

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



O Papel Mediador da Meta-Emoção entre Estigma Percecionado e Satisfação Conjugal e entre Estados Emocionais e Satisfação Conjugal, em Mulheres Inférteis em Tratamento

Janete Filipa Santas Noites Maximiano

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Dinâmica

2023

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



O Papel Mediador da Meta-Emoção entre Estigma Percecionado e Satisfação Conjugal e entre Estados Emocionais e Satisfação Conjugal, em Mulheres Inférteis em Tratamento

Janete Filipa Santas Noites Maximiano

Dissertação Orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Dinâmica

2023

Agradecimentos:

Este ano final do Mestrado foi um desafio constante para a minha capacidade de organização logística entre a vida familiar e o compromisso académico. Por tal agradeço profundamente ao apoio incessante da minha família que sempre aceitou as minhas tomadas de decisão aventureiras com grande motivação. Foram um suporte fundamental para manter a minha energia e foco na concretização deste objetivo.

Agradeço assim ao amor e carinho dos meus pais incansáveis e sempre sorridentes, ao meu companheiro sempre com ouvido em boa escuta para os meus dilemas, aos meus filhos queridos que sempre se preocuparam em perguntar se eu já tinha feito todos os TPCs e à energia inspiradora da minha irmã.

As aprendizagens bem orientadas podem levar a bons portos. Quero deixar aqui o meu agradecimento à orientação indiscreto do Professor Doutor João Justo que não me deixou desistir, fazendo-me sempre encontrar o Norte quando tudo me parecia perdido. Muito obrigada, Professor, por toda a sua sabedoria, a qual transmite não só como um excelente académico, mas também como um excelente contador de histórias que dão corpo a todas as aprendizagens que fiz consigo.

Um agradecimento muito grande a todas as participantes que aceitaram responder aos questionários de este estudo.

Um especial agradecimento à Dra. Maria José Carvalho, diretora da Clínica CEMEARE, que me acolheu de uma forma muito integradora e que aceitou participar na divulgação do estudo com grande abertura e dinamismo.

Um especial obrigado à minha colega Beatriz, com a qual fui partilhando dúvidas e respostas dos dilemas da vida de iniciantes de investigação e a todos os meus colegas do curso de Mestrado em Psicologia Clínica Dinâmica, que criaram uma boa sinergia ao longo do percurso.

RESUMO

Introdução: A infertilidade pode induzir um elevado nível de sofrimento emocional, agravado pelo estigma sociocultural, o qual poderá ser internalizado pelos indivíduos inférteis. Os estados emocionais negativos vividos no confronto com o diagnóstico e com o tratamento, assim como a percepção de estigma, podem ter impacto na satisfação conjugal. Gerir e pensar as emoções e a capacidade de as autorregular é uma competência meta-emotiva. Esta variável pode ser importante na capacidade de lidar com o sofrimento emocional. **Objetivo:** Perceber se a Meta-Emoção medeia a relação entre Estigma Percecionado e Satisfação Conjugal e a relação entre Estados Emocionais Negativos e Satisfação Conjugal nas mulheres inférteis durante o tratamento. **Metodologia:** Participantes, mulheres inférteis (N = 36), em tratamento e entre 27 e 42 anos de idade. A recolha de dados decorreu na plataforma Qualtrics. Instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Escala de Meta-Emoção (Mitmansgruber et al., 2009; versão portuguesa (VP), Maximiano & Justo, 2023), Questionário de Consciência do Estigma (Pinel, 1999; VP, Silva, Justo & Costa, 2007), Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond & Lovibond, 1995; VP, Pais-Ribeiro, Honrado & Leal) e Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (Narciso & Costa, 1996). Foi construída uma VP da Escala de Meta-Emoção, cuja análise fatorial gerou 5 fatores (Raiva de Si Próprio, Autocompaixão, Desprezo/Vergonha, Interesse e Controlo Rígido). **Resultados:** Foram realizadas análises de regressão que permitiram concluir que o Estigma tem impacto nas Funções Familiares da Satisfação Conjugal (SC), que os Estados Emocionais têm influência na Autonomia da SC, e que a Depressão tem efeito na Intimidade Emocional da SC. A Meta-Emoção não medeia a relação entre Estigma Percecionado e Satisfação Global, mas a Raiva de Si Próprio, a Autocompaixão e o Desprezo/Vergonha medeiam a relação entre Estados Emocionais Negativos e a Satisfação Conjugal. **Conclusão:** O presente estudo encontrou efeitos de mediação estatisticamente significativos de alguns dos fatores da Meta-Emoção na relação entre os Estados Emocionais Negativos e algumas dimensões da Satisfação Conjugal (Autonomia e Intimidade Emocional) em mulheres inférteis, o que nos leva a crer que será necessário investigar melhor estas relações de forma a possibilitar melhores *outcomes* sobre o sofrimento que a condição de infertilidade acarreta e possibilitar melhor qualidade na relação conjugal.

Palavras-chave: infertilidade, meta-emoção, regulação emocional, estigma, estados emocionais negativos, satisfação conjugal

ABSTRACT

Background: Infertility may induce a high level of emotional suffering, enhanced by sociocultural stigma, which can be internalized by infertile individuals. Negative emotional states experienced while confronting diagnosis and treatment, as well as stigma perception may impact marital satisfaction. Managing and thinking about emotions and the ability to self-regulate is a meta-emotive competence. This variable may be important to cope with emotional suffering. **Goal:** To understand if Meta-Emotion mediates the relation between Stigma Perception and Marital Satisfaction (MS) and the relation between Negative Emotional States and MS in infertile women during treatment. **Methodology:** Participants: infertile women (N = 36), during treatment and being between 27 and 42 years old. Data collection was performed in Qualtrics platform. Instruments: Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Meta-Emotion Scale (Mitmansgruber et al., 2009; portuguese version (PV), Maximiano & Justo, 2023), Stigma Consciousness Questionnaire (Pinel, 1999; PV, Silva, Justo & Costa, 2007), Anxiety, Depression and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995; PV, Pais-Ribeiro, Honrado & Leal) and Satisfaction in Several Areas of Marital Life Scale (Narciso & Costa, 1996). A PV of Meta-Emotion Scale was created, and its factorial analysis yielded 5 factors (Self Anger, Compassionate Care, Contempt/Shame, Interest and Tough Control). **Results:** Regression analysis concluded that Stigma has an impact in Family Functions of MS, that Emotional States influence Autonomy in MS, and that Depression has an Effect in Emotional Intimacy in MS. Meta-Emotion does not mediate between Stigma Perception and MS, but Self Anger, Compassionate Care and Contempt/Shame mediate between Emotional States and MS. **Conclusion:** The present study found significant mediating effects of some Meta-Emotion factors in the relationship between Emotional States and some dimensions of MS (Autonomy and Emotional Intimacy) in infertile women. This makes us believe that it is important to research deeper this relations in order to better understand the suffering resulting from infertility and to favour a better marital life quality.

Key-words: infertility, meta-emotion, emotional regulation, stigma, negative emotional states, marital satisfaction

Índice

1. Enquadramento Teórico.....	1
1.1. Infertilidade.....	1
1.1.2. Causas da Infertilidade.....	1
1.1.3. Tratamento.....	2
1.1.4. Infertilidade na Mulher.....	3
1.2. Estigma Percecionado na Infertilidade.....	5
1.3. Estados Emocionais Negativos.....	6
1.4. Satisfação Conjugal e Infertilidade.....	8
1.5. Meta- Emoção.....	9
2. Problema e Relevância da Investigação, Objetivos e Hipóteses.....	11
2.1. Problema da Investigação.....	11
2.2. Relevância do Problema da Investigação.....	11
2.3. Objetivo.....	12
2.3.1. Objetivo Geral	12
2.3.2. Objetivos Específicos.....	12
2.4. Hipóteses Gerais.....	13
3. Metodologia.....	14
3.1. Definição de Variáveis.....	14
3.2. Operacionalização de Variáveis	14
3.2.1. Variáveis Sociodemográficas e Clínicas.....	14
3.2.2. Escala de Meta-Emoção.....	15
3.2.3. Escala de Avaliação da Satisfação das Áreas da Vida Conjugal...	17
3.2.4. Questionário de Consciência do Estigma.....	18
3.2.5. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.....	19
3.3. Hipóteses Específicas.....	20
3.4. Procedimento.....	21
3.4.1. Estudo de Adaptação e Validação da Escala de Meta-Emoção.....	22
3.4.1.2. Recolha de Dados.....	22
3.4.1.3. Recolha de Dados Sociodemográficos.....	23
3.4.1.4. Análise de Dados.....	23
3.4.2. Estudo sobre o Papel mediador da Meta-Emoção na relação entre Estigma Percecionado e Satisfação Conjugal e entre Estados Emocionais e Satisfação Conjugal na Mulher Infértil, durante o tratamento.....	27
3.4.2.1. Recolha de Dados.....	27

3.4.2.2. Descrição Sociodemográfica e Clínica.....	28
4. Resultados.....	30
4.1. Testagem de Hipóteses.....	31
4.1.1. Testagem de HE1 a HE8 (A percepção de estigma pretende explicar a satisfação conjugal e as suas dimensões).....	31
4.1.2. Testagem de HE9 a HE48: As Subescalas da Meta-Emoção medeiam a relação entre Estigma Percecionado e a Satisfação Conjugal Global e suas dimensões.....	32
4.1.3. Testagem das hipóteses específicas de HE49 a HE80: Estados Emocionais e Satisfação Conjugal e suas dimensões.....	33
4.1.4. Testagem das hipóteses de HE81 a HE120: As Subescalas da Meta-Emoção medeiam a relação entre o total dos Estados Emocionais Negativos e a Satisfação Conjugal Global e suas dimensões.....	35
4.1.5. Testagem das hipóteses de HE121 a HE160: As Subescalas da Meta-Emoção medeiam a relação entre Ansiedade e a Satisfação Conjugal global e suas dimensões.....	36
4.1.6. Testagem das hipóteses de HE161 a HE200: As Subescalas da Meta-Emoção medeiam a relação entre Depressão e a Satisfação Conjugal global e suas dimensões.....	37
4.1.7. Testagem das hipóteses de HE201 a HE240: As Subescalas da Meta-Emoção medeiam a relação entre Stress e a Satisfação Conjugal global e suas dimensões.....	38
4.2. Relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e psicométricas a partir da Análise de Regressão Linear Simples.....	39
5. Discussão, Conclusão e Limitações.....	41
Referências bibliográficas.....	48

Índice de Anexos

Anexo I: Ata nº3 da Reunião da Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa: Aprovação do Projeto de Investigação I

Anexo II: Consentimento Informado Estudo de Adaptação e Validação da Escala de Meta-Emoção

Anexo III: Questionário Sociodemográfico do Estudo de Adaptação e Validação da Escala de Meta-Emoção

Anexo IV: Ata nº6 da Reunião da Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa: Aprovação do Projeto de Investigação II

Anexo V: Consentimento Informado

Anexo VI: Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo VII: Escala de Meta-Emoção

Anexo VIII: Questionário de Consciência do Estigma (QCE)

Anexo IX: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

Anexo X: Escala de Satisfação das Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

Anexo XI: Autorizações dos autores das escalas

Anexo XII: Normalidade – Escala de Meta-Emoção, QCE, EADS, EASAVIC

Anexo XIII: Normalidade das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Anexo XIV: Consistência Interna – Escala Meta-Emoção, Fator I

Anexo XV: Consistência Interna – Escala Meta-Emoção, Fator II

Anexo XVI: Consistência Interna – Escala Meta-Emoção, Fator III

Anexo XVII: Consistência Interna – Escala Meta-Emoção, Fator IV

Anexo XVIII: Consistência Interna – Escala Meta-Emoção, Fator V

Anexo XIX: Consistência Interna – QCE

Anexo XX: Consistência Interna – EADS Total

Anexo XXI: Consistência Interna – EADS – Ansiedade

Anexo XXII: Consistência Interna – EADS – Depressão

Anexo XXIII: Consistência Interna – EADS – Stress

Anexo XXIV: Consistência Interna – EASAVIC Total

Anexo XXV: Consistência Interna – EASAVIC, Intimidade Emocional

Anexo XXVI: Consistência Interna – EASAVIC, Sexualidade

Anexo XXVII: Consistência Interna – EASAVIC, Comunicação/Conflito

Anexo XXVIII: Consistência Interna – EASAVIC, Funções Familiares

Anexo XXIX: Consistência Interna – EASAVIC, Rede Social

Anexo XXX: Consistência Interna – EASAVIC, Autonomia

Anexo XXXI: Consistência Interna – EASAVIC, Tempos Livres

Anexo XXXII: Listagem das Hipóteses Específicas (HE1 – HE240)

Anexo XXXIII: Análise de Regressão Linear Múltipla: Testagem de HE1 a HE8

Anexo XXXIV: Análise de Mediação: Testagem de HE9 a HE48

Anexo XXXV: Análise de Regressão Linear Múltipla: Testagem de HE49 a HE80

Anexo XXXVI: Análise de Mediação: Testagem de HE81 a HE120

Anexo XXXVII: Análise de Mediação: Testagem de HE 121 a HE160

Anexo XXXVIII: Análise de Mediação: Testagem de HE 161 a HE200

Anexo XXXIX: Análise de Mediação: Testagem de HE 201 a HE240

Anexo XL: Análise de Regressão Linear Simples entre as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas e as Variáveis Psicométricas

Anexo XLI: Tabela com o resultado da Análise de Componentes Principais com as várias rotações

Índice de Tabelas

Tabela 1: <i>Caraterização Sociodemográfica da Amostra (N = 186)</i>	24
Tabela 2: <i>Análise de Componentes Principais com Rotação Equamax para a Escala de Meta-Emoção de 25 itens (descritivas e pesos fatoriais)</i>	25
Tabela 3: <i>Caraterização Sociodemográfica da Amostra (N = 36)</i>	28
Tabela 4: <i>Caracterização Clínica da Amostra (N = 36)</i>	29
Tabela 5: <i>Análise de Regressão da HE5</i>	32
Tabela 6: <i>Análise de Regressão Linear Múltipla da HE55</i>	33
Tabela 7: <i>Análise de Regressão Linear Múltipla da HE63</i>	33
Tabela 8: <i>Análise de Regressão Linear Múltipla da HE66</i>	34
Tabela 9: <i>Análise de Regressão Linear Múltipla da HE79</i>	34
Tabela 10: <i>Análise de Mediação da HE87</i>	35
Tabela 11: <i>Análise de Mediação da HE103</i>	35
Tabela 12: <i>Análise de Mediação da HE121</i>	36
Tabela 13: <i>Análise de Mediação da HE122</i>	36
Tabela 14: <i>Análise de Mediação da HE127</i>	37
Tabela 15: <i>Análise de Mediação da HE143</i>	37
Tabela 16: <i>Análise de Mediação da HE167</i>	38
Tabela 17: <i>Análise de Mediação da HE183</i>	38
Tabela 18: <i>Análise de Mediação da HE207</i>	38
Tabela 19: <i>Análise de Mediação da HE215</i>	39
Tabela 20: <i>Análise de Mediação da HE223</i>	39

1. Enquadramento Teórico

1.1. Infertilidade

A infertilidade é uma doença do sistema reprodutor feminino e/ou masculino que é definida como a incapacidade em desenvolver uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares sem contraceção (WHO, 2018).

A prevalência da infertilidade tem vindo a aumentar em todo o mundo de forma gradual apresentando uma variação de 5 a 30% dependendo da localização geográfica. Em 2009, em Portugal, foi realizado pela faculdade de medicina do Porto o primeiro estudo epidemiológico sobre a incidência da infertilidade na população portuguesa (AFRODITE), o qual concluiu que 9 a 10% dos casais portugueses sofre de infertilidade (Silva-Carvalho & Santos, 2009). Este valor é concordante com os valores globais encontrados no continente europeu. Contudo, de acordo com a *Pordata* (2015), Portugal tem uma das mais baixas taxas de fertilidade no mundo, com uma média abaixo de 2 filhos e com idade média materna de 30,2 anos.

O aumento da idade da mulher na conceção é considerado um dos fatores preditivos negativos para a fertilidade. O estilo de vida (escolhas e hábitos de vida não saudáveis, tais como stress, hábitos alcoólicos, tabaco, má nutrição e obesidade) e fatores ambientais (exposição prolongada a poluentes e toxinas) também têm tido um impacto negativo crescente, por poderem afetar a fisiologia do sistema reprodutor a longo prazo (Borghet & Wyns, 2018; Bala et al., 2021).

A infertilidade é categorizada por primária, nas situações em que nunca foi diagnosticada clinicamente uma gravidez, e por secundária nos casos em que já houve gravidez prévia à condição atual de dificuldade em gerar ou manter uma gestação (Borghet & Wyns, 2018).

Os fatores da infertilidade podem ser classificados em fator feminino, fator masculino ou fator misto. De acordo com o estudo multinacional levado a cabo pela OMS, verificou-se que em 37% dos casais inférteis a causa era feminina, em 35% dos casais a causa era mista e em 8% dos casais a causa era masculina (Walker & Tobler, 2023).

1.1.2. Causas de infertilidade

As condições clínicas diagnosticadas como causa para a infertilidade são as seguintes:

Na mulher as causas mais comuns são as complicações tubulares, tais como obstrução das trompas de Falópio, muitas das vezes originadas por doenças sexualmente transmitidas, complicações abortivas, infecções generalizadas no pós-parto e cirurgias pélvicas; alterações uterinas, tais como a endometriose, útero septado e fibrose; perturbações ováricas, tais como os ovários poliquísticos; perturbações endócrinas geradas por alterações ou lesões no hipotalâmicas e hipofisárias (WHO, 2018; Boivin et al, 2007).

No homem as causas mais comuns são a disfunção ejaculatória, promovida pela obstrução do canal reprodutor devidas a infecções; alterações hormonais que influenciam a função hipofisária, hipotalâmica e testicular (eg. neoplasias da hipófise ou testículo); falhas na produção testicular de esperma (eg. devidas a varicocele ou tratamentos quimioterapêuticos); alterações na morfologia e motilidade do esperma, por vezes devida ao uso de esteróides anabolizantes (WHO, 2018; Gore et al., 2015; Leslie et al., 2023).

No global dos casos de infertilidade, cerca de 10% das causas não têm motivo orgânico medicamente explicado, sendo consideradas de origem idiopática. Nestas situações é frequente encontrarem-se sintomas clínicos, tais como perturbações menstruais, obesidade, hipertricose, alopecia, os quais podem contribuir para o agravamento de sintomas emocionais, qualidade de vida e autoestima (Zhu et al., 2022)

O desejo da parentalidade e o confronto com a sua impossibilidade pode conduzir à sobrecarga emocional vivenciada com stress, tristeza ou depressão e ansiedade, como também a sentimentos de ostracização, estigma e discriminação face à sociedade e família (Mascarenhas et al., 2012).

1.1.3. Tratamento

A condição de infertilidade retira a plena vivência de saúde física e mental dos indivíduos, assim como a liberdade de escolha sobre a parentalidade. É um problema de saúde pública crescente e por tal desde há décadas têm-se desenvolvido vários tratamentos que são prescritos de acordo com a avaliação médica precisa (Gameiro, 2019).

Os tratamentos poderão ser de três tipos: medicamentoso, cirúrgico e procriação medicamente assistida (PMA) (eg. inseminação intra-uterina (IIU), fertilização in vitro e transferência de embriões (FIV), doação de gâmetas).

O processo de tratamento é moroso, complexo, com custo financeiro elevado e com taxa de insucesso bastante elevada, o que acarreta uma vivência de frustração, fadiga, tristeza

e stress cumulativos, o que pode influenciar a persistência e motivação para o tratamento (Zhu et al., 2022).

A procura do tratamento médico pelos indivíduos inférteis leva-os à exposição da sua intimidade e sexualidade, assim como ao confronto com a sensação de incerteza face ao sucesso, o que gera um elevado nível de ansiedade (Gameiro, 2019). A maioria dos indivíduos prefere não expor o seu sofrimento durante o tratamento, observando-se uma reação defensiva do tipo “*stand-by*”, evitando falar sobre o que estão a sentir, de forma a lidarem com a situação de modo pragmático (Justo, Melo & Ferreira, 2010). Esta reação defensiva pode prolongar-se com a duração do tratamento e tentativas, o que poderá levar a efeitos nefastos na saúde mental dos indivíduos inférteis (Justo, Melo & Ferreira, 2010).

O estudo de Boivin, Bunting, Collins e Nygren (2007) estimou que do total dos indivíduos inférteis da amostra, apenas 56% procuraram ajuda médica e dessa percentagem, apenas 22% foram eleitos para tratamento.

É fundamental aumentar a informação sobre os riscos e sintomas da infertilidade e alterar crenças sobre a dificuldade na procriação relacionadas com o stress, sincronicidade sexual do casal e variabilidade individual (Fulford, Bunting, Tsibulsky & Boivin, cit por Gameiro, 2019).

A Organização Mundial de Saúde reconhece a importância de triagem e diagnóstico da infertilidade, assim como o acesso aos tratamentos para todos que sofram de esta condição. Contudo, a disponibilidade, acesso e qualidade das intervenções clínicas continua a ser um grande desafio em grande parte dos países do mundo. Há ainda um longo caminho a percorrer para que o diagnóstico e o tratamento da infertilidade sejam alvo das políticas nacionais de saúde reprodutiva, de forma que possam ser mais participados pelo financiamento da saúde pública (WHO, 2018).

1.1.4. Infertilidade na Mulher

Estudos indicam que a fertilidade diminui com o aumento da idade da mulher, ou seja, à medida que a mulher envelhece, a probabilidade de se tornar infértil aumenta. A fertilidade na mulher começa a diminuir entre os 25 e 29 anos de idade e tem um declínio acentuado por volta dos 35 anos de idade (Walker & Tobler, 2023).

Devido a este fenómeno natural e biológico da limitação ovulatória do corpo feminino, existe uma certa pressão social sobre a reprodução na vida das mulheres (Liminana-Gras, 2017).

Está ainda presente na sociedade atual o estereótipo de que as mulheres apresentam maior sofrimento emocional face à incapacidade de ter filhos, quando comparadas com os seus cônjuges (Fisher, Baker & Hammarberg, 2010), Liminana-Gras, 2017).

É certo que as mulheres se submetem a mais tratamentos e exames de fertilidade, o que causa grande desconforto e torna-se uma sobrecarga emocional, vindo a apresentar sintomas de depressão, ansiedade e stress, zanga, isolamento social e perda de autoestima (Ying et al., 2015). Investigações indicam uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas e alexitimia, assim como ideação suicida em mulheres inférteis do que em mulheres férteis (Ying et al., 2015).

Os estudos sobre o impacto do sofrimento da infertilidade entre géneros têm vindo a demonstrar que nem sempre as mulheres manifestam mais sofrimento face à condição de infertilidade quando comparadas com os homens (Peronace, Boivin & Schimdt, 2007).

O estudo de Huijts et al. (2013) verificou que o impacto psicológico a longo prazo da infertilidade é semelhante entre géneros. Contudo, sabe-se que este impacto pode ser mediado também pelo contexto sociocultural, que cria expectativas sobre o papel de género. Em ambos os géneros e diferentes sociedades, a condição de infertilidade pode influenciar a satisfação conjugal (Ying et al., 2015).

A existência de sofrimento em mulheres e homens é inegável, os mecanismos de defesa ou as estratégias de *coping* para lidar com a condição de infertilidade é que poderão diferir. Enquanto as mulheres expressam um forte desejo em ter um filho e a incapacidade de conceber é vista de forma igualmente tão impactante como uma doença grave. Os homens, por sua vez, tendem a mostrar maior preocupação sobre o seu papel parental na sociedade e lidam com o problema de infertilidade com maior pragmatismo (Hjelmstedt et al., 1999 cit in Ying et al., 2015).

Um estudo polaco verificou que durante o tratamento para a infertilidade, as mulheres demonstram crenças mais positivas face ao sucesso do mesmo, comparativamente aos homens. Também observaram que as mulheres conseguem falar de forma mais aberta e espontânea sobre a infertilidade e que são mais disponíveis para aceitar técnicas de

procriação medicamente assistidas, sendo que os homens são mais determinados a aceitar a sua condição de infertilidade e vida sem filhos (Nagórska et al, 2019).

É provável que devido ao motivo assinalado acima, os homens sejam menos disponíveis para responder aos estudos sobre infertilidade, havendo menor número de investigações no âmbito da psicologia que recaiam apenas na infertilidade masculina.

1.2. Estigma Percecionado na Infertilidade

De acordo com Goffman (1963) o conceito de estigma é definido por um sentimento negativo sobre os outros face à sua diferença social comparativamente à norma, o que provoca a desvalorização e depreciação do outro e da sua diferença.

Desde a conceptualização de Goffman (1963), vários estudos foram desenvolvidos no âmbito da psicologia social de modo a aprofundar o conhecimento sobre a categorização e as crenças sobre estereótipos. Link e Phelan (2001) propõem uma definição de estigma constituída por cinco componentes, os quais são: categorização, estereotipização, separação, discriminação e perda de estatuto e o exercício de poder.

O estigma pode impactar de forma dramática a vida pessoal dos indivíduos, influenciando negativamente a qualidade de vida pelo facto de restringir as interações e redes sociais, diminuição da autoestima, perda de oportunidades (emprego, habitação, acesso a serviços médicos, entre outros). A longo prazo poderá gerar sintomas de ansiedade, depressão e stress, o qual é também aumentado pela sensação de ameaça face ao estigma, como também pela necessidade de ativar estratégias adaptativas e mecanismos de defesa para saber lidar com o estigma (Link & Phelan, 2006).

A infertilidade é também uma condição que pode induzir sentimentos de vergonha e perceção de estigma, que podem levar à resistência na procura de aconselhamento e tratamento médico, por necessidade de manter a informação em segredo e diminuir a sobrecarga emocional na família. Por outro lado, poderá também levar à procura incessante de uma resolução para combater o estigma interno face à impossibilidade de assumir função parental (Whiteford & Gonzalez, 1995; Taebi et al., 2021).

A infertilidade é uma condição invisível, e por tal é mais fácil mantê-la em segredo para evitar críticas e opiniões alheias, contudo aumenta a pressão e a sobrecarga emocional interna para manter a aparência de normalidade (Whiteford & Gonzalez, 1995).

De acordo com Corrigan (2011, as cited in Lin et al., 2022), o bem-estar psicológico é afetado quando o indivíduo infértil internaliza o estigma da sociedade num estigma pessoal, ou seja, pode-se dizer que o estigma da sociedade afeta negativamente o processo de internalização. Contudo, este efeito sobre o processo de internalização varia entre contextos socioculturais, por exemplo, nas sociedades ocidentais, a vida moderna exigente, a valorização da autonomia e individualismo, faz com que a pressão sobre a concepção e parentalidade seja menor do que em algumas sociedades orientais e tradicionais. Em sociedades tradicionais, o fator filhos e ter competências parentais é a função mais fundamental para as mulheres manterem o seu estatuto dentro do seio familiar (Taebi et al., 2021). No entanto, fatores demográficos, tais como excedente populacional, também podem acarretar mudanças de crenças sociais sobre a importância da concepção (Lin et al., 2022; Palha & Lourenço, 2011).

O estudo de Lin e colaboradores (2022) conclui que pessoas inférteis que internalizam o estigma exterior (da família e sociedade) apresentam maiores dificuldades na regulação emocional e mais baixa autoestima. As mulheres que internalizam o estigma tendem a ver-se como mais diminuídas face às outras mulheres, o que eleva a sensação de inferioridade, inutilidade e perda de controlo sobre a própria vida (Gonzalez, 2000).

O estudo de Taebi et al. (2021) sugere que as mulheres com maior perceção da autoeficácia, autoconceito, e melhor perceção da sua condição de saúde, independentemente dos fatores educacionais e estatuto laboral, conseguem lidar melhor com o estigma, recorrendo a mecanismos de defesa e estratégias de *coping* mais maduras.

1.3. Estados Emocionais

Tal como referido anteriormente, o diagnóstico de infertilidade não é fácil de gerir e frequentemente gera relatos de sobrecarga emocional dos indivíduos inférteis e seus companheiros. As reações mais comumente observadas são reações de tristeza, depressão, stress, desilusão, ansiedade, frustração, perda de controlo e de autoconfiança (Boivin et al., 2022).

A vivência de stress na condição de infertilidade é complexa, pois esta condição é geradora de fatores de stress e sabe-se também que este pode ter impacto no sucesso do tratamento, quer por reações de evitamento e sobrecarga financeira relativas ao tratamento, quer por indução de alterações metabólicas que poderão condicionar a fisiologia ótima para a reprodução (Simionescu et al., 2021).

O estudo de Chen et al. (2004) identificou que 40.2% dos participantes inférteis da sua amostra (N = 112) evidenciaram sintomas de ansiedade (28.6%) e depressão (26.8%). A prevalência de sintomas ou estados emocionais negativos tem sido relatada em vários estudos como mais elevada em indivíduos inférteis do que em férteis e parece que essa diferença não é explicada por fatores culturais (Simionescu et al, 2021).

Diversos estudos indicam que os casais inférteis revelam taxas mais elevadas de sintomas psicológicos quando as causas da infertilidade estão relacionadas com o fator feminino ou é idiopática. Apesar de em ambos os géneros se verificarem sintomas emocionais negativos, as mulheres aparentam revelar experiência de maior stress e depressão, em conjunto com o decréscimo da satisfação conjugal, quando comparadas com os seus companheiros. No entanto, no estudo de Navid et al. (2017) não se verificam diferenças entre géneros na manifestação de sintomatologia depressiva, mas sim os resultados deste estudo sugerem que as mulheres manifestam mais sintomas de ansiedade face aos homens. Contudo, os homens que se confrontam com a infertilidade causada pelo fator masculino apresentam também respostas emocionais negativas mais elevadas quando comparados com outros homens que vivem a pressão da infertilidade. As suas companheiras também apresentam níveis elevados de ansiedade perante o confronto da infertilidade de fator masculino (Navid et al., 2017).

Outro estudo indica que existe uma grande prevalência de sintomas ansiosos nas mulheres com um historial longo de tratamentos malsucedidos (Maroufizadeh et al., 2015).

O stress que envolve a condição de infertilidade (eg.: confronto com o diagnóstico, a adesão ao tratamento e sua duração) pode ativar reações psicológicas e sociais que limitam a gestão de tempo, a energia motivacional, o foco nos interesses pessoais, o empenho e oportunidades de crescimento (Sohbati et al, 2021).

É fundamental perceber quais os fatores que influenciam o bem-estar psicológico na infertilidade. Os fatores demográficos e clínicos, tais como: idade, estatuto socioeconómico, contexto social urbano ou rural, duração da relação conjugal, duração da infertilidade, número de interrupções espontâneas da gravidez, tipo e duração do tratamento; são fatores que podem influenciar as estratégias adaptativas face à infertilidade (Sohbati et al., 2021)

1.4. Satisfação Conjugal e Infertilidade

A satisfação conjugal é definida como a atitude de um indivíduo face à sua relação conjugal. Estudos indicam que a comunicação é um dos fatores que mais influencia a satisfação conjugal. A forma como os casais conseguem comunicar e ultrapassar barreiras e conflitos, traduz-se em maiores índices de felicidade e cumplicidade conjugal (Shehan, 2016).

A comunicação e abertura entre o casal é fundamental para a expressão e compreensão emocional. O estudo de Kielek-Rataj et al. (2020) conclui que existe uma forte relação entre a percepção de abertura do parceiro e a satisfação conjugal nas mulheres e que a maior qualidade da comunicação se traduz numa percepção mais positiva sobre o parceiro.

Vários estudos revelam que os casais inférteis apresentam menor satisfação conjugal e ajustamento conjugal e menor interesse pelo parceiro do que os casais sem problemas de fertilidade (Kim et al., 2016).

O estudo de Shafierizi et al. (2023) sugere que a qualidade da relação conjugal é um fator protetor do stress e estado de ansiedade provocado pela infertilidade, e mulheres com uma relação conjugal mais satisfatória apresentam maiores oportunidades de vivenciar a experiência como desenvolvimento pessoal, e por conseguinte melhor capacidade adaptativa ao problema.

O estudo de Chamorro et al. (2022) indica que existe uma relação de impacto de variáveis psicossociais e emocionais na satisfação conjugal, sobre o efeito do parceiro. Por exemplo, o estado depressivo e ansioso da mulher está relacionado com a insatisfação conjugal do parceiro.

A maioria dos casais inférteis prefere esconder a sua condição de infertilidade dos familiares e amigos, o que diminui a sua rede de suporte social para enfrentar a situação. O evitamento pode conduzir não só ao isolamento social como também a dificuldades de comunicação para se pensar e vivenciar o assunto no seio do casal e por tal induzir uma menor satisfação conjugal. O medo de rutura da relação é também eminente nos casais inférteis, que colocam o seu foco pessoal na parentalidade desejada (Ostovar et al., 2023).

De acordo com os resultados do estudo de Ostovar et al. (2023), os casais inférteis que demonstram maior otimismo e um melhor estado de humor apresentam maior satisfação conjugal, sendo assim um preditor da qualidade da relação. É possível que na base da manutenção de boas competências comunicacionais, otimismo e estado de humor, esteja a

influência do estilo de vinculação segura, a qual potencia uma melhor capacidade de pensar e regular os estados emocionais.

1.5. Meta-emoção

O conceito de meta emoção foi introduzido em 1996 por Gottman et al., no contexto da investigação sobre o funcionamento sistémico familiar e parentalidade. Estes autores construíram a filosofia da meta-emoção parental, que defende a organização específica e idiossincrática de um conjunto de emoções e pensamentos, que os pais têm acerca das emoções de si próprios e dos seus filhos e que, poderão influenciar variáveis relacionadas com o estilo parental (Katz et al., 2012).

Gottman et al. (1996) consideram a importância da meta-emoção e da metacognição para o controlo executivo das emoções e cognições. A meta-emoção parental está implicada na forma como as figuras parentais educam as emoções aos seus filhos (Mendonça, 2013).

O conceito de meta-emoção tem suscitado largo interesse no âmbito da filosofia e da psicologia. E, apesar de ainda não haver um consenso acerca da sua definição, ambas as áreas e as várias subdisciplinas da psicologia concordam que o conceito diz respeito a emoções secundárias, que ocorrem em resposta ou reação a emoções primárias (Jager & Banninger-Huber, 2015; Jager & Bartsch, 2006; Mendonca, 2013), sendo de uma forma geral "emoções sobre emoções" (Norma & Furnes, 2016).

Mitmansgruber et al. (2009) apresenta uma definição mais abrangente, considerando que a meta-emoção diz respeito às reações emocionais sobre o *Self* emocional. Alegam a função regulatória da meta-emoção, considerando que as qualidades (negativas ou positivas) das meta-emoções podem providenciar informação sobre os processos regulatórios que operam na emoção alvo (eg.: ficar zangado porque se está ansioso irá influenciar a experiência da ansiedade; Mitmansgruber et al., 2009).

As emoções de primeira ordem e as meta-emoções podem coexistir simultaneamente ou serem sequenciais. Por exemplo, sentir-se zangado por ter ficado envergonhado. A zanga é uma emoção de segunda ordem (meta-emoção) que poderá surgir após o evento desencadeante da vergonha. Quando a emoção e meta-emoção ocorrem simultaneamente, as suas qualidades fenomenológicas interligam-se, por exemplo “ficar feliz pela felicidade de outrem, reforça o estado fenomenológico inicial do estado de felicidade” (Mendonça, 2013).

A reflexividade é uma das propriedades da meta-emoção salientadas por Mendonça (2013), tendo por base o trabalho de Rosenberg (1990), o qual considera que a reflexividade resulta da interação e comunicação social, que é determinante para o processo empático, intersubjetivo e da tomada de consciência do *Self*.

Outros autores conceptualizam a meta-emoção como cognições e emoções avaliativas sobre as emoções primárias (Bartsch, 2010).

Norma e Furnes (2016) propõem que a meta-emoção seja entendida através da relação de três facetas que a compõem (experiências meta-emocionais; conhecimento/consciência meta-emocional; estratégias meta-emocionais), à semelhança das facetas que constroem a meta-cognição, propostas por Flavell (1979).

A infertilidade pode ter impacto sobre a forma como o indivíduo reage à vivência das suas emoções. O estado de ansiedade, depressão e stress pode aumentar o auto-criticismo, a revolta/ zanga consigo próprio, sobre como o estado emocional está a afetar a vida pessoal e social, assim como a levar à sensação de perda de controlo (Jebraeili et al., 2016).

2. Problema de Investigação, Objetivo e Hipóteses Gerais

2.1. Problema de Investigação

A presente investigação visa estudar se a meta-emoção tem um papel mediador na relação entre estigma percebido e satisfação conjugal, assim como na relação entre estados emocionais e satisfação conjugal.

A condição de infertilidade pode induzir grande sofrimento psicológico ao casal ou ao indivíduo que a experimenta. Esse sofrimento pode ter impacto ao nível da autoestima, na percepção da autoeficácia e autocontrolo e no estigma internalizado, o que, por sua vez, introduz dificuldades nas relações interpessoais. Desta forma, os impactos da infertilidade no domínio emocional são cada vez mais importantes.

O conceito de meta-emoção está a tornar-se relevante para a teoria das emoções, sendo que a qualidade das meta-emoções (negativas ou positivas) poderá providenciar informação sobre os processos regulatórios que operam na emoção alvo (eg.: ficar zangado porque se está ansioso irá influenciar a experiência da ansiedade (Mitmansgruber et al., 2009).

O facto de as meta-emoções refletirem a capacidade do indivíduo regular os seus processos emocionais e, por sua vez, estes influenciarem o estado subjetivo de bem-estar psicológico, fomenta o interesse na sua aplicação no contexto da infertilidade. É possível que este facto possa vir a ter relevância clínica.

2.2. Relevância do Problema de Investigação

Estudos indicam que, aproximadamente, metade dos casais inférteis descreve a experiência de infertilidade como a mais desafiante das suas vidas (Péloquin et al., 2018). Relatos de sintomas emocionais clínicos são encontrados em 20-30% dos casais que se submetem a tratamentos de reprodução medicamente assistida (Péloquin et al., 2018). Seria de esperar que, estes casais, também demonstrassem uma satisfação conjugal mais negativa, contudo os estudos ainda são controversos (Melo & Martins, 2017). Possíveis falhas na recolha de determinadas variáveis, tal como o tipo de apoio social, assim como, a ausência de controlo de paridade e a existência de poucos estudos com uma amostra diádica com método longitudinal, podem ser a justificação para esta controvérsia (Melo & Martins, 2017).

Sabe-se que, as mulheres inférteis apresentam índices mais elevados de depressão e estes relacionam-se negativamente com o nível de satisfação conjugal. Também se encontram

evidências de que o apoio social percebido tem impacto nos níveis de stress e por sua vez na satisfação conjugal (Chu, Geng, Zhang & Guo, 2021; Melo & Martins, 2017).

A vivência da infertilidade pode influenciar o estigma percebido do indivíduo. Este, diz respeito à percepção que o próprio tem sobre a estigmatização de que pode vir a sofrer, das pessoas próximas e dos contextos sociais em que se insere, favorecendo o distanciamento social. O estigma percebido poderá induzir a que o próprio também se estigmatize e gere crenças negativas sobre si mesmo, o que aumentará a sua falta de confiança e menor sensação de autoeficácia (Küçükaya and Kılıç, 2022; Corrigan et al., 2011). Estudos indicam que o estigma percebido é mais elevado nas mulheres inférteis do que nos homens inférteis e é associado a menor divulgação da problemática. Em ambos os géneros, o baixo nível de apoio/suporte social está relacionado com um maior nível de estigma percebido (Slade, O'Neill, Simpson & Lashen, 2007).

A forma como os indivíduos gerem, vivenciam e pensam sobre as suas emoções, pode influenciar a intensidade do estigma. O estudo de Zadeh e Homaei (2020) coloca em evidência que a meta-emoção pode ser eficaz no controlo e gestão das emoções negativas causadas pela infertilidade e pelo conseqüente sofrimento psicológico, podendo também levar a uma maior satisfação e qualidade na relação conjugal.

2.3. Objetivo

2.3.1. Objetivo Geral

Investigar sobre o papel mediador da Meta-Emoção entre estigma percebido e satisfação conjugal e entre estados emocionais e satisfação conjugal, durante o tratamento da infertilidade

2.3.2. Objetivos específicos

Produzir a adaptação e validação portuguesa da "*Meta-Emotion Scale*" de Mitmansgruber et al. (2009).

Perceber se a variável Meta-Emoção desempenha um papel mediador na relação entre estigma percebido e satisfação conjugal nos casais inférteis durante o tratamento da infertilidade.

Perceber se a variável Meta-Emoção desempenha um papel mediador na relação entre estados emocionais e satisfação conjugal nos casais inférteis durante o tratamento de infertilidade.

2.4.Hipóteses Gerais

Hipótese Geral 1: O estigma percebido dá um contributo significativo para explicar a variância estatística da satisfação conjugal da mulher infértil durante o tratamento para a infertilidade.

Hipótese Geral 2: A Meta-Emoção é uma variável mediadora na relação entre Estigma Percebido e Satisfação Conjugal da mulher infértil durante o tratamento para a infertilidade.

Hipótese Geral 3: Os estados emocionais negativos (ansiedade, depressão e stress) dão um contributo significativo para explicar a variância estatística da satisfação conjugal da mulher infértil durante o tratamento para a infertilidade.

Hipótese Geral 4: A Meta-Emoção é uma variável mediadora na relação entre Estados Emocionais Negativos e Satisfação Conjugal da mulher infértil durante o tratamento para a infertilidade.

3. Metodologia

3.1 Definição de variáveis

A variável meta-emoção exerce um papel mediador entre estigma percebido (VI) e satisfação conjugal (VD) e entre estados emocionais (VI) e satisfação conjugal (VD), em mulheres que se encontram a fazer tratamento para a infertilidade.

Na hipótese geral 1, a variável dependente é a Satisfação Conjugal e a variável independente é o Estigma Percebido.

Na Hipótese Geral 2, a Meta-Emoção é uma variável mediadora entre a variável independente Estigma Percebido e a variável dependente Satisfação Conjugal.

Na hipótese geral 3, a variável dependente é a Satisfação Conjugal e a variável independente é o Estado Emocional Negativo.

Na hipótese geral 4, a Meta-Emoção é uma variável mediadora entre a variável independente Estado Emocional Negativo e a variável dependente Satisfação Conjugal.

3.2. Operacionalização das variáveis

A operacionalização das variáveis foi realizada através da aplicação de escalas de avaliação construídas com base nos construtos teóricos que as fundamentam e subsequentemente através da análise dos seus resultados.

As escalas utilizadas neste estudo encontram-se descritas em seguida, e seguem também em anexo em conjunto com o documento referente à autorização dos autores das mesmas para a sua aplicação (Anexo XXXII).

3.2.1. Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Foi elaborado um Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC) de forma a respeitar os objetivos da investigação.

A partir do QSDC foram então recolhidos dados relativos à data de nascimento, nacionalidade, número de anos escolares concluídos com sucesso, estatuto laboral, estatuto conjugal, duração da relação conjugal atual, número de filhos em comum e anteriores à relação.

Os dados clínicos recolhidos incidiram sobre questões relativas à história prévia de gravidez e interrupções voluntárias e involuntárias da gravidez, e à condição de infertilidade, tais como motivo, duração e tratamento.

3.2.2. Escala de Meta-Emoção (EME)

A versão original da Escala de Meta-Emoção (*Meta-Emotion Scale*) foi desenvolvida por Mitmansgruber et al. (2009) e engloba a perceção acerca do uso de estratégias de regulação emocional, assim como de apreciações cognitivas sobre as emoções.

É constituída por 28 itens, avaliados em escalas de tipo Likert organizadas em 6 pontos, variando entre “Discordo Totalmente (1 ponto)” e “Concordo Totalmente (6 pontos)”. Os 28 itens subdividem-se em 6 fatores/subescalas referentes a meta-emoções negativas (“Raiva”, “Desprezo/Vergonha/Culpa”, “Controlo Rígido” e “Repressão” e meta-emoções positivas (“Interesse” e “Auto-compaixão”). Os itens distribuem-se da seguinte forma: “Raiva”, 3, 5, 15 e 27, $\alpha = .86$ (eg.: 3. Eu fico irritado(a), constantemente, com as minhas reações emocionais); “Auto-compaixão”, 2, 4, 7, 9, 11, 22 e 24, $\alpha = .82$ (eg. 2. Quando me sinto stressado e estou a viver emoções negativas, sou compreensivo em relação a mim próprio); “Interesse”, 13, 16, 18, 23 e 28, $\alpha = .85$ (eg. 18. As emoções negativas dão-me informação interessante acerca de mim mesmo); “Desprezo/Vergonha”, 12, 14, 17, 20 e 21, $\alpha = .77$ (eg. 17. Quando me sinto culpado por ter cometido um erro, sou implacável comigo mesmo); “Controlo Rígido”, 1, 6, 8, 19 e 26, $\alpha = .83$ (eg. 8. Quando eu acho que as minhas emoções são inapropriadas, eu torno-me demasiado exigente comigo próprio); “Repressão” contém os itens 10 e 25, $\alpha = .76$ (eg. 10. Eu luto afincadamente contra as minhas emoções).

Os fatores e itens correspondentes foram extraídos através da análise fatorial do eixo principal com rotação Varimax, e índices de saturação superiores a .40.

A consistência interna global da escala original não foi apresentada pelos autores.

Dado que a Escala de Meta-Emoção de Mitsmangruber e colaboradores (2009) não se encontra adaptada e validada para a população portuguesa e para que fosse possível utilizá-la na presente investigação, procedeu-se à adaptação e validação da mesma.

Nesta validação participaram 186 mulheres. Realizou-se uma análise fatorial dos 28 itens da escala Meta-emoção, experimentando-se diversas análises não rodadas e rodadas pelo método de análise das componentes principais e pela análise do eixo principal. Após a verificação exaustiva de todos os resultados (Anexo XLI), verificou-se que a rotação

ortogonal Equamax, quer pela análise das componentes principais, quer pela análise do eixo principal foi o melhor processo para aferir a estrutura subjacente às variáveis utilizadas.

A medida de Kaiser Meyer Olkin (KMO= .901) e o teste de esfericidade de Bartlett ($X^2(378) = 2425.99, p < 0.001$) indicam que a amostra e a matriz de correlações provam adequabilidade para se proceder para a análise fatorial de componentes principais.

Os valores de KMO dos itens variaram entre .79 e .94, considerados excelentes de acordo com o critério KMO definido em Marôco (2010).

As comunalidades iniciais são iguais a 1 e após a extração verificam-se pesos fatoriais em todos os itens com valores superiores a .40, o que se considera um valor aceitável, de acordo com Marôco (2010). Desta forma, os fatores comuns explicam acima de 40% da variância de cada variável.

A extração de fatores foi realizada a partir da análise de componentes principais com rotação ortogonal Equamax, com normalização de Kaiser, considerando que os valores próprios decorrentes da amostra inicial foram superiores à média dos valores próprios gerados aleatoriamente, ou seja, superiores a 1. Esta análise corrobora os valores próprios representados no gráfico de escarpa (scree plot). Assim sendo, a extração de fatores considerou a retenção de 6 fatores.

O fator 1 é constituído por 6 itens, com pesos fatoriais entre .537 e .751 e uma variância explicada de 13.03%. O fator 2 é composto por 6 itens com pesos fatoriais entre .595 e .671 e uma variância explicada de 11.93%. O fator 3 é constituído por 4 itens com pesos fatoriais entre .532 e .728 e uma variância explicada de 10.95%. O fator 4 contém 5 itens com pesos fatoriais entre .532 e .690 e uma variância explicada de 9.26%. O fator 5 é composto por 4 itens com pesos fatoriais entre .494 e .879 e uma variância explicada de 9.73%. O fator 6 é constituído por 3 itens com pesos fatoriais entre .503 e .761 e uma variância explicada de 8.70%. Os 6 fatores cumulativamente permitem explicar 61.8% da variância total. Contudo, após análise do alfa de Cronbach de cada fator verificou-se que o fator 6 ($\alpha = .563, M = 10.02, DP = 3.25$) apresenta uma confiabilidade baixa e por tal optou-se por eliminar este fator. Desta forma, a versão da escala de Meta-Emoção resultantes deste estudo ficou com um total de 25 itens distribuídos por 5 fatores (Anexo VII).

A análise psicométrica demonstra uma consistência interna aceitável: ($\alpha = .725, M = 88.3, DP = 13.14$). Os resultados das 5 subescalas foram os seguintes: “Raiva de Si Próprio”

($\alpha = .879$, $M = 17.26$, $DP = 4.72$); “Autocompaixão” ($\alpha = .838$, $M = 12.18$, $DP = 4.724$); “Desprezo/ Vergonha” ($\alpha = .760$, $M = 12.18$, $DP = 4.72$); “Interesse” ($\alpha = .765$, $M = 22.48$, $DP = 4.54$); “Controlo Rígido” ($\alpha = .754$, $M = 14.18$, $DP = 4.47$).

No presente estudo foi utilizada a versão adaptada e validada para a população portuguesa feminina, a qual é constituída por 25 itens organizados nos seguintes fatores/subescalas:

“Raiva de Si Próprio” (3, 4, 5, 9, 14, 24); “Autocompaixão” (2, 6, 8, 10, 20, 22); “Desprezo/ Vergonha” (11, 13, 16, 19); “Interesse” (12, 15, 17, 21, 25) e “Controlo rígido” (1, 7, 18, 23).

Na nossa amostra de mulheres inférteis, os resultados descritivos da análise da consistência interna foram os seguintes (Anexos de XIV a XVIII) :

“Raiva de Si Próprio” ($\alpha = .813$, $M = 21.92$, $DP = 6.92$); “Autocompaixão” ($\alpha = .826$, $M = 20.28$, $DP = 6.99$); “Desprezo/ Vergonha” ($\alpha = .892$, $M = 14.03$, $DP = 5.78$); “Interesse” ($\alpha = .771$, $M = 15.25$, $DP = 4.94$).

Para a escala total de 25 itens o resultado foi o seguinte: ($\alpha = .843$, $M = 90.89$, $DP = 18.41$).

3.2.3. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

A Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC; Anexo X) é um instrumento que permite avaliar a satisfação conjugal a partir da perceção do indivíduo sobre o seu relacionamento conjugal. Foi desenvolvida e adaptada para a população portuguesa por Narciso e Costa (1996). É constituída por 44 itens, os quais são pontuados numa escala de resposta tipo Likert de 6 pontos. Estes variam entre 1 “Nada Satisfeito” e 6 “Completamente Satisfeito”. Pontuações mais elevadas revelam maior satisfação conjugal.

Este instrumento é constituído por 7 subescalas, as quais se denominam por: (1) Intimidade Emocional, que inclui os itens 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44; (2) Sexualidade, a qual engloba os itens 23, 24, 25, 26, 27 e 28; (3) Comunicação/ Conflito, composta pelos itens 14, 15, 16, 17, 18, 21 e 22; (4) Funções

Familiares que inclui os itens 1, 2, 3 e 4; (5) Rede Social que contém os itens 7, 8 e 9; (6) Autonomia, composta pelos itens 10, 11, 12 e 13; (7) Tempos Livres que se refere aos itens 5 e 6.

A revisão psicométrica da EASAVIC realizada por Narciso (2010) revela uma excelente consistência interna da escala global ($\alpha = .97$).

A consistência interna de cada subescala varia entre aceitável e excelente:

(1) Intimidade emocional: $\alpha = .96$; (2) Sexualidade: $\alpha = .93$; (3) Comunicação/Conflito: $\alpha = .91$; (4) Funções Familiares: $\alpha = .84$; (5) Rede Social: $\alpha = .73$; (6) Autonomia: $\alpha = .82$ e (7) Tempos Livres: $\alpha = .70$.

O presente estudo utiliza a EASAVIC para medir o nível de Satisfação Conjugal das mulheres inférteis durante o tratamento para a infertilidade.

Os resultados da análise descritiva desta escala no nosso estudo são os seguintes (Anexos de XXIV a XXXI):

Intimidade Emocional ($\alpha = .952$, $M = 91.1$, $DP = 12.8$); *Sexualidade* ($\alpha = .877$, $M = 28.03$, $DP = 5.4$); *Comunicação e Conflito* ($\alpha = .912$, $M = 32.8$, $DP = 7.2$); *Funções Familiares* ($\alpha = .857$, $M = 17.08$, $DP = 3.729$); *Rede Social* ($\alpha = .758$, $M = 13.3$, $DP = 3.1$); *Autonomia* ($\alpha = .801$, $M = 18.69$, $DP = 3.6$); *Tempos Livres* ($\alpha = .762$, $M = 8$, $DP = 2.45$)

A consistência interna da escala global é: ($\alpha = .968$, $M = 208.89$, $DP = 31.796$).

3.2.4. Questionário da Consciência do Estigma (QCE)

O estudo presente pretende avaliar o estigma percebido das mulheres inférteis durante o tratamento da infertilidade, e para tal recorre ao questionário da Consciência do Estigma (QCE, Anexo VIII).

A versão original deste instrumento foi desenvolvida por Pinel (1999) e adaptada por Slade (2007). A adaptação e validação da versão portuguesa foi realizada por Silva, Justo e Costa (2009).

Este instrumento permite avaliar os pensamentos e sentimentos dos indivíduos inférteis face aos indivíduos que não têm problemas de infertilidade. É constituído por 10

itens, cotados numa escala do tipo Lickert com 6 pontos, que varia de 0- “Discordo Competentemente” a 6- “Concordo Completamente”.

A consistência interna do total dos itens é de $\alpha = .77$, considerada aceitável.

Para este estudo optou-se por retirar os itens 1 e 7 de forma a melhorar a consistência interna. Desta forma, o resultado da análise descritiva neste estudo é ($\alpha = .774$, $M = 22.53$, $DP = 9.42$), considerado também aceitável (Anexo XIX).

3.2.5. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

A presente investigação pretende avaliar os estados emocionais das mulheres durante o tratamento da infertilidade. Para tal recorre ao instrumento EADS (Anexo IX), o qual é um questionário desenvolvido por Lovibond e Lovibond (1995), e adaptado e validado na versão portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

Esta escala permite medir os níveis de depressão, ansiedade e stress, ocorridos recentemente. É constituída por 21 itens, os quais são cotados numa escala de resposta tipo Likert de 4 pontos, variando entre 0- “Não se aplicou a mim de maneira nenhuma” e 3- “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Pontuações elevadas indicam elevado nível de sofrimento.

A EADS é composta por 3 subescalas, cada uma com 7 itens: (1) Depressão, composta pelos itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21. Nesta subescala estão presentes os conceitos de disforia, desânimo, desvalorização da vida e a auto-depreciação, falta de interesse, anedonia e Inércia; (2) Ansiedade, que inclui os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20, e que se refere aos conceitos de excitação do sistema autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade; (3) Stress, esta subescala contém os itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 e refere-se a conceitos relativos à dificuldade em relaxar, excitação nervosa, ficar facilmente agitado/aborrecido, irritabilidade/reatividade exagerada e impaciência.

O valor de alfa de Cronbach para cada uma das subescalas analisado pelos autores, varia entre aceitável e bom: (1) Depressão: $\alpha = .85$; (2) Ansiedade: $\alpha = .74$; (3) Stress: $\alpha = .81$. O valor da consistência interna da escala completa não foi apresentado pelos autores da versão portuguesa.

As análises descritivas dos dados do presente estudo revelam os seguintes resultados:

Depressão ($\alpha = .937$, $M = 6.22$, $DP = 6.17$); *Ansiedade* ($\alpha = .894$, $M = 4.81$, $DP = 5.35$); *Stress* ($\alpha = .882$, $M = 8.5$, $DP = 5.35$).

O resultado para a escala global é: ($\alpha = .960$, $M = 19.53$, $DP = 15.73$).

3.3. Hipóteses Específicas (HE)

Para o presente estudo foi definido um conjunto de hipóteses específicas que podem ser consultadas no (Anexo XXXII)

Relativamente ao contexto em que a percepção de estigma pretende explicar a satisfação conjugal e as suas dimensões, temos as hipóteses específicas de HE1 até HE8.

Quanto ao contexto em que as subescalas da Meta-Emoção pretendem mediar a relação entre percepção de estigma e satisfação conjugal, bem como as suas dimensões, temos as hipóteses específicas de HE9 a HE48.

No que respeita ao contexto em que a conjugação dos três Estados Emocionais Negativos tentam explicar a Satisfação Conjugal Global e também as suas dimensões, desenvolveram-se as hipóteses específicas desde HE49 a HE80.

No âmbito em que as subescalas da Meta-Emoção pretendem mediar a relação entre a conjugação dos três Estados Emocionais Negativos e Satisfação Conjugal, bem como as suas dimensões, temos as hipóteses específicas desde HE81 a HE119.

Quanto ao contexto em que as subescalas da Meta-Emoção pretendem mediar a relação entre Ansiedade e as diferentes dimensões da Satisfação Conjugal temos as hipóteses específicas desde HE120 a HE159.

Quanto ao contexto em que as subescalas da Meta-Emoção pretendem mediar a relação entre Depressão e as diferentes dimensões da Satisfação Conjugal temos as hipóteses específicas desde HE160 a HE200.

Quanto ao contexto em que as subescalas da Meta-Emoção pretendem mediar a relação entre Stress e as diferentes dimensões da Satisfação Conjugal temos as hipóteses específicas desde HE201 a HE240.

3.4. Procedimento

Primeiramente, foi realizado um estudo de adaptação e validação da Escala de Meta-Emoção de Mitmansgruber et al. (2009), de forma a ser utilizada no presente estudo. Para tal, produziu-se a tradução portuguesa da versão original em língua inglesa (Meta-Emotion Scale). A tradução foi realizada individualmente por um professor de psicologia e uma aluna finalista de psicologia, os quais reviram em seguida ambas as traduções de forma comparativa e para aprimorar a coerência entre as traduções. Após esta revisão, foi solicitada a retroversão da tradução (tradução dos itens de português para inglês) a dois tradutores nativos de inglês (uma psicóloga e um tradutor especializado bilingues), os quais não tiveram acesso à versão original da escala. O resultado da retroversão da tradução foi comparado com a escala original, a partir da qual se verificou coerência entre os conceitos expressões idiomáticas.

Os itens e a escala de Likert para a sua cotação foram, também, organizados de acordo com a escala original.

Após a aprovação da versão portuguesa da Escala de Meta-Emoção foi solicitado, através dos serviços informáticos da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FPUL), o acesso à plataforma *Qualtrics* para proceder à colocação da escala em formato online. Foram colocadas várias mensagens de divulgação/ convite de forma a captar os possíveis participantes. Nessas mensagens foi incluído um *link* que dava acesso ao Consentimento Informado e aos questionários. A seguir à leitura do Consentimento Informado e antes da resposta ao questionário de Meta-Emoção, os participantes responderam a um Questionário Sociodemográfico previamente construído para este estudo, a partir do qual se recolheram os dados pessoais relativos a: idade, género, nacionalidade, naturalidade, anos escolares concluídos com sucesso, estatuto ocupacional/laboral, estatuto conjugal, agregado familiar e estatuto socioeconómico.

Terminado o estudo de adaptação e validação da Escala de Meta-Emoção procedeu-se à realização do estudo intitulado “O papel mediador da Meta-Emoção entre estigma percebido e satisfação conjugal e entre estados emocionais e satisfação conjugal, durante o tratamento da infertilidade”. Para tal, foi elaborado um novo Consentimento Informado e reunidos os instrumentos descritos acima (Escala de Meta-emoção, Escala de Ansiedade Depressão e Stress, Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal, Questionário da Consciência do Estigma), assim como foi também elaborado um

Questionário Sociodemográfico e Clínico tendo em conta os objetivos do estudo e a população alvo.

Foi também criada uma mensagem de divulgação/ convite disseminada nas redes sociais (Facebook, Whatsapp, LinkedIn, Instagram). Nesta mensagem estava incluída uma hiperligação da plataforma Qualtrics.

Na fase final do nosso estudo, recorreremos às utentes da clínica CEMEARE para podermos completar o número de participantes da nossa amostra. Entre março e junho de 2023 conseguimos apenas 9 participantes que responderam de forma completa e após o contato com a CEMEARE obtivemos um acréscimo de 25 participantes.

3.4.1. Estudo de Adaptação e Validação da Escala de Meta-emoção de Mitmansgruber e col. (2009)

3.4.1.2. Recolha de dados

Este estudo tem uma abordagem quantitativa e de caráter transversal. A amostra é não probabilística e foi recolhida com base no método bola de neve, exclusivamente por via online, através de uma hiperligação à plataforma *Qualtrics*, que se colocou a circular nas redes sociais (Facebook, LinkedIn, Whatsapp, e-mail com redes de contato da investigadora), com uma mensagem anexada informativa acerca dos objetivos da investigação.

A recolha de dados decorreu entre janeiro e maio de 2023 segundo os seguintes critérios de inclusão: participantes de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e 55 anos.

A participação no estudo foi considerada válida após leitura e aceitação do CI e preenchimento completo do questionário sociodemográfico e escala de Meta-emoção.

A investigação decorreu de forma confidencial e anónima, sem qualquer identificação dos participantes.

O acesso aos dados recolhidos foi apenas realizado pela investigadora e orientador, sendo que os dados referentes a data e hora de preenchimento e endereço de IP, foram eliminados da base de dados construída no IBM SPSS *Statistics 27*.

No documento referente ao consentimento informado foi introduzido o e-mail de contato da investigadora, para o qual os participantes poderão enviar mensagem sobre

qualquer questão relativa ao estudo e solicitação de esclarecimento sobre a necessidade de aconselhamento/ psicoterapia ou atendimento psicológico, caso necessário.

3.4.1.3. Recolha de dados sociodemográficos

Foi elaborado um Questionário Sociodemográfico (QSD) de forma a ir de encontro aos objetivos da investigação. As questões relativas aos dados sociodemográficos e socioeconómicos foram elaboradas de acordo com a classificação social internacional das cinco dimensões do Índice de Graffar (profissão, números de anos escolares, fonte de rendimento, alojamento e características do bairro residencial).

3.4.1.4. Caracterização da amostra

Foi prevista a recolha de 300 participantes (150 homens e 150 mulheres), contudo após extração dos dados da plataforma *Qualtrics*, verificou-se que constavam 254 participantes, dos quais apenas 214 procederam à resposta dos questionários após leitura do CI. Entre os 214 participantes verificou-se que 186 eram mulheres e 28 homens. Devido à discrepância de número entre géneros (feminino e masculino), decidiu-se incidir a análise de dados apenas sobre as repostas obtidas por mulheres. Desta forma, considera-se a validação da escala de Meta-emoção apenas incidente sobre o género feminino.

A caracterização dos dados da amostra foi feita através de análise descritiva pelo software IBM SPSS Statistics 27.

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra (variáveis avaliadas em escalas intervalares ou categoriais) neste estudo serão apresentados de seguida na Tabela 1.

Tabela 1*Caraterização Sociodemográfica da Amostra (N = 186)*

Variáveis		n	%	M	SD	Min.	Máx.
Idade				35.61	10.65	18	55
Anos de estudo				15.82	3.4	5	26
	Solteiro	84	45.2				
Estatuto	Casado	51	27.4				
Conjugal	União Facto	41	22				
	Divorciado	10	5.4				
	Estudante	46	24.7				
Estatuto	TCO	94	50.5				
Ocupacional	TCP	29	15.6				
	Desempregado	6	3.2				
	Outro	11	5.9				
	I	42	22.6				
Estatuto	II	86	46.2				
Socioeconómico	III	13	7				
	IV	0	0				
	V	0	0				
	NA	45	24.2				

Legenda: TCO- Trabalhador por Conta de Outrem; TCP- Trabalhador por Conta Própria; ND – Não se Aplica

Como se pode observar nos dados fornecidos na tabela a nossa amostra é constituída por mulheres (N = 186) com idade compreendida entre os 18 e os 55 anos, com uma média de 35.61 anos e desvio padrão de 10.65 anos e escolaridade com média de 15.82 anos e desvio padrão de 3.4 anos.

Relativamente ao estatuto conjugal verifica-se que grande parte das participantes se encontra numa relação conjugal por casamento (27.4%) ou união de facto (22%), ou está solteira (45.2%).

Quanto ao estatuto ocupacional observa-se que aproximadamente metade da amostra é trabalhadora por conta de outrem (50.5%) e o estatuto socioeconómico com base no índice de Graffar situa-se no nível II na maioria dos participantes (46.2%) para os quais foi possível definir o índice de Graffar.

3.4.1.5. Análise de Dados

A Tabela 2 que se segue apresenta os resultados das estatísticas descritivas para cada item e peso fatorial respetivo.

Tabela 2

Análise de Componentes Principais com Rotação Equamax para a Escala de Meta-Emoção de 25 itens (descritivas e pesos fatoriais)

Item/Fator	M	DP	F
3. Eu fico irritado(a), constantemente, com as minhas reações emocionais.	2.9	1.47	.688
4. Às vezes, chego a ficar com raiva de mim próprio, por causa da forma como reajo emocionalmente.	3.9	1.61	.751
5. Eu estou, permanentemente, a obrigar-me a recuperar o controlo das minhas emoções.	3.11	1.642	.730
11. Eu luto afincadamente contra as minhas emoções.	2.33	1.362	.537
14. Eu, muitas vezes, penso que a minha reação emocional é errada.	2.84	1.49	.650
24. Repetidamente, eu irrito-me por causa das minhas reações emocionais estúpidas.	2.78	1.62	.658
2. Quando me sinto stressado e estou a viver emoções negativas, sou compreensivo em relação a mim próprio.	3.48	1.41	.647
6. Em situações de stress, eu tento cuidar de mim da mesma forma que cuidaria das pessoas que me são próximas.	3.63	1.53	.610
8. Quando eu estou triste ou ansioso, faço algo de bom para mim próprio, para as coisas ficarem mais simples para mim.	3.89	1.4	.649
10. Eu desculpo-me a mim próprio, quando me sinto mal.	3.38	1.55	.671
20. Eu sou simpático comigo próprio, quando me sinto sobrecarregado pelas minhas emoções.	3.69	1.3	.595
22. Quando estou a viver emoções negativas fortes, conforto-me e encorajo-me a mim mesmo.	4.13	1.33	.628

11. Quando me sinto envergonhado(a) por causa das minhas reações emocionais, não consigo pensar em mais nada.	3.36	1.63	.728
13. Constantemente, há situações em que me trato mesmo mal.	2.23	1.44	.513
16. Quando me sinto culpado por ter cometido um erro, sou implacável comigo mesmo.	3.51	1.54	.621
23. Quando faço algo de errado, durante muito tempo, não consigo perdoar-me.	3.08	1.58	.647
12. Repetidamente, descubro novas vivências em mim mesmo.	3.89	1.35	.656
17. Os meus pensamentos e os meus sentimentos são uma fonte inesgotável de informação acerca de mim.	4.67	1.24	.728
17. As emoções negativas dão-me informação interessante acerca de mim mesmo.	4.44	1.32	.796
21. Eu aprendo com os meus sentimentos.	5.06	1.08	.532
25. Muitíssimas vezes, os meus pensamentos e as minhas emoções são fascinantes e importantes para mim.	4.42	1.31	.690
1. Quando estou triste ou ansioso, sou demasiado exigente comigo mesmo.	3.9	1.54	.879
7. Quando eu acho que as minhas emoções são inapropriadas, eu torno-me demasiadamente exigente comigo próprio.	3.69	1.38	.699
18. Quando estou a falar para mim próprio, nos meus pensamentos, sou, muitas vezes, ríspido comigo mesmo.	3.89	1.4	.407
23. Eu sou muito exigente comigo mesmo, para conseguir controlar os meus sentimentos.	3.20	1.44	.494
4. Eu elogio-me a mim próprio, quando estou a viver uma grande sobrecarga emocional.	4.03	1.61	.761
20. No dia-a-dia, quando não consigo corresponder às minhas expectativas, não me deixo ficar em baixo.	3.45	1.43	-.653
25. Eu não consigo desenrascar-me com emoções fortes.	2.44	1.41	.503

3.4.2. Estudo sobre o papel mediador da Meta-Emoção entre estigma percebido, satisfação conjugal e entre estados emocionais e satisfação conjugal durante o tratamento da infertilidade

3.4.2.1. Recolha de Dados

Esta investigação decorre sob uma abordagem quantitativa e de carácter transversal. A amostra é não probabilística e foi recolhida com base no método bola de neve, por via online, através da criação de uma hiperligação à plataforma *Qualtrics*, que se colocou a circular nas redes sociais (Facebook, LinkedIn, Whatsapp, Instagram), com uma mensagem informativa acerca dos objetivos da investigação.

Devido à dificuldade na obtenção de respostas a partir da plataforma online, foi também elaborado um panfleto sobre o estudo e com código QR de acesso à hiperligação, o qual foi distribuído informalmente junto de clínicas de infertilidade. Foi também estabelecido contato presencial com a clínica CEMEARE, com a qual se estabeleceu protocolo de investigação, de forma a aumentar o número de participantes.

A recolha de dados decorreu entre março e setembro de 2023 segundo os seguintes critérios de inclusão: participantes de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos.

A participação no estudo foi considerada válida após leitura e aceitação do CI e preenchimento completo do questionário sociodemográfico e clínico, escala de Meta-emoção, EASAVIC, QCE e EADS.

A investigação decorreu de forma confidencial e anónima, sem qualquer identificação dos participantes.

O acesso aos dados recolhidos foi apenas realizado pela investigadora e orientador, sendo que os dados referentes a data e hora de preenchimento e endereço de IP, foram eliminados da base de dados construída no IBM SPSS Statistics 27.

No documento referente ao consentimento informado foi introduzido o e-mail de contato da investigadora, para o qual os participantes poderão enviar mensagem sobre qualquer questão relativa ao estudo e solicitação de esclarecimento sobre a necessidade de aconselhamento/ psicoterapia ou atendimento psicológico, caso necessário.

3.4.2.2. Descrição Sociodemográfica e Clínica

Obtiveram-se 62 iniciativas de resposta a esta investigação, sendo que apenas 36 se encontram completas e somente um indivíduo do sexo masculino respondeu. Desta forma o estudo incidiu exclusivamente sobre mulheres.

A amostra é assim constituída por 36 participantes do género feminino, com idades compreendidas entre os 27 e 42 anos.

Na tabela 3 são apresentados os dados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra do estudo.

Tabela 3: *Caraterização Sociodemográfica da Amostra (N = 36)*

Variáveis	n	%	M	SD	Mín.	Máx.
Idade	36		34.78	4.31	27	42
Anos de estudo	36		14.69	3.51	6	23
Anos relação	36		6.58	3.77	1	16
Estatuto Conjugual	Solteiro	1	2.8			
	Casado	21	58.3			
	União Facto	13	36.1			
	Divorciado	1	2.8			
Número de filhos anteriores	Sem Filhos	26	72.2			
	Só do conjuge	10	27.8			
Estatuto Ocupacional	Estudante	0	0			
	TCO	30	83.3			
	TCP	5	13.9			
	Desempregado	1	2.8			
	Outro	0	0			

Legenda: Trabalhador por Conta de Outrem; TCP – Trabalhador por Conta Própria

Os dados da tabela informam que as participantes neste estudo têm uma média de idade de 34.78 e desvio padrão de 4.3. O número de anos de estudo mínimo é 6 e o máximo é 23 (M = 14.69, DP = 3.51).

Quanto ao estatuto conjugal, a grande maioria é casada (58.3%) ou está em União de Facto (36.1%). O número de anos em que se encontram em relação conjugal varia entre o mínimo de 1 e máximo de 16 (M = 6.58, DP = 3.77). Nenhuma das participantes da amostra tem filhos próprios e 27.8% dos cônjuges das participantes têm filhos de relações anteriores.

Relativamente ao estatuto ocupacional, a grande maioria é trabalhadora ou por conta de outrem (83.3%) ou por conta própria (13.9%).

A Tabela 4 abaixo descreve as variáveis clínicas da amostra.

Tabela 4: *Caracterização Clínica da Amostra (N = 36)*

Variáveis		n	%
Interrupção Espontânea da Gravidez (IEG)	Sim	14	38.9
	Não	22	61.1
	1	9	25.0
Número de IEG	2	2	5.6
	3	2	5.6
	8	1	2.8
Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)	Sim	3	8.3
	Não	33	91.7
Número de IVG	1	3	8.3
Motivo da Infertilidade	Sim	32	88.9
	Não	4	11.1
Número de Tratamentos	0	4	11.1
	1	14	38.9
	2	7	19.4
	3	6	16.7
	4	1	2.8
	5	1	2.8
	6	1	2.8
	9	1	2.8
	10	1	2.8

A partir dos dados apresentados na tabela x constata-se que 38.9% das participantes deste estudo tiveram no mínimo 1 e máximo 8 interrupções voluntárias da gravidez (IEG), sendo que a maioria (25%) teve apenas 1 IEG.

Relativamente às interrupções voluntárias da gravidez, 8.3% das participantes tiveram uma IVG.

A grande maioria das participantes sabe o motivo da infertilidade (88.9%). Apenas 11.1% ainda não está a receber tratamento, sendo que 88.95% já recebeu entre 1 a 10 tratamentos, sendo a frequência maior de 1 tratamento recebido (38.9%).

4. Resultados

A análise estatística foi efetuada a partir do software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 27.

Em primeiro lugar foi feita a análise linear hierárquica múltipla, a qual é uma técnica de estatística descritiva e inferencial, que possibilita verificar a relação entre uma variável dependente (VD) e um conjunto de variáveis independentes (VI), as quais poderão predizer a variação da VD (Gageiro & Pestana, 2000).

Todos os testes de hipóteses incluíram: o Modelo 1, composto pelas variáveis Idade das Participantes e Número de Anos Escolares concluídos com sucesso; o Modelo 2 contém a variável Anos de duração da Relação Conjugal; o Modelo 3, composto pelas variáveis Número de IEG e Número de Tratamentos para a Infertilidade e, no Modelo 4, foi incluída a variável independente relativa à hipótese específica testada.

O modelo de regressão linear múltipla exige que as variáveis sejam intervalares e que a sua relação seja linear e aditiva (Gageiro & Pestana, 2000). Para tal, foi necessário recodificar em 0's e 1's as variáveis que se encontravam classificadas em escala ordinal ou categorial.

De forma a se verificar a normalidade da distribuição, foi feita a testagem com o teste Shapiro-Wilk.

A multicolinearidade foi analisada a partir dos valores de Tolerância (superiores a .1) e VIF (inferiores a 10) de forma a perceber se existiriam correlações excessivas entre as variáveis independentes ou preditoras.

A variância estatística foi analisada a partir do teste F, de modo a verificar se existem valores significativos na relação entre as variáveis preditoras e a variável dependente.

O teste de ajustamento à distribuição normal foi aplicado às seguintes variáveis: idade das participantes, anos de estudo concluídos com sucesso, anos de relação conjugal, números de interrupções voluntárias da gravidez e número de tratamentos para a infertilidade.

Foi também feita a testagem de ajustamento à distribuição normal à escala completa de Meta-Emoção e aos cinco fatores isoladamente; à escala global EASAVIC e às suas 7 dimensões isoladamente; à escala EADS e às três subescalas (Ansiedade, Depressão e Stress) e à escala QCE.

A partir dos resultados conclui-se que a variável Idade das Participantes apresenta uma distribuição normal, mas as variáveis Anos de Estudo concluídos com Sucesso, Anos de Relação Conjugal, Número de IEG e Número de Tratamentos para a Infertilidade, apresentam uma distribuição não normal.

Relativamente aos instrumentos, verifica-se que a escala global de Meta-Emoção tem uma distribuição não normal, mas todos os seus cinco fatores isoladamente apresentam uma distribuição normal. A escala EADS global e todas as suas subescalas apresentam-se numa distribuição não normal. A escala QCE apresenta uma distribuição normal. A escala EASAVIC global e as dimensões Sexualidade, Funções Familiares, Rede Social, Autonomia e tempos Livres, apresentam uma distribuição normal, sendo que as subescalas Intimidade Emocional e Comunicação e Conflito não apresentam normalidade.

Os afastamentos relativos à distribuição normal foram analisados pela observação dos gráficos Q-Q plots, os quais permitiram verificar que os resultados não impedem a realização de análises de regressão (Anexos XII e XIII).

4.1. Testagem de Hipóteses

4.1.1 Testagem de HE1 a HE8 (A percepção de estigma pretende explicar a satisfação conjugal e as suas dimensões)

A testagem da HE1 indica que a variável Estigma Percecionado não contribui significativamente para a explicação da variância estatística da variável Satisfação Conjugal Global ($p = .07$).

A partir da testagem das hipóteses específicas (de HE2 a HE8) relativas ao contributo da VI (Estigma Percecionado) para a variâncias estatísticas das diferentes dimensões da VD (Satisfação Conjugal), verifica-se apenas um resultado significativo na HE5 (consultar tabela 5).

Tabela 5*Análise de Regressão da HE5, VI Estigma Percecionado*, VD Funções Familiares***

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Sig. Mud. de F
1	.348	.121	.068	3.60052	.121	2.273	2	33	.119
2	.353	.124	.042	3.64961	.003	.118	1	32	.733
3	.434	.188	.053	3.62909	.064	1.181	2	30	.321
4	.601	.361	.229	3.27510	.173	7.836	1	29	.009

*QCE – Estigma Percecionado; **EASAVIC - Dimensão Funções Familiares da Satisfação Conjugal

A partir dos dados apresentados na tabela 5, observamos que o Modelo 4 (Estigma Percecionado) parece contribuir significativamente para a variância estatística da dimensão Funções Familiares ($R^2 = .361$, $p = .009$), explicando 36.1% da variância estatística da variável dependente Funções Familiares.

Relativamente às restantes dimensões da Satisfação Conjugal, não se observam contributos significativos da VI para as variâncias estatísticas das diferentes dimensões da VD (HE2: $p = .129$; HE3: $p = .258$; HE4: $p = .052$; HE6: $p = .217$; HE7: $p = .102$; HE8: $p = .244$) (Anexo XXXIII).

4.1.2. Testagem de HE9 a HE48: As Subescalas da Meta-Emoção medeiam a relação entre Estigma Percecionado e a Satisfação Conjugal Global e suas dimensões

A Testagem das hipóteses de HE9 a HE48 foi efetuada a partir do software PROCESS para SPSS, versão 4.2.

Realizou-se uma análise pormenorizada sobre o efeito mediador de cada fator da Meta-Emoção relativamente à relação entre Estigma Percecionado e Satisfação Conjugal Global e cada uma das suas dimensões. Após observação dos efeitos indiretos de cada VI sobre cada VD, com análise do intervalo de confiança *Bootstrap*, conclui-se que nenhum fator da Meta-Emoção é uma variável mediadora na relação entre Estigma Percecionado e Satisfação Conjugal (Anexo XXXIV).

4.1.3. Testagem das hipóteses específicas de HE49 a HE80: Estados Emocionais e Satisfação Conjugal e suas dimensões

A testagem da HE49 sugere que a conjugação dos três Estados Emocionais Negativos não oferece um contributo significativo para a variância estatística da Satisfação Conjugal ($R^2 = .190$; $p = .171$).

Relativamente às hipóteses de HE50 a HE56 (Anexo XXXIV), verifica-se apenas que a HE55 apresenta um resultado significativo no modelo 4 ($R^2 = .246$; $p = .015$), ou seja, a VI Estados Emocionais Negativos dá um contributo significativo à variância estatística da dimensão Autonomia da VD Satisfação Conjugal, explicando 24.6% do modelo (consultar tabela 6).

Tabela 6

Análise de Regressão Linear Múltipla da HE55, VI Total dos Estados Emocionais Negativos, VD Autonomia***

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Sig. Mud. de F
1	.249	.062	.005	3.57305	.062	1.094	2	33	.347
2	.250	.063	-.025	3.62778	.000	.012	1	32	.914
3	.265	.070	-.085	3.73164	.008	.122	2	30	.886
4	.496	.246	.090	3.41807	.176	6.757	1	29	.015

*EADS Total – Estados Emocionais Negativos, **EASAVIC – Dimensão Autonomia da Satisfação Conjugal

No que diz respeito à testagem das hipóteses específicas de HE57 a HE64 (Ansiedade e Satisfação Conjugal Global e suas dimensões), observa-se que apenas a HE63 apresenta valores significativos no Modelo 4 ($R^2 = .292$; $p = .015$), isto é, a VI Ansiedade dá um contributo significativo para a dimensão Autonomia da VD de 29.2% (ver Tabela 7).

Tabela 7

Análise de Regressão Linear Múltipla da HE63, VI Ansiedade, VD Autonomia***

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Sig. Mud. de F
1	.249	.062	.005	3.57305	.062	1.094	2	33	.347
2	.250	.063	-.025	3.62778	.000	.012	1	32	.914
3	.265	.070	-.085	3.73164	.008	.122	2	30	.886
4	.541	.292	.146	3.31055	.222	9.117	1	29	.005

*EADS – Ansiedade, **EASAVIC – Dimensão Autonomia da Satisfação Conjugal

A análise do teste das hipóteses específicas de HE65 a HE72 (Depressão e Satisfação Conjugal Global e suas dimensões), sugere que apenas a Depressão contribui para explicar a Intimidade Emocional (HE66), com valor significativo ($R^2 = .237$; $p = .043$) (ver Tabela 8).

Tabela 8

Análise de Regressão Linear Múltipla da HE66, VI Depressão, VD Intimidade Emocional***

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Sig. Mud. de F
1	.272	.074	.018	12.67544	.074	1.319	2	33	.281
2	.277	.077	-.010	12.85386	.003	.090	1	32	.766
3	.345	.119	-.028	12.96849	.042	.718	2	30	.496
4	.487	.237	.079	12.272260	.118	4.499	1	29	.043

*EADS – Depressão, **EASAVIC – Dimensão Intimidade Emocional da Satisfação Conjugal

Relativamente à relação entre variável independente Stress e variável dependente Satisfação Conjugal (global e dimensões: de HE73 a HE80), verifica-se que o Stress (VI) dá um contributo significativamente explicativo da dimensão Autonomia da Satisfação Conjugal (VD), explicando 30.9% do Modelo 4 (HE79) (consultar tabela 9).

Tabela 9

Análise de Regressão Linear Múltipla da HE79, VI Stress, VD Autonomia***

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Sig. Mud. de F
1	.249	.062	.005	3.57305	.062	1.094	2	33	.347
2	.250	.063	-.025	3.62778	.000	.012	1	32	.914
3	.265	.070	-.085	3.73164	.008	.122	2	30	.886
4	.556	.309	.166	3.27192	.239	10.023	1	29	.004

*EADS – Stress, **EASAVIC – Dimensão Autonomia da Satisfação Conjugal

A testagem das restantes hipóteses não sugeriu valores estatisticamente significativos (Anexo XXXIV).

4.1.4. Testagem das hipóteses de HE81 a HE120: As Subescalas da Meta-Emoção medeiam a relação entre o total dos Estados Emocionais Negativos e a Satisfação Conjugal Global e suas dimensões

A testagem das hipóteses específicas de HE81 a HE120 foi efetuada a partir do software PROCESS para SPSS, versão 4.2.

A análise dos resultados da testagem das hipóteses indica que a mediação da Meta-Emoção na relação entre VI e VD é quase nula, encontrando-se apenas um efeito indireto significativo, ilustrado pelos valores do intervalo de confiança *Bootstrap*, nas hipóteses HE87 e HE103 (ver tabelas 10 e 11).

Tabela 10

Análise de Mediação da HE87, relação entre o total dos Estados Emocionais Negativos e dimensão Autonomia mediada pelo fator Raiva de Si Próprio da Meta-Emoção

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	IC <i>Boot</i> Mín.	IC <i>Boot</i> Máx.
.0543	.0283	.0107	.1205

A Tabela 10 é referente à análise dos resultados do efeito indireto, ou seja, do efeito do total dos Estados Emocionais Negativos sobre a dimensão Autonomia da Satisfação Conjugal, mediada pelo fator Raiva de Si Próprio da Meta-Emoção. A significância do efeito ($b = .0543$) verifica-se significativa, tal como demonstra o resultado do intervalo de confiança (ICBoots[.0107, .1205]).

Tabela 11

Análise de Mediação da HE103, relação entre Estados Emocionais Negativos e dimensão Autonomia mediada pelo fator Desprezo/Vergonha da Meta-Emoção

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	IC <i>Boot</i> Mín.	IC <i>Boot</i> Máx.
.0556	.0276	.0121	.1175

A Tabela 11 mostra, a partir dos valores do intervalo de confiança *Bootstrap* que, o efeito indireto ($b = .0556$) do total dos Estados Emocionais Negativos sobre a dimensão Autonomia é mediado pelo fator Desprezo/Vergonha da Meta-Emoção, (ICBoots[.0121, .1175]).

Os resultados das análises referentes às restantes hipóteses não confirmadas na população da nossa amostra poderão ser consultados no (Anexo XXXVI).

4.1.5. Testagem das hipóteses de HE121 a HE160: As Subescalas da Meta-Emoção medeiam a relação entre Ansiedade e a Satisfação Conjugal global e suas dimensões

A Testagem das hipóteses específicas de HE121 a HE160 foi efetuada a partir do software PROCESS para SPSS, versão 4.2.

Os resultados sugerem que mediações significativas foram encontradas nas hipóteses HE121, HE122, HE127 e HE143 (consultar tabelas 12, 13, 14 e 15).

Tabela 12

Análise de Mediação da HE121, relação entre Ansiedade e Satisfação Conjugal Global, mediada pelo fator Raiva de Si Próprio da Meta-Emoção

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	IC <i>Boot</i> Mín.	IC <i>Boot</i> Máx.
-.0326	.0159	-.0646	-.0027

Os resultados da Tabela12 sugerem que existe efeito direto significativo ($b = -.0326$) na relação entre Ansiedade e a Satisfação Conjugal Global pela mediação do fator Raiva de Si Próprio da Meta-Emoção (ICBoots[-.0646, -.0027]).

Tabela 13

Análise de Mediação da HE122, relação entre Ansiedade e a dimensão Intimidade Emocional, mediada pelo fator Raiva de Si Próprio da Meta-Emoção

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	IC <i>Boot</i> Mín.	IC <i>Boot</i> Máx.
-47.40	.2042	-.8618	-.0716

A tabela 13 representa os resultados da significância da mediação pelo fator Raiva de Si Próprio da Meta-Emoção na relação entre Ansiedade e a dimensão Intimidade Emocional da Satisfação Conjugal ($b = -47.40$, ICBoots[-.8618, -.0716]).

Tabela 14

Análise de Mediação da HE127, relação entre Ansiedade e a dimensão Autonomia, mediada pelo fator Raiva de Si Próprio da Meta-Emoção

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	IC <i>Boot</i> Mín.	IC <i>Boot</i> Máx.
.1411	.0787	.0231	.3242

Os resultados apresentados na tabela 14 são sugerem que o fator Raiva de Si Próprio medeia também a relação entre Ansiedade e a dimensão Autonomia da Satisfação Conjugal ($b = .1411$, $IC_{Boots} [.0787, .0231]$).

Tabela 15

Análise de Mediação da HE143, relação entre Ansiedade e a dimensão Autonomia, mediada pelo fator Desprezo/Vergonha da Meta-Emoção

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	IC <i>Boot</i> Mín.	IC <i>Boot</i> Máx.
.1473	.0867	.0282	.3548

O fator Desprezo/Vergonha apresenta um papel mediador na relação entre Ansiedade e a dimensão Autonomia, tal como observado na tabela 15 ($b = .1473$, $IC_{Boots} [.0867, .0282]$).

Os resultados das análises referentes às restantes hipóteses não confirmadas na população da nossa amostra poderão ser consultados no (Anexo XXXVII).

4.1.6. Testagem das hipóteses de HE161 a HE200: As Subescalas da Meta-Emoção medeiam a relação entre Depressão e a Satisfação Conjugal global e suas dimensões

A Testagem das hipóteses específicas de HE161 a HE201 foi efetuada a partir do software PROCESS para SPSS, versão 4.2.

A partir dos resultados das análises conclui-se que, para a amostra da população deste estudo, apenas se encontram mediações de fatores da Meta-Emoção nas hipóteses HE167 e HE183 (ver tabelas 16 e 17)

Tabela 16

Análise de Mediação da HE167, relação entre Depressão e a dimensão Autonomia, mediada pelo fator Raiva de Si Próprio da Meta-Emoção

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	IC <i>Boot</i> Mín.	IC <i>Boot</i> Máx.
.1468	.0791	.0343	.3384

Na tabela 16 pode-se verificar que o fator Raiva de Si Próprio tem um papel mediador significativo na relação entre Depressão e Autonomia ($b = .1468$, $IC_{Boots} [.0343, .3384]$).

Tabela 17

Análise de Mediação da HE183, relação entre Depressão e a dimensão Autonomia, mediada pelo fator Desprezo/Vergonha da Meta-Emoção

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	<i>IC Boot</i> Mín.	<i>IC Boot</i> Máx.
.1435	.0711	.0351	.3105

Na tabela 17 observa-se que o fator Desprezo/Vergonha da Meta-Emoção media de forma significativa a relação entre Depressão e a dimensão Autonomia da Satisfação Conjugal ($b = .1435$, $IC_{Boots} [.0351, .3105]$).

Os resultados das análises referentes às restantes hipóteses não confirmadas na população da nossa amostra poderão ser consultados no (Anexo XXXVIII).

4.1.7. Testagem das hipóteses de HE201 a HE240: As Subescalas da Meta-Emoção medeiam a relação entre Stress e a Satisfação Conjugal global e suas dimensões

A Testagem das hipóteses específicas de HE161 a HE201 foi efetuada a partir do software PROCESS para SPSS, versão 4.2.

Após a análise dos resultados constata-se que o Stress tem efeito direto significativo sobre a dimensão Autonomia, mediada pelos fatores Raiva de Si Próprio (HE206), Autocompaixão (HE214) e Desprezo/Vergonha (ver tabelas).

Tabela 18

Análise de Mediação da HE207, relação entre Stress e a dimensão Autonomia, mediada pelo fator Raiva de Si Próprio da Meta-Emoção

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	<i>IC Boot</i> Mín.	<i>IC Boot</i> Máx.
.1426	.0727	.0266	.3058

Os resultados apresentados na tabela 18 sugerem que existe uma mediação significativa da variável Raiva de Si Próprio na relação entre Stress e a dimensão Autonomia ($b = .1426$, $IC_{Boots} [.0266, .3058]$).

Tabela 19

Análise de Mediação da HE215, relação entre Stress e a dimensão Autonomia, mediada pelo fator Autocompaixão da Meta-Emoção

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	IC <i>Boot</i> Mín.	IC <i>Boot</i> Máx.
-.1218	.0600	-.2393	-.0016

Na tabela 19 verifica-se o efeito direto significativo entre Stress e a dimensão Autonomia, mediado pela Autocompaixão ($b = .1435$, $IC_{Boots} [.0351, .3105]$).

Tabela 20

Análise de Mediação da HE223, relação entre Stress e a dimensão Autonomia, mediada pelo fator Desprezo/Vergonha da Meta-Emoção

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	IC <i>Boot</i> Mín.	IC <i>Boot</i> Máx.
.1483	.0777	.0235	.3273

O efeito direto do Stress na dimensão autonomia, mediado pelo Desprezo/vergonha, verifica-se também significativo ($b = .1483$, $IC_{Boots} [.0235, .3273]$).

Os resultados das análises referentes às restantes hipóteses não confirmadas na população da nossa amostra poderão ser consultados no (Anexo XXXIX).

4.2. Relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e psicométricas a partir da Análise de Regressão Linear Simples

De acordo com análises de relação linear simples (Anexo XL), conclui-se que em geral as variáveis sociodemográficas e clínicas não contribuem para explicar Satisfação Conjugal. O mesmo acontece relativamente à Perceção de Estigma e aos Estados Emocionais Negativos. As exceções ocorrem nas seguintes análises: quando o número de anos escolares concluídos com sucesso dá um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão Rede Social da VD Satisfação Conjugal ($R^2 = .146$, $p = .021$); o Estigma

Percecionado, aparenta dar um contributo significativo para explicar a variância estatística das dimensões Comunicação e Conflito ($R^2 = .124$, $p = .036$) e Funções Familiares ($R^2 = .184$, $p = .009$); a Depressão, parece dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão Intimidade Emocional da Satisfação Conjugal ($R^2 = .145$, $p = .022$); a Ansiedade parece predizer a dimensão Autonomia ($R^2 = .205$, $p = .006$) e o Stress parece predizer a dimensão Rede Social ($R^2 = .118$, $p = .041$) e a dimensão Autonomia ($R^2 = .234$, $p = .003$).

5. Discussão, Conclusão e Limitações

O presente estudo teve como objetivo verificar o papel mediador da Meta-Emoção na relação entre Estigma Percecionado e Satisfação Conjugal e entre Estados Emocionais Negativos e Satisfação Conjugal em mulheres inférteis durante o tratamento para a infertilidade.

Para avaliar a Meta-Emoção foi necessário adaptar e validar para a população portuguesa feminina por Maximiano e Justo (2023) a Escala original *Meta-Emotion Scale* de Mitmansgruber e colaboradores (2009). O resultado da análise fatorial, realizada pelo método de análise de componentes principais com rotação ortogonal Equamax, sugere que para a nossa amostra de participantes a escala fica composta por 25 itens distribuídos por 5 fatores ou dimensões, tendo sido excluídos três itens e a dimensão Repressão da escala original. Na nossa versão a escala é composta pelos fatores classificados por: 1) Raiva de Si Próprio, 2) Autocompaixão, 3) Desprezo/Vergonha; 4) Interesse e 5) Controlo Rígido. A consistência interna da escala de 25 itens foi considerada aceitável ($\alpha = .725$).

Na amostra de participantes inférteis os 25 itens da escala de Meta-Emoção apresentaram boa consistência interna ($\alpha = .843$).

A análise de regressão linear hierárquica múltipla efetuada com quatro modelos para compreender o efeito das variáveis independentes (Estigma Percecionado e Estados Emocionais Negativos) sobre a Satisfação Conjugal Global e suas dimensões) verificou que as variáveis sociodemográficas e clínicas (Modelo 1: Idade e Anos Escolares Concluídos com Sucesso; Modelo 2: Duração da Relação Conjugal Atual; Modelo 3: Número de Interrupções Involuntárias da Gravidez e Número de Tratamentos) não predizem significativamente, nesta amostra, a variância estatística da Satisfação Conjugal. O Modelo 4, onde se incluem as variáveis independentes Estigma Percecionado e a conjugação dos três Estados Emocionais Negativos e cada um separadamente, revela que Satisfação Conjugal Global não sofre variações significativas, mas sim algumas das suas dimensões.

Os resultados de este estudo sugerem que o Estigma Percecionado, medido pelo Questionário de Consciência de Estigma na Infertilidade (QCE), versão portuguesa de Silva, Justo e Costa (2009), tem impacto apenas na dimensão Funções Familiares da Satisfação Conjugal ($p = .009$).

Oslo et al. (1982, as cited in Pedro et al., 2015) definiram duas dimensões fundamentais para o funcionamento familiar, as quais se designam por: coesão e adaptabilidade. A coesão relaciona-se com o elo entre os elementos da família e a adaptabilidade reflete a capacidade de a família ser flexível às mudanças de papéis de liderança, definição de regras em contextos que exigem tomadas de decisão.

As Funções Familiares na escala EASAVIC estão expressas sobre a percepção que o indivíduo tem relativamente à satisfação da gestão da logística doméstica e financeira, distribuição de responsabilidades e tomadas de decisão.

A infertilidade é uma condição clínica que sobrecarrega emocional e financeiramente os casais, e que, representando a impossibilidade de ter filhos, é vista aos olhos da sociedade como uma condição estigmatizante, que diminui o processo de tomada de decisão sobre a parentalidade e a oportunidade de crescimento e alargamento familiar. A percepção do estigma e a sua introjeção poderá influenciar a coesão e a adaptabilidade entre o casal devido ao aumento da tensão e ansiedade sobre a resolução da condição de infertilidade, assim como face ao receio de rutura da relação conjugal (Whiteford & Gonzalez, 1995; Taebi et al., 2021). Mulheres com menores níveis de ansiedade face ao abandono e evitamento da intimidade revelam maior satisfação conjugal (Pedro et al., 2015).

O estudo de Zanganeh et al. (2015) observou que as mulheres inférteis tiveram resultados mais baixos, quando comparadas com as mulheres férteis, nas quatro subescalas do funcionamento familiar (controlo do comportamento, papéis, responsividade e envolvimento emocional).

Outro estudo (Lei et al, 2021) verificou que a vivência do stress relacionado com a infertilidade mostrou-se mais elevado nas mulheres quando comparadas com os homens. Neste estudo, as mulheres desejam maior adaptabilidade e coesão familiar e a maior parte não se encontra satisfeita com a sua situação atual. A zona habitacional (rural e urbana) e o nível de escolaridade também tiveram influência na vivência do stress da infertilidade e, por sua vez, na satisfação conjugal relativamente às funções familiares.

Os dados dos estudos mencionados e os dados do nosso estudo indicam que é importante continuar a explorar o efeito do estigma sobre as funções familiares, de forma a possibilitar melhor compreensão sobre o sofrimento do casal infértil.

Relativamente à análise de regressão linear hierárquica múltipla, com a variável independente Total dos Estados Emocionais Negativos e também à análise do Estado de Ansiedade e Stress isoladamente, no modelo 4, verifica-se que o total dos Estados Emocionais Negativos ($p = .015$), a Ansiedade ($p = .005$) e o Stress ($p = .004$), têm efeito preditor na dimensão Autonomia da Satisfação Conjugal.

A autonomia ou auto-determinação é considerada fundamental nas relações amorosas. Murray Bowen (as cited in Anderson, 2019) definiu o conceito diferenciação do *Self*, que se tornou um conceito bastante relevante no seio das teorias dos sistemas familiares. A diferenciação do *Self* reflete-se no desenvolvimento de um funcionamento saudável e é definido como a forma como se é capaz de equilibrar o funcionamento intelectual e emocional e a intimidade e autonomia nas relações afetivas significativas. Esta diferenciação envolve também a capacidade de gerir e regular a ansiedade vivenciada e ser resiliente à ansiedade externa. A infertilidade sendo uma condição que tem impacto nos estados emocionais negativos, e que é vivida com secretismo perante colegas, familiares e amigos próximos pode aumentar a necessidade de hipervigilância e autocontrolo o que se pode traduzir numa sensação de restrição da autonomia no seio do casal. O facto de também os casais procurarem ajuda médica e tratamento para a infertilidade e por conseguinte a duração dos tratamentos, pode levar à perda de sensação de privacidade da vida pessoa. Assim como também, o facto de os casais viverem esta problemática em sofrimento conjunto faz com que a liberdade na tomada de decisão sobre a vida individual e diferenciação do *Self* seja mais reduzida. As expectativas sobre o tratamento e a difícil rotina dos mesmos, a pressão sociofamiliar e a dificuldade em conciliar o trabalho e o agendamento de consultas, levam ao aumento dos estados emocionais negativos (Ansiedade, Depressão e Stress), os quais poderão influenciar um comportamento de maior hostilidade nas relações próximas e afetivas (Santos & Ramos, as cited in Sá Leonardo & Cintra, pp. 59 in Justo, 2019).

No que diz respeito à análise da relação preditora da Depressão sobre as dimensões da Satisfação Conjugal, os resultados apresentam efeito estatisticamente significativo ($p = .043$) sobre a dimensão Intimidade Emocional.

O termo intimidade emocional está normalmente associado à sensação e perceção de proximidade afetiva, interpessoal e intelectual que os parceiros sentem relativamente um pelo outro (Yoo et al., 2013). A perceção de intimidade emocional prediz a satisfação conjugal do próprio, mas também a do parceiro, ou seja, quando a mulher se sente emocionalmente

próxima do seu companheiro, este tende a sentir-se mais satisfeito na relação (Yoo et al., 2013). A prevalência de depressão nas mulheres inférteis é mais elevada do que na população em geral e também mais elevada nos países em desenvolvimento, onde as oportunidades para realizar tratamento são menores (Kiani et al., 2021). A depressão na infertilidade é manifestada por sensação de grande tristeza, por confronto com a perda, que pode ser sucessiva e marcante por cada tratamento malsucedido (Chamorro et al., 2022).

Estados depressivos poderão levar o indivíduo a sentir anedonia, falta de interesse e prazer nas atividades da vida e nos relacionamentos interpessoais, aumentando a desconexão com o exterior e isolamento social, o que se pode traduzir num afastamento emocional face ao parceiro. Por sua vez este afastamento poderá enfatizar o medo da perda da relação conjugal, comprometendo as expectativas face à mesma (Ostovar, et al., 2023).

Relativamente às análises dos resultados da mediação, verifica-se neste estudo que nenhum dos fatores da Meta-Emoção medeia significativamente a relação entre Estigma Percebido e Satisfação Conjugal. Por tal, nada se pode inferir a partir dos resultados que o efeito total do estigma poderia reduzir com o controlo da variável Meta-Emoção.

No que diz respeito à análise da mediação dos fatores da Meta-Emoção na relação com os Estados Emocionais Negativos e com o seu total, os resultados revelam mediações estatisticamente significativas. Os fatores Raiva de Si Próprio e Desprezo/Vergonha foram as variáveis da Meta-Emoção que surgiram em maior frequência de mediação.

O fator Raiva de Si Próprio tem um efeito mediador estatisticamente significativo na relação entre o Total dos Estados Emocionais Negativos e Autonomia ($p = .0007$); entre Ansiedade e Satisfação Conjugal Global ($p = .0216$), Intimidade Emocional ($p = .0367$) e Autonomia ($p = .0004$); entre Depressão e Autonomia ($p = .0014$); e entre Stress e Autonomia ($p = .0003$).

O fator Desprezo/ Vergonha apresenta um efeito mediador estatisticamente significativo na relação entre Ansiedade e Autonomia ($p = .0005$); entre Depressão e Autonomia ($p = .0015$); e entre Stress e Autonomia ($p = .0004$).

O fator Autocompaixão também medeia significativamente a relação entre Stress e Autonomia ($p = .0003$).

O construto Raiva de Si Próprio está relacionado com a introjeção negativa acerca da capacidade que o indivíduo tem para regular reações e estados emocionais negativos,

manifestando zanga sobre a dificuldade na autorregulação emocional (Mitmansgruber et al., 2019).

A regulação emocional pode ser entendida pelo processo pelo qual os indivíduos gerem as experiências emocionais para servir propósitos pessoais e ou sociais (Dollar & Calkins, 2019; Thompson, Meyer & Jochem, 2008). Dependendo da relação interpessoal entre indivíduo e contexto ou situação, a regulação emocional poder ser adaptativa ou mal-adaptativa (White, Connor & Maddox, 2017).

O facto de as mulheres inférteis terem de lidar com estados de ansiedade e stress que geram emoções de frustração constantes, sensações de perda de controlo e ao mesmo tempo tentarem manter a aparência de normalidade, pode gerar conflito e tensão interior que pode ter impacto na autorregulação emocional e manifestarem reações mais negativas, tais como irritabilidade, impulsividade, intolerância. Estas reações podem gerar sentimentos negativos face a si próprias criando uma autoimagem depreciativa, que por sua vez pode influenciar a satisfação conjugal, mais concretamente no que diz respeito à intimidade emocional e autonomia.

O fator Desprezo/Vergonha contém duas condições emocionais que se relacionam e que se referem à forma como o indivíduo internaliza a culpa relativamente às reações emocionais que considera erradas e negativas (Mitmansgruber et al., 2009). Os indivíduos inférteis tendem a ser autocríticos e a vergonha externa e interna tendem a ser preditores do estado depressivo (Galhardo et al., 2011). No nosso estudo parece que a forma como o indivíduo sente que regula estas emoções, isto é, a forma como consegue regular o desprezo e vergonha relativamente aos estados emocionais (ansiedade, depressão e stress) derivados da sua condição de infertilidade pode influenciar a satisfação face à dimensão Autonomia da Satisfação Conjugal.

Em relação ao fator Autocompaixão, este refere-se ao autocuidado que o indivíduo tem sobre as suas emoções negativas, expressando reações de compreensão, calma e tolerância face às mesmas (Mitsmangruber et al. 2009). No nosso estudo, a autocompaixão surge como uma variável mediadora, com valor estatisticamente significativo, na relação entre Stress e a dimensão Autonomia. Indicando assim, que sentir tolerância e compaixão face aos estados de stress derivados da condição de infertilidade pode influenciar a percepção de autonomia na relação conjugal, oferecendo uma sensação de maior autocontrolo.

Em suma, a regulação emocional pode ser entendida pelo processo pelo qual os indivíduos gerem as experiências emocionais para servir propósitos pessoais e/ou sociais (Dollar & Calkins, 2019; Thompson, Meyer & Jochem, 2008). Dependendo da relação interpessoal entre indivíduo e contexto ou situação, a regulação emocional poder ser adaptativa ou mal adaptativa (White, Connor & Maddox, 2017).

O desenvolvimento da regulação emocional depende da maturação neurobiológica ao longo do crescimento, assim como a sua relação com o temperamento do indivíduo e contexto sociocultural e relação parental precoce, da capacidade de compreender e dar significado às emoções, como também do desenvolvimento e consolidação do *Self* (Thompson, Meyer & Jochem, 2008; Dollar & Calkins, 2019).

A meta-emoção de acordo com Mitmansgruber et al. (2009) relaciona-se com as reações sobre o *Self* emocional, sendo que as propriedades negativas ou positivas da meta-emoção poderão influenciar a autorregulação emocional.

O presente estudo encontrou efeitos de mediação estatisticamente significativos de alguns dos fatores da Meta-Emoção na relação entre os Estados Emocionais Negativos e algumas dimensões da Satisfação Conjugal (Autonomia e Intimidade Emocional) em mulheres inférteis, o que nos leva a crer que será necessário investigar melhor estas relações de forma a possibilitar melhores *outcomes* sobre o sofrimento que a condição de infertilidade acarreta e possibilitar melhor qualidade na relação conjugal.

Este estudo apresenta algumas limitações, as quais incidem essencialmente sobre o número de participantes da amostra (N = 36), que não é representativo da população infértil e por tal os resultados não se poderão generalizar. A recolha da amostra foi bastante difícil e demorada, pois grande parte dos participantes que responderam ao estudo na plataforma online, não responderam de forma completa, tendo sido eliminados. Por este facto, teve de se recorrer ao contacto presencial com a clínica CEMEARE para solicitar divulgação assertiva perante os pacientes inférteis que estivessem a iniciar ou em processo de tratamento.

Coloca-se a hipótese de que talvez a desistência ou não resposta dos participantes no estudo se deva à resistência da população infértil a falar do seu sofrimento emocional.

A amostra de participantes incide apenas sobre o sexo feminino, pois apenas um participante homem respondeu ao estudo, tendo sido decidido excluí-lo. A ausência do sexo

masculino do estudo é também considerada uma limitação, pois não foi possível comparar ambos os géneros.

Em estudos futuros sobre a mesma temática, consideramos importante conseguir um número de participantes maior, de ambos os sexos e explorar também a relação inversa entre as variáveis independente e dependente.

Consideramos também que, com um número maior de participantes, o efeito preditor das variáveis sociodemográficas e clínicas na regulação emocional na infertilidade, possa ser mais bem esclarecido.

Referências bibliográficas

- Anderson, J. R. (2019). Inviting Autonomy Back to the Table: The Importance of Autonomy for Healthy Relationship Functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*. <http://doi:10.1111/jmft.12413>.
- Bala, R., Singh, V., Rajender, S. & Singh, K. (2021). Environment, Lifestyle, and Female Infertility. *Reprod Sci*, 28(3), 617-638. <http://doi:10.1007/s43032-020-00279-3>.
- Bartsch, A., Appel, M., & Storch, D. (2010). Predicting emotions and meta-emotions at the movies: The role of the need for affect in audiences' experience of horror and drama. *Communication Research*, 37(2), 167–190.
- Boivin, J. Bunting, L., Collins, J. & Nygren, K. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*. 22(6),1506-12. <http://doi:10.1093/humrep/dem046>.
- Boivin, J., Oguz, M., Duong, M., Cooper, O., Filipenko, D., Markert, M., Samuelsen, C., & Lenderking, W.R. (2023). Emotional reactions to infertility diagnosis: thematic and natural language processing analyses of the 1000 Dreams survey. *Reprod Biomed Online*, 46(2):399-409. <http://doi:10.1016/j.rbmo.2022.08.107>.
- Borghet, M. & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>.
- Dollar, J., Calkins, S. (2019). *Emotion Regulation and Its Development and Family Studies*. [Paper presentation]. Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. University of North Carolina. Greensboro. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.23665-1>.
- Gageiro, J., & Pestana, M. (2000). Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPPSS. (2ª Ed.), 447-511. Edições Sílabo.
- Gameiro, C. (2019). O Insucesso nos Tratamentos de Fertilidade, In J. Justo (Ed.) *Diálogos acerca da Infertilidade* (1ªed., pp. 13-26). PsiCoap.
- Chamorro, P.P., Herruzo, J., & Pino, M.J. (2022). Study on the Interdependent Relationship between the Marital Satisfaction Variable and the Psychosocial Impact of Infertility and Anxiety Disposition, According to Gender. *J Sex Marital Ther*, 48(5), 461-474. <http://doi:>

10.1080/0092623X.2021.2008074.

- Chen, T.H., Chang, S.P., Tsai, C.F., & Juang, K.D. (2004) Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod*, 19, 2313–2318. <http://doi: 10.1093/humrep/deh414>.
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Hum Reprod*, 26(9), 2408-14. <http://doi: 10.1093/humrep/der209>.
- Goffman, E., (1963). *Stigma: Notes on The Management of Spoiled Identity*. Penguin: Harmondsworth.
- Gonzalez, L. (2000) Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. *Issues Ment Health Nurs*, 21(6),619–633. <http://doi: 10.1080/01612840050110317>.
- Gore, A., Chappell, V., Fenton, S., Flaws, J., Nadal, A., Prins, G., Toppari, J. & Zoeller, R. (2015) EDC-2: The Endocrine Society's Second Scientific Statement on Endocrine-Disrupting Chemicals. *Endocr Rev*. 36(6),1-150. <http://doi: 10.1210/er.2015-1010>.
- Gottman, J., Katz, L. & Hooven, C. (1996). Parental Meta-Emotion Philosophy and the Emotional Life of Families: Theoretical Models and Preliminary Data. *Journal of Family Psychology*. 10(3). 243-268.
- 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 (1), 42–49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9926891/>.
- Huijts, T., Kraaykamp, G., Subramanian, S. V. (2013). Childlessness and psychological well-being in context: A multilevel study on 24 European countries. *European Sociological Review*, 29, 32-34. <https://doi.org/10.1093/esr/jcr037>
- Jebraeili, H., Hashemi, J., & Nazemi, A. (2016). A comparative study of resilience, meta-emotional beliefs, and psychological well-being in fertile and infertile women. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(5), 259-264. doi: 10.22038/jfmh.2016.7483
- Justo, J. M., Melo, V., & Ferreira, A. S. (2010). Defence mechanisms of infertile couples vs.

- fertile couples. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 433 - 442.
- Katz, L., Maliken, A. & Stettler, N. (2012). Parental Meta-Emotion Philosophy: A Review of Research and Theoretical Framework. *Child Development Perspectives*, 6(4), 417-422.
- Kiani, Z., Simbar, M., Hajian, S., & Zayeri, F. (2021) The prevalence of depression symptoms among infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Res and Pract*, 7, 6 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40738-021-00098-3>.
- Kiełek-Rataj, E., Wendołowska, A., Kalus, A., & Czyżowska, D. (2020). Openness and Communication Effects on Relationship Satisfaction in Women Experiencing Infertility or Miscarriage: A Dyadic Approach. *Int J Environ Res Public Health*, 7,17(16), 5721. [http://doi: 10.3390/ijerph17165721](http://doi:10.3390/ijerph17165721).
- Kim, J.H., Shin, H.S., & Yun, E.K. (2018) A Dyadic Approach to Infertility Stress, Marital Adjustment, and Depression on Quality of Life in Infertile Couples. *Journal of Holistic Nursing*, 36(1), 6-14. <http://doi:10.1177/0898010116675987>.
- Lei, A., You, H., Luo, B., & Ren, J. (2021). The associations between infertility-related stress, family adaptability and family cohesion in infertile couples. *Sci Rep*, 20;11(1):24220. [http://doi: 10.1038/s41598-021-03715-9](http://doi:10.1038/s41598-021-03715-9).
- Leslie, S., Soon-Sutton, T. & Khan, M. (2023). *Male Infertility*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562258/>.
- Limiñana-Gras, R. (2017). Health and Gender Perspective in Infertility. In P. Sancez-Lopez & R. Limiñana-Gras (Eds.) *The Psychology of Gender and Health*, 363-400. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803864-2.00013-4>.
- Link, B.G., Phelan, J.C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 11,367(9509), 528-9. [http://doi: 10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](http://doi:10.1016/S0140-6736(06)68184-1).
- Lin, Y., W. Wang, A., Wei, S., Hong, J., & Hsu, W. (2022). The relationship between

- infertility family stigma, self-stigma and psychological well-being in female first-visit patients at a reproductive medicine center in Taiwan. *Health Psychology Report*, 10(2), 122-128. <https://doi.org/10.5114/hpr.2021.107335>
- Maroufizadeh S, Karimi E, Vesali S, Omani Samani R. (2015). Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *Int J Gynaecol Obstet*, 130(3), 253–256. [http://doi: 10.1016/j.ijgo.2015.03.044](http://doi:10.1016/j.ijgo.2015.03.044).
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Mascarenhas, M., Flaxman, S., Boerma, T., Vanderpoel, S. & Stevens, GA. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*, 9(12). [http://doi: 10.1371/journal.pmed.1001356](http://doi:10.1371/journal.pmed.1001356).
- Mitmansgruber, H., Beck, T., Hofer, S. & Schubler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 448–453. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.013>.
- Nagórska, M., Bartosiewicz, A., Obrzut, B., & Darmochwał-Kolarz, D. (2019). Gender Differences in the Experience of Infertility Concerning Polish Couples: Preliminary Research. *International journal of environmental research and public health*, 16(13), 2337. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132337>.
- Navid, B., Mohammadi, M., Vesali, S., Mohajeri, M., & Omani Samani, R. (2017) Correlation of The Etiology of Infertility with Life Satisfaction and Mood Disorders in Couples who Undergo Assisted Reproductive Technologies. *International Journal of Fertility & Sterility*, 11(3), 205-210. [http://doi: 10.22074/ijfs.2017.4658](http://doi:10.22074/ijfs.2017.4658).
- Ostovar, S., Griffiths, M.D., Raeisi, T., & Hashim, I. (2023). Path Analysis of the Relationship Between Optimism, Humor, Affectivity, and Marital Satisfaction Among Infertile Couples. *Int J Ment Health Addiction*, 21, 200–214. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00341-w>.

- Pacheco Palha, A., & Lourenço, M. F. (2011). Psychological and Cross-Cultural Aspects of Infertility and Human Sexuality. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 164–183. <https://doi:10.1159/000328922>.
- Pedro, Marta F.; Ribeiro, Teresa; Shelton, Katherine H. (2015). *Romantic Attachment and Family Functioning: The Mediating Role of Marital Satisfaction*. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3482–3495. doi:10.1007/s10826-015-0150-6.
- 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. [http://doi: 10.1080/01674820701410049](http://doi:10.1080/01674820701410049)
- Pordata.(2015)<http://pordata.pt/Portugal/idade+m%25C3%A9dia+da+m%25A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>.
- Sá Leonardo, M, & Cintra, R. (2019). A Importância da Intervenção Psicológica na Clínica da Fertilidade. In J. Justo (Ed.) *Diálogos acerca da Infertilidade* (1ªed., pp. 53-68). PsiCoop.
- Shafierizi, S.H., Esmaelzadeh, S., Ghofrani, F., Gholinia, H., & Faramarzi, M. (2023). Role of Marital Relationship Quality in Emotional Disturbance and Personal Growth of Women with Infertility: A Cross-Sectional Study. *Int J Fertil Steril*, 17(3),174-180. [http://doi: 10.22074/ijfs.2022.551247.1281](http://doi:10.22074/ijfs.2022.551247.1281).
- Silva-Carvalho & Santos, A. (2009). *Estudo Afrodite: Caracterização da Infertilidade em Portugal*. 1.
- Simionescu, G., Doroftei, B., Maftai, R., Obreja, B., Anton, E., Grab, D. ... Anton, C. (2021). The complex relationship between infertility and psychological distress (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21, 306. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9737>.
- Sohbati, F., Hasanpoor-Azghady, S.B., Jafarabadi, M., Amirin-Farahani, L., & Mohebi, M. (2016). Psychological well-being of infertile women and its relationship with demographic factors and fertility history: a cross-sectional study. *BMC Women's Health* 21, 22.

<https://doi.org/10.1186/s12905-020-01167-3>.

- Taebi, M., Kariman, N., Montazeri, A., & Alavi Majd, H. (2021). Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women. *International journal of fertility & sterility*, 15(3), 189–196. <https://doi.org/10.22074/IJFS.2021.139093.1039>.
- Thompson, R., Meyer, S., Jochem, R. (2008). Emotion Regulation. *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development*, 431-441.
- Walker, M. & Tobler, K. (2023). *Female Infertility*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556033/>.
- Whiteford, L.M., Gonzalez, L. (1995). Stigma: the hidden burden of infertility. *Soc Sci Med*, 40(1), 27-36. [http://doi:10.1016/0277-9536\(94\)00124-c](http://doi:10.1016/0277-9536(94)00124-c).
- World Health Organization (WHO). (2018). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) Geneva. <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective/en/>.
- Ying, L.Y., Wu, L.H. & Loke, A.Y. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *Int J Nurs Stud*. 52(10),1640-52. <http://doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004>.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. (2013). Couple Communication, Emotional and Sexual Intimacy, and Relationship Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 275–293. doi:10.1080/0092623x.2012.751072.
- Zhu, H., Shi, L., Wang, R., Cui, L., Wang, J., Tang, M., Qian, H., Wei, M., Wang, L., Zhou, H., & Xu, W. (2022). Global Research Trends on Infertility and Psychology From the Past Two Decades: A Bibliometric and Visualized Study. *Frontiers in endocrinology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.889845>.

