



*Verónica Sofia Felgueiras Magalhães*

**ANSIEDADE E COPING NAS BARREIRAS À FERTILIDADE: DE QUE FORMA OS  
SUJEITOS LIDAM COM O PROBLEMA?**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**  
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
2011



**ANSIEDADE E *COPING* NAS BARREIRAS À FERTILIDADE: DE  
QUE FORMA OS SUJEITOS LIDAM COM O PROBLEMA?**

Verónica Sofia Felgueiras Magalhães

outubro 2011

Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora                    Maria                    Emília                    Costa.

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Maria Emília Costa, pela orientação indispensável à concretização deste estudo, pela simpatia, apoio e disponibilidade demonstrados.

À Dra. Mariana Veloso Martins, que se tornou essencial na realização do meu trabalho. Desde o processo de recolha da amostra, passando pelo apoio na parte estatística. Disponível desde o primeiro dia.

Aos dois Centros de Fertilidade que prontamente se disponibilizaram para colaborar no estudo, ao permitirem a administração dos questionários que serviram de base a esta investigação.

A todos os casais que aceitaram participar neste estudo. Pela paciência e interesse demonstrados, pois sem eles, não seria possível este estudo ser concretizado. Obrigada por terem colaborado e terem partilhado uma parte das vossas vidas.

A todos os meus amigos, sempre presentes nas fases mais importantes da minha vida. Tornaram-se fundamentais não só pela sua presença mas também por todo o carinho e disponibilidade demonstrados quando mais precisei.

Às minhas colegas de curso, que ao longo destes 5 anos me brindaram com bons momentos. Pela companhia que me fizeram ao longo desta jornada, tornando-se essenciais para mim.

À minha família, por tudo aquilo que significa para mim e por todo o apoio constante demonstrado ao longo não só do meu percurso académico, mas também ao longo de toda a minha vida. Aos meus irmãos e aos meus pais que me fizeram crescer e sempre acreditaram em mim, dando-me sempre força quando esta por vezes escasseava.

Ao Pedro por tudo aquilo que representa na minha vida. Por ter acreditado em mim, pelas horas infinitas de paciência demonstrada nos momentos mais difíceis, pelo apoio constante, pelo carinho demonstrado a toda a hora, pelo pilar que é na minha vida.

A toda a gente que contribuiu para que eu chegasse até aqui, o meu muito obrigada!

## Resumo

Um casal é considerado infértil quando não consegue conceber ao fim de um ano de relações sexuais sem a utilização de métodos contraceptivos (6 meses se a sua idade for igual ou superior a 35 anos de idade) (WHO, 2002). Este trabalho teve como objetivo analisar os níveis de ansiedade-estado e ansiedade-traço manifestados por sujeitos que vivem barreiras à fertilidade, bem como as estratégias de *coping* que estes recorrem para lidar com a situação. A amostra foi constituída por 237 sujeitos que passam por este problema, com idades compreendidas entre os 16 e os 49 anos ( $M = 33,77$ ;  $DP = 5,49$ ), sendo que esta foi recolhida em dois centros de fertilidade (um público e um privado) localizados na cidade do Porto. Para além de um questionário demográfico, foram utilizados os instrumentos *COMPI Coping Strategy Scales* (Schmidt, Christensen & Holstein, 2005; adapt. Martins, Almeida & Costa, 2011), com o objetivo de medir o *coping* e o *Inventário Ansiedade Estado-Traço* (Spielberg, 1983; adapt. Silva & Spielberg, 2003), com o objetivo de medir a ansiedade. Os resultados levam-nos a concluir que as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade-estado e ansiedade-traço, quando comparadas com os homens. Para lidarem com o problema, verificou-se que as mulheres apresentam níveis significativamente mais elevados de *coping* centrado na emoção e de *coping* centrado no problema. Os resultados revelaram, também, que tanto homens como mulheres recorrem mais a estratégias de *coping* centradas no problema, tais como a *Reconstrução de Significados* e *Evitamento Passivo*.

**Palavras-Chave:** Ansiedade-estado; ansiedade-traço; estratégias de *coping*; barreiras à fertilidade.

## Abstract

A couple is considered infertile when they don't conceive after one year of sexual intercourse without using contraceptive methods (6 months if your age is greater or equal than 35 years old) (WHO, 2002). The aim of this study was to analyze the levels of state-anxiety and trait-anxiety manifested by individuals that have problems to achieve fertility, as well as the *coping* strategies they use to deal with the problem. Participants included 237 individuals who experience this problem, aged between 16 and 49 years ( $M = 33,77$ ;  $SD = 5,49$ ), and this sample was collected in two fertility centers (one public and one private) located in Oporto. In addition to a demographic questionnaire, *COMPI Coping Strategy Scales* (Schmidt, Christensen & Holstein, 2005; adapt. Martins, Almeida & Costa, 2011) were used, in order to evaluate *Coping* and *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberg, 1983; adapt. Silva & Spielberg, 2003), to measure anxiety. Results showed that women have higher levels of state-anxiety and trait-anxiety compared to men. To deal with the problem, women have significantly higher levels of emotion-focused *coping* on and problem-focused *coping*. It was found that both men and women choose *coping* strategies such as *Meaning-based Coping* and *Passive-avoidance Coping* – *coping* strategies focused on the problem.

**Keywords:** State-anxiety; trait-anxiety; *coping* strategies; fertility problems.

## Résumé

Un couple est considéré infertile quand ils n'atteint pas concevoir après un an de rapports sexuels sans utiliser de contraception (6 mois si l'âge est supérieur ou égal à 35 ans) (WHO, 2002). Ce travail a tenu comme objectif analysé les niveaux d'anxiété-etat et de d'anxiété-trait manifeste par les sujets qui vivent des obstacles à la fertilité, et aussi les stratégies de *Coping* qu'ils utilisent pour traiter le problème. L'échantillon se composait de 237 sujets qui passent par ce problème, âgés de 16 à 49 ans ( $M = 33,77$  ;  $SD = 5,49$ ). La collecte a été effectuée dans deux centres de fertilité situés à Porto (un publique et un privée). Au-delà d'un questionnaire démographique, les instruments *COMPI Coping Strategy Scales* (Schmidt, Christensen & Holstein, 2005; adapt. Martins, Almeida & Costa, 2011) ont été utilisés pour évaluer le *Coping* et l'Inventaire d'Anxiété Etat-Trait (Spielberg, 1983; adapt. Silva & Spielberg, 2003), pour mesurer l'anxiété. Les résultats montrent que les femmes ont des niveaux plus élevés d'anxiété-trait et d'anxiété-etat par rapport aux hommes. Pour traiter le problème, les femmes ont des niveaux significativement plus élevés de *coping* centrée sur l'émotion et de *coping* centrée sur les problèmes. Il a été constaté que les deux genres font une plus grande utilisation de stratégies de *coping*, par exemple la *Meaning-based coping* et le *Passive-avoidance coping* – stratégies de *coping* axées sur le problème.

**Mots-clés:** Anxiété-etat ; anxiété-trait; stratégies de *coping*; obstacles à la fertilité.

# Índice

Introdução.....	1
Capítulo I - Enquadramento Teórico .....	3
1. Infertilidade.....	4
1.1. Os aspetos psicológicos da infertilidade.....	7
1.2. Infertilidade e género.....	8
2. Ansiedade e Infertilidade.....	10
3. <i>Coping</i> e Infertilidade.....	13
Capítulo II – Estudo Empírico.....	20
1. Estudo Empírico.....	21
1.1. Hipóteses.....	21
1.2. Método.....	21
1.2.1. Participantes.....	21
1.2.2. Instrumentos.....	22
1.2.3. Procedimento .....	23
1.2.4. Tratamentos Estatísticos.....	23
2. Resultados.....	25
2.1. Resultados Descritivos .....	25
2.2. Análises Diferenciais.....	28
2.2.1. Diferenças de género na ansiedade .....	28
2.2.2. Diferenças de género na utilização de estratégias de <i>Coping</i> .....	28
2.3. Análises Correlacionais .....	29
3. Discussão dos Resultados .....	32
4. Conclusões .....	40
Referências Bibliográficas .....	42
ANEXOS.....	50

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Caracterização Demográfica da Amostra (N = 237).....	26
Quadro 2 - Médias, desvios-padrão e consistência interna das diferentes dimensões.....	27
Quadro 3 - Correlações de <i>Pearson</i> entre as dimensões do <i>Coping</i> e da Ansiedade, comparando Mulheres e Homens .....	30

## **Introdução**

Este trabalho tem como principal objetivo estudar o impacto das barreiras à fertilidade na vida dos sujeitos que lutam contra este problema. Mais concretamente, os níveis de ansiedade manifestados e as estratégias que eles utilizam para lidar com a situação.

Nas últimas décadas, temo-nos vindo a deparar com cada vez mais mudanças no que respeita aos padrões familiares, pois tem-se verificado que os casais tendem a adiar os seus projetos de parentalidade devido, por exemplo, à instabilidade laboral e financeira. Em consequência, quando começam a pensar num futuro com filhos, a idade muitas vezes torna-se no pior inimigo destas pessoas que anseiam ser pais e mães. Desta forma, muitos sujeitos são confrontados com a possibilidade de não poderem ter filhos, comprometendo o seu sonho. Este problema afeta, atualmente, muitos casais em Portugal à semelhança do que acontece em todo o mundo. As razões para o aumento da infertilidade são multifatoriais, sendo que cada vez mais existe uma maior disponibilidade de respostas para ajudar estes casais a conseguirem conceber.

Segundo Diamond, Kezur, Meyers, Sharf, e Weinshel (1999), os sujeitos que passam por problemas relacionados com a infertilidade, podem experimentar cinco fases ao longo do processo de tentativa de resolução do seu problema. Inicialmente, numa primeira fase marcada pela tristeza, existe um aumento da consciência das suas dificuldades conceptivas, quando o tempo começa a passar e não conseguem conceber. Aqui, começam uma procura de ajuda médica, esperando ansiosamente o diagnóstico do seu problema, podendo surgir algumas dificuldades no que respeita ao relacionamento do casal. Após a procura de ajuda, surge a necessidade de serem realizados inúmeros exames e tratamentos, sendo esta fase marcada pela esperança que os sujeitos têm em conceber. Esta fase é marcada, também, pela dureza dos procedimentos médicos, a perda da sua privacidade e o sofrimento por um futuro incerto. A falha dos tratamentos médicos conduz a uma fase em que o casal é confrontado com a impossibilidade de terem filhos, sendo, assim, confrontados com uma nova etapa das suas vidas, que se caracteriza pela reorientação dos seus objetivos de vida. Numa fase final, situam-se as consequências que todo o processo de infertilidade trouxe, e que pode ditar melhorias no relacionamento do casal sentindo-se mais unidos, depois de uma crise em que ambos sofreram e escolheram continuar lado a lado.

Segundo Cook (1987), a infertilidade está associada a elevadas expectativas relativamente ao desejo de ter um filho, podendo dar origem a uma crise a nível biopsicossocial e que se poderá estender por alguns anos. Esta crise envolve a interação entre fatores relacionados com as causas da infertilidade (causas físicas e psicológicas), fatores psicológicos individuais, fatores relacionados com as reações e crenças acerca da parentalidade. É importante ter em conta dois aspetos, no que toca à infertilidade: o impacto que este problema vai provocar na vida dos sujeitos que passam por ele e os fatores psicológicos associados. A infertilidade torna-se, assim, o assunto central na vida dos indivíduos que dela sofrem, constituindo uma fonte de sofrimento psicológico e social, tanto para as mulheres como para os homens, colocando a relação conjugal sob uma forte pressão (WHO, 2002).

Este trabalho possui uma estrutura organizada em torno de dois capítulos, sendo que no primeiro capítulo é efectuada uma revisão teórica acerca da infertilidade, bem como da sua relação com a ansiedade e as estratégias de *coping*, que constituem aspectos essenciais desta investigação. No segundo capítulo procedemos à descrição do estudo empírico, tendo em consideração os instrumentos utilizados, bem como a caracterização dos participantes e as análises estatísticas levadas a cabo para a análise dos dados. Ainda neste capítulo, os resultados são descritos e analisados em pormenor na discussão dos resultados e, por último, são sumariadas as principais conclusões que sobressaem desta investigação na conclusão.

## **Capítulo I - Enquadramento Teórico**

---

## 1. Infertilidade

Segundo a WHO (2002), um casal é considerado infértil quando não é alcançada a gravidez desejada ao fim de um ano de relações sexuais sem a utilização de métodos contraceptivos (6 meses se a sua idade for igual ou superior a 35 anos de idade). Esta definição é válida para casais com vida sexual frequente, plena de amor e prazer, em que a mulher tem menos de 35 anos de idade, e em que ambos não conhecem qualquer tipo de causa de infertilidade que os atinja. É, também, considerada infertilidade quando o casal consegue a gravidez desejada, mas esta não chega a termo de modo viável – abortamentos de repetição.

A evolução científica em muito tem contribuído para a melhoria da investigação, identificação e avaliação das causas da infertilidade, pois nos últimos anos houve um alargamento do espectro de possibilidades do seu tratamento ou resolução. As suas causas são diversas, diferindo no homem e na mulher. Segundo Sá, Sousa e Barros (2005c), no homem, as causas passam, por exemplo, por anomalias endócrinas, tumores malignos, anomalias anatómicas. Na mulher, devido a alterações hormonais, esta pode ter períodos sem menstruação – amenorreia; mesmo na presença de ciclos menstruais regulares, esta pode não ovular, pode ovular ovócitos imaturos ou ovócitos com alterações (morfológicas e/ou genéticas). Vários distúrbios hormonais contribuem para a disfunção ovulatória e, nos casos mais graves, pode ocorrer insuficiência ovárica prematura – situação em que o ovário deixa de produzir folículos (mulheres com menos de 35 anos de idade) (Sá, Sousa & Barros, 2005b). Outras causas poderão estar na origem da infertilidade, e entre elas encontram-se os hábitos alimentares, pois várias substâncias afetam a qualidade dos ovócitos e dos espermatozoides, podendo também afetar o desenvolvimento da placenta e do feto. A nicotina também é prejudicial, uma vez que provoca lesões no material genético dos ovócitos, tornando-os incompetentes para originar um embrião saudável. Nos homens, a nicotina provoca diminuição da libido, défice da ereção e perda da qualidade do sémen. As drogas e o álcool são igualmente prejudiciais para os casais que procurem e desejem ter um filho, pois causam anomalias e problemas de várias ordens ao feto. Medicamentos, tais como os anti-hipertensores e os anti-depressivos, podem diminuir a libido e dificultar a ereção (Sá, Sousa & Barros, 2005d).

A infertilidade pode ser hereditária, pelo que uma revisão e avaliação da história familiar se revela importante para se perceber se existem casos de infertilidade, casamentos intra-familiares e doenças genéticas, hematológicas, respiratórias, cardiovasculares, endócrinas, autoimunes, renais, neurológicas, psiquiátricas e oncológicas. Na sua origem podem estar ainda fatores não patológicos, como a idade ou a inadequada utilização do potencial de fertilidade.

Um estudo de Sá, Sousa e Barros (2005a), mostrou que a prevalência da infertilidade é de 15-20% na população em idade reprodutiva, sendo que as taxas de infertilidade feminina e masculina são semelhantes. Estima-se que em 80% dos casos, os dois membros do casal apresentam infertilidade, sendo que num deles é mais grave do que noutro. Nos países mais industrializados, o número de sujeitos inférteis tem aumentado, devido a fatores tais como o adiamento da idade de concepção, a existência de vários parceiros sexuais, hábitos sedentários, o tabaco, o álcool e as drogas, bem como os químicos utilizados nos produtos alimentares e os libertados na atmosfera. Segundo Delgado (2007), atualmente é difícil determinar a incidência da infertilidade devido a uma série de senãos. Cada autor tem a sua própria definição; cada região, cada cultura tem as suas próprias concepções do que é a infertilidade; as diferentes metodologias utilizadas ou então a ausência destas constituem entraves para que se possa perceber que percentagem de casais anseiam ter um filho sem, no entanto, o conseguirem. Um outro senão, sendo este extremamente importante, é o facto de os casais que são contabilizados serem apenas aqueles que procuram ajuda médica.

Nos últimos tempos, o número de problemas relacionados com a fertilidade tem vindo a aumentar, pela convergência de vários fatores (físicos, psíquicos, sociológicos e ambientais), reconhecidos atualmente como passíveis de afetar a fertilidade. Segundo Faria (2001), um destes fatores prende-se com o adiamento do primeiro filho, o que faz com que quando a mulher procure engravidar pela primeira vez, o seu potencial de fertilidade se encontre em declínio. Vários fenómenos sociais, tais como, o prolongamento da escolaridade, o atraso da entrada na idade adulta, as dificuldades de acesso ao emprego, o investimento na carreira profissional e no consumo, a par da alteração de papéis das mulheres resultante da sua entrada no mercado de trabalho e a consequente oportunidade de investimento na carreira profissional, têm sido apontados como estando na origem deste acontecimento. O início precoce da vida sexual, e consequentemente o aumento do número de parceiros, que contribui para o aumento da transmissão das infeções sexualmente

transmissíveis (IST) e outros processos inflamatórios com compromisso da função reprodutiva poderão também estar na origem deste problema. O aumento da utilização de métodos contraceptivos determina, por um lado, um menor número de ciclos ovulatórios, reduzindo assim as probabilidades de fecundação. Conduz também a uma maior liberdade sexual, o que aumenta o número de parceiros, e promove o abandono do uso do preservativo e conseqüentemente uma maior exposição às infeções sexualmente transmissíveis. Estes são alguns dos exemplos apontados como suscetíveis de conduzir à infertilidade (Faria, 2001).

Um estudo desenvolvido pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Carvalho & Santos, 2009), intitulado *AFRODITE*<sup>1</sup>, revelou que 9 a 10% dos casais portugueses sofrem de infertilidade ao longo da vida. Este estudo teve como objetivos "determinar a prevalência da infertilidade ao longo da vida e na idade reprodutora", e "caracterizar os conhecimentos, conceitos, atitudes, comportamentos e práticas relativas à fertilidade/infertilidade em Portugal". A amostra utilizada para este estudo foi constituída por 1638 mulheres e 601 homens, de todas as regiões do país e com idades compreendidas entre os 20 e os 69 anos (amostra representativa da população portuguesa). Os resultados permitiram concluir que entre 260 a 290 mil casais portugueses sofrem de infertilidade e mais de 100 mil podem beneficiar de tratamento para solucionar este problema. Embora os portugueses reconheçam que a infertilidade é uma doença que a Medicina pode solucionar (71%), menos de metade das mulheres que sofreram de infertilidade em algum momento da vida recorreram a uma consulta médica. Entre as que sofrem de infertilidade atualmente, 61% admitem já ter recorrido a ajuda clínica, sendo a procura de serviços públicos e privados equivalentes.

Este estudo revelou que um terço das mulheres desconhece os motivos da sua infertilidade, atribuindo o problema a questões hormonais (48%) ou a alterações de ovulação (41%); poucas são as mulheres que associam a dificuldade em engravidar com fatores relacionados

---

<sup>1</sup> Primeiro estudo epidemiológico sobre infertilidade realizado em Portugal, apresentado no dia 25 de novembro de 2009, numa conferência de imprensa que contou com a presença de João Luís Silva Carvalho (professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, autor e coordenador do estudo), Ana Santos (coautora e investigadora da *KeyPoint*), João Bernardes (diretor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMUP), Diogo Ayres de Campos (da Federação das Sociedades Científicas Portuguesas de Ginecologia e Obstetrícia) e Vasco Almeida (vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução).

com o homem (17%), o que denota um conhecimento insuficiente sobre esta doença. Apesar de 84% dos inquiridos afirmarem saber o que é a infertilidade, quando interrogados sobre questões específicas (o que é um espermatozoide ou um óvulo?) o nível de conhecimento é diminuto. Curioso é o facto de boa parte das pessoas ainda associarem os problemas de fertilidade a situações não relacionadas com a doença, como à vontade de Deus (39%) ou ao destino (31%). Carvalho (2009), refere que há muita falta de informação, e que pensa ser vantajoso, em paralelo com a educação sexual nas escolas, os alunos serem também alertados para a questão da infertilidade. A esmagadora maioria dos portugueses defende, por último, que o Sistema Nacional de Saúde deveria pagar (51%) ou compartilhar (43%) os tratamentos da gravidez clinicamente assistida. Este estudo concluiu que é no Norte e em Lisboa/Vale do Tejo que se encontram mais casais inférteis, por motivos de densidade populacional.

Em suma, a infertilidade pode decorrer de fatores não patológicos e patológicos. Os primeiros incluem a idade e a não utilização adequada do potencial fértil do casal e os segundos referem-se aos fatores femininos e masculinos que têm origem em alterações orgânicas. Relativamente aos fatores não patológicos, a idade tem impacto não só sobre a fertilidade feminina, como também a infertilidade masculina. Nas mulheres, o declínio da fertilidade com a idade está repetidamente documentado em estudos científicos, devido à aceleração da perda folicular que ocorre entre 10 a 15 anos antes da menopausa e que conduz à falência ovárica (Gonçalves, 2005). Nos homens, a idade também constitui um fator que dificulta a concepção, pois tal como Hassin e Killick (2003) concluíram, homens com mais de 45 anos necessitam de uma porção de tempo cinco vezes superior para conseguir ter sucesso no processo de concepção.

### 1.1. Os aspetos psicológicos da infertilidade

Até meados da década de 30, poucos eram os investigadores que se dedicavam ao estudo dos aspetos psicológicos da infertilidade, pois até então estes não eram considerados como influentes para a compreensão deste problema. A importância e os estudos dedicados a esta questão, conduziram à definição de duas teorias: a Teoria Psicogénica da Infertilidade e a Teoria das Consequências Psicológicas da Infertilidade. A Teoria Psicogénica da

Infertilidade foi a primeira que teve em conta a variável psicológica e psicodinâmica desta problemática, defendendo que estas variáveis causavam o problema (Noyes & Chapnick, 1964 cit in Lopes, 2008). Isto é, a sua causa era atribuída a conflitos interiores e inconscientes da mulher. A Teoria das Consequências da Infertilidade defende que esta é causada pelo sofrimento que o casal é alvo durante a vivência do seu problema, ou seja, quando se apercebem das suas dificuldades conceptivas, poderão desencadear sentimentos indutores do sofrimento (Lopes, 2008). Assim, o confronto com os tratamentos e o possível insucesso destes, conduz a uma maior vulnerabilidade por parte do casal que é confrontado com este problema e, assim, reações tais como o sofrimento, a ansiedade manifestada, o choque, a frustração e a depressão poderão surgir quando o casal se encontra numa fase de procura de respostas para o seu problema.

Até esta altura, a infertilidade era considerada apenas como sendo de ordem fisiológica e os aspetos psicológicos nunca tinham sido considerados. Estas duas teorias vieram revolucionar os estudos ligados a esta área, embora tenham dado origem a resultados contraditórios e opiniões controversas. Greil (1997), apontou algumas limitações no que toca a estes dois referenciais teóricos, tais como amostras pequenas, muitos estudos de caso, a diversidade de metodologias utilizadas, a não utilização de grupos de controlo ou a utilização de grupos de controlo pouco adequados. As limitações apontadas deram origem a divergências entre os autores que defendiam as causas unicamente fisiológicas da infertilidade e aqueles que tinham em conta os aspetos psicológicos desta vivência.

## 1.2. Infertilidade e género

Hoje em dia os casais deparam-se com dificuldades a vários níveis, quando o assunto é a conceção. A instabilidade económica, a saída cada vez mais tardia de casa dos pais, as tendências sociais, entre outros, conduzem ao adiamento da ideia de constituir família. O facto de a mulher adiar cada vez mais a maternidade, pode conduzir a dificuldades quando esta quiser realmente ser mãe. Desta forma, muitas mulheres irão ter problemas de fertilidade devido à idade (por vezes) avançada com que tentam engravidar. A idade constitui, assim, um entrave para todas as mulheres, pois quanto mais tarde tentam engravidar, mais dificuldades terão em realizar o sonho de serem mães. Aqui, os fatores de ordem fisiológica revelam-se cruciais, pois a conceção exige um bom funcionamento de

ambos os aparelhos reprodutores (da mulher e do homem), sendo importante salientar a maior complexidade do sistema reprodutor feminino comparativamente ao masculino. Bachus (1992), refere que a máxima fertilidade feminina se situa entre os 20-24 anos; sendo que nesta faixa etária apenas 15% das mulheres não consegue uma gravidez após um ano de tentativas, aumentando para 37% nas mulheres na faixa etária de 30-35 anos e atingindo 48% nas mulheres entre os 35-39 anos. A idade é, desta forma, a causa mais importante de fertilidade, nos dias de hoje.

Durante muitos anos, a infertilidade foi apenas considerada como sendo feminina e, portanto, os homens sempre foram colocados à margem deste problema. Tentar perceber as implicações da infertilidade no homem, até aqui, não constituía objetivo dos estudos realizados, uma vez que este problema nem sequer era reconhecido como causa masculina. No entanto, com a evolução dos meios de diagnóstico deste problema, surge a constatação de que também os homens possuem a sua quota-parte de culpa, existindo uma série de fatores masculinos que dificultam a concepção, sendo um deles a idade.

Existem, portanto duas perspetivas no que concerne à infertilidade: uma visão mais centrada na mulher, onde os fatores masculinos nunca foram colocados em causa; e a perspetiva mais recente, onde os fatores masculinos já são tidos em conta para a explicação das vivências da infertilidade. Mas, mais do que perceber os fatores de ambas as partes, é essencial uma abordagem da problemática no casal, uma vez que esta é uma dificuldade inerente aos dois elementos e às suas especificidades. Neste sentido, torna-se fundamental perceber a dinâmica de cada casal e o significado que a infertilidade tem, em particular. Embora existam estudos que provem um grande sofrimento vivido por parte da mulher (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Tarlatzis, 1993; Wright et al., 1991), os estudos já realizados com homens provam que estes vivem esta fase também com sofrimento (Nachtigall, Becker & Wozny, 1992; Peronace, Boivin & Schmidt, 2007).

Muitos estudos foram dedicados à vivência da infertilidade na mulher, uma vez que esta foi considerada durante muito tempo como a única causa deste problema. Os estudos de Wright et al. (1991) e Tarlatzis (1993), revelaram que as mulheres inférteis apresentaram maiores índices de sintomas psiquiátricos do que os seus companheiros, especialmente quando a causa da infertilidade se devia a fatores femininos ou inexplicáveis. Segundo Drosdzol e Skrzypulec (2009), as mulheres inférteis manifestam significativamente

maiores índices tanto de depressão como de ansiedade, comparativamente com o grupo de controlo, constituído por pessoas férteis. No mesmo estudo foram observados níveis de ansiedade e depressão mais elevados em mulheres desempregadas (vs. mulheres com emprego), o que os levou a concluir que o facto de se estar ocupado profissionalmente diminui sinais psicológicos de ansiedade ou depressão.

Embora os primeiros estudos que consideraram os fatores masculinos como possível causa da infertilidade revelassem que os homens que revelam infertilidade masculina eram mais suscetíveis de revelar um maior sofrimento, hoje ainda é possível verificar esta tendência. De facto, alguns homens ainda se sentem constrangidos quando a infertilidade do casal é devida a fatores que estão diretamente ligados com eles. Apesar de estudos revelarem esta tendência, Peronace et al.. (2007) verificaram que todos os homens que passam por esta experiência apresentam um grande sofrimento após o insucesso dos tratamentos a que o casal é sujeito. Drosdzol e Skrzypulec (2009), verificaram que, tal como nas mulheres, foram encontrados níveis de ansiedade e depressão significativamente elevados nos homens, comparativamente ao grupo de controlo (constituído por sujeitos férteis).

Segundo Cousineau e Domar (2007 cit in Faria, 2001), quando um casal planeia ter filhos, surge habitualmente uma representação de uma fase de felicidade, havendo um tempo e um espaço na relação para a parentalidade, embora a constatação de não conseguir ter filhos quando se deseja, possa conduzir a uma lacuna na trajetória desenvolvimental do adulto. Desta forma, os casais que vivem problemas relacionados com a fertilidade podem sofrer um desgaste emocional provocado por todo o processo que esta problemática acarreta.

## **2. Ansiedade e Infertilidade**

Até aos anos 50, a bibliografia existente acerca da ansiedade era escassa (Spielberger, 1966), no entanto, nos últimos sessenta anos os estudos clínicos nesta área começaram a surgir com uma maior regularidade. A escassez de estudos acerca da ansiedade deveu-se à complexidade dos fenómenos que esta implica, à sua ambiguidade e à imprecisão das suas noções teóricas, à falta de instrumentos de medida apropriados, bem como aos problemas éticos relacionados com o controlo da ansiedade em contexto laboratorial (Silva & Spielberger, 2007).

Segundo Abreu (2002), a ansiedade assemelha-se ao medo, pois desencadeia um estado de alerta. No entanto, distingue-se do mesmo ao antecipar uma vivência que acarreta um certo receio, embora não constitua uma verdadeira ameaça. Esta ameaça de perigo pode levar a reações fisiológicas e hormonais, pensamentos irracionais e comportamentos de passividade ou fuga. A ansiedade é uma emoção que acompanha o ser humano ao longo de toda a sua vida, podendo, no entanto, ser mais localizada no tempo e surgir apenas em determinadas circunstâncias, designando-se, nesse caso, ansiedade-estado, ou constituir uma característica relativamente permanente no sujeito, ansiedade-traço (Crespo, 2003). Silva e Spielberger (2007), consideraram que um estado emocional existe em determinado momento do tempo e com determinado nível de intensidade. Assim, a ansiedade-estado é caracterizada por sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação e pela ativação do sistema nervoso autónomo. Por sua vez, a ansiedade-traço é caracterizada pela natureza relativamente estável dos estados emocionais. Isto é, apesar da existência de estados de personalidade muitas vezes temporários, estes podem repetir-se sempre que um estímulo provoque ansiedade e, desta forma, resistirem caso as condições que os provocam persistirem – ansiedade-traço.

A ansiedade-traço diz respeito às diferentes formas como as pessoas reagem às situações *stressantes*, isto é, considera as diferentes formas que cada pessoa tem em considerar uma situação *stressante* como ameaçadora e a capacidade que tem para reagir a ela. Segundo Silva e Spielberger (2007), quanto mais forte for o traço de ansiedade, tanto mais provável será que o indivíduo venha a experimentar maiores níveis de ansiedade-estado, numa situação percebida como ameaçadora. Desta forma, a ansiedade-traço pode também refletir diferenças individuais na frequência e intensidade com que os estados de ansiedade se manifestam anteriormente e na probabilidade com que a ansiedade-estado será sentida no futuro. Estes autores consideram ainda que pessoas com níveis elevados de ansiedade-traço revelam, mais frequentemente, níveis elevados de ansiedade-estado, uma vez que tendem a interpretar um conjunto mais vasto de situações como perigosas ou ameaçadoras. Indivíduos com níveis elevados de ansiedade-traço têm igualmente uma maior tendência para reagir com maiores níveis de ansiedade-estado em situações que implicam relações interpessoais e ameaçam a autoestima. Nestes casos, o estado de ansiedade pode variar relativamente à intensidade e ao tempo, em função da quantidade de *stress* que afeta a pessoa (Silva & Spielberger, 2007).

De acordo com Holter, Andersheim, Bergh e Moller (2006), as respostas emocionais dos casais que vivem barreiras à fertilidade, estão relacionadas com a concretização da gravidez, após os tratamentos. Quando a mulher consegue engravidar, as respostas emocionais melhoram; se a mulher não conseguir engravidar, o seu bem-estar emocional piora. Embora as mulheres apresentem uma maior reação emocional que os homens, esta diferença tende a não se verificar nos casos em que a gravidez não sucede. As mulheres apresentam índices mais elevados de ansiedade e depressão depois de um tratamento mal sucedido e índices mais baixos depois de um tratamento bem-sucedido, enquanto nos homens não se registam estas diferenças. As características de personalidade, o significado dos problemas de fertilidade e o suporte social, acabam por determinar o decurso da resposta emocional (Verhaak et al., 2005).

Jacob (2003) avaliou a ansiedade em homens e mulheres inférteis antes do início de um tratamento, verificando que as mulheres apresentavam elevada ansiedade-traço comparativamente com os homens e índices semelhantes no que concerne à ansiedade-estado. Segundo Corney (1996), os sujeitos que vivem barreiras à infertilidade tendem a apresentar níveis mais elevados de ansiedade, devido às incertezas e dúvidas com que se confrontam. O desejo de ter um filho e a incerteza em relação a um futuro que ficou comprometido com a possibilidade da não concretização do sonho de serem pais, conduz a uma vivência *stressante* do problema. Em consequência desta vivência, poderá surgir um sentimento de perda que, segundo Coimbra de Matos (2001), conta com uma fase inicial de tristeza, uma fase seguinte de inibição, representando a desistência, e uma fase final de angústia que abre caminho a novas possibilidades. Essas perdas podem conduzir a depressão, que muitas vezes surge associada à ansiedade.

Outros estudos indicam maiores índices de ansiedade e depressão em sujeitos inférteis quando comparados com sujeitos férteis (Drosdzol & Skrzypulec, 2009), verificando-se mesmo diferenças entre os elementos dos casais inférteis, no que toca à ansiedade e à depressão. As mulheres tendem a ser caracterizadas por níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard & Verres, 2001). Para as mulheres, a infertilidade devida a um fator feminino ou a um fator masculino não parece ter uma influência diferente no que toca a reações emocionais; relativamente aos homens, estes experienciam mais emoções negativas quando a infertilidade é devida a um fator masculino do que quando se deve a um outro fator (Nachtigall et al., 1992).

Segundo o estudo de Melo, Leal e Faria (2006), as únicas diferenças significativas encontradas e plausíveis de serem interpretadas referem-se à comparação entre depressão, ansiedade e *stress* entre homens com infertilidade masculina e mulheres com infertilidade feminina, sendo que estas mulheres se apresentavam mais ansiosas do que os homens. No que respeita ao alcançar uma gravidez em mulheres inférteis, baixos índices de ansiedade e depressão parecem ditar um melhor prognóstico. A ansiedade, a idade, a tentativa de resolver a infertilidade através de soluções não médicas e a pressão familiar encontram-se entre as variáveis que predizem negativamente a gravidez (Gulseren et al., 2006).

### **3. *Coping* e Infertilidade**

Historicamente, três gerações de investigadores dedicaram-se ao estudo do *coping*: desde uma perspetiva inicial influenciada pela psicanálise, até uma mais recente e integrativa, passando por uma abordagem intermédia (transacional). Existem, portanto, inúmeras definições de *coping*, sendo que entre os investigadores que contribuíram para esta definição, encontram-se Lazarus e Folkman (1984), que formularam a mais referida na literatura – perspetiva transacional. Para eles, o *coping* diz respeito ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percecionadas como penosas ou como estando para além dos recursos do indivíduo. De acordo com estes autores é o processo de avaliação cognitiva que vai determinar o potencial *stressante* de uma situação, assim como, os recursos de *coping* necessários para lidar com esta (Lazarus & Folkman, 1984). Durante o processo de avaliação encontram-se dois momentos distintos: um primeiro, que corresponde à avaliação primária e um segundo momento, que corresponde à avaliação secundária. A avaliação primária é o processo cognitivo através do qual os indivíduos verificam qual o risco envolvido na situação geradora de *stress*. Na avaliação secundária o indivíduo analisa quais são os recursos disponíveis e as opções para lidar com o problema. A avaliação que a pessoa faz de determinada situação é sempre realizada tendo em conta um contexto específico, uma vez que as ações e pensamentos são sempre dirigidos a condições também específicas.

Lazarus e Folkman (1984) identificaram dois tipos de *coping*: o *coping* centrado no problema e o *coping* centrado na emoção. O *coping* que permite o controlo das emoções é

utilizado, geralmente, quando nada pode ser feito para alterar a ameaça ou o perigo, tendo como objetivo principal a diminuição do desconforto emocional e do sofrimento, e recorrendo para tal a estratégias que permitem a manutenção da esperança e do otimismo. As estratégias de *coping* centradas no problema são utilizadas quando os acontecimentos são percebidos como passíveis de serem controlados pelo próprio sujeito. São estratégias que se centram na análise e definição do problema, criação de soluções, avaliação de custos e benefícios de cada uma das soluções e por fim, a escolha da melhor estratégia. As estratégias de *coping* centradas na emoção e a resolução de problemas surgem geralmente associadas, verificando-se que o este tipo de *coping* surge imediatamente após os acontecimentos e é gradualmente substituído por estratégias que visam a resolução do problema. Em situações avaliadas como modificáveis, o *coping* centrado no problema tende a ser posto em prática, enquanto o *coping* centrado na emoção tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis (Folkman & Lazarus, 1980). De acordo com o modelo transacional de *coping*, se o problema for visto pelo indivíduo como *stressante*, este vai tentar geri-lo (*coping* centrado no problema) ou regular a angústia (*coping* centrado na emoção) provocada por ele. Relativamente à relação existente entre os dois tipos de *coping*, importa salientar que cada um deles pode ir dando lugar ao outro gradualmente, ou até situar-se em planos concorrentes. De acordo com o estudo de Anderson, Noyes e Hartford (1972 cit in Lazarus & Folkman, 1984), com sujeitos que sofreram lesões vértebro-medulares ou que experienciaram a morte de um ente-querido. Nestes estudos, verificou-se que no período seguinte à lesão ou à perda de um ente-querido, os sujeitos recorriam à negação ou minimização (estratégias de *coping* centradas na emoção), e que estas eram gradualmente substituídas por estratégias de *coping* centradas nos problemas (que se relacionavam essencialmente com programas de tratamento, desenvolvimento ou manutenção de relacionamentos).

Mais tarde, Folkman (1997) reviu o seu modelo de *coping* e acrescentou uma nova estratégia de *coping*: a reconstrução de significados. Schmidt, Holstein, Christensen e Boivin (2005b), desenvolveram um questionário baseado no original de Folkman e Lazarus (1988) *Ways of Coping Questionnaire*, com o objetivo de medir o *coping* na infertilidade, sendo que esta versão já inclui a revisão da estratégia de *coping* baseada na reconstrução de significados – *COMPI*. Este questionário tem em conta quatro estratégias de *coping*: o Evitamento Ativo, o Evitamento Passivo, a Confrontação Ativa e a Reconstrução de

Significados. A partir desta versão de Schmidt et al. (2005a), foi desenvolvido por Martins, Peterson, Almeida e Costa (2011) um estudo para a validação para a população portuguesa, que inclui as mesmas categorias de *coping*.

Segundo Silva (2009), a forma como cada pessoa lida com as situações depende em grande parte dos recursos que lhes estão disponíveis bem como das restrições que inibem o seu uso no contexto de um acontecimento específico. Estes recursos podem dizer respeito a algo que o sujeito encontra disponível de imediato ou a competências para encontrar recursos que são necessários, mas que não estão à sua disposição de imediato. Em suma, este conceito deve ser analisado tendo em conta o contexto onde decorre o acontecimento *stressante* específico com que os indivíduos se deparam, pois diz respeito a um processo em constante mudança. Desta forma, para serem percebidas mudanças no *coping* ao longo do tempo, são necessárias múltiplas avaliações ao longo do acontecimento *stressante* (Folkman & Lazarus, 1985).

Segundo Lazarus e Folkman (1984) dificilmente existirá um padrão dominante dos níveis de *coping*, embora haja a possibilidade de existirem padrões minimamente comuns na forma como os indivíduos lidam com as situações (devido a formas de resposta culturalmente partilhadas). Estes autores consideram importante a necessidade de compreender as respostas mais eficazes para cada pessoa, consoante as condições específicas com que se deparam. Daí a importância de se analisar os acontecimentos associados, pois a forma como indivíduo avalia o acontecimento é diferente consoante o momento. Não se fala em estratégias de *coping* adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes, pois a eficácia do *coping* deve-se ao equilíbrio existente entre o controlo do desconforto emocional que a situação provoca e a gestão da situação que dá origem ao desconforto (Lazarus & Folkman, 1984). Segundo Stroebe e Stroebe (1999 cit in Varela & Leal, 2007) nenhuma estratégia deve ser considerada melhor ou pior que outra. Cada pessoa avalia a situação de forma diferente e os recursos que estas possuem também são característica delas próprias. A negação e a fuga até podem ser ineficazes por não resolverem o problema, no entanto, têm valor adaptativo quando nada há a fazer para aliviar o desconforto que a situação provoca.

Ter um filho é um desejo comum a grande parte dos casais, sendo muitas vezes visto como um meio para atingir a maturidade e o chamado desenvolvimento pessoal ideal. Ao nível

social, a paternidade é vista como um objetivo central na vida: as mulheres são educadas tradicionalmente a assumir a maternidade como um papel central, primário e essencial na sua vida, assim como a capacidade para ser pai atua como uma confirmação social da virilidade masculina. Ao serem confrontados com a possibilidade de não concretizar este projeto de vida, o casal infértil pode questionar-se frequentemente “porquê a mim?”. Esta situação gere constrangimentos e os sujeitos ficam expostos a uma situação complicada, geradora de angústia e ansiedade. A pressão exercida pelos familiares, amigos e pessoas próximas do casal, poderá causar sentimentos negativos e, face aos comentários e perguntas sobre a sua fertilidade, a mulher e o homem podem sentir-se frustrados por não corresponderem, não só às suas expectativas, mas também às das pessoas próximas que insistem em pressionar. A combinação destas situações poderá levar a que o casal adote sentimentos de culpa, tal como vem sendo referido em diversos estudos (Lalos, 1985; Mahlstedt, 1985; Menning, 1980 cit in Pinto, 1998). Como consequência, o casal poderá procurar nas suas histórias de vida algum acontecimento passado que possa ter estado na origem deste problema e, uma vez incapazes de realizar o desejo de serem pais, muitos casais pensam que com o divórcio estarão a dar a possibilidade ao parceiro de poder constituir uma família com filhos, com outro/a companheiro/a. É aqui evidente o sentimento de culpa que poderá surgir nestes sujeitos, sendo a tristeza uma emoção também presente na vida de quem anseia ter um filho e não consegue. Sentem-se tristes e culpabilizam-se pela tristeza dos outros, que anseiam ser avós, tios, padrinhos, etc. Todos estes sentimentos poderão contribuir para uma baixa autoestima e baixa auto-confiança de quem não consegue realizar o desejo de ter um filho. A diminuição da autoestima e da auto-confiança poderão igualmente provocar um forte sofrimento tanto a nível pessoal, familiar e social, como a nível profissional e no relacionamento com o seu parceiro. Estas consequências poderão levar a mulher a ter sentimentos antagónicos e podendo mesmo chegar a invejar mulheres que estejam grávidas ou que tenham crianças.

Segundo Peterson, Pirritano, Christensen e Schmidt (2008), quando num casal é diagnosticada a infertilidade, os dois elementos que o constituem experimentam normalmente uma variedade de *stressores*. Esses *stressores* incluem, mas não estão limitados a, alterações na vida pessoal do casal e nas relações com os outros, mudanças na qualidade da relação conjugal no que toca ao relacionamento emocional e sexual, e alterações nas relações do casal com os colegas, familiares e amigos. A infertilidade é um

*stressor* de baixo controlo, ou seja, é considerada uma situação geradora de *stress* em que os sujeitos pouco ou nada podem fazer para influenciar a natureza ou o resultado da sua situação (Terry & Hynes, 1998). Desta forma, os casais não vão ter o conhecimento e habilidade definidos para gerir adequadamente o *stress* relacionado com este problema. Como resultado, os casais vão recorrer a uma variedade de estratégias de  *coping*, numa tentativa de recuperar o controlo sobre as suas vidas e reequilibrar as alterações que têm experimentado na sua vida pessoal, conjugal e social e relacional. Além disso, a infertilidade coloca desafios às expectativas de vida dos casais inférteis (Greil, 1997; Newton et al. 1999; Peterson et al. 2007). A infertilidade é um *stressor* que, muitas vezes, está relacionado com os recursos pessoais e relacionais do casal e as estratégias são uma consequência natural da experiência. Como os homens e mulheres se encontram numa situação desconfortável, eles vão encontrar muitas formas para lidar com o seu problema.

A infertilidade tem vindo a ser cada vez mais alvo de estudos, pois diz respeito a uma realidade cada vez mais presente nos dias de hoje. Embora tenha havido um crescimento de estudos no âmbito desta temática e um crescimento e evolução de técnicas de reprodução medicamente assistida, a infertilidade continua a ser ocultada por muitos casais que lidam com este problema. Estes casais tendem a esconder a sua infertilidade devido a fatores, tais como a pressão social ou mesmo a vergonha. Uma vez confrontados com este problema, cada sujeito lida de forma diferente com a sua infertilidade: há sujeitos que enfrentam o problema de uma forma mais positiva, procurando ajuda e sujeitando-se a todas as etapas que envolve o processo da tentativa de gravidez; outros, veem e reagem ao problema de uma forma mais negativa. As estratégias de  *coping* adotadas por cada sujeito diferem e farão parte deste estudo. É interessante verificar, através da literatura, que mulheres e homens lidam de forma diferente com a infertilidade, adotando portanto estratégias de  *coping* diferentes.

A infertilidade afeta mulheres e homens, e o que muitas vezes se pensa serem reações divergentes, prendem-se frequentemente com as diferentes estratégias que adotam para lidar com o problema. De acordo com o estudo desenvolvido por Peterson, Newton, Rosen e Skaggs (2006), as mulheres tendem a utilizar mais estratégias de  *coping* de confrontação, de aceitação da responsabilidade, procura de suporte social, evitamento e fuga, enquanto os homens tendem a recorrer ao distanciamento, auto-controlo, orientados para a resolução de problemas. Verificou-se, ainda, que tanto nos homens como nas mulheres o  *stress*

relacionado com a infertilidade está positivamente associado com as estratégias de evitamento e com a aceitação da responsabilidade e encontra-se negativamente associado com a procura de suporte social, distanciamento e procura de resoluções para o problema em questão. Um estudo desenvolvido por Schmidt et al. (2005b), revelou que mulheres com estratégias de *coping* de evitamento ativo tendem a revelar índices elevados de *stress*. Já nos homens, a utilização de estratégias de *Coping* de confrontação ativa, prediz baixos níveis de *stress*.

Estudos anteriores revelaram que as estratégias de evitamento, que são as que visam a fuga do sujeito de situações emocionalmente dolorosas, são consistentemente relacionadas com aumento da ansiedade, *stress* e angústia na infertilidade (Peterson et al. 2006; Schmidt et al., 2005; Terry e Hynes, 1998). Estratégias como a confrontação ativa (por exemplo, as tentativas de modificar o *stress* da infertilidade, tomando medidas para a resolução de problemas) e a reconstrução de significados (por exemplo, redefinindo o significado e as implicações da infertilidade) têm sido associadas a adaptações de curto e longo prazo para o *stress* da infertilidade (Verhaak & Hammer Burns, 2006).

A meta-análise intitulada “*Gender Differences in Coping with Infertility*”, realizada por Jordan e Revenson (1999), revelou que a infertilidade provoca *stress* tanto nas mulheres como nos homens, embora a literatura indique que este efeito é maior nas mulheres. São evidenciadas diferenças significativas, onde as mulheres utilizam mais estratégias de *coping* centradas na emoção, incluindo a expressão das emoções, a procura de suporte social, a fuga e evitamento, e a adoção de medidas de distração e redução da ansiedade. Paralelamente, os homens utilizam mais estratégias de *coping* centradas no problema. Este estudo revelou ainda que estratégias de *coping* como evitar o problema e aceitar a responsabilidade, são normalmente associados a níveis elevados de angústia, enquanto as estratégias de *coping* como a procura de suporte social e o envolvimento na resolução ativa do problema, tende a diminuir a angústia.

Cada vez mais indivíduos passam por este tipo de problemas, sendo relevante investigar de que forma reagem a esta problemática, bem como tentar perceber que tipo de estratégias utilizam para melhor lidarem com esta situação. Estudos realizados nesta área (Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard & Verres, 2001; Melo et al. 2006), sugerem que as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade, comparativamente com os

homens. Desta forma, neste estudo debruçar-me-ei sobre as diferenças entre géneros no que toca à ansiedade. Procuo igualmente perceber a que tipos de estratégias de *coping* os casais que passam por problemas relacionados com a fertilidade recorrem. Baseando-me nos estudos de Jordan e Revenson (1999), procuro perceber se as mulheres reagem com estratégias de *coping* centradas na emoção e os homens com estratégias de *coping* centradas no problema.

## **Capítulo II – Estudo Empírico**

---

## 1. Estudo Empírico

### 1.1. Hipóteses

Em função dos objetivos já referidos para este estudo, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1 – São esperados níveis significativamente superiores de ansiedade-estado e ansiedade-traço por parte das mulheres, comparativamente com os homens;

H2 – São esperadas diferenças significativas de *coping* em função do sexo. Mais especificamente, espera-se que o sexo feminino apresente valores significativamente mais elevados nas estratégias de *coping* associadas à vivência da infertilidade mais centradas na emoção (confrontação ativa e evitamento ativo) do que o sexo masculino. Por outro lado, é esperado que os homens apresentem níveis mais elevados de *coping* associado à vivência da infertilidade centrado no problema (evitamento passivo e reconstrução de significados), quando comparados com as mulheres.

### 1.2. Método

#### 1.2.1. Participantes

A população alvo deste estudo é constituída por sujeitos que neste momento vivem barreiras à fertilidade. Os participantes responderam ao questionário e após deteção de dados omissos, foram excluídos os sujeitos que não responderam a pelo menos 50% dos itens de cada um dos questionários. A amostra final contém 237 sujeitos, com idades compreendidas entre os 16 e os 49 anos ( $M = 33,77$ ;  $DP = 5,49$ ). No Quadro 1 é possível observar a caracterização da amostra.

### 1.2.2. Instrumentos

O presente estudo é parte integrante de uma investigação a decorrer desde 2009, de onde se retiraram as variáveis em análise. Para além de um questionário demográfico, foram utilizados neste estudo os instrumentos *COMPI Coping Strategy Scales* (Schmidt, Christensen & Holstein, 2005; adapt. Martins, Almeida & Costa, 2011) e o *Inventário Ansiedade Estado-Traço* (Spielberg, 1983; adapt. Silva & Spielberg, 2003).

*Questionário Demográfico.* O presente estudo pretendeu aceder às seguintes variáveis demográficas: idade (data de nascimento), habilitações literárias e tempo de coabitação do casal. Este instrumento permitiu, igualmente, aceder a dados clínicos, tais como o número de filhos, tempo de tentativa de gravidez, recurso a serviços de fertilidade anteriormente e diagnóstico recebido.

*The COMPI Coping Strategy Scales* (Schmidt, Christensen & Holstein, 2005; adapt. Martins, Almeida & Costa, 2011). Desenvolvida a partir da *Ways of Coping Questionnaire* (WOCQ, Folkman & Lazarus, 1988), é uma escala de auto-relato que se baseia nas estratégias de *coping* utilizadas quando confrontados com o *stressor* específico de infertilidade, seguindo as recomendações dos autores (cf. Anexo 2). Na versão portuguesa, os sujeitos podem posicionar-se numa escala de Likert de 6 pontos (1= não uso; 6= uso sempre), estando os itens (n=17) categorizados em 4 subescalas: a) estratégias de evitamento ativo (dois itens; como por exemplo, “evito estar com mulheres grávidas ou crianças”;  $\alpha = .88$ ); b) estratégias de confrontação ativa (seis itens; como por exemplo, “tento ter uma relação próxima com as crianças dos outros;  $\alpha = .74$ ); c) estratégias de evitamento passivo (três itens; como por exemplo, “sinto que a única coisa a fazer é esperar;  $\alpha = .53$ ); e d) estratégias baseadas na reconstrução de significados (seis itens; como por exemplo, “encontro outros objetivos de vida”;  $\alpha = .75$ ). Relativamente às qualidades psicométricas do instrumento, este revelou índices adequados de consistência interna para as quatro dimensões (Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2011).

O *Inventário Ansiedade Estado-Traço* (Spielberg, 1983; adapt. Silva & Spielberg, 2003) é um instrumento de auto-relato que mede a extensão em que os sujeitos experimentam sintomas de ansiedade generalizada (traço de ansiedade) e no momento em que preenchem

o questionário (estado de ansiedade) (cf. Anexo 3). Cada uma das dimensões é composta por 20 itens, onde os sujeitos se posicionam numa escala de Likert de 4 pontos (ansiedade-traço: 1 = quase nunca; 2 = quase sempre; ansiedade-estado: 1 = nada; 4 = muito). Cada dimensão é constituída pelo somatório de todos os itens, podendo variar entre um mínimo de 20 e um máximo de 80 pontos. Relativamente às qualidades psicométricas do instrumento, este apresenta índices adequados de consistência interna (Silva & Spielberg, 2003) nas duas dimensões da ansiedade: Ansiedade Estado ( $\alpha = .89$  e  $\alpha = .91$ , para mulheres e homens respetivamente) e Ansiedade Traço ( $\alpha = .89$  e  $\alpha = .89$ , para mulheres e homens respetivamente), sendo que estes valores foram baseados no grupo de adultos.

### 1.2.3. Procedimento

A versão inglesa do instrumento que avalia o *coping* foi adaptada por Martins, Peterson, Almeida & Costa (2011, cf. Anexo 1).

Os questionários que fazem parte do presente estudo foram aplicados em dois locais diferentes: num Centro de Fertilidade Público localizado no Porto, e num Centro de Fertilidade Privado, também localizado no Porto, que. Aos sujeitos que frequentaram as consultas nestes centros, foi pedido pelo médico assistente a participação no estudo. Para isso, deslocavam-se a uma sala onde estava uma psicóloga, que fornecia uma breve explicação acerca da pertinência e importância do estudo, bem como os objetivos e o procedimento. Os sujeitos respondiam, assim, ao inventário numa sala separada e isolada. Os dados foram recolhidos entre março e dezembro de 2010.

### 1.2.4. Tratamentos Estatísticos

O tratamento dos dados estatísticos foi realizado recorrendo ao programa PASW Statistics, versão 18. Foram feitas análises descritivas, onde foi descrita a amostra, tendo em conta as

respostas dos sujeitos ao questionário demográfico. Foram feitas análises diferenciais, recorrendo-se ao *Teste-t*, com o objetivo de verificar se existem diferenças significativas entre os dois grupos (homens e mulheres). Finalmente, foram realizadas análises correlacionais entre as variáveis, recorrendo-se ao teste de correlação de *Pearson*, com o objetivo de se verificar se as variáveis em estudo se correlacionam.

## 2. Resultados

### 2.1. Resultados Descritivos

O Quadro 1 apresenta as estatísticas descritivas para todas as variáveis em estudo. Como já foi referido, a amostra é constituída por 237 sujeitos, distribuídos igualmente por género. O local de recolha de dados foi dividido entre dois locais distintos, sendo que grande parte dos dados recolhidos (94,5%) foi num Centro de Fertilidade Público e os restantes 5,5% num Centro de Fertilidade Privado. É possível verificar que a faixa etária onde existem mais sujeitos com problemas relacionados com fertilidade é a que compreende as idades de 30 a 35 anos (40,5%) e a faixa menos atingida por este problema é aquela com idade inferior a 35 anos (21,9%). Em termos de habilitações literárias, é visível uma escolaridade algo elevada, uma vez que uma grande parte dos indivíduos tem o 12º ano (38%) e uma boa parte licenciatura (25,6%). O tempo de vida a dois, oscila entre 1 a 16 anos, sendo a faixa 1-4 anos a que apresenta uma maior percentagem de sujeitos (40,4%).

Grande parte dos sujeitos que participaram neste estudo não têm filhos (88,6%), no entanto, 2,5% revelaram ter filhos fruto da sua relação atual e 8,9% têm filhos de uma relação anterior. O tempo de tentativa de gravidez varia entre 0 a 15 anos, sendo que grande parte dos sujeitos (60,4%) estão a tentar engravidar de há 0 a 3 anos; 32% de 4 a 8 anos; e, finalmente, 7,6% estão a tentar de 9 a 15 anos. 37,9% dos sujeitos nunca tinha recorrido a serviços de fertilidade anteriormente, sendo que os restantes já, em serviços tais como: clínica privada (19%); ginecologista (15,9%); hospital (15,9%); e médico de família (11,2%). Relativamente a um possível diagnóstico recebido, 28,9% dos indivíduos ainda não tinham recebido qualquer diagnóstico e dos que já receberam, 28,9% dos casos deve-se a fator masculino; 23,8% deve-se a fator feminino; 8,9% dos indivíduos receberam como diagnóstico *inexplicada/idiopática*; e 5,1% deve-se a fator misto. Dos sujeitos que já receberam um diagnóstico, 43,1% já foram submetidos a tratamento e 56,9% ainda não foram alvo de qualquer tipo de tratamento.

**Quadro 1 - Caracterização Demográfica da Amostra (N = 237)**

<b>Sexo</b>			
Feminino	51,1 %	n = 121	
Masculino	48,9 %	n = 116	
<b>Idade</b>			
Menos de 30 anos	21,9 %	n = 40	
30 – 35 anos	40,5 %	n = 108	
Mais de 35 anos	37,6 %	n = 89	valores omissos: 0
<b>Habilitações Literárias</b>			
4º	3,4 %	n = 8	
6º	11,1 %	n = 26	
9º	12,8 %	n = 30	
12º	38,0 %	n = 89	
Técnico/Bacharelato	5,1 %	n = 12	
Licenciatura	25,6 %	n = 60	
Mestrado	3,8 %	n = 9	valores omissos: 3
<b>Local de recolha de Dados</b>			
Público	94,5 %	n = 224	
Privado	5,5 %	n = 13	valores omissos: 0
<b>Tempo de vida a dois</b>			
1 – 4 anos	40,4 %	n = 95	
5 – 8 anos	36,2 %	n = 85	
9 – 12 anos	14,0 %	n = 33	
13 – 16 anos	9,4 %	n = 22	valores omissos: 2
<b>Crianças na relação actual</b>			
Não	88,6 %	n = 209	
Sim, temos filho(s) nossos	2,5 %	n = 6	
Sim, eu tenho de uma relação anterior	4,7 %	n = 11	
Sim, o meu companheiro tem de uma relação anterior	4,2 %	n = 10	valores omissos: 1
<b>Tempo de tentativa de Gravidez</b>			
0 – 3 anos	60,4 %	n = 136	
4 – 8 anos	32,0 %	n = 72	
9 – 15 anos	7,6 %	n = 17	Valores omissos: 12
<b>Recurso a Serviços de Fertilidade Anteriormente</b>			
Não	37,9 %	n = 88	
Sim, ginecologista	15,9 %	n = 37	
Sim, médico de família	11,2 %	n = 26	
Sim, hospital	15,9 %	n = 37	
Sim, Clínica Privada	19,0 %	n = 44	valores omissos: 5

**Diagnóstico Recebido**

Não	28,9 %	n = 68	
Inexplicada/idiopática	8,9 %	n = 21	
Factor Feminino	23,8 %	n = 56	
Factor Masculino	28,9 %	n = 68	
Factor Misto	5,1 %	n = 12	
Outro	1,3 %	n = 3	valores omissos: 7

**Sujeitos submetidos a algum tratamento**

Sim	43,1 %	n = 97	
Não	56,9 %	n = 128	valores omissos: 0

A média e o desvio-padrão revelados em cada uma das dimensões do estudo é apresentada no Quadro 2. Relativamente à consistência interna dos instrumentos encontrada no presente estudo, é possível verificar que foram encontrados bons índices de consistência interna em quase todas as dimensões de *coping* e ansiedade, à exceção do Evitamento Passivo, que apresentou um  $\alpha = .54$ .

**Quadro 2 - Médias, desvios-padrão e consistência interna das diferentes dimensões**

	<i>M</i>	<i>DP</i>	$\alpha$
Evitamento Ativo	1,52	1,12	.84
Confrontação Ativa	3,35	1,20	.78
Evitamento Passivo	3,34	1,33	.54
Reconstrução de Significados	3,74	1,13	.76
Ansiedade Estado	37,44	12,00	.93
Ansiedade Traço	36,15	10,80	.93

## 2.2. Análises Diferenciais

Foram encontradas diferenças significativas de género nas dimensões ansiedade-estado, ansiedade-traço e *coping*.

### 2.2.1. Diferenças de género na ansiedade

Os resultados indicaram uma diferença significativa de género na dimensão Ansiedade-Estado ( $t(234.15) = 6.21, p = .000$ ), sendo que as mulheres apresentam níveis significativamente mais altos ( $M = 41.75; DP = 11.89$ ), quando comparadas com o grupo masculino ( $M = 32.86; DP = 10.20$ ).

Na dimensão Ansiedade-Traço foram encontradas diferenças significativas de género ( $t(230.67) = 5.28, p = .000$ ), apresentando as mulheres níveis significativamente mais elevados ( $M = 40.17; DP = 11.18$ ), comparativamente com os homens ( $M = 33.24; DP = 9.07$ ).

### 2.2.2. Diferenças de género na utilização de estratégias de *coping*

Os resultados indicaram uma diferença significativa de género na dimensão Evitamento Ativo ( $t(164.28) = 4.17, p = .000$ ), sendo que as mulheres apresentam níveis significativamente mais elevados nesta dimensão ( $M = 1.80; DP = 1.40$ ), quando comparadas com o grupo masculino ( $M = 1.23; DP = 0.59$ ).

Na dimensão Confrontação Ativa foram encontradas diferenças significativas de género ( $t(237) = 4.16, p = .000$ ), sendo que as mulheres apresentam níveis significativamente mais elevados ( $M = 3.64; DP = 1.21$ ), comparativamente aos homens ( $M = 3.00; DP = 1.14$ ).

Os resultados indicaram uma diferença significativa de género na dimensão Evitamento Passivo ( $t(237) = 3.31, p = .001$ ), sendo que as mulheres apresentam níveis significativamente mais altos ( $M = 3.78; DP = 1.36$ ), quando comparadas com o grupo masculino ( $M = 3.19; DP = 1.40$ ).

Finalmente, na dimensão Reconstrução de Significados foram encontradas diferenças significativas de género ( $t(234.99) = 2.67, p = .004$ ), sendo que as mulheres apresentam níveis significativamente mais elevados nesta dimensão ( $M = 3.93; DP = 1.15$ ), comparativamente aos homens ( $M = 3.54; DP = 1.09$ ).

### 2.3. Análises Correlacionais

No que respeita às análises correlacionais, podemos referir que foram encontradas bastantes correlações significativas (cf. Quadro 3).

**Quadro 3 - Correlações de *Pearson* entre as dimensões do *Coping* e da Ansiedade, comparando Mulheres e Homens**

Variáveis	Mulheres						Homens					
	Evita. Ativo	Confront. Acitva	Evita. Passivo	Reconst. de Significados	Ansiedade Estado	Ansiedade Traço	Evita. Ativo	Confront. Ativa	Evita. Passivo	Reconst. de Significados	Ansiedade Estado	Ansiedade Traço
Evita. Ativo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Confront. Ativa	.129	--	--	--	--	--	.210 *	--	--	--	--	--
Evita. Passivo	.143	.346 **	--	--	--	--	.191 *	.413 **	--	--	--	--
Reconst. de Significados	-.092	.444 **	.317 **	--	--	--	.018	.574 **	.297 **	--	--	--
Ansiedade Estado	.363**	.023	.236 **	-.161	--	--	.018	-.056	.062	-.132	--	--
Ansiedade Traço	.372 **	-.023	.141	-.172	.740 **	--	.093	-.099	.047	-.140	.711 **	--

\*\* p < .01; \* p < .05

Quando analisamos as correlações entre as várias dimensões, entre gêneros, verifica-se algumas diferenças. Nas mulheres, foram encontradas associações significativas e positivas moderadas entre a dimensão de *Coping Evitamento Ativo* e as dimensões da ansiedade *Ansiedade-Estado* e *Ansiedade-Traço* ( $p < .01$ ). Tais resultados sugerem que quanto mais elevada for a ansiedade dos sujeitos (estado e traço), mais estes evitam ativamente situações *stressantes* que, neste caso, se reportam às barreiras à fertilidade. Nos homens, a associação entre estas dimensões não se verificou. Foi encontrada uma associação significativa e positiva fraca entre as dimensões *Evitamento Passivo* e *Ansiedade Estado* ( $p < .01$ ), apenas nas mulheres. Tais resultados sugerem que quando elas recorrem ao evitamento passivo, têm tendência a manifestar pouca ansiedade-estado.

Apenas nos homens foi encontrada uma associação significativa e positiva fraca entre as dimensões *Evitamento Ativo* e *Evitamento Passivo* ( $p < .05$ ). Tais dados sugerem que os sujeitos tendem a recorrer aos dois tipos de evitamento, paralelamente. Igualmente apenas nos homens foi encontrada uma associação significativa e positiva fraca entre as dimensões *Confrontação Ativa* e *Evitamento Ativo* ( $p < .05$ ). Tais dados sugerem que quando os homens utilizam como estratégia de *coping* a confrontação ativa, tendem a recorrer pouco ao evitamento ativo e vice-versa.

Foi encontrada uma associação significativa entre as dimensões *Evitamento Passivo* e *Reconstrução de Significados* ( $p < .01$ ), sendo positiva moderada nas mulheres; e positiva fraca nos homens. Tais dados sugerem que quanto mais os sujeitos recorrem ao evitamento passivo, mais será utilizada a reconstrução de significados, sendo que nas mulheres se verifica mais esta tendência. Foi encontrada uma associação significativa e positiva moderada entre as dimensões *Confrontação Ativa* e *Evitamento Passivo* ( $p < .01$ ), em ambos os sexos. Tais resultados sugerem que, quanto mais homens e mulheres recorrem à confrontação ativa, mais evitamento passivo utilizam para lidar com o seu problema. Ambos os sexos apresentam uma associação significativa e positiva moderada entre as dimensões *Confrontação Ativa* e *Reconstrução de Significados* ( $p < .01$ ). Tais dados sugerem que quanto mais os sujeitos utilizam a confrontação ativa como estratégia de *coping*, mais recorrem à reconstrução de significados. Foi encontrada uma associação significativa e positiva forte, entre as dimensões *Ansiedade Estado* e *Ansiedade Traço* ( $p < .01$ ), em ambos os sexos. Tais resultados sugerem que homens e mulheres que têm como

traço da sua personalidade a ansiedade – ansiedade traço –, tendem a desenvolver igualmente ansiedade numa situação de *stress* particular – ansiedade estado.

### 3. Discussão dos Resultados

Inicialmente, tínhamos dois objetivos que passavam pela confirmação das hipóteses formuladas para este estudo. Esperávamos níveis significativamente superiores de ansiedade-estado e ansiedade-traço por parte das mulheres, comparativamente com os homens (H1). Esperávamos, também, diferenças significativas de *coping* em função do sexo. Mais especificamente, esperava-se que o sexo feminino apresentasse valores significativamente mais elevados nas estratégias de *coping* associadas à vivência da infertilidade mais centradas na emoção (confrontação ativa e evitamento ativo) do que o sexo masculino. Por outro lado, era esperado que os homens apresentassem níveis mais elevados de *coping* associado à vivência da infertilidade centrado no problema (evitamento passivo e reconstrução de significados), quando comparados com as mulheres (H2). Os resultados encontrados neste estudo permitem-nos refletir sobre uma série de questões. Começaremos por refletir acerca dos resultados das análises diferenciais, onde foram encontradas diferenças significativas relativas ao género.

Em primeiro lugar, os resultados obtidos no presente estudo, revelaram que as mulheres apresentam níveis significativamente mais elevados de ansiedade-estado e de ansiedade-traço, comparativamente com os homens, sendo que estes resultados vão de encontro àquilo que era esperado e ao que se tem verificado na literatura, uma vez que vários são os estudos cujos resultados apontam para este facto (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Jacob, 2003; Melo et al., 2006; Verhaak et al., 2005; Wischmann et al., 2001). O facto de as mulheres apresentarem níveis superiores de ansiedade-traço bem como de ansiedade-estado também se revela expectável, na medida em que, segundo Silva e Spielberger (2007), indivíduos com elevados níveis de ansiedade-traço tendem mais frequentemente a apresentar índices elevados de ansiedade-estado, facto que os autores associam à tendência dos indivíduos com traços de personalidade mais ansiosos para avaliarem as diversas situações como ameaçadoras e potencialmente perigosas, conduzindo a estados de ansiedade. Segundo Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard, e Verres (2008), os maiores índices de ansiedade e depressão tendem a distinguir homens e mulheres inférteis de homens e mulheres férteis, verificando-se diferenças entre elementos de casais inférteis. Assim, as mulheres tendem a ser caracterizadas por níveis mais elevados de ansiedade e depressão. De facto, no presente estudo, as mulheres apresentaram níveis

significativamente mais elevados nas duas dimensões da ansiedade, o que nos leva a concluir que vivem as barreiras à fertilidade de uma forma mais ansiosa do que os homens.

Relativamente às diferenças de *coping* em função do sexo, foram igualmente encontradas diferenças significativas. De acordo com o estudo de Jordan e Revenson (1999), as mulheres reagem a situações geradoras de *stress* com estratégias de *coping* centradas na emoção e os homens com estratégias de *coping* centradas no problema. No presente estudo, as mulheres apresentaram valores significativamente mais elevados nas estratégias de *coping* associadas à vivência da infertilidade mais centradas na emoção (confrontação ativa e o evitamento ativo), comparativamente com os homens, sendo que este resultado vai de encontro ao esperado. Nesta lógica, um estudo de Peterson et al. (2006), revelou que as mulheres tendem a utilizar mais estratégias de *coping* de confrontação, procura de suporte social, evitamento e fuga, enquanto os homens tendem a recorrer ao distanciamento, auto-controlo, orientados para a resolução de problemas, o que também vai de encontro aos resultados deste estudo. Contrariamente ao esperado, não se verificaram níveis significativamente mais elevados de *coping* associado à vivência da infertilidade centrado no problema (evitamento passivo e reconstrução de significados), nos homens. Pelo contrário, estes níveis foram mais elevados nas mulheres. Podemos, assim, concluir que as mulheres recorrem significativamente mais aos dois tipos de *coping*, comparativamente aos homens. Esta tendência pode ser explicada através dos níveis mais elevados de ansiedade que as mulheres com problemas de fertilidade tendem a apresentar. Na verdade, quanto mais ansiosa for a vivência da infertilidade, maior será a procura de estratégias que as ajudem a lidar com o seu problema, de forma a gerir e reduzir a ansiedade.

Num estudo realizado por Peterson et al. (2008), foram encontrados, nas mulheres, níveis mais elevados em todas as dimensões de *coping* quando comparadas com os homens. No presente estudo, analisando cada estratégia de *coping* em particular, verificou-se a mesma tendência, na medida em que as mulheres apresentaram níveis significativamente mais elevados em todas as estratégias de *coping*, quando comparadas com os homens. Assim sendo, as mulheres tendem a utilizar mais a *Reconstrução de Significados* (estratégia de *coping* centrada no problema), seguindo-se o *Evitamento Passivo* (estratégia de *coping* centrada no problema), a *Confrontação Ativa* (estratégia de *coping* centrada no problema) e o *Evitamento Ativo* (estratégia de *coping* centrada na emoção), respetivamente. Esta

tendência verificou-se, também, nos homens, o que poderá sugerir que cada vez mais homens e mulheres tendam a resolver os problemas relacionados com as barreiras à fertilidade de forma semelhante. Homens e mulheres estão mais centrados no seu problema, o que faz com que procurem razões para o que lhes está a acontecer (*Reconstrução de Significados*) ou que evitem o problema de uma forma passiva (*Evitamento Passivo*), e não tanto tentar enfrentar o problema diretamente (*Confrontação Ativa*) ou até mesmo evita-lo ativamente (*Evitamento Ativo*). Apesar desta tendência semelhante no que respeita às estratégias utilizadas, verificou-se que as mulheres apresentam níveis significativamente mais elevados em todas estas estratégias, comparativamente com os homens. A tendência crescente para a utilização de estratégias de  *coping*  centradas no problema poderá indicar uma maior perceção de controlo da situação pelos sujeitos que têm dificuldades em conceber, ao invés de analisarem a infertilidade como uma ameaça contra a qual nada pode ser feito (Lazarus & Folkman, 1984). Uma vez que estas estratégias se centram na análise e definição do problema, levam os sujeitos a criarem soluções, a avaliarem os custos e os benefícios de cada uma das soluções encontradas e, por fim, a escolherem a melhor estratégia. Podemos, assim, concluir que os sujeitos que vivem barreiras à fertilidade tendem a interpretar o seu problema como passível de ser controlado por si próprio, o que os leva à tentativa de resolução do mesmo. A maior propensão para procurar formas de contornar as dificuldades em conceber, poderá estar relacionada com os avanços que se têm verificado neste ramo da medicina, aumentando assim as esperanças dos casais inférteis. Julgamos pertinente esclarecer que esta tendência é mais evidente nas mulheres, uma vez que apresentam níveis significativamente mais elevados na utilização de estratégias de  *coping*  centradas no problema, tais como a *Reconstrução de Significados* e o *Evitamento Passivo*.

Partindo agora para as análises correlacionais, verificamos algumas associações significativas. Nas mulheres, foi encontrada uma associação significativa e positiva moderada entre a dimensão de  *coping*  *Evitamento Ativo* e a dimensão da ansiedade *Ansiedade-Estado*, o que nos leva a pensar que quanto mais elevada for a ansiedade-estado dos sujeitos, mais estes evitam ativamente situações *stressantes* que, neste caso, se reportam às barreiras à fertilidade. Segundo Silva e Spielberger (2007), um estado emocional existe em determinado momento do tempo e com determinado nível de intensidade. Assim, a ansiedade-estado é caracterizada pela existência de sentimentos

subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação e pela ativação do sistema nervoso autónomo. Os sujeitos que têm estado de ansiedade tendem a recorrer a estratégias de evitamento ativo, tais como, evitar estar com mulheres grávidas ou retirar-se quando as pessoas falam sobre gravidezes ou crianças, ou seja, tendem a distanciar-se do problema, como forma de minimizar a ansiedade e o desconforto emocional que a situação *stressante* acarreta. Peterson et al. (2008) concluíram que os casais que recorrem ao evitamento ativo, evitando estar com as mulheres grávidas, mantêm os seus sentimentos em relação ao *stress* associado à infertilidade para si mesmos, tentando voltar-se para atividades, tais como trabalhar para manter a cabeça ocupada com outros assuntos. Os autores revelaram, igualmente, que o evitamento ativo demonstrou estar significativamente associado com a angústia pessoal, social e conjugal, em homens e mulheres. As conclusões destes autores vão de encontro aos nossos resultados, uma vez que as dimensões ansiedade-estado e evitamento ativo também revelaram estar significativamente associadas, de uma forma positiva moderada.

Foi igualmente encontrada, nas mulheres, uma associação significativa positiva e moderada entre o *Evitamento Ativo* e a *Ansiedade-Traço*, o que nos leva a concluir que, tal como acontece com a ansiedade-estado, quanto mais elevada for a ansiedade-traço, mais os sujeitos evitam ativamente situações relacionadas com o seu problema. Segundo Silva & Spielberger (2007), a ansiedade-traço é caracterizada pela natureza relativamente estável dos estados emocionais, isto é, apesar da existência de estados de ansiedade muitas vezes temporários, estes podem repetir-se sempre que um estímulo provoque ansiedade e, desta forma, resistem caso as condições que os provocam persistirem. Neste caso, os sujeitos que apresentam níveis altos de ansiedade-traço, tendem a recorrer a estratégias de distanciamento do problema, tal como se verifica com a ansiedade-estado. Esta tendência verifica-se nas duas dimensões da ansiedade, pois, como já foi referido, sujeitos com níveis elevados de ansiedade-traço tendem a apresentar, igualmente, níveis elevados de ansiedade-estado, pois tendem a interpretar um conjunto mais vasto de situações como perigosas ou ameaçadoras (Silva & Spielberger, 2007).

Entre o *Evitamento Passivo* e a *Ansiedade Estado* foi encontrada uma associação significativa e positiva fraca, sugerindo-nos que as mulheres que apresentem ansiedade-estado, tendem a recorrer ao evitamento passivo. Esta tendência traduz a ideia de que as mulheres com ansiedade-estado tentam gerir o seu problema recorrendo a estratégias de

*coping* centradas no problema, neste caso, o evitamento passivo (e.g. a sentir que a única coisa a fazer é esperar; ter fantasias e desejos acerca do modo como as coisas vão acontecer). Este tipo de  *coping* é utilizado quando os sujeitos percebem a situação geradora de  *stress* como passível de ser controlada por eles próprios, sendo estas estratégias centradas na análise e definição do problema, criação de soluções, avaliação de custos e benefícios de cada uma das soluções e por fim a escolha da melhor estratégia. Desta forma, podemos concluir que os sujeitos que têm estado de ansiedade tendem a recorrer a estratégias de evitamento passivo, tais como, esperar que um milagre aconteça ou sentir que a única coisa a fazer é esperar, ou seja, tendem a distanciar-se do problema, como forma de minimizar a ansiedade e o desconforto emocional que a situação  *stressante* acarreta. A ansiedade-estado é caracterizada por sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação e pela ativação do sistema nervoso autónomo. Assim, as mulheres vão tentar gerir o seu problema, com o objetivo de minimizar o  *stress* inerente à sua situação.

Já nos homens, houve algumas associações diferentes comparativamente às mulheres. Foi encontrada uma associação significativa e positiva baixa entre as dimensões de  *coping*  *Evitamento Ativo* e  *Evitamento Passivo*, sugerindo-nos que os homens tendem a recorrer aos dois tipos de evitamento. Nestes casos, é notória a tentativa de fuga ao problema, revelada por parte dos homens que passam por dificuldades a nível conceitual. É de notar, também, a tentativa de gerir a situação  *stressante* recorrendo ao evitamento passivo e a tentativa de regulação da angústia, recorrendo ao evitamento ativo (e.g. evitar estar mulheres grávidas; retirar-se quando as pessoas estão a falar sobre gravidezes ou crianças). Segundo Peterson et al. (2008), os sujeitos que recorreram ao evitamento passivo, recorrem portanto a estratégias de evitamento, mas diferem do evitamento ativo quando estes sujeitos esperam, por exemplo, que um milagre aconteça ou quando sentem que a única coisa a fazer é esperar. O sujeito que é confrontado com uma situação  *stressante* e pretende resolvê-la recorrendo ao evitamento, opta por fugir do problema ativamente ou opta por fugir dele de uma forma passiva. No presente estudo, verificou-se uma associação entre os dois tipos de evitamento, o que nos pode levar a concluir que os homens mostram uma posição ambivalente entre os dois tipos de evitamento.

Relativamente às dimensões  *Confrontação Ativa* e  *Evitamento Ativo*, foi igualmente encontrada uma associação significativa e positiva baixa. Esta associação não foi

encontrada nas mulheres e leva-nos a concluir que quando os homens utilizam como estratégia de *coping* a confrontação ativa, tendem a recorrer ao evitamento ativo, e vice-versa. Segundo Folkman & Lazarus (1984), o *coping* centrado no problema tende a ser utilizado quando as situações são avaliadas como inalteráveis. Aqui, é notória a tentativa de reduzir a angústia por parte dos homens que passam por dificuldades a nível conceitual. Estes homens tendem a recorrer a estratégias de *coping* centradas na emoção, neste caso, à confrontação ativa e ao evitamento ativo. Estes sujeitos revelaram, assim, evitar estar com mulheres grávidas ou retirar-se quando as pessoas falam sobre gravidezes e crianças (evitamento ativo) e tentam ter uma relação próxima com as crianças dos outros, pedem conselhos a amigos ou familiares, leem ou veem programas de televisão sobre a infertilidade (confrontação ativa).

Foi encontrada uma associação significativa entre as dimensões *Evitamento Passivo* e *Reconstrução de Significados*, em ambos os sexos, sendo positiva moderada nas mulheres; e positiva fraca nos homens. Assim sendo, os dados obtidos sugerem que quanto mais os sujeitos recorrem ao evitamento passivo, mais será utilizada a reconstrução de significados. A partir desta associação podemos concluir que homens e mulheres que vivem barreiras à fertilidade mostram uma tendência em tentar gerir o seu problema recorrendo a estratégias de *coping* centradas no problema: evitamento passivo (e.g. ter fantasias e desejos acerca do modo como as coisas vão acontecer; sentir que a única coisa a fazer é esperar) e reconstrução de significados (e.g. acreditar que a sua dificuldade em ter filhos tem um significado ou razão; encontrar outros objetivos de vida). Como já referimos, segundo Schmidt et al. (2005b), se um problema é visto ou tido como *stressante*, o sujeito tentará gerir a situação (*coping* centrado no problema) e/ou regular a angústia (*coping* centrado na emoção). Com esta associação é notória a tentativa de gerir o problema por parte dos sujeitos que vivem problemas relacionados com a sua fertilidade, recorrendo à estratégia evitamento passivo, sendo notória a tendência dos sujeitos para interpretarem a situação como passível de ser controlada pelos próprios, enfrentando, assim, o problema. Segundo Peterson et al. (2008), os casais que recorreram a estratégias de *coping* como a reconstrução de significados, revelam que a experiência da infertilidade os ajuda a crescer como pessoas, a encontrar outros objetivos de vida e a falar acerca da infertilidade de uma forma positiva.

Relativamente às dimensões *Confrontação Ativa* e *Evitamento Passivo*, foi encontrada uma associação significativa e positiva moderada, em ambos os sexos, o que nos leva a pensar que, quanto mais os sujeitos recorrem à confrontação ativa, mais evitamento passivo utilizam para lidar com o seu problema. Segundo Schmidt et al. (2005b), se um problema é visto ou tido como *stressante*, o sujeito tentará gerir a situação (*coping* centrado no problema) e/ou regular a angústia (*coping* centrado na emoção), o que dá para confirmar através deste resultado. Os sujeitos que vivem barreiras à fertilidade tentam gerir o problema recorrendo à estratégia de *coping* confrontação ativa (e.g. ler ou ver programas de televisão sobre infertilidade; tentar ter uma relação próxima com as crianças dos outros) e/ou regular a angústia recorrendo à estratégia de *coping* evitamento passivo (e.g. sentir que a única coisa a fazer é esperar; esperar que um milagre aconteça). Esta associação foi igualmente encontrada nos homens, o que sugere a tendência que ambos os géneros têm em recorrer ao mesmo tipo de estratégias de *coping*.

No que toca à *Confrontação Ativa* e *Reconstrução de Significados* foi, igualmente, encontrada uma associação significativa e positiva moderada nas mulheres, o que nos leva a concluir que quanto mais utilizam a confrontação ativa como estratégia de *coping*, mais recorrem à reconstrução de significados. Aqui, é notória a tentativa das mulheres em gerirem o problema, recorrendo à reconstrução de significados (e.g. tentar analisar o problema para o compreender melhor; tentar ver um lado positivo no problema da infertilidade); e de tentarem regular a angústia, recorrendo à estratégia de *coping* confrontação ativa (e.g. aceitar a simpatia e compreensão de alguém; pedir conselhos a uma amigo ou familiar). Tal como se verificou nas mulheres, nos homens também foi encontrada uma associação entre *Confrontação Ativa* e *Reconstrução de Significados*, sendo esta uma associação significativa e positiva moderada. Ou seja, quanto mais os homens utilizam a confrontação ativa como estratégia de *coping*, mais recorrem à reconstrução de significados. Tal como as mulheres, tentam gerir o problema avaliado como *stressante*, recorrendo a estratégias de *coping* centradas no problema (reconstrução de significados) e tentam regular a angústia sentida, recorrendo a estratégias de *coping* centradas na emoção (confrontação ativa). Ao verificarmos a existência dos dois tipos de *coping*: centrado no problema e centrado na emoção, podemos concluir que, muitas vezes, os sujeitos recorrem aos dois tipos de *coping*, paralelamente, podem sugerir alguma ambivalência, decorrente do conflito entre o desejo de encarar a situação como passível de

ser resolvida e o receio de que a infertilidade seja um problema definitivo, para o qual não se avista qualquer solução possível.

Finalmente, entre a Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço foi encontrada uma associação significativa e positiva forte, em ambos os sexos. Realçamos o facto de esta ter sido a única associação forte encontrada, podendo sugerir que os sujeitos que têm como traço da sua personalidade a ansiedade – ansiedade traço –, tendem a desenvolver igualmente ansiedade numa situação de *stress* particular – ansiedade estado, e vice-versa. Tal como Silva e Spielberger (2007) referiram, um estado emocional existe em determinado momento do tempo e com determinado nível de intensidade. Assim, a ansiedade-estado é caracterizada por sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação e pela ativação do sistema nervoso autónomo. Por outro lado, a ansiedade-traço é caracterizada pela sua natureza relativamente estável dos estados emocionais. Isto é, apesar da existência de estados de ansiedade muitas vezes temporários, estes podem repetir-se sempre que um estímulo provoque ansiedade e, desta forma, resistirem caso as condições que os provocam persistirem – ansiedade-traço. Os mesmos autores defendem ainda que quanto mais forte for o traço de ansiedade, tanto mais provável será que o indivíduo venha a experimentar maiores níveis de ansiedade-estado, numa situação percebida como ameaçadora. Desta forma, a ansiedade-traço pode também refletir diferenças individuais na frequência e intensidade com que os estados de ansiedade se manifestam anteriormente e na probabilidade com que a ansiedade-estado será sentida no futuro. O facto de no presente estudo ter sido encontrada uma associação significativa positiva e forte entre os dois tipos de ansiedade, leva-nos a concluir que nos sujeitos que vivem barreiras à fertilidade estes dois tipos de ansiedade relacionam-se.

Ao longo destas análises foi possível constatar que, muitas vezes, duas estratégias de *coping* provenientes de tipos de *coping* diferentes se associavam. Esta tendência vai de encontro às conclusões que Anderson et al. (1972 cit in Lazarus & Folkman, 1984) tiraram no estudo que fizeram com sujeitos que sofreram lesões vértebro-medulares ou que experienciaram a morte de um ente-querido. Este estudo revelou que cada tipo de *coping* pode ir dando lugar ao outro, gradualmente, ou até situar-se em planos concorrentes. Assim, este conceito deve ser analisado tendo em conta o contexto específico do acontecimento *stressante* com que os indivíduos se deparam, pois diz respeito a um processo em constante mudança. Para serem percecionadas mudanças no *coping* ao longo

do tempo, são necessárias várias avaliações ao longo do acontecimento stressante (Folkman & Lazarus, 1985). Verificou-se, igualmente, uma tendência interessante no que toca às estratégias de *coping* que homens e mulheres que vivem barreiras à fertilidade recorrem para lidarem com o seu problema. Constatamos que, apesar de as mulheres apresentarem níveis significativamente mais elevados de *coping* centrado no problema e *coping* centrado na emoção do que os homens, homens e mulheres tendem a recorrer às mesmas estratégias para lidarem com o seu problema. Isto é, tanto as mulheres como os homens utilizam mais a reconstrução de significados, seguindo-se o evitamento passivo, confrontação ativa e o evitamento ativo, respetivamente. Segundo Lazarus e Folkman (1984) dificilmente existirá um padrão dominante dos níveis de *coping*, embora haja a possibilidade de existirem padrões minimamente comuns na forma como os indivíduos lidam com as situações (devido a formas de resposta culturalmente partilhadas). Assim, estes autores consideram importante a necessidade de compreender as formas como os sujeitos respondem às situações, tendo em conta as condições específicas com que se deparam. No entanto, um estudo de Peterson et al. (2008) que teve como objetivo perceber se as estratégias de *coping* utilizadas por um dos membros do casal que vive barreiras à fertilidade, tem influência nas estratégias de *coping* escolhidas pelo seu companheiro revelou resultados interessantes. Estes autores pretenderam analisar se existe uma relação entre as estratégias de *coping* utilizadas por ambos os membros que constituem o casal. Os resultados sugeriram que, embora as estratégias de *coping* e os seus efeitos sejam fenómenos complexos, de facto, as estratégias de *coping* utilizadas por um dos membros do casal, podem influenciar a utilização destas estratégias pelo/pela seu/sua companheiro/a. O facto de no presente estudo termos encontrado uma tendência semelhante no que toca às estratégias de *coping* utilizadas por homens e mulheres que vivem problemas relacionados com a infertilidade, leva-nos a concluir que o companheiro, possivelmente influenciará, a escolha da melhor estratégia para lidar com o problema. Talvez como afirma Lazarus e Folkman (1984), os nossos resultados também podem traduzir tendências e padrões sociais, que acabam por influenciar as respostas que sujeitos que vivem barreiras à fertilidade têm, quando são confrontados com situações stressantes.

#### 4. Conclusões

Os resultados deste estudo revelaram que homens e mulheres que vivem barreiras à fertilidade, diferem no que respeita aos níveis de ansiedade apresentados. Verificou-se, portanto, que as mulheres são mais ansiosas que os homens, apresentando níveis significativamente mais elevados de ansiedade-estado e ansiedade-traço. De acordo com Silva e Spielberger (2007), os indivíduos com níveis elevados de ansiedade-traço revelam, níveis mais elevados de ansiedade-estado do que as que apresentam fracos níveis de ansiedade-traço, porque tendem a interpretar um conjunto mais vasto de situações como perigosas ou ameaçadoras. Desta forma, é natural que mulheres que revelem altos níveis de ansiedade-traço, tendam a revelar igualmente níveis mais elevados de ansiedade-estado, já que a ansiedade é uma característica sua, estável. Segundo Lazarus e Folkman (1984) dificilmente existirá um padrão dominante dos níveis de *coping*, embora haja a possibilidade de existirem padrões minimamente comuns na forma como os indivíduos lidam com as situações (devido a formas de resposta culturalmente partilhados). Assim, estes autores consideram importante a necessidade de compreender as formas como os sujeitos respondem às situações, tendo em conta as condições específicas com que se deparam.

Relativamente às diferenças entre géneros no que toca às estratégias de *coping* utilizadas pelos sujeitos que passam por problemas relacionados com a infertilidade, encontraram-se igualmente diferenças significativas. As mulheres apresentaram níveis superiores de estratégias de *coping* centradas no problema, constatando-se igualmente esta tendência no *coping* centrado na emoção. Desta forma, concluímos que as mulheres apresentam níveis significativamente mais elevados em ambos os tipos de *coping*, o que não confirma, em parte, a expectativa que tínhamos de que os homens apresentariam níveis significativamente mais elevados de *coping* centrado no problema comparativamente com as mulheres. Homens e mulheres recorrem mais a estratégias de *coping* centradas no problema, mais concretamente a Reconstrução de Significados e o Evitamento Passivo; ambos os sexos recorrem menos a estratégias centradas na emoção, mais concretamente a Confrontação Ativa e o Evitamento Ativo. O que nos leva a pensar que existe uma tendência semelhante no que diz respeito às estratégias utilizadas, verificando-se que as mulheres apresentam níveis significativamente mais elevados em todas estas estratégias,

comparativamente com os homens. Tal como Lazarus & Folkman (1984) defendem, as estratégias de *coping* centradas no problema são utilizadas quando os acontecimentos são percebidos como podendo ser controlados pelo próprio sujeito. Como são estratégias que se centram na análise e definição do problema, levam os sujeitos a criarem soluções, a avaliarem os custos e os benefícios de cada uma das soluções encontradas e, por fim, a escolher a melhor estratégia. Podemos, assim, concluir que os sujeitos que vivem barreiras à fertilidade tendem a interpretar o seu problema como passível de ser controlado por si próprio, o que os leva à tentativa de resolução do mesmo, sendo esta tendência mais evidente nas mulheres. É, pois, interessante verificar que homens e mulheres lidam de forma semelhante com as barreiras à fertilidade.

Os estudos e a literatura referentes à infertilidade têm crescido com o passar dos anos. Independentemente da causa inerente, lidar com este problema gera grande sofrimento, o que coloca estes indivíduos num plano especial de fragilidade (Canavarro, 2001). A vivência da infertilidade é diferente de indivíduo para indivíduo, variando em função do sexo, personalidade, cultura, história pessoal e familiar e das expectativas que têm no que respeita à conceção. Perceber as diferenças entre géneros é fundamental, pois permite explorar as reações que ambos os elementos do casal têm na vivência deste problema. É natural que homens e mulheres reajam de forma diferente quando confrontados com problemas conceptivos, pois cada um tem as suas expectativas acerca das barreiras à fertilidade, tendo em conta as suas características individuais. No que toca à reação dos indivíduos ao seu problema, revela-se importante explorar as estratégias de *coping* utilizadas por eles, para melhor se perceber a vivência deste problema.

Os níveis elevados de ansiedade verificados tanto neste estudo como em estudos anteriores bem como o *stress* associado à vivência da infertilidade, podem ser atenuados com uma correta intervenção. Desta forma, avaliar a ansiedade vivida por pessoas que passam por este tipo de problemas, bem como perceber a que tipo de estratégias de *coping* recorrem para melhor lidarem com eles, revela-se essencial para uma melhor intervenção. A expressão e a partilha de emoções são importantes para estes indivíduos que vivem o seu problema, muitas vezes em silêncio. Ao se sentirem compreendidos e apoiados, os indivíduos encontram, na intervenção, um meio passível de contribuir para uma melhoria da sua adaptação psicossocial e da forma como lidam com o medo e com a ansiedade (Gomes, Panobianco, Ferreira, Kebbe & Meirelles, 2003).

## Referências Bibliográficas

- Abreu, J. L. (2002). *Introdução à psicopatologia compreensiva – 3ª Edição*. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- Adler, J. & Boxley, R. (1985). The psychological reactions to infertility: sex roles and Coping styles. *Sex Roles*, 12 (3/4).
- Antoniazzi, A., Aglio, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Bachus, K. (1992). O casal infértil. In: Frederickson, H. M.; Wilkinshaug, L. *Segredos em ginecologia e obstetrícia*. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 113-124.
- Benyamini, Y., Gefen-Bardarian, Y., Gozlan, M., Tabiv, G., Shiloh, S. & Kokia, E. (2008). *Coping specificity: the case of women coping with infertility treatments*. *Psychology and Health*, 23 (2): 221-241.
- Benyamini, Y. (2009). A review from a self-regulation perspective. *European Psychologist*, vol. 14 (1): 63-71.
- Callan, V. J. & Hennessey, J. F. (1989). Strategies for coping with infertility. *British Journal of Medical Psychology*. *The British Psychological Society*, 62: 343-354.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, L. S. & Santos, A. (2009). *Afrodite*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. [acedido a 28-12-2009, disponível em [http://sigarra.up.pt/fmup/noticias\\_geral.ver\\_noticia?p\\_nr=1584](http://sigarra.up.pt/fmup/noticias_geral.ver_noticia?p_nr=1584)].
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Cook, E. P. (1987). Characteristics of the biopsychosocial crisis of infertility. *Journal of Counseling and Development*. 65: 465-470.

- Corney, R. (1996). As respostas emocionais nos doentes e nos médicos. In: R. Corney (Ed.), *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento na medicina* (pp. 10-15). Lisboa: Climepsi.
- Costa, E. S. (2004). *Saúde mental, estratégias de coping e adaptação Académica: uma investigação com estudantes universitários do segundo ano de Viseu*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Aplicada, especialidade em Psicologia da Saúde. ISPA: Lisboa.
- Costa, S. & Leal, I. (2006). Estratégias de *coping* em estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica*, 2 (XXIV): 189-199.
- Cousineau, T. & Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21 (2): 293-308.
- Crespo, J. M. (2003). Psicopatología de la afectividad. In J. Vallejo Ruiloba (Direc.), *Introducción a la psicopatología y psiquiatria – 5ª Edición* (pp. 219-234). Barcelona: Masson.
- Delgado, M. J. (2007). *O desejo de ter um filho... As vivências do casal infértil*. Dissertação de Mestrado de Comunicação em Saúde. Universidade Aberta: Lisboa. [acedido a 27-12-2009, disponível em: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/724/1/LC331.pdf>].
- Diamond, R., Kezur, D., Meyers, M., Sharf, C. N. & Weinshel (1999). *Couple therapy for infertility*. New York: The Guilford Press. [acedido a 27/05/2011, disponível em <http://www.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=ovJzdH68p2IC&oi=fnd&pg=PA5&dq=couple+therapy+for+infertility&ots=iYzmePo2Nd&sig=ltB95oN8cCI5pU4Ld9j8w3GB3iU#v=onepage&q&f=false>].
- 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.
- Dunkel-Schetter, C. & Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In: A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Ed.), *Infertility – Perspectives from stress and Coping Research* (pp. 29-57). New York: Plenum Press.

- Faria, C. (2001). Aspectos psicológicos da infertilidade. In: Canavarro, M. C., *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 189-209). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fassino, S., Pierò, A., Boggio, S., Piccioni, V. & Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17 (11): 2986-2994.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of *Coping* in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21: 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: a study of emotion and *coping* during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48: 150-170.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and *coping* with severe *stress*. *Soc Sci Med*, 45: 1207-1221.
- Folkman, S. (2009). Questions, answers, issues, and next steps in *stress* and *coping* research. *European Psychologist*, vol. 14 (1): 72-77.
- Fragoso, S. G. (2008). *O Amor onde mora? – Uma abordagem psicossomática da Vinculação Amorosa na Infertilidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Aplicada, especialidade em Psicossomática. ISPA: Lisboa.
- Gomes, F., Panobianco, M., Ferreira, C., Kebbe, L. & Meirelles, M. (2003). Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. *R Enferm UERJ*, 11:292-5.
- Gonçalves, J. (2005). Avaliação do casal infértil. *Revista Portuguesa Clínica Geral. Carnaxide: Publisaúde*, 21 (5): 493-503.
- Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social, Sciences and Medicine*, 45 (11): 1679-1704.
- Greil, A. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Social Health III*, 32: 140-162.

- Gulseren, L., Cetinay, P., Tokatlioglu, B., Sarikaya, O., Gulseren, S. & Kurt, S. (2006). Depression and anxiety levels in infertile turkish women. *The Journal of Reproductive Medicine*, 51 (5): 421-426.
- Hassan, M. A. & Kilick, S. R. (2003). Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age. *Fertility and Sterility*, 79 (S3): 1520-1527.
- Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J. & Collins, A. (1999). Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78: 42–48.
- Holter, H., Anderheim, L., Berg, C. & Moller, A. (2006). First IVF treatment – short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21 (12): 3295-3302.
- Jacob, L. (2003). El impacto emocional de la infertilidade en las fases de la reproducción asistida. *Psicologia Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de las Salud*, 11 (1): 95-113.
- Jordan, C. & Revenson, T. (1999). Gender differences in *coping* with Infertility: A meta-analyses. *Journal of Behavioral Medicine*, 22 (4): .341-358.
- Knoll, N., Rieckmann, N., Schwarzer, R. (2005). *Coping* as a mediator between personality and *stress* outcomes: a longitudinal study with caract surgery patients. *European Journal of Personality*. 19: 229-247.
- Kraaij, V., Garnefski, N. & Vlietstra, N. (2008). Cognitive *coping* and depressive symptoms. In definitive infertility: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(1): 9–16.
- Kowalcek, I., Wihstutz, N., Buhrow, G. & Diedrich, K. (2001). *Coping* with male infertility: gender differences. *Arch Gynecol Obstet*, 265: 131–136.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lopes, V. M. (2008). *Personalidade e ajustamento emocional na Infertilidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Maternidade. ISPA: Lisboa.

- Mariana, V. M., 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.
- Melo, V., Leal, I. & Faria, C. (2006). *Depressão, ansiedade e stress em sujeitos inférteis*. Faro: Atas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.
- Nachtigal, R. D., Becker, G. & Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57 (1): 113-121.
- Neto, M. G. (2000). Fertilidade e infertilidade humanas: A mulher, as técnicas e a ética. *Hospitalidade*, 256. [Comunicação apresentada no 1º Congresso Nacional de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em junho de 2000].
- Newton, C. R., Sherrard, M. A. & Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*, 72: 54-62.
- Peronace, L., Boivin, J., & Schmidt, L. (2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28 (2): 105-114.
- Peterson, B., Newton, C., Rosen, K. & Schulman, R. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, 55: 227-239.
- Peterson, B., Newton, C., Rosen, K. & Skaggs, G. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21 (9): 2443-2449.
- Peterson, B., Pirritano, M., Christensen, U. & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23 (5): 1128-1137.
- Pinto, H. G. (1998). Infertilidade: aspetos psicológicos, emocionais e sociais. In Cardoso, R. M., *A Outra Metade da Medicina*. Lisboa: Climepsi editores, pp. 95-111.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M. & Jafarabadi, M. (2004). A survey relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4: 9.

- Remoaldo, P. C., Machado, H. C., Reis, I. M., Pereira, L. G., Xavier, M. S. (2004). *A Infertilidade no concelho de Guimarães: contributos para o bem-estar familiar*. Associação Portuguesa de Geógrafos: Lisboa. [Acedido a 21-04-2011, disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5195>]
- Remoaldo, P. C., Machado, H. C., Reis, I. M. (2005). *O contributo das ciências sociais e médicas para o estudo da infertilidade*. Seminário Internacional da Associação Ibero-Americana de Sociologia das Organizações: Braga. [Acedido a 21-04-2011, disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5273>].
- Sá & Melo, P. (2005). *Infertilidade: um obstáculo à felicidade familiar*. Médicos de Portugal. [Acedido a 02-01-2010, disponível em [http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/entrevista/dr\\_pedro\\_sa\\_e\\_melo\\_infertilidade\\_um\\_obstaculo\\_a\\_felicidade\\_familiar](http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/entrevista/dr_pedro_sa_e_melo_infertilidade_um_obstaculo_a_felicidade_familiar)].
- Sá, R., Sousa, M. & Barros, A. (2005a). *A infertilidade é uma doença*. [Acedido a 11-11-2009, disponível em <http://www.apfertilidade.org/web/o-que-e-a-infertilidade>].
- Sá, R., Sousa, M. & Barros, A. (2005b). *Principais causas de infertilidade feminina*. [Acedido a 11-11-2009, disponível em <http://www.apfertilidade.org/web/principais-causas-de-infertilidade-feminina>].
- Sá, R., Sousa, M. & Barros, A. (2005c). *Principais causas de infertilidade masculina*. [Acedido a 11-11-2009, disponível em <http://www.apfertilidade.org/web/causas-de-infertilidade-masculina>].
- Sá, R., Sousa, M. & Barros, A. (2005d). *Outras causas de infertilidade*. [Acedido a 11-11-2009, disponível em <http://www.apfertilidade.org/web/outras-causas>].
- Santos, A. M. & Vara, N. (2001). Dimensões psicológicas da esterilidade e infertilidade. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17-18: 215-221.
- Schmidt, L., Christensen, U. & Holstein, B. E. (2005a). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, 20 (4): 1044-1052.
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U. & Boivin, J. (2005b). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did

- not achieve as a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20 (11): 3248-3256.
- Seibel, M. & Taymor, M. (1982). Emotional aspects of infertility. *Fertility and Sterility*, 87 (2): 137-145.
- Silva, D. R. (2003). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (S.T.A.I.) de Spielberger-Forma Y. In M.M. Gonçalves, M.R. Simões, L.S. Almeida, C. Machado (Eds.) *Avaliação Psicológica*, Volume I. Coimbra, Quarteto, pp.45-63.
- Silva, D. R., & Spielberger, C. D. (2007). *Manual do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Siva, R. (2009). *Burnout, coping e resiliência em auxiliares de ação educativa*. Dissertação de Mestrado. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. FPCEUP: Porto.
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D. (1993). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Tarlatzis, I., Tarlatzis, B. C., Diakogiannis, I., Bontis, J., Lagos, S., Graviilidou, D. & Mantalenakis, S. (1993). Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Human Reproduction*, 8 (3): 396-401.
- Terry, D. & Hynes, G. (1998). Adjustment to a low-control situation: reexamining the role of coping responses. *J Pers Soc Psychol*, 74: 1078-1092.
- Trindade, Z. & Enumo, S. (2011). Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (2): 5-26.
- Valentine, D.P. (1986). Psychological impact of infertility: identifying issues and needs. *Social Work in Health Care*, 11 (4).

- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (XXV): 479-488.
- Verhaak, C. & Hammer Burns, L. (2006). Behavioral medicine approaches to infertility and procreative counseling. In: Covington, S. N. & Hammer Burns, L. *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. 2<sup>nd</sup> edition. New York: Cambridge University Press. 169-195.
- Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, van Minnen A, Kremer JA, Kraaimaat FW. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: a prospective study. *J Behav Med*, 28:181-90.
- 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 (8): 1753-1761.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I. & Verres, R. (2008). Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Human Reproduction*, 24 (2): 378-385.
- World Health Organization (2002). *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: WHO.
- Wright, J., Dushesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J., Girard, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55 (1): 100-108.
- Ziegelmann, J. & Lippke (2009). Theory-based approaches to stress and coping. *European Psychologist*, 14 (1): 3-6.

## **ANEXOS**

---

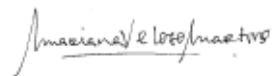
## **Anexo 1.**

Autorização para a utilização dos instrumentos

## DECLARAÇÃO

Na qualidade de investigadora principal do projecto "Implicações e Efeitos Psicológicos na Vivência de Barreiras à Fertilidade", declaro que a aluna Verónica Sofia Felgueiras Magalhães 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**

### *COMPI Coping Strategy Scales*

AS PESSOAS LIDAM COM O PROBLEMA DE FERTILIDADE DE DIFERENTES MODOS.

**QUE ESTRATÉGIAS USA PARA LIDAR COM O SEU? (assinale uma cruz em cada linha)**

① Não uso	② Uso raramente	③ Uso às vezes	④ Uso bastante	⑤ Uso muitas vezes	⑥ Uso sempre
-----------------	-----------------------	----------------------	----------------------	--------------------------	--------------------

1	Evito estar com mulheres grávidas ou crianças.	①	②	③	④	⑤	⑥
2	Retiro-me quando as pessoas estão a falar sobre gravidezes ou crianças.	①	②	③	④	⑤	⑥
3	Tento guardar os sentimentos associados à infertilidade para mim mesmo.	①	②	③	④	⑤	⑥
4	Invisto no trabalho ou noutras atividades para manter a cabeça ocupada com outras coisas.	①	②	③	④	⑤	⑥
5	Penso nas diferentes formas através das quais podemos ser pais. (ex.: opções de tratamento, adoção, acolhimento)	①	②	③	④	⑤	⑥
6	Tento ter uma relação próxima com as crianças dos outros.	①	②	③	④	⑤	⑥
7	Faço uma pausa/intervalo entre tentativas de engravidar e/ou tratamentos.	①	②	③	④	⑤	⑥
8	Tento arranjar um modo de deixar que os meus sentimentos se expressem.	①	②	③	④	⑤	⑥
9	Aceito a simpatia e compreensão de alguém.	①	②	③	④	⑤	⑥
10	Peço conselhos a pessoas que também estão a ter problemas de fertilidade.	①	②	③	④	⑤	⑥
11	Peço conselhos a um amigo ou familiar.	①	②	③	④	⑤	⑥
12	Leio ou vejo programas de televisão sobre infertilidade.	①	②	③	④	⑤	⑥
13	Tento ter um estilo de vida saudável.	①	②	③	④	⑤	⑥
14	Recorro ao humor.	①	②	③	④	⑤	⑥
15	Espero que um milagre aconteça.	①	②	③	④	⑤	⑥
16	Sinto que a única coisa a fazer é esperar.	①	②	③	④	⑤	⑥
17	Tento esquecer tudo o que esteja relacionado com infertilidade.	①	②	③	④	⑤	⑥
18	Tenho fantasias e desejos acerca do modo como as coisas vão acontecer.	①	②	③	④	⑤	⑥
19	Evito ler ou ouvir coisas sobre infertilidade.	①	②	③	④	⑤	⑥
20	Sinto que evoluí para melhor.	①	②	③	④	⑤	⑥
21	Tento analisar o problema para o compreender melhor.	①	②	③	④	⑤	⑥

- 22 Tento ver um lado positivo no problema de fertilidade. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 23 Acho que agora dou ainda mais valor ao meu casamento/união. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 24 Encontro outros objetivos de vida. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 25 Rezo. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 26 Acredito que a nossa dificuldade em ter filhos tem um significado/ razão. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

**Anexo 3.**

*Inventário Ansiedade Estado-Traço*

EM BAIXO ENCONTRA UMA SÉRIE DE FRASES QUE AS PESSOAS COSTUMAM USAR PARA SE DESCREVEREM A SI PRÓPRIAS. LEIA CADA UMA E FAÇA UMA CRUZ NO NÚMERO QUE INDIQUE **COMO SE SENTE NESTE PRECISO MOMENTO.**

①                      ②                      ③                      ④  
Nada                      Um pouco                      Moderamente                      Muito

**Neste preciso momento,**

1 Sinto-me calma.	①	②	③	④
2 Sinto-me segura.	①	②	③	④
3 Sinto-me tensa.	①	②	③	④
4 Sinto-me esgotada.	①	②	③	④
5 Sinto-me à vontade.	①	②	③	④
6 Sinto-me perturbada.	①	②	③	④
7 Presentemente, ando preocupada com desgraças que podem vir a acontecer.	①	②	③	④
8 Sinto-me satisfeita.	①	②	③	④
9 Sinto-me assustada.	①	②	③	④
10 Estou descansada.	①	②	③	④
11 Sinto-me confiante.	①	②	③	④
12 Sinto-me nervosa.	①	②	③	④
13 Estou inquieta.	①	②	③	④
14 Sinto-me indecisa.	①	②	③	④
15 Estou descontraída.	①	②	③	④
16 Sinto-me contente.	①	②	③	④
17 Estou preocupada.	①	②	③	④
18 Sinto-me confusa.	①	②	③	④
19 Sinto-me uma pessoa estável.	①	②	③	④
20 Sinto-me bem.	①	②	③	④

EM BAIXO ENCONTRA UMA SÉRIE DE FRASES QUE AS PESSOAS COSTUMAM USAR PARA SE DESCREVEREM A SI PRÓPRIAS. LEIA, CADA UMA DELAS E FAÇA UMA CRUZ NO NÚMERO QUE INDIQUE **COMO SE SENTE EM GERAL**.

①

②

③

④

Quase nunca

Algumas vezes

Com frequência

Quase sempre

**Em geral,**

21	Sinto-me bem.	①	②	③	④
22	Sinto-me nervosa e inquieta.	①	②	③	④
23	Sinto-me satisfeita comigo própria.	①	②	③	④
24	Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo.	①	②	③	④
25	Sinto-me uma falhada.	①	②	③	④
26	Sinto-me tranquila.	①	②	③	④
27	Sou calma, ponderada e senhora de mim mesmo.	①	②	③	④
28	Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que não as consigo resolver.	①	②	③	④
29	Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.	①	②	③	④
30	Sou feliz.	①	②	③	④
31	Tenho pensamentos que me perturbam.	①	②	③	④
32	Não tenho muita confiança em mim.	①	②	③	④
33	Sinto-me segura.	①	②	③	④
34	Tomo decisões com facilidade.	①	②	③	④
35	Muitas vezes sinto que não sou capaz.	①	②	③	④
36	Estou contente.	①	②	③	④
37	Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem.	①	②	③	④
38	Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento.	①	②	③	④
39	Sou uma pessoa estável.	①	②	③	④
40	Fico tensa ou desorientada quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes.	①	②	③	④