interesse nas coisas ou nos outros.
- ☐ É difícil interessar-me pelo que quer que seja.

14. Sentimentos de Inutilidade

- ☐ Não me considero incapaz / inútil.
- ☐ Não me considero tão válida e útil como costumava.
- ☐ Sinto-me mais inútil do que as outras pessoas.
- ☐ Sinto-me completamente inútil.

16. Alterações no Padrão de Sono

- ☐ Não notei qualquer mudança no meu sono.
- ☐ Durmo um pouco mais que o habitual.
- ☐ Durmo um pouco menos que o habitual.
- ☐ Durmo muito mais que o habitual.
- ☐ Durmo muito menos que o habitual.
- ☐ Durmo a maior parte do tempo durante o dia.
- ☐ Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

18. Alterações no Apetite

- ☐ Não notei qualquer alteração no meu apetite.
- ☐ Tenho um pouco menos de apetite do que o habitual.
- ☐ Tenho um pouco mais de apetite do que o habitual.
- ☐ O meu apetite é muito menor do que o normal.
- ☐ O meu apetite é muito maior do que o normal.
- ☐ Perdi por completo o apetite.
- ☐ Anseio por comida o tempo todo.

21. Perda de Interesse Sexual

- ☐ Não notei qualquer alteração no meu interesse sexual.
- ☐ Sinto-me menos interessada sexualmente do que o costume.
- ☐ Sinto-me muito menos interessada pela vida sexual.
- ☐ Perdi por completo o interesse que tinha pela vida sexual.

Anexo 5

Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido
(EMASP)

ESTAMOS INTERESSADOS EM SABER COMO SE SENTE FACE A ESTAS AFIRMAÇÕES.

POR FAVOR INDIQUE O SEU **GRAU DE CONCORDÂNCIA** COM CADA UMA. (assinale uma cruz em cada linha)

① Discordo fortemente	② Discordo moderadamente	③ Discordo levemente	④ Concordo levemente	⑤ Concordo moderadamente	⑥ Concordo fortemente
-----------------------------	--------------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 Há uma pessoa especial que está presente quando eu preciso. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 2 Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 3 A minha família tenta verdadeiramente ajudar-me. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 4 A minha família dá-me a ajuda e o apoio emocional de que preciso. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 5 Tenho alguém especial que é uma autêntica fonte de consolo para mim. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 6 Os meus amigos tentam verdadeiramente ajudar-me. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 7 Posso contar com os meus amigos quando as coisas dão para o torto. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 8 Posso falar sobre os meus problemas com a minha família. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 9 Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 10 Há uma pessoa especial que se preocupa com os meus sentimentos. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 11 A minha família está disposta a ajudar-me a tomar decisões. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 12 Posso falar acerca dos meus problemas com os meus amigos. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |