

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A IMPORTÂNCIA DA SATISFAÇÃO CONJUGAL, DO
AJUSTAMENTO CONJUGAL E DA EMPATIA CONJUGAL NOS
ESTADOS EMOCIONAIS VIVIDOS POR MULHERES EM
TRATAMENTO DE INFERTILIDADE**

Miguel Alexandre Roberto Formiga

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia Clínica Dinâmica

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A IMPORTÂNCIA DA SATISFAÇÃO CONJUGAL, DO
AJUSTAMENTO CONJUGAL E DA EMPATIA CONJUGAL NOS
ESTADOS EMOCIONAIS VIVIDOS POR MULHERES EM
TRATAMENTO DE INFERTILIDADE**

Miguel Alexandre Roberto Formiga

Orientador: Prof. Dr. João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia Clínica Dinâmica

2020

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. João Justo, o meu agradecimento pela imensa disponibilidade, dedicação e paciência na orientação da minha tese e no esclarecimento das minhas dúvidas.

À minha família, a quem agradeço a preocupação e o apoio constantes e a compreensão para com as minhas indisponibilidades por motivos de trabalho.

À minha companheira, a quem endereço um agradecimento muito sentido por todo o amor, todo o apoio e toda a disponibilidade antes, durante, e com certeza após a elaboração desta dissertação. Um gigante obrigado por fazeres parte deste passo da minha vida.

À família da Martinha, a quem agradeço a disponibilidade, a compreensão, o amor e a motivação. Obrigado por desejarem o melhor para mim e fazerem sempre por isso!

À Mariana Martins, pela sua incansável disponibilidade para corrigir quaisquer dúvidas e questões que me surgissem. O teu apoio foi fundamental. Obrigado!

À Sofia Oliveira, pela amizade, pela disponibilidade, e por constituir para mim um modelo exemplar do rigor com que se deve trabalhar em Psicologia. Muito obrigado!

RESUMO

Introdução: A investigação acerca da infertilidade tem-se focado principalmente sobre o efeito da infertilidade e dos seus tratamentos na conjugalidade ou nos estados emocionais dos casais inférteis, pelo que é rara a investigação que estude o impacto da conjugalidade nos estados emocionais destes casais. **Objetivo:** Este estudo procurou compreender se a conjugalidade influencia os estados emocionais vividos por mulheres inférteis em tratamento. **Metodologia:** Participaram 63 mulheres (idade: $M = 34.18$; $DP = 3.69$) em tratamento para a infertilidade conjugal, através de um inquérito preenchido *online* a partir da plataforma *Qualtrics*, respondendo a: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal, Escala de Ajustamento Diádico Revista (EADR) e Questionário de Empatia Conjugal. As hipóteses do presente estudo foram testadas através de análise de regressão linear hierárquica múltipla. **Resultados:** Os resultados deste estudo indicam que a satisfação conjugal contribui para explicar a ansiedade e o *stress* de mulheres em situação de infertilidade, mas não se associa à depressão ($p = .047$; $p = .008$; $p = .058$, respetivamente). O ajustamento conjugal influencia a depressão, a ansiedade e o *stress* ($p = .020$; $p = .013$; $p = .001$, respetivamente), tendo a coesão conjugal oferecido um contributo específico. A empatia conjugal explica os níveis de *stress*, mas não se associa à depressão ou à ansiedade nestas participantes ($p = .022$; $p = .251$; $p = .261$, respetivamente). **Conclusão:** É necessário verificar estes efeitos com outras metodologias e diferentes fases do tratamento, legitimando intervenções que tomem em conta a conjugalidade em casais inférteis.

Palavras-chave: infertilidade; tratamento da infertilidade; satisfação conjugal; ajustamento conjugal; empatia conjugal; ansiedade; depressão; stress

ABSTRACT

Introduction: Research on infertility has focused mainly on the effect of infertility and its treatments on conjugality or on the emotional states of infertile couples, so it is rare to investigate the impact of conjugality on these couples' emotional states. **Goal:** This study sought to understand whether conjugality influences the emotional states experienced by infertile women undergoing treatment. **Methodology:** 63 women (age: $M = 34.18$; $SD = 3.69$) undergoing treatment for marital infertility participated through a survey completed online from the *Qualtrics* platform, answering: a Sociodemographic and Clinical Questionnaire; Depression, Anxiety and Stress Scale; Satisfaction in Areas of Conjugal Life Assessment Scale; Revised Dyadic Adjustment Scale and Questionnaire for Marital Empathy. The hypotheses of the present study were tested through multiple hierarchical linear regression analysis. **Results:** The results of this study indicate that marital satisfaction contributes to explain the anxiety and stress of women in infertility situations but is not associated with depression ($p = .047$; $p = .008$; $p = .058$, respectively). Marital adjustment influences depression, anxiety and stress ($p = .020$; $p = .013$; $p = .001$, respectively), with marital cohesion offering a specific contribution. Marital empathy explains stress levels but is not associated with depression or anxiety in these participants ($p = .022$; $p = .251$; $p = .261$, respectively). **Conclusion:** It is necessary to verify these effects with other methodologies and different stages of treatment to legitimize interventions that consider conjugality in infertile couples.

Keywords: infertility; infertility treatment; marital satisfaction; marital adjustment; marital empathy; anxiety; depression; stress

ÍNDICE

1. Introdução teórica.....	1
2. Problema de investigação, objetivo e hipóteses gerais.....	13
2.1. Problema de investigação	13
2.2. Relevância do problema de investigação	13
2.3. Objetivos de investigação	14
2.3.1. Objetivo Geral.....	14
2.3.2. Objetivo Específico.....	14
2.4. Hipótese Geral	14
3. Metodologia	15
3.1. Definição de variáveis.....	15
3.2. Operacionalização de variáveis	15
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	15
3.2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.....	16
3.2.3. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....	17
3.2.4. Escala de Ajustamento Diádico Revista	19
3.2.5. Questionário de Empatia Conjugal – Versão Feminina	20
3.3. Hipóteses Específicas	21
3.4. Procedimento	22
3.4.1. Critérios de Inclusão na Amostra	22
3.4.1.1. Recolha de Dados <i>Online</i>	22

3.4.2. Critérios de Exclusão da Amostra	24
3.4.3. Aplicação	24
3.5. Caracterização da Amostra	25
4. Resultados	29
4.1. Testagem de Hipóteses	29
4.1.1. Testagem da HE1	31
4.1.2. Testagem da HE2	31
4.1.3. Testagem da HE3	33
4.1.4. Testagem da HE4.....	34
4.1.5. Testagem da HE5	35
4.1.6. Testagem da HE6	36
4.1.7. Testagem da HE7	38
4.1.8. Testagem da HE8	38
4.1.9. Testagem da HE9	39
5. Discussão.....	41
6. Conclusão, limitações e sugestões futuras	47
Referências Bibliográficas	51

Índice de Anexos

Anexo I: Declaração de Aprovação pela Comissão de Deontologia do Projeto de Investigação

Anexo II: Consentimento Informado - *Qualtrics*

Anexo III: Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo IV: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

Anexo V: Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

Anexo VI: Escala de Ajustamento Diádico Revista

Anexo VII: Questionário de Empatia Conjugal – Versão Feminina

Anexo VIII: Autorização dos autores para utilização da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

Anexo IX: Autorização dos autores para utilização da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

Anexo X: Autorização dos autores para utilização da Escala de Ajustamento Diádico Revista

Anexo XI: Autorização dos autores para utilização do Questionário de Empatia Conjugal – Versão Feminina

Anexo XII: Requerimento de Aprovação do Projeto de Investigação

Anexo XIII: Normalidade – EADS, EASAVIC, EADR, QEC (Versão Feminina)

Anexo XIV: Normalidade – QSDC

Anexo XV: Consistência Interna – EADS, *Depressão*

Anexo XVI: Consistência Interna – EADS, *Ansiedade*

Anexo XVII: Consistência Interna – EADS, *Stress*

Anexo XVIII: Consistência Interna – EADS, *Escala Total*

Anexo XIX: Consistência Interna – EASAVIC, *Intimidade Emocional*

Anexo XX: Consistência Interna – EASAVIC, *Sexualidade*

Anexo XXI: Consistência Interna – EASAVIC, *Comunicação/Conflito*

Anexo XXII: Consistência Interna – EASAVIC, *Funções Familiares*

Anexo XXIII: Consistência Interna – EASAVIC, *Rede Social*

Anexo XXIV: Consistência Interna – EASAVIC, *Autonomia*

Anexo XXV: Consistência Interna – EASAVIC, *Tempos Livres*

Anexo XXVI: Consistência Interna – EASAVIC, *Escala Total*

Anexo XXVII: Consistência Interna – EADR, *Consenso*

Anexo XXVIII: Consistência Interna – EADR, *Satisfação*

Anexo XXIX: Consistência Interna – EADR, *Coesão*

Anexo XXX: Consistência Interna – EADR, *Escala Total*

Anexo XXXI: Consistência Interna – QEC, *Escala Total*

Anexo XXXII: Média e Desvio Padrão – EADS, *Subescalas e Escala Total*

Anexo XXXIII: Média e Desvio Padrão – EASAVIC, *Subescalas e Escala Total*

Anexo XXXIV: Média e Desvio Padrão – EADR, *Subescalas e Escala Total*

Anexo XXXV: Média e Desvio Padrão – QEC, *Escala Total*

Anexo XXXVI: Estatísticas descritivas – QSDC – *Análise de Frequências*

Anexo XXXVII: Estatísticas descritivas – QSDC – *Análise Descritiva*

Anexo XXXVIII: *Análise de Regressão – EASAVIC, Intimidade Emocional, EADS, Depressão*

Anexo XXXIX: *Análise de Regressão – EASAVIC, Sexualidade, EADS, Depressão*

Anexo XL: *Análise de Regressão – EASAVIC, Comunicação/Conflito, EADS, Depressão*

Anexo XLI: Análise de Regressão – EASAVIC, *Funções Familiares*, EADS, *Depressão*

Anexo XLII: Análise de Regressão – EASAVIC, *Rede Social*, EADS, *Depressão*

Anexo XLIII: Análise de Regressão – EASAVIC, *Autonomia*, EADS, *Depressão*

Anexo XLIV: Análise de Regressão – EASAVIC, *Tempos Livres*, EADS, *Depressão*

Anexo XLV: Análise de Regressão – EASAVIC, *Escala Total*, EADS, *Depressão*

Anexo XLVI: Análise de Regressão – EASAVIC, *Intimidade Emocional*, EADS, *Ansiedade*

Anexo XLVII: Análise de Regressão – EASAVIC, *Sexualidade*, EADS, *Ansiedade*

Anexo XLVIII: Análise de Regressão – EASAVIC, *Comunicação/Conflito*, EADS, *Ansiedade*

Anexo XLIX: Análise de Regressão – EASAVIC, *Funções Familiares*, EADS, *Ansiedade*

Anexo L: Análise de Regressão – EASAVIC, *Rede Social*, EADS, *Ansiedade*

Anexo LI: Análise de Regressão – EASAVIC, *Autonomia*, EADS, *Ansiedade*

Anexo LII: Análise de Regressão – EASAVIC, *Tempos Livres*, EADS, *Ansiedade*

Anexo LIII: Análise de Regressão – EASAVIC, *Escala Total*, EADS, *Ansiedade*

Anexo LIV: Análise de Regressão – EASAVIC, *Intimidade Emocional*, EADS, *Stress*

Anexo LV: Análise de Regressão – EASAVIC, *Sexualidade*, EADS, *Stress*

Anexo LVI: Análise de Regressão – EASAVIC, *Comunicação/Conflito*, EADS, *Stress*

Anexo LVII: Análise de Regressão – EASAVIC, *Funções Familiares*, EADS, *Stress*

Anexo LVIII: Análise de Regressão – EASAVIC, *Rede Social*, EADS, *Stress*

Anexo LIX: Análise de Regressão – EASAVIC, *Autonomia*, EADS, *Stress*

Anexo LX: Análise de Regressão – EASAVIC, *Tempos Livres*, EADS, *Stress*

Anexo LXI: Análise de Regressão – EASAVIC, *Escala Total*, EADS, *Stress*

Anexo LXII: Análise de Regressão – EASAVIC, *Intimidade Emocional*, EADS, *Escala Total*

Anexo LXIII: Análise de Regressão – EASAVIC, *Sexualidade*, EADS, *Escala Total*

Anexo LXIV: Análise de Regressão – EASAVIC, *Comunicação/Conflito*, EADS, *Escala Total*

Anexo LXV: Análise de Regressão – EASAVIC, *Funções Familiares*, EADS, *Escala Total*

Anexo LXVI: Análise de Regressão – EASAVIC, *Rede Social*, EADS, *Escala Total*

Anexo LXVII: Análise de Regressão – EASAVIC, *Autonomia*, EADS, *Escala Total*

Anexo LXVIII: Análise de Regressão – EASAVIC, *Tempos Livres*, EADS, *Escala Total*

Anexo LXIX: Análise de Regressão – EASAVIC, *Escala Total*, EADS, *Escala Total*

Anexo LXX: Análise de Regressão – EADR, *Consenso*, EADS, *Depressão*

Anexo LXXI: Análise de Regressão – EADR, *Satisfação*, EADS, *Depressão*

Anexo LXXII: Análise de Regressão – EADR, *Coesão*, EADS, *Depressão*

Anexo LXXIII: Análise de Regressão – EADR, *Escala Total*, EADS, *Depressão*

Anexo LXXIV: Análise de Regressão – EADR, *Consenso*, EADS, *Ansiedade*

Anexo LXXV: Análise de Regressão – EADR, *Satisfação*, EADS, *Ansiedade*

Anexo LXXVI: Análise de Regressão – EADR, *Coesão*, EADS, *Ansiedade*

Anexo LXXVII: Análise de Regressão – EADR, *Escala Total*, EADS, *Ansiedade*

Anexo LXXVIII: Análise de Regressão – EADR, *Consenso*, EADS, *Stress*

Anexo LXXIX: Análise de Regressão – EADR, *Satisfação*, EADS, *Stress*

Anexo LXXX: Análise de Regressão – EADR, *Coesão*, EADS, *Stress*

Anexo LXXXI: Análise de Regressão – EADR, *Escala Total*, EADS, *Stress*

Anexo LXXXII: Análise de Regressão – EADR, *Consenso*, EADS, *Escala Total*

Anexo LXXXIII: Análise de Regressão – EADR, *Satisfação*, EADS, *Escala Total*

Anexo LXXXIV: Análise de Regressão – EADR, *Coesão*, EADS, *Escala Total*

Anexo LXXXV: Análise de Regressão – EADR, *Escala Total*, EADS, *Escala Total*

Anexo LXXXVI: Análise de Regressão – QEC, *Escala Total*, EADS, *Depressão*

Anexo LXXXVII: Análise de Regressão – QEC, *Escala Total*, EADS, *Ansiedade*

Anexo LXXXVIII: Análise de Regressão – QEC, *Escala Total*, EADS, *Stress*

Anexo LXXXIX: Análise de Regressão – QEC, *Escala Total*, EADS, *Escala Total*

Índice de Tabelas

Tabela 1: <i>Caracterização Sociodemográfica da amostra</i>	26
Tabela 2: <i>Caracterização Clínica da amostra</i>	27
Tabela 3: <i>Análise de Regressão da HE2, VI satisfação conjugal, VD ansiedade</i>	32
Tabela 4: <i>Análise de Regressão da HE3, VI satisfação conjugal, VD stress</i>	33
Tabela 5: <i>Análise de Regressão da HE4, VI ajustamento conjugal, VD depressão</i>	35
Tabela 6: <i>Análise de Regressão da HE5, VI ajustamento conjugal, VD ansiedade</i>	36
Tabela 7: <i>Análise de Regressão HE6, VI ajustamento conjugal, VD stress</i>	37
Tabela 8: <i>Análise de Regressão da HE9, VI empatia conjugal, VD stress</i>	39

1. Introdução Teórica

A experiência da infertilidade é um fenómeno multidimensional que abrange aspetos biológicos, culturais e sociais que influenciam as reações psicológicas associadas a esta experiência entre homens e mulheres (Martins, Pereira, Pedro, & Schmidt, 2012).

De uma forma geral, a infertilidade é definida pela OMS como “uma doença do sistema reprodutivo traduzida na incapacidade de obter uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção” (Zegers-Hochschild et al., 2009, cit. por Direcção-Geral da Saúde, 2011). Assim, considera-se a infertilidade como um problema conjugal – uma vez que implica sempre ambos os cônjuges (Cousineau & Domar, 2007, cit. por Dooley, Dineen, Sarma, & Nolan, 2014) – com consequências que merecem ser estudadas.

1.1. Infertilidade e estados emocionais

De acordo com a investigação anterior, a vivência de uma situação de infertilidade parece ter um impacto importante nos estados emocionais de ambos os membros da díade conjugal (Galhardo, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2011; Luk & Loke, 2015; Onat & Beji, 2012; Ostovar, Griffiths, Raeisi, & Hashim, 2020). Num estudo desenvolvido por Galhardo e colaboradores (2011) os participantes inférteis mostraram índices mais elevados de depressão e de vergonha do que os sujeitos férteis, a par com um uso mais frequente de estratégias de *coping* de evitamento e baseado na emoção, por oposição a estratégias consideradas mais saudáveis, como o confronto imparcial e racional (Galhardo et al., 2011; Nunes & Alves, 2016).

A literatura mostra que a ausência de filhos nas mulheres inférteis provoca problemas fisiológicos e psicológicos (Bali, Dhingra, & Baru, 2010) e que a incapacidade para ter filhos afeta os indivíduos e o casal de diferentes formas (Perkins, 2006). Segundo

os dados da investigação, é genericamente reconhecido que as mulheres pertencentes a um casal infértil apresentam maior probabilidade de reportar sintomas de depressão do que os seus conjugues (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Omani-Samani, Maroufizadeh, Almasi-Hashiani, & Amini, 2018; Valoriani et al., 2016).

Em segundo lugar, a causa da infertilidade também é um aspeto relevante nos estados emocionais das mulheres pertencentes a um casal infértil. Quando, a partir do estudo desenvolvido por Drosdzol e Skrzypulec (2009), se procurou caracterizar os fatores de risco de depressão e ansiedade em casais inférteis, verificou-se que a infertilidade de causa masculina foi um dos fatores associados. De forma semelhante, um outro estudo indicou nos seus resultados níveis de *stress* mais altos em mulheres cuja infertilidade estava presente nos seus parceiros masculinos (Lykeridou, Gourounti, Deltsidou, Loutradis, & Vaslamatzis, 2009, cit. por Massarotti et al., 2019). Numa investigação mais recente foram encontrados, pelo contrário, níveis significativamente mais altos de ansiedade e angústia geral em mulheres sob tratamento para infertilidade feminina (Massarotti et al., 2019). Adicionalmente à evidência apresentada por Drosdzol e Skrzypulec (2009), um estudo mais recente e com objetivos semelhantes aponta níveis maiores de depressão quando a causa da infertilidade está no próprio (Omani-Samani et al., 2018), independentemente do sexo. Isto significa que as mulheres se sentem mais deprimidas quando a causa é feminina do que quando a causa é masculina, o que contradiz a evidência anterior. Assim, a investigação atual acerca do impacto do fator de infertilidade nos estados emocionais é ainda dúbia.

A realidade da infertilidade e dos seus tratamentos parece ter, segundo a literatura, um efeito mais severo nas mulheres, quando comparadas com os homens (Renzi, Di Trani, Di Monte, & Tambelli, 2018). Vahratian, Smith, Dorman e Flynn (2011) descobriram também que as mulheres em tratamentos como IIU e FIV apresentam níveis

de ansiedade e depressão mais elevados do que as mulheres férteis, que procuram a concepção naturalmente, indicando que os tratamentos por si constituem um fator de *stress* importante. A preocupação presumivelmente associada à necessidade de recorrer a tratamentos para engravidar e a incerteza associada à imprevisibilidade dos resultados do tratamento parecem ser fatores de *stress* importantes, uma vez que as experiências de insucesso no tratamento poderão ser difíceis de gerir emocionalmente.

A este propósito, no estudo de Omani-Samani e colaboradores (2018) estiveram presentes níveis mais elevados de depressão em pacientes com experiência de vários tratamentos sem sucesso. Adicionalmente, no estudo desenvolvido por Lund, Sejbaek, Christensen e Schmidt (2009) houve um maior número de mulheres a reportar sintomas depressivos graves após um ano de tratamentos sem sucesso do que homens. Assim, é possível que o surgimento de estados depressivos após a notícia de infertilidade se associe a dificuldades nos processos de luto após tratamentos sem sucesso reportada por Volgsten, Svanberg e Olsson (2010), no qual passados três anos da última tentativa de tratamento, os casais ainda não tinham terminado o processo de luto, o que os levou a reportar a perda de objetivos de vida futuros.

As infertilidades de longa duração são um fator que também se associa a níveis mais elevados de depressão e ansiedade nos casais (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Omani-Samani et al., 2018) e também parecem existir diferenças de género na forma como se lida com este problema ao longo do tempo. A revisão de literatura indica que o decorrer do tempo de infertilidade dificulta cada vez mais a adaptação dos homens a esta realidade (Hegyi et al., 2019; Martins et al., 2012), enquanto as mulheres vão procurando com maior frequência melhores estratégias de *coping*, o suporte social e o *reappraisal* positivo, conseguindo diminuir as suas pontuações de ansiedade mais eficazmente (Boivin, Griffiths, & Venetis, 2011; Panagopoulou, Montgomery, & Tarlatzis, 2009;

Verhaak, Smeenk, Nahuis, Kremer, & Braat, 2007, cit. por Valoriani et al., 2016).

Por fim, os conflitos frequentes e a existência de demandas excessivas da família e dos círculos sociais quanto à parentalidade parece exercer um impacto significativo nos casais e associado ao surgimento de sintomas depressivos graves (Lund et al., 2009), alertando os investigadores para a necessidade de estudar eventuais impactos negativos do *stress* relacional em pacientes com infertilidade e com tratamentos falhados. Drosdzol e Skrzypulec (2009) verificaram ainda que baixos níveis de educação, idades superiores a 30 anos e a falta de uma atividade ocupacional significativa constituíram outros fatores de risco para a saúde mental de indivíduos inférteis. Ademais, o aumento da importância atribuída à paternidade nos casais com maior tempo de infertilidade contribuiu para um menor ajustamento emocional, dificultando a progressão nos tratamentos de fertilidade (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares, & Almeida-Santos, 2016).

1.2. Infertilidade e conjugalidade

O estudo das variáveis da conjugalidade com importância para o *stress* relacional em casais inférteis tem sido um dos focos da investigação mais recente. Um dos construtos mais estudados quanto à conjugalidade é o conceito de satisfação conjugal. Segundo Marci e colaboradores (2012, cit. por Masoumi, Garousian, Khani, Oliaei, & Shayan, 2016), a satisfação conjugal pode entender-se como a medida na qual um casal se sente feliz e satisfeito com a relação a partir de experiências de interesse, carinho, aceitação e compreensão mútuas, assim como com a disponibilidade para corresponder às necessidades do parceiro, incluindo as necessidades sexuais.

A este propósito foi conduzida, por Luk e Loke (2015), uma revisão de literatura sistemática que teve como um dos seus focos o estudo da satisfação conjugal em casais inférteis, chegando à conclusão de que os resultados dos estudos analisados foram

inconclusivos. Estes autores estudaram a investigação desenvolvida por Drosdzol e Skrzypulec (2009b, cit. por Luk & Loke, 2015), que encontrou uma melhor avaliação da relação conjugal em mulheres inférteis do que em mulheres férteis, o que parece seguir a mesma linha de resultados do estudo de Masoumi e colaboradores (2016), no qual os casais inférteis obtiveram níveis mais elevados de satisfação sexual e de satisfação conjugal do que os casais férteis. Estes dados poderão levar a crer que uma situação de infertilidade poderá contribuir para unir mais o casal e fortalecer a sua relação conjugal. No entanto, Masoumi e colaboradores (2016) obtiveram para os casais inférteis níveis mais baixos de qualidade de vida do que os casais férteis, o que parece incoerente com os resultados supramencionados. De qualquer modo, Drosdzol e Skrzypulec, (2009b, cit. por Luk & Loke, 2015) sublinharam que a existência sentimentos de compromisso e lealdade, bem como uma relação próxima e com uma grande intimidade emocional entre parceiros fortaleceu a relação conjugal de casais inférteis. Assim, parece ficar por clarificar qual é o papel específico da infertilidade na vida destes casais.

As contradições encontradas na literatura relativamente à satisfação conjugal continuam presentes em estudos mais recentes. Numa investigação recente feita na Turquia com casais inférteis, verificou-se que 86% dos homens e 83% das mulheres mostraram problemas sérios com a satisfação conjugal, sendo que os resultados de satisfação conjugal se mostraram mais baixos nos homens do que nas mulheres (Kapisiz, Gök, Yılmaz, Özcan, & Duyan, 2019). Num outro estudo, que comparou grupos de mulheres inférteis com grupos de mulheres com história de aborto espontâneo, concluiu-se que a satisfação conjugal das mulheres inférteis era significativamente inferior à das mulheres com história de abortos espontâneos (Kiełek-Rataj, Wendolowska, Kalus, & Czyzowska, 2020), o que parece indicar que os casais inférteis veem a sua relação conjugal mais prejudicada, contradizendo os resultados da investigação já mencionada de

Drosdzol e Skrzypulec (2009b, cit. por Luk & Loke, 2015). Estes dados apontam para a necessidade de estudar a satisfação conjugal em casais inférteis por forma a esclarecer de forma mais consistente a origem das discrepâncias previamente reportadas.

A complexidade do problema da infertilidade parece relacionar-se com o número de áreas que abrange na vida dos indivíduos inférteis. Numa revisão sistemática de literatura conduzida por Luk e Loke (2015) com o objetivo de identificar o impacto da infertilidade nos casais, concluiu-se que a infertilidade exerce um efeito negativo nas relações sexuais. Numa investigação posterior, Luk e Loke (2019) mostram que uma proporção significativamente maior de mulheres do que de homens relatou que o seu parceiro não entendia de que forma o problema da fertilidade os afetava e tinha preocupações de que se estavam a afastar no relacionamento. Além disso, significativamente mais homens do que mulheres consideravam a sua vida sexual com pouca qualidade. Estes resultados mostram que os casais inférteis sofrem de problemas sexuais e de relacionamento associados à infertilidade. Ao que parece, o desejo sexual feminino associa-se a fatores diferentes dos do desejo sexual masculino (Amorim & Gabirro, 2015), o que poderá dificultar o ajustamento diádico nestes casais.

Um dos fatores já estudados é o do apoio (ou suporte) conjugal e social nos casais inférteis, dado que o *stress* relacionado com a infertilidade também se associa a um decréscimo da comunicação conjugal (Gana & Jakubowska, 2016; Ostovar et al., 2020). Uma das conclusões obtidas num estudo desenvolvido por Casu, Zaia, Martins, Barbosa e Gremigni (2019), que teve como objetivo compreender o papel do suporte social, do *coping* e do *stress* em casais inférteis durante o tratamento, foi a de que estes casais podem beneficiar de intervenções que promovam a comunicação aberta, o apoio e a compreensão recíprocos entre parceiros relativamente à infertilidade – de facto, já foi descoberto que a partilha aberta de sentimentos e pensamentos relativamente à infertilidade, às

preocupações sexuais e aos planos de tratamento entre cônjuges pode ajudar a melhorar o *stress* sexual e relacional de casais inférteis (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Lee et al., 2001, cit. por Luk & Loke, 2019). O apoio social percebido por mulheres inférteis foi também estudado na sua associação com a satisfação conjugal por Ahrabi e Akbari (2015), que encontraram uma relação positiva e significativa entre estas duas variáveis, sendo que a um maior apoio social percebido se associou uma maior satisfação conjugal. Os dados obtidos neste estudo indicaram ainda que as mulheres conseguem utilizar melhor os recursos provenientes do suporte social diádico e externo para diminuir o seu *stress* e fomentar a satisfação conjugal e o ajustamento conjugal (Ahrabi & Akbari, 2015).

Do mesmo modo, parecem existir diferenças de género reportadas na literatura no que toca à utilização de recursos (ou estratégias) de *coping*. Kondaveeti e colaboradores (2011) identificaram que as mulheres apresentam uma atitude mais aberta ao discutir a infertilidade e procuram mais apoio social e familiar em comparação com os homens, o que é um dado consistente com várias investigações anteriores. Mais recentemente, no estudo realizado por Luk e Loke (2019), mais mulheres do que homens relataram já ter revelado os seus sentimentos e emoções negativas ao parceiro, o que confirma a investigação prévia. Numa meta-análise conduzida por Jordan e Revenson (1999) com o objetivo de caracterizar estas diferenças de género verificou-se que as mulheres recorrem a mecanismos de fuga/evitamento, à resolução planeada de problemas e ao *reappraisal* positivo com maior frequência do que os homens. Por outro lado, segundo uma revisão sistemática de estudos longitudinais sobre a adaptação psicológica dos homens à infertilidade, Martins e colaboradores (2012) descobriram que nesta amostra o *coping* de evitamento ativo, a catastrofização, a dificuldade em comunicar com a parceira e o secretismo constituíram fatores de risco à adaptação psicológica. A estratégia de secretismo, que consiste em esconder de outros a experiência da infertilidade, parece

associar-se a um maior risco de baixo benefício conjugal, de acordo com o estudo desenvolvido por Schmidt (2006, cit. por Kondaveeti et al., 2011). Estes autores identificaram ainda, como fatores de proteção, a utilização de estratégias de *coping* baseadas no significado e no confronto ativo (Martins et al., 2012).

Nesta linha, verificou-se que o *stress* com a infertilidade e a utilização de estratégias de *coping* emocional têm uma relação negativa e significativa com a satisfação conjugal em mulheres inférteis (Ahrabi & Akbari, 2015). Assim, a diminuição do *stress* com a infertilidade e do uso de estratégias de *coping* baseados na emoção por mulheres inférteis pode aumentar sua satisfação conjugal (Ahrabi & Akbari, 2015).

Para além da situação de infertilidade, a própria vivência dos tratamentos acarreta aspetos potenciadores de *stress* nos casais. Valsangkar, Bodhare, Bele e Sai (2011) referem que a pressão social para conceber, a necessidade de uma abordagem programada para a conceção, a perda de privacidade para os protagonistas e o próprio tratamento afeta negativamente o ajustamento conjugal e o funcionamento sexual entre casais inférteis. Segundo o estudo conduzido por Onat e Beji (2012b, cit. por Luk & Loke, 2015), no qual se usou a versão original da Escala de Ajustamento Diádico (*Dyadic Adjustment Scale*), os indicadores revelaram, no entanto, a inexistência de diferenças no ajustamento conjugal entre casais férteis e inférteis. Quanto à influência do fator de infertilidade no ajustamento conjugal das mulheres inférteis, os resultados do estudo desenvolvido por Clifton e colaboradores (2013) não mostraram diferenças significativas, sendo que esta é uma das associações que pode ser útil para investigar futuramente, por forma a compreender se será possível otimizar as abordagens profissionais aos casais de acordo com o fator da infertilidade.

Um dado adicional no que toca ao estudo do ajustamento conjugal foi trazido por Peterson, Newton e Rosen (2003), que descobriram que quanto maior a congruência no

casal quanto aos níveis de *stress* relacionado com a infertilidade, maior o ajustamento conjugal perante esta realidade, o que indica que casais que percebem o *stress* de forma diferente poderão reportar níveis mais baixos de ajustamento conjugal. Tendo em conta a influência – anteriormente referida nos estudos desenvolvidos por Gana e Jakubowska (2016), Ahrabi e Akbari (2015) e Maroufizadeh, Hosseini, Foroushani, Omani-Samani e Amini (2019) – que uma situação de infertilidade poderá ter tanto ao nível da satisfação conjugal e do ajustamento conjugal, como ao nível dos estados emocionais, uma das áreas de relevância atual no que toca ao estudo dos impactos da infertilidade pauta-se pelo estudo de relações entre variáveis relativas à conjugalidade e variáveis relativas a estados emocionais. Neste sentido, torna-se importante compreender em que medida se encontram na conjugalidade recursos úteis para aliviar estados emocionais indicadores de mal-estar psicológico.

1.3. Conjugalidade e estados emocionais em mulheres inférteis

Existe evidência considerável para uma associação entre a discórdia conjugal e a depressão, sugerindo também que esta associação é equivalente entre sexos (Beach, Arias, & O'Leary, 1987; Coleman & Miller, 1975; Renne, 1970; Weiss & Aved, 1978, cit. por Beach, Sandeen, & O'Leary, 1990). Em concordância, o estudo desenvolvido por Peterson e colaboradores (2003) concluiu que a incongruência quanto a preocupações relacionadas com o casal e com o desejo pela parentalidade se relacionou com a depressão nas mulheres. Contudo, até recentemente não existiam estudos que investigassem a relação entre a satisfação conjugal e a depressão a um nível diádico em casais inférteis (Maroufizadeh et al., 2018). Esta investigação permitiu descobrir, através do *actor-partner interdependence model* (APIM), que a satisfação conjugal de homens e mulheres exerceu um efeito nos seus próprios estados depressivos e, no caso da satisfação conjugal

dos homens, também exerceu um efeito significativo nos estados depressivos da parceira, o que não aconteceu das mulheres para os homens de forma significativa (Maroufizadeh et al., 2018). Assim, este estudo procura dar seguimento à compreensão destas associações entre mulheres inférteis de modo a poder legitimar futuras intervenções que se foquem na conjugalidade.

Mais recentemente, no estudo conduzido por Li, Wang, Huo e Zhou (2019), no qual se procurou compreender se existe um efeito moderador da satisfação conjugal nos estados emocionais de mulheres em situação de infertilidade, estes autores descobriram uma relação positiva e significativa entre a satisfação conjugal e os estados emocionais, significando que uma maior satisfação conjugal se associou a um aumento de estados emocionais como a felicidade.

Outras investigações prévias procuraram focar-se na relação entre a conjugalidade e o *stress* experienciado pelos sujeitos em situação de infertilidade. Kondaveeti e colaboradores (2011) descobriram que a dificuldade em comunicar com o parceiro foi uma das variáveis preditoras do *stress* relacionado com a infertilidade, o que aponta para a importância da eficácia dos processos de comunicação como atenuantes do *stress* nestes casais. Por sua vez, a investigação de Maroufizadeh e colaboradores (2019) permitiu concluir que o *stress* percebido por cada um dos membros do casal infértil influenciou a satisfação conjugal. De acordo com estes dados, parece existir uma relação bidirecional entre o *stress* e a conjugalidade. Para além de mencionarem esta relação recíproca entre a conjugalidade e o *stress*, Ahrabi e Akbari (2015) verificaram que o *stress* relativo à infertilidade e a utilização de estratégias de *coping* baseados na emoção têm uma relação negativa e significativa com a satisfação conjugal em mulheres inférteis.

A investigação acerca do ajustamento conjugal em casais inférteis é residual, havendo atualmente indicadores de que não existem diferenças no ajustamento conjugal

entre casais férteis e inférteis, segundo o estudo conduzido por Onat e Beji (2012b, cit. por Luk & Loke, 2015) com recurso à versão original do EADR (Escala de Ajustamento Diádico Revista), o *Dyadic Adjustment Scale* (DAS). Atualmente não existem estudos que tenham investigado diretamente a influência do ajustamento conjugal nos estados emocionais de casais em situação de infertilidade. No entanto, num estudo que procurou encontrar relações entre o *stress* relacionado com a infertilidade, a depressão e o ajustamento conjugal na qualidade de vida de casais inférteis, Kim, Shin e Yun (2018) encontraram, nos seus resultados, associações negativas e significativas entre o ajustamento conjugal de cada um dos membros de casal e os seus próprios índices de depressão, o que sugere que um menor ajustamento conjugal se relaciona com maiores níveis de depressão nestes pacientes. Estes resultados também podem sugerir a influência de dinâmicas de maior ou menor ajustamento conjugal, relativamente às quais uma maior ou menor empatia conjugal também poderá relacionar-se com os estados emocionais consequentes, dado que a capacidade para compreender as necessidades emocionais do parceiro a partir dos processos de comunicação e providenciar o suporte adequado poderá contribuir para diminuir estados emocionais como a depressão, a ansiedade ou o *stress*. A este propósito, a investigação desenvolvida por Renzi e colaboradores (2018) permitiu concluir que a dificuldade em identificar sentimentos e sintonia com o parceiro prediz a qualidade de vida de mulheres em tratamento para a infertilidade, o que reforça a ideia de que a empatia com o parceiro pode ter consequências positivas na vivência da infertilidade e dos tratamentos.

Quanto ao efeito da conjugalidade no *stress* percebido pelas mulheres em casais inférteis, Casu e colaboradores (2019) encontraram, através do *actor-partner interdependence model* (APIM), associação significativa entre o apoio social fornecido pelo parceiro conjugal e uma redução dos níveis de *stress* tanto no próprio como no

parceiro. Quando este apoio social proveio de fontes externas à relação diádica, no entanto, deu-se um exacerbar do *stress* no homem, o que poderá estar relacionado com o impacto potencialmente adverso dos estereótipos sociais sobre as representações de masculinidade por parte dos homens (Casu et al., 2019).

Em suma, o estudo da relação conjugal e da sua influência nos diversos estados emocionais das mulheres inférteis, embora exista atualmente, revela-se insuficiente no que toca à robustez das conclusões que se podem retirar ou inconclusivo devido à presença de resultados contraditórios ou à escassez de estudos existentes sobre este tema.

2. Problema de investigação, objetivo e hipóteses gerais

2.1. Problema de investigação

Esta investigação propõe-se a estudar as vivências emocionais das mulheres em situação de infertilidade conjugal, bem como compreender se estas variam em função de variáveis relacionadas com o funcionamento conjugal. Neste sentido, este estudo visa compreender como é que as mulheres gerem uma situação de infertilidade no casal em fase de tratamento, tomando em conta vários aspetos relativos à conjugalidade.

2.2. Relevância do problema de investigação

Considera-se relevante o estudo sobre as reações ao período do tratamento de infertilidade, dado que este período constitui uma fase importante para o casal e para os clínicos para prevenir *dropouts* (Valoriani et al., 2016). Estudos anteriores mostraram que se dá um aumento da ansiedade e uma deterioração do bem-estar percebido nas mulheres ao longo dos meses de tratamento. Neste sentido, este estudo visa contribuir para viabilizar intervenções que promovam uma conjugalidade saudável em casais inférteis, por forma a fomentar um aumento do bem-estar psicológico das mulheres inférteis. Nos casais que não lidam eficazmente com a infertilidade pode dar-se uma diminuição da adesão aos tratamentos de infertilidade e um maior risco de rutura da relação conjugal. Como tal, é fundamental investigar e intervir sobre o problema das relações conjugais no período de tratamento, por forma a assegurar a continuidade terapêutica e conjugal.

Ademais, a infertilidade e os seus tratamentos podem afetar a saúde psicológica dos membros dos casais inférteis, com efeitos mais nefastos para as mulheres. Tem sido abordada na literatura a relação entre a infertilidade, o *stress* relacionado com a infertilidade e os estados depressivos ou ansiosos, bem como a forma como os padrões relacionais de comunicação e as estratégias de *coping* desempenham o seu papel nesta complexa tentativa de adaptação à infertilidade.

A conjugalidade tem sido estudada em casais inférteis, quer no possível impacto da infertilidade nestes casais, quer no papel do funcionamento conjugal na gestão de aspetos psicológicos. A ligação entre a infertilidade e a satisfação conjugal é controversa, pelo que o presente estudo visa contribuir para o esclarecimento destas associações.

Este estudo, embora se centre na mulher e nas suas necessidades psicológicas, procura investigar também a conjugalidade, englobando um conjunto de perceções femininas acerca da vivência da conjugalidade nas suas várias áreas, explorando a interação entre a mulher e o seu parceiro.

Atualmente é rara a investigação que procure associar variáveis da relação conjugal com os impactos emocionais vividos por membros de casais inférteis. Nesse sentido, a procura por associações entre estas variáveis pode revelar-se importante para compreender a importância da conjugalidade como eventual fator protetor de impactos negativos para a saúde mental das mulheres em tratamento para a infertilidade.

2.3. Objetivos da investigação

2.3.1. Objetivo Geral

Averiguar se a conjugalidade é uma variável com impacto sobre os estados emocionais das mulheres pertencentes a um casal infértil durante o tratamento.

2.3.2. Objetivo Específico

Averiguar de que forma a conjugalidade exerce o seu impacto sobre os estados emocionais das mulheres pertencentes a um casal infértil no período de tratamento.

2.4. Hipótese Geral

As variáveis relativas à conjugalidade influenciam os estados emocionais das mulheres pertencentes a um casal infértil no período de tratamento.

3. Metodologia

3.1. Definição de variáveis

Nesta investigação, a variável dependente (VD) é constituída pelos estados emocionais das mulheres em situação de infertilidade conjugal e as variáveis independentes (VI) são a satisfação conjugal, o ajustamento conjugal e a empatia conjugal.

3.2. Operacionalização de variáveis

Para este efeito foram utilizadas as definições que subjazem aos instrumentos de medida utilizados nesta investigação. As escalas e questionários que foram utilizados no decorrer desta investigação serão apresentados brevemente de seguida, assim como será fornecida informação sobre a variável que cada instrumento mede. Adicionalmente encontram-se, em anexo, todos os instrumentos utilizados e as suas autorizações para os efeitos desta investigação (Anexos IV-XI).

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

O Questionário Sociodemográfico e Clínico foi construído para servir os propósitos específicos desta investigação (QSDC, Anexo III). Por este meio, foram obtidas informações pessoais sob salvaguarda de anonimato, tais como a data de nascimento da participante, a data de nascimento do parceiro, a nacionalidade, o estatuto socioeconómico, o estatuto conjugal, o estatuto laboral e ainda o número de anos de estudo com sucesso. Acrescentaram-se, ainda, dados acerca do casal como o estado civil, a coabitação, a duração da relação, o número de filhos em comum e o número de filhos anteriores à relação conjugal. Quanto aos aspetos clínicos, foram abordadas questões como o estatuto reprodutivo, a duração da infertilidade, o número de tratamentos já realizados e o fator da infertilidade.

3.2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

Através da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), esta investigação visa medir os estados emocionais das mulheres em situação de infertilidade conjugal em período de tratamento, dado que os itens desta escala avaliam estados emocionais que podem surgir, de acordo com a revisão de literatura, de uma situação de infertilidade no casal. Os itens desta escala abordam essencialmente sintomas que denotam a presença de estados emocionais depressivos, ansiosos ou reveladores de *stress*. Alguns exemplos são itens como “não consegui sentir nenhum sentimento positivo”, “senti-me quase a entrar em pânico” e “senti dificuldade em me relaxar”. Assim, na presente investigação, utilizou-se esta escala para operacionalizar a variável dependente “estados emocionais”.

Esta escala, com a versão portuguesa desenvolvida por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) a partir da escala de Lovibond e Lovibond (1995), é constituída por 21 itens, de resposta tipo *Likert* de 4 pontos, variando entre “Não se aplicou a mim de maneira nenhuma” (0) e “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (3).

A EADS é constituída por 3 subescalas com 7 itens cada, sendo que para cada subescala são abordados diferentes conceitos pertencentes a cada construto. De seguida, apresenta-se cada uma das suas subescalas:

Subescala 1 – *Depressão* (constituída pelos itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21) que aborda conceitos como a Disforia (dois itens); o Desânimo (dois itens); a Desvalorização da vida (dois itens); a Auto-depreciação (dois itens); a Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); a Anedonia (dois itens) e a Inércia (dois itens);

Subescala 2 – *Ansiedade* (constituída pelos itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20) que aborda conceitos como a Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens); os Efeitos Músculo Esqueléticos (dois itens); a Ansiedade Situacional (três itens) e as Experiências Subjetivas de Ansiedade (quatro itens);

Subescala 3 – *Stress* (constituída pelos itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18) que aborda conceitos como a Dificuldade em Relaxar (três itens); a Excitação Nervosa (dois itens); o ficar Facilmente Agitado/Chateado (três itens); a Irritabilidade/Reatividade Exagerada (três itens) e a Impaciência (três itens).

A consistência interna de cada uma das subescalas, estudada previamente pelos autores do instrumento com recurso ao Alfa de Cronbach, é boa para a subescala de depressão ($\alpha = .85$), aceitável para a subescala de ansiedade ($\alpha = .74$) e boa para a subescala de stress ($\alpha = .81$). A consistência interna da escala total não foi apresentada pelos autores da versão portuguesa deste instrumento.

A análise descritiva dos dados obtidos para a amostra do nosso estudo, oferece estes resultados: depressão ($\alpha = .90$; $M = 12.83$; $DP = 4.57$; mín. = 7; máx. = 26); ansiedade ($\alpha = .86$; $M = 11.06$; $DP = 3.89$; mín. = 7; máx. = 25); stress ($\alpha = .84$; $M = 15,78$; $DP = 3.81$; mín. = 9; máx. = 28); escala total ($\alpha = .95$; $M = 39.67$; $DP = 11,38$; mín. = 23; máx. = 79).

3.2.3. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

Através da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC; Anexo V), a presente investigação pretende medir a variável independente “satisfação conjugal” das mulheres em situação de infertilidade conjugal, com itens que abordam diversas áreas da vida conjugal, designadamente: financeira, tarefas domésticas, tomadas de decisão, lazer, autonomia, conflitos, diálogos, sentimentos acerca do parceiro, sexualidade, apoio emocional, atenção, expectativas, características e hábitos do parceiro. Assim, na presente investigação, utilizou-se esta escala para operacionalizar a variável independente “satisfação conjugal”.

Esta escala foi desenvolvida por Narciso e Costa (1996), sendo constituída por 44 itens de resposta tipo *Likert* de 6 pontos, que variam entre “Nada Satisfeito(a)” (1) e “Completamente Satisfeito(a)” (6). Este instrumento é constituído por 7 subescalas, designadamente: (1) *Intimidade Emocional* – correspondente aos itens 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44; (2) *Sexualidade* – correspondente aos itens 23, 24, 25, 26, 27 e 28; (3) *Comunicação/Conflito* – correspondente aos itens 14, 15, 16, 17, 18, 21 e 22; (4) *Funções Familiares* – correspondente aos itens 1, 2, 3 e 4; (5) *Rede Social* – correspondente aos itens 7, 8 e 9; (6) *Autonomia* – correspondente aos itens 10, 11, 12 e 13 – e (7) *Tempos Livres* – correspondente aos itens 5 e 6.

Os seguintes dados psicométricos foram descritos por Narciso (2010). A consistência interna das subescalas *Intimidade Emocional*, *Sexualidade*, *Comunicação/Conflito* é excelente ($\alpha = .96$, $\alpha = .93$ e $\alpha = .91$, respetivamente), a de *Funções familiares* e *Autonomia* é boa ($\alpha = .84$ e $\alpha = .82$, respetivamente) e a da *Rede Social* e *Tempos Livres* é aceitável ($\alpha = .73$ e $\alpha = .70$, respetivamente). Este índice estudado na escala total indica uma excelente consistência interna ($\alpha = .97$), pelo que se constitui como uma medida precisa da satisfação conjugal global.

A análise descritiva dos dados obtidos para a amostra deste estudo permitiu obter os seguintes resultados: *Intimidade Emocional* ($\alpha = .96$; M = 86.30; DP = 14.16; mín. = 50; máx. = 108); *Sexualidade* ($\alpha = .93$; M = 27.16; DP = 6.15; mín. = 13; máx. = 36); *Comunicação/Conflito* ($\alpha = .93$; M = 30.87; DP = 7.34; mín. = 15; máx. = 42); *Funções Familiares* ($\alpha = .87$; M = 16.48; DP = 4.20; mín. = 5; máx. = 24); *Rede Social* ($\alpha = .80$; M = 13.13; DP = 3.16; mín. = 6; máx. = 18); *Autonomia* ($\alpha = .82$; M = 17.73; DP = 3.43; mín. = 10; máx. = 24); *Tempos Livres* ($\alpha = .75$; M = 7.76; DP = 2.21; mín. = 2; máx. = 12); *Escala Total* ($\alpha = .98$; M = 199.43; DP = 35.89; mín. = 119; máx. = 262).

3.2.4. Escala de Ajustamento Diádico Revista

Através da Escala de Ajustamento Diádico Revista (EADR; Anexo VI), esta investigação visa medir a variável independente “ajustamento conjugal” das mulheres em situação de infertilidade conjugal a partir de itens que abordam ora a concordância na relação para certas áreas da vida (*e.g.* religião, afeto, tomadas de decisão, relações sexuais, *etc.*), ora a frequência de determinados sentimentos, pensamentos e atividades relevantes para um casal. Assim, utilizou-se esta escala para operacionalizar a variável independente “ajustamento conjugal”.

Este questionário, com a sua versão portuguesa desenvolvida por Pereira (2000) a partir da escala originalmente desenvolvida por Busby, Christensen, Crane e Larson (1995) é constituída por 14 itens, de resposta tipo *Likert* de 6 pontos em todos os itens (exceto o item 11, que tem uma resposta de tipo *Likert* de 5 pontos). Nos itens 1 a 6, as respostas variam entre “Sempre de Acordo” e “Sempre em Desacordo (nos itens 1 a 6), nos itens 7 a 10, variam entre “Sempre” e “Nunca”, no item 11, variam entre “Todos os Dias” e “Nunca” e, nos itens 12 a 14, variam entre “Nunca” e “Frequentemente”.

Esta escala é constituída por três subescalas: (1) *Consenso* - englobando tomadas de decisão, valores e afeto [itens 1-6]; (2) *Satisfação* – englobando estabilidade e conflito [itens 7-10] e (3) *Coesão* – englobando atividades e discussão [itens 11-14], sendo possível a obtenção de um resultado total. Para os efeitos do presente estudo, foram invertidos, por recodificação, todos os itens da subescala 1 e o item 11 da subescala 3, por forma a que a uma maior pontuação corresponda uma maior quantidade do construto que se presente medir. Os dados para a validação da versão portuguesa deste instrumento encontra-se atualmente em processo de publicação (Pereira et al., 2020), pelo que serão referidos de seguida os dados psicométricos obtidos para a sua versão original, descritos anteriormente por Busby e colaboradores (1995): *Consenso* ($\alpha = .81$), *Satisfação* ($\alpha =$

.85), *Coesão* ($\alpha = .80$) e *Escala Total* ($\alpha = .90$), o que indica uma consistência interna boa para cada uma das subescalas e excelente para escala total.

A análise descritiva dos dados obtidos para a amostra deste estudo permitiu obter estes resultados: *Consenso* ($\alpha = .75$; $M = 29.83$; $DP = 3.67$; mín. = 14; máx. = 36); *Satisfação* ($\alpha = .88$; $M = 19.06$; $DP = 3.07$; mín. = 10; máx. = 24); *Coesão* ($\alpha = .74$; $M = 16.29$; $DP = 3.96$; mín. = 6; máx. = 23); *Escala Total* ($\alpha = .85$; $M = 65.17$; $DP = 8.41$; mín. = 40; máx. = 83).

No entanto, dado que ocorre um aumento considerável do nível de consistência interna se o item 1, da subescala *Consenso*, for eliminado, e se o item 11, da subescala *Coesão*, for eliminado, então obtêm-se os seguintes resultados para estas subescalas: *Consenso* ($\alpha = .85$; $M = 25.02$; $DP = 3.42$; mín. = 10; máx. = 30); *Coesão* ($\alpha = .83$; $M = 12.94$; $DP = 3.75$; mín. = 4; máx. = 18).

3.2.5. Questionário de Empatia Conjugal – Versão Feminina

Através do Questionário de Empatia Conjugal – Versão Feminina (QEC; Anexo VII), este estudo visa medir a variável independente “empatia conjugal” das mulheres em situação de infertilidade conjugal conforme a operacionalização fornecida por este instrumento. Os itens abrangem elementos cognitivos (12 itens), afetivos (5 itens) e comportamentais (19 itens) da empatia conjugal. As questões abordam aspectos como as reações da mulher à comunicação do seu parceiro, a capacidade para intuir e perceber os estados emocionais do parceiro, a capacidade para compreender e resumir o que o parceiro está a sentir, a capacidade para escutar e participar numa conversa com o parceiro, o respeito perante as diferenças do parceiro e a sintonia das reações emocionais perante a experiência afetiva do parceiro

Este questionário, desenvolvido por Oliveira, Falcone e Ribas (2009) é constituído por 36 itens, de resposta tipo *Likert* de 4 pontos, variando entre “Nunca” e “Sempre”.

Os itens 4, 11, 17, 22, 25 e 35 devem ser invertidos, dado que representam atitudes não empáticas, pelo que quanto maior a pontuação, maior a empatia conjugal do parceiro.

A consistência interna desta escala é excelente ($\alpha = .95$), pelo que é capaz de avaliar os componentes cognitivos, comportamentais e afetivos da empatia conjugal (Oliveira et al., 2009).

A análise descritiva dos dados obtidos para a amostra deste estudo permitiu obter os seguintes resultados: ($\alpha = .94$; $M = 107.80$; $DP = 15.48$; mín. = 57; máx. = 131).

A obtenção de subescalas para este instrumento não foi possível, dado que não foram fornecidos pelos autores os itens relativos a cada uma das subescalas. Assim, para os efeitos deste estudo, serão trabalhados apenas os resultados totais obtidos através da aplicação deste questionário.

3.3. Hipóteses Específicas

HE1: A VI “satisfação conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da VD “depressão”.

HE2: A VI “satisfação conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da VD “ansiedade”.

HE3: A VI “satisfação conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da VD “stress”.

HE4: A VI “ajustamento conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da VD “depressão”.

HE5: A VI “ajustamento conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da VD “ansiedade”.

HE6: A VI “ajustamento conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da VD “stress”.

HE7: A VI “empatia conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da VD “depressão”.

HE8: A VI “empatia conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da VD “ansiedade”.

HE9: A VI “empatia conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da VD “stress”.

3.4. Procedimento

As participantes foram abordadas com recurso à rede social *Facebook*, através de convites realizados com o fim da divulgação da investigação e nos quais um *link* foi disponibilizado com o objetivo de redirecionar a participante para a plataforma *Qualtrics*, na qual constava o Consentimento Informado. Nestes convites foi fornecida informação geral sobre a investigação e referidas as questões de confidencialidade e anonimato.

3.4.1. Critérios de Inclusão na Amostra

As participantes neste estudo foram incluídas de acordo com os seguintes critérios: mulheres em situação de infertilidade conjugal, em tratamento de fertilidade, com idades compreendidas entre 25 e 40 anos e fluentes na Língua Portuguesa.

3.4.1.1. Recolha de Dados *Online*

Existem várias publicações da área da psicologia que tenham comparado a validade psicométrica e demográfica de dados recolhidos na internet e presencialmente (Epstein, Klinkenberg, Wiley, & McKinley, 2001; Meyerson & Tryon, 2003; Miller et al., 2002; Riva, Teruzzi, & Anolli, 2003; Schwarzer, Mueller, & Greenglass, 1999; Stanton, 1998, cit. por Tolstikova & Chartier, 2010), sendo que a principal conclusão destes estudos é a de que os resultados obtidos online são essencialmente equivalentes aos recolhidos por métodos tradicionais em termos de fiabilidade e independentemente

do contacto com o investigador (Paolacci, Chandler, & Ipeirotis, 2010; Tolstikova & Chartier, 2010; Weigold, Weigold, & Russell, 2013; Paolacci & Chandler, 2014). Ademais, a ausência de interação com o investigador pode contribuir para reduzir ameaças à validade interna (Paolacci et al., 2010).

Especificamente, as medidas de autorrelato de diferenças individuais são consideradas psicometricamente válidas (Buhrmester et al., 2011; Shapiro et al., 2013, cit. por Paolacci & Chandler, 2014) e a qualidade dos julgamentos linguísticos fornecidos e a honestidade dos participantes não é diferente da das amostras tradicionais (Paolacci & Chandler, 2014; Sprouse, 2011, cit. por Paolacci & Chandler, 2014). Nem a atenção dos participantes para as recolhas efetuadas online difere significativamente do que ocorre nas recolhas de dados tradicionais (Paolacci et al., 2010) – chegando por vezes a ser significativamente superior nas recolhas online (Hauser & Schwarz, 2016) –, nem a qualidade dos dados recolhidos (Gosling et al., 2004; Krantz & Dalal, 2000, cit. por Paolacci et al., 2010)

As investigações baseadas na internet oferecem um maior anonimato e uma maior perceção de privacidade para os participantes (Tolstikova & Chartier, 2010). No entanto, dado que o anonimato pode acarretar a possibilidade de um mesmo sujeito responder múltiplas vezes, a investigação prévia analisou este risco, indicando que, na realidade, as respostas múltiplas são raras em investigações conduzidas através da internet (Paolacci et al., 2010).

A investigação com recolha de dados online implica a remoção, por parte do investigador, de quaisquer referências identificativas do indivíduo (Kraut et al., 2004, cit. por Tolstikova & Chartier, 2010). A confidencialidade nas recolhas de dados online é fácil de garantir, visto que o contacto entre o investigador e o participante é muito limitado e a informação que o identifique é muito limitada (Tolstikova & Chartier, 2010).

Quanto à recolha de dados online, a investigação indica que a qualidade das respostas fornecidas não depende da existência de pagamentos pela participação (Buhrmester et al., 2011; Marge, Banerjee, & Rudnicky, 2010; Mason & Watts, 2009, cit. por Paolacci & Chandler, 2014).

Um fator que é considerado mais importante na determinação da qualidade das respostas é a compreensão da linguagem, pelo que é importante que a linguagem fornecida acerca do propósito da tarefa seja clara (Goodman et al. 2013, cit. por Paolacci & Chandler, 2014), incluindo informação acerca dos materiais e métodos fornecidos, dos critérios de inclusão e exclusão da amostra (Paolacci & Chandler, 2014). Por fim, agradecer a participação aos participantes é um fator que pode estimular um melhor contributo através de maiores taxas de motivação (Chandler & Kapelner, 2013, cit. por Paolacci & Chandler, 2014).

No caso do presente estudo, que analisa dados recolhidos via *online* através da plataforma *Qualtrics*, as investigações mencionadas anteriormente permitem esperar a recolha de dados efetuada na presente investigação como fidedigna e válida.

3.4.2. Critérios de Exclusão da Amostra

Quanto aos critérios de exclusão, consideram-se os seguintes: idades abaixo de 25 anos e acima de 40 anos, que não estejam em tratamento de fertilidade e que não sejam fluentes na Língua Portuguesa.

3.4.3. Aplicação

As participantes realizaram o questionário *online*, sendo que, previamente ao início do questionário, foram devidamente informadas acerca dos objetivos do estudo e da sua participação no mesmo, incluindo a obrigatoriedade de darem o seu consentimento informado para prosseguir.

De seguida, foram recolhidas diversas informações, através do preenchimento dos seguintes questionários: (1) *Questionário Sociodemográfico e Clínico*; (2) *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* (Pais-Ribeiro et al., 2004); (3) *Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (Narciso & Costa, 1996); (4) *Escala de Ajustamento Diádico Revista* (versão portuguesa de Pereira, 2000); (5) *Questionário de Empatia Conjugal - Versão feminina* (Oliveira et al., 2009). O seu tempo de preenchimento foi de, aproximadamente, 20 minutos.

Todos os dados fornecidos foram salvaguardados quanto à confidencialidade e ao anonimato, sendo utilizados exclusivamente para o presente estudo. Estes dados foram guardados e processados em computador, garantindo o anonimato das participantes.

3.5. Caracterização da Amostra

A amostra recolhida é constituída por 63 mulheres em situação de infertilidade conjugal e utilizadoras da rede social *Facebook* no período compreendido entre março e agosto de 2020. Esta amostra foi analisada através de estatística descritiva.

As participantes incluídas nesta investigação são mulheres em situação de infertilidade conjugal com idades compreendidas entre os 25 e os 40 anos, com uma média de 34.18 anos, e de nacionalidade portuguesa (82.5%).

De seguida serão apresentados, na Tabela 1, os dados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra presente nesta investigação, tendo presentes variáveis categoriais e variáveis intervalares.

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica da amostra (N = 63)*

Variáveis		n	%	M	SD	Máx.	Mín.
Idade				34.18	3.69	40	27
Idade parceiro				35.43	3.96	44	27
Anos de Estudo com Sucesso				15.16	3.00	22	9
Duração relação conjugal (anos)				10.02	4.73	20	2
Nacionalidade	Portuguesa	52	82.5				
	Brasileira	11	17.5				
Estatuto Conjugal	Casada	38	60.3				
	União de facto	23	36.5				
	Viúva	1	1.6				
	Outro: Noivos	1	1.6				
Estatuto Laboral	TPCO	47	74.6				
	TPCP	10	15.9				
	Desempregada	3	4.8				
	Estudante	1	1.6				
	Outro	2	3.2				
Estatuto Socioeconómico	Nível I	16	25.4				
	Nível II	39	61.9				
	Nível III	6	9.5				
	Nível IV	0	0.0				
	Nível V	0	0.0				
	ND	2	3.2				
Agregado familiar atual	Cônjuge	29	46.0				
	Cônjuge e filho	3	4.8				
	Cônjuge e enteado	1	1.6				
	Cônjuge e mãe	1	1.6				
	Cônjuge, filho, cunhado e sogros	1	1.6				
	ND	28	44.4				
Número de filhos em comum	0	57	90.5				
	1	5	7.9				
	3	1	1.6				
Número de relações prévias	0	43	68.3				
	1	15	23.8				
	2	4	6.3				
	3	1	1.6				
Número de filhos de relações prévias	0	62	98.4				
	1	1	1.6				

Legenda: ND – Não disponível; TPCO – Trabalho por conta de outrem; TPCP – Trabalho por conta própria

No que diz respeito ao estatuto conjugal, verifica-se que a maioria das participantes é casada (60.3%) ou está em união de facto (36.5%), restando uma participante viúva (1.6%) e uma participante noiva (1.6%). Quanto ao número de anos de escolaridade com sucesso, regista-se um maior número de participantes com 12 anos (25.4%). A maioria das participantes tem licenciatura (63.4%), trabalha por conta de outrem (74.6%) e apresenta vencimento mensal fixo (79.4%). O estatuto socioeconómico da maioria das participantes é de nível II (61.9%) ou de nível I (25.4%), havendo um número reduzido de participantes no nível III (9.5%), o que indica que, na generalidade dos casos, esta amostra possui um estatuto socioeconómico elevado.

De seguida, na Tabela 2 apresenta-se a caracterização clínica da amostra.

Tabela 2

Caracterização Clínica da amostra (N = 63)

Variáveis		n	%	M	DP	Máx.	Mín.
Duração da infertilidade (anos)				4,62	3.08	14	1
Duração dos tratamentos de fertilidade (anos)				2.53	2.09	9	0
Fator da infertilidade	Desconhecido/Sem fator	26	41.3				
	Masculino	10	15.9				
	Feminino	27	42.9				
Nº de tratamentos prévios	0	18	28.6				
	1	10	15.9				
	2	17	27.0				
	3	8	12.7				
	4	4	6.3				
	5	2	3.2				
	7	1	1.6				
	10	1	1.6				
	18	1	1.6				
	ND	1	1.6				

Legenda: ND – Não disponível.

4. Resultados

4.1. Testagem de Hipóteses

No teste de hipóteses do presente estudo será utilizada a análise de regressão linear hierárquica múltipla. Este método visa testar o impacto de variáveis preditoras específicas sobre a variável dependente, enquanto se controla a influência de outras. A análise de regressão hierárquica permite averiguar a importância de uma variável específica para explicar a variância estatística de outra variável. Assim, será possível descrever as relações entre várias variáveis explicativas de um determinado processo.

Para esse efeito, são necessárias três precauções fundamentais: (1) quando uma variável está expressa numa escala categorial ou ordinal, é necessária uma codificação em 0's e 1's dos valores da mesma; (2) é necessário submeter as distribuições obtidas aos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk, por forma a averiguar se estas distribuições se afastam significativamente, ou não, da distribuição normal teórica; (3) para evitar problemas de multicolinearidade, ou seja, uma correlação excessiva entre as variáveis preditoras de um processo, foi necessário verificar os valores de Tolerância ($> .1$) e de VIF (< 10).

Para a análise da variância estatística será utilizado o Teste F para averiguar se alguma das variáveis preditoras tem um peso significativo na explicação do processo.

A testagem do ajustamento à distribuição normal foi aplicada às seguintes variáveis: idade da participante, idade do parceiro, número de anos de escolaridade com sucesso da participante, duração da relação conjugal (em anos), número de filhos em comum, número de relações prévias, número de filhos de relações prévias, duração da infertilidade (em anos), duração dos tratamentos de infertilidade (em anos), e número de tratamentos de infertilidade prévios.

As três subescalas do EADS, a escala completa do EADS, as sete subescalas do EASAVIC, a escala completa do EASAVIC, as três subescalas do EADR, a escala completa do EADR e a escala completa do QEC foram também alvo dos testes de normalidade.

Os resultados obtidos permitem concluir que a amostra apresenta, no geral, uma distribuição próxima da normal. As variáveis cuja distribuição de resultados se afasta estatisticamente da normal são: a idade da participante, o número de anos de escolaridade com sucesso, o número de filhos em comum, o número de relações prévias, o número de filhos de relações prévias, a duração da infertilidade (em anos), a duração dos tratamentos de infertilidade (em anos), o número de tratamentos prévios, as subescalas intimidade emocional, rede social, e tempos livres do EASAVIC, as subescala consenso e satisfação do EADR, as subescalas depressão, ansiedade e stress do EADS e a escala total do EADS (Anexos XIII e XIV).

Em todas as testagens de hipóteses, o Modelo 1 é constituído pelas variáveis idade da participante, idade do parceiro e número de anos de escolaridade com sucesso, no Modelo 2 foram introduzidas as variáveis número de relações prévias, estatuto socioeconómico e duração da relação conjugal e, no Modelo 3, foram introduzidas as variáveis fator biomédico feminino contra todos os outros, número de tratamentos prévios, fator biomédico masculino contra todos os outros e duração da infertilidade (em anos). No Modelo 4, foi introduzida a variável independente que constava da hipótese específica a ser testada.

Apresenta-se, de seguida, a testagem das nove hipóteses específicas relativas ao presente estudo.

4.1.1. Testagem da HE1

A testagem da HE1 sugere que a variável independente “satisfação conjugal” não oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão” ($p = .058$). As dimensões intimidade emocional, sexualidade, comunicação/conflito, rede social, autonomia e tempos livres também não contribuíram significativamente para a variância estatística da “depressão” ($p = .114$, $p = .092$, $p = .081$, $p = .143$, $p = .219$ e $p = .114$, respetivamente).

Contudo, a análise de regressão confirmou que a dimensão “funções familiares” da variável “satisfação conjugal” contribui significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão”, o que permite concluir que o grau de satisfação reportada relativamente às funções familiares tem um impacto nos níveis de depressão das mulheres em situação de infertilidade conjugal ($p = .013$).

Deste modo, a dimensão “funções familiares” foi a única a relacionar-se significativamente com a “depressão”, pelo que a HE1, embora não se confirme quanto ao seu efeito geral, confirma-se parcialmente.

As análises de regressão realizadas com o objetivo de testar a HE1 poderão ser consultadas nos anexos (Anexos XXXVIII-XLV).

4.1.2. Testagem da HE2

A testagem da HE2 sugere que a variável independente “satisfação conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “ansiedade”.

A análise de regressão efetuada com recurso às diferentes dimensões que compõem a variável “satisfação conjugal” confirmou que as dimensões “sexualidade”, “funções familiares”, “autonomia” e “tempos livres” contribuem significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente “ansiedade”. Contudo, as

dimensões “intimidade emocional”, “comunicação/conflito” e “rede social” da variável “satisfação conjugal” não contribuem significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente “ansiedade” ($p = .108$, $p = .139$ e $p = .406$, respetivamente). A tabela seguinte inclui uma análise de regressão realizada com o objetivo de testar a HE2. As restantes análises de regressão realizadas com o objetivo de testar a HE2 poderão ser consultadas nos anexos (Anexos XLVI-LIII).

Tabela 3

Análise de Regressão da HE2, VI satisfação conjugal () VD ansiedade (**)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df 1	df 2	Sig. Mudança F.
1	.244	.060	.007	3.807	.060	1.123	3	53	.348
2	.283	.080	-.030	3.877	.021	.372	3	50	.773
3	.320	.103	-.093	3.992	.022	.286	4	46	.886
4	.423	.179	-.022	3.862	.076	4.165	1	45	.047

(*) EASAVIC_TOTAL – Satisfação Conjugal

(**) EADS_SUB_2 – Ansiedade

A Tabela 3 permite concluir que o grau de satisfação conjugal reportada explica os níveis de ansiedade das mulheres em situação de infertilidade conjugal ($p = .047$).

As análises de regressão também permitiram concluir que os graus de satisfação reportados relativamente à sexualidade, às funções familiares, à autonomia e aos tempos livres explicam os níveis de ansiedade das mulheres em situação de infertilidade conjugal ($p = .032$; $p = .019$; $p = .030$; $p = .039$, respetivamente).

Deste modo, e dado que, para além da variável da “satisfação conjugal”, apenas as dimensões “sexualidade”, “funções familiares”, “autonomia” e “tempos livres” contribuíram para explicar a variância estatística da variável “ansiedade” de forma significativa, conclui-se que a HE2 se confirma parcialmente.

4.1.3. Testagem da HE3

A testagem da HE3 sugere que a variável independente “satisfação conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “stress”.

As análises de regressão efetuadas com recurso às diferentes dimensões que compõem a variável “satisfação conjugal” confirmaram que as dimensões “intimidade emocional”, “sexualidade”, “comunicação/conflito”, “funções familiares”, “rede social” e “tempos livres” contribuem significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente “stress”. Contudo, a dimensão “autonomia” não contribuiu significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente “stress” ($p = .057$). A tabela seguinte inclui uma análise de regressão realizada com o objetivo de testar a HE3. As restantes análises de regressão poderão ser consultadas nos anexos (Anexos LIV-LXI).

Tabela 4

Análise de Regressão da HE3, VI satisfação conjugal () VD stress (**)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df 1	df 2	Sig. Mudança F.
1	.128	.016	-.039	3.938	.016	.294	3	53	.830
2	.189	.036	-.080	4.014	.019	.336	3	50	.799
3	.345	.119	-.073	4.000	.083	1.085	4	46	.375
4	.500	.250	.066	3.733	.131	7.830	1	45	.008

(*) EASAVIC_TOTAL – Satisfação Conjugal

(**) EADS_SUB_3 – Stress

A Tabela 4 permite concluir que o grau de satisfação conjugal reportada explica os níveis de stress das mulheres em situação de infertilidade conjugal ($p = .008$).

As análises de regressão também permitiram concluir que os graus de satisfação reportados relativamente à intimidade emocional, à sexualidade, à comunicação/conflito, às funções familiares, à rede social e aos tempos livres explicam os níveis de stress das

mulheres em situação de infertilidade conjugal ($p = .027$; $p = .005$; $p = .015$; $p = .011$; $p = .048$; $p = .012$, respetivamente).

Deste modo e dado que, para além da variável da “satisfação conjugal”, apenas as dimensões “intimidade emocional”, “sexualidade”, “comunicação/conflito”, “funções familiares”, “rede social” e “tempos livres” contribuíram para explicar a variância estatística da variável “stress” de forma significativa – faltando um efeito significativo no “stress” para a dimensão “autonomia” da variável “satisfação conjugal” –, conclui-se que a HE3 se confirma parcialmente.

4.1.4. Testagem da HE4

A testagem da HE4 sugere que a variável independente “ajustamento conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão”.

As análises de regressão efetuadas com recurso às diferentes dimensões que compõem a variável “ajustamento conjugal” confirmaram que a dimensão “coesão” contribui significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão”.

Contudo, as dimensões “consenso” e “satisfação” da variável “ajustamento conjugal” não contribuem significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão” ($p = .071$ e $p = .141$, respetivamente).

A tabela seguinte inclui uma análise de regressão realizada com o objetivo de testar a HE4. As restantes análises de regressão poderão ser consultadas nos anexos (Anexos LXX-LXXIII).

Tabela 5*Análise de Regressão da HE4, VI ajustamento conjugal (*) VD depressão (**)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df 1	df 2	Sig. Mudança F.
1	.177	.031	-.024	4.460	.031	.571	3	53	.637
2	.276	.076	-.035	4.484	.045	.806	3	50	.497
3	.335	.112	-.081	4.584	.036	.466	4	46	.760
4	.461	.213	.021	4.363	.101	5.772	1	45	.020

(*) EADR_TOTAL – Ajustamento Conjugal

(**) EADS_SUB_1 – Depressão

A Tabela 5 permite concluir que o grau de ajustamento conjugal reportado explica os níveis de depressão das mulheres em situação de infertilidade conjugal ($p = .020$).

As análises de regressão também permitiram concluir que o grau de ajustamento reportado relativamente à coesão explica os níveis de depressão das mulheres em situação de infertilidade conjugal ($p = .010$).

Deste modo, e dado que, para além da variável “ajustamento conjugal”, apenas a dimensão “coesão” contribuiu para explicar a variância estatística da variável “depressão” de forma significativa – faltando um efeito significativo na “depressão” para as dimensões “consenso” e “satisfação” da variável “ajustamento conjugal” –, conclui-se que a HE4 se confirma parcialmente.

4.1.5. Testagem da HE5

A testagem da HE5 sugere que a variável independente “ajustamento conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “ansiedade”. A análise de regressão efetuada com recurso às diferentes dimensões que compõem a variável “ajustamento conjugal” confirmou que a dimensão “coesão” contribui significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente “ansiedade”. Contudo, as dimensões “consenso” e “satisfação” da variável “ajustamento conjugal” não contribuem significativamente para a explicação da

variância estatística da variável dependente “ansiedade” ($p = .053$ e $p = .115$, respectivamente). A tabela seguinte inclui uma análise de regressão realizada com o objetivo de testar a HE5. As restantes análises de regressão poderão ser consultadas nos anexos (Anexos LXXIV-LXXVII).

Tabela 6

Análise de Regressão da HE5, VI ajustamento conjugal () VD ansiedade (**)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df 1	df 2	Sig. Mudança F.
1	.244	.060	.007	3.807	.060	1.123	3	53	.348
2	.283	.080	-.030	3.877	.021	.372	3	50	.773
3	.320	.103	-.093	3.992	.022	.286	4	46	.886
4	.467	.218	.027	3.768	.115	6.643	1	45	.013

(*) EADR_TOTAL – Ajustamento Conjugal

(**) EADS_SUB_2 – Ansiedade

A Tabela 6 permite concluir que o grau de ajustamento conjugal reportado explica os níveis de ansiedade das mulheres em situação de infertilidade conjugal ($p = .013$).

As análises de regressão também permitiram concluir que o grau de ajustamento reportado relativamente à coesão explica os níveis de ansiedade das mulheres em situação de infertilidade conjugal ($p = .023$). Deste modo, e dado que, para além da variável “ajustamento conjugal”, apenas a dimensão “coesão” contribuiu para explicar a variância estatística da variável “ansiedade” de forma significativa – faltando um efeito significativo na “ansiedade” para as dimensões “consenso” e “satisfação” da variável “ajustamento conjugal” –, conclui-se que a HE5 se confirma parcialmente.

4.1.6. Testagem da HE6

A testagem da HE6 sugere que a variável independente “ajustamento conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “stress”.

A análise de regressão efetuada com recurso às diferentes dimensões que compõem a variável “ajustamento conjugal” confirmou que todas as dimensões “consenso”, “satisfação” e “coesão” contribuem significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente “stress”. A tabela seguinte inclui uma análise de regressão realizada com o objetivo de testar a HE6. As restantes análises de regressão poderão ser consultadas nos anexos (Anexos LXXVIII-LXXXI).

Tabela 7

Análise de Regressão HE6, VI ajustamento conjugal () VD stress (**)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df 1	df 2	Sig. Mudança F.
1	.128	.016	-.039	3.938	.016	.294	3	53	.830
2	.189	.036	-.080	4.014	.019	.336	3	50	.799
3	.345	.119	-.073	4.000	.083	1.085	4	46	.375
4	.549	.301	.131	3.602	.182	11.752	1	45	.001

(*) EADR_TOTAL – Ajustamento Conjugal

(**) EADS_SUB_3 – Stress

A Tabela 7 permite concluir que o grau de ajustamento conjugal reportado explica os níveis de stress das mulheres em situação de infertilidade conjugal ($p = .001$).

As análises de regressão também permitiram concluir que os graus de ajustamento reportados relativamente ao consenso conjugal, à satisfação com o parceiro e à coesão conjugal explicam os níveis de stress das mulheres em situação de infertilidade conjugal ($p = .009$; $p = .013$; $p = .003$, respetivamente). Deste modo, e dado que, para além da variável “ajustamento conjugal”, todas as dimensões “consenso”, “satisfação” e “coesão” contribuíram para explicar a variância estatística da variável “stress” de forma significativa, conclui-se que a HE6 se confirma totalmente.

4.1.7. Testagem da HE7

A testagem da HE7 sugere que a variável independente “empatia conjugal” não oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão” ($p = .251$). A análise de regressão realizada com o objetivo de testar a HE7 poderá ser consultada no Anexo LXXXVI.

Dado que a variável “empatia conjugal” não é decomponível em diferentes dimensões devido à forma como está conceptualizada através do Questionário de Empatia Conjugal, a testagem da HE7 conta apenas com uma análise de regressão relativa ao efeito geral de esta variável na variável dependente “depressão”. Deste modo, pode concluir-se que a empatia conjugal não explica os níveis de depressão das mulheres em situação de infertilidade conjugal, pelo que a HE7 não é confirmada.

4.1.8. Testagem da HE8

A testagem da HE8 sugere que a variável independente “empatia conjugal” não oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “ansiedade” ($p = .261$). A análise de regressão realizada com o objetivo de testar a HE8 poderá ser consultada no Anexo LXXXVII.

Dado que a variável “empatia conjugal” não é decomponível em diferentes dimensões devido à forma como está conceptualizada através do Questionário de Empatia Conjugal, a testagem da HE8 conta apenas com uma análise de regressão quanto ao efeito geral de esta variável na variável dependente “ansiedade”. Deste modo, pode concluir-se que a empatia conjugal não explica os níveis de ansiedade das mulheres em situação de infertilidade conjugal, pelo que a HE8 não é confirmada.

4.1.9. Testagem da HE9

A testagem da HE9 sugere que a variável independente “empatia conjugal” oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “stress”.

Dado que a variável “empatia conjugal” não é decomponível em diferentes dimensões, tal como explicado anteriormente, a testagem da HE9 conta apenas com uma análise de regressão quanto ao efeito geral de esta variável na variável dependente “stress”.

A tabela seguinte inclui a análise de regressão realizada com o objetivo de testar a HE9, constando também no Anexo LXXXVIII.

Tabela 8

Análise de Regressão da HE9, VI empatia conjugal () VD stress (**)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df 1	df 2	Sig. Mudança F.
1	.108	.012	-.047	3.964	.012	.200	3	51	.896
2	.195	.038	-.082	4.031	.026	.449	3	48	.726
3	.340	.116	-.085	4.037	.077	.964	4	44	.437
4	.467	.218	.018	3.840	.102	5.633	1	43	.022

(*) QEC_F_TOTAL – Empatia Conjugal

(**) EADS_SUB_3 – Stress

A Tabela 8 permite concluir que o grau de empatia conjugal reportada explica os níveis de stress das mulheres em situação de infertilidade conjugal ($p = .022$). Deste modo, pode concluir-se que a empatia conjugal explica os níveis de stress das mulheres em situação de infertilidade conjugal, pelo que a HE9 é confirmada.

5. Discussão

De acordo com os resultados expostos anteriormente, a satisfação conjugal não apresentou um efeito geral na depressão. No entanto, a dimensão “funções familiares” da satisfação conjugal apresentou um efeito específico na depressão. Tendo em conta que esta dimensão aborda, para além das questões da distribuição de responsabilidade e de tarefas domésticas, o modo como são tomadas decisões no casal e como se gerem questões financeiras, coloca-se a hipótese de que a fase de tratamentos da infertilidade – que constitui um período de maior vulnerabilidade (Massarotti et al., 2019) –, comporte preocupações acrescidas no que toca à gestão financeira e à decisão sobre o risco que subjaz ao investimento num tratamento que poderá não ter sucesso futuramente. Em 2018, não havia estudos que tivessem relacionado satisfação conjugal com depressão. No entanto, um artigo procurou essa relação, mostrando que a satisfação conjugal das mulheres apresenta um efeito nos estados depressivos, pelo que a presente investigação contradiz o dado obtido na investigação de Maroufizadeh e colaboradores (2018).

A satisfação conjugal teve, porém, uma contribuição significativa para a ansiedade das mulheres inférteis. Embora não existam associações prévias e diretas entre a satisfação conjugal e a ansiedade, existem estudos que podem dar algum suporte a este resultado. Em 2020, Ye, Tian, Huo e Zhou descobriram que a satisfação conjugal em mulheres inférteis atenuou os efeitos negativos da infertilidade em domínios como a satisfação com a vida e Li e colaboradores (2019) encontraram associações entre a satisfação conjugal e estados emocionais positivos, como a felicidade. As dimensões da satisfação conjugal relacionadas com a sexualidade, as funções familiares, a autonomia e os tempos livres foram as que influenciaram especificamente os níveis de ansiedade desta amostra.

A satisfação relativamente à sexualidade foi importante para explicar a ansiedade resultante das mulheres inférteis, o que suporta a ideia de que os conflitos relativos à sexualidade são suficientemente importantes para gerar preocupações relativamente a um futuro distanciamento na relação (Luk & Loke, 2019). A satisfação conjugal quanto a funções familiares também se associou à ansiedade, indicando que as preocupações acerca do futuro estão particularmente presentes na fase do tratamento, o que poderá obrigar os casais a tomar decisões de alta responsabilidade quanto aos investimentos – emocionais, conjugais e financeiros – num tratamento que não traz resultados imediatos e é incerto quanto ao seu sucesso futuro. A autonomia, que engloba questões relativas à satisfação com a própria privacidade e com a privacidade do parceiro, também se associou à ansiedade nestas participantes, o que é consistente com os resultados da investigação de Valsangkar e colaboradores (2011), que confirmam que os tratamentos de fertilidade implicam muitas vezes a perda de privacidade para os casais, o que pode ser um fator ansiogénico para as mulheres com infertilidade presente no casal. A satisfação conjugal quanto aos tempos livres também se associou à ansiedade, o que pode indicar que estes casais se ressentem pela quantidade de tempo que precisam de despende a propósito dos tratamentos, bem como a disponibilidade psicológica associada aos mesmos. Adicionalmente, e em linha com os resultados obtidos anteriormente por Drosdzol e Skrzypulec (2009), é possível que a falta de uma atividade ocupacional significativa constitua um risco para a saúde mental destas mulheres, uma vez que pode contribuir para que estas se foquem excessivamente nos seus problemas de fertilidade.

No entanto, a satisfação quanto à intimidade emocional, à qualidade da comunicação e à interação com a rede social envolvente ao casal não tiveram efeito na ansiedade, o que parece indicar que (1) não é a existência de uma forte ligação emocional que está em causa, mas sim a satisfação sexual com o parceiro; (2) não é a qualidade da

comunicação que importa, mas poderá ser a ausência de comunicação sobre os temas difíceis suscitados pela infertilidade (Jordan & Revenson, 1999; Martins et al., 2012; Schmidt, 2006, cit. por Kondaveeti et al., 2011) e (3) embora as mulheres sejam mais eficazes do que os homens no aproveitamento da rede social para obtenção de apoio (Ahrabi & Akbari, 2015), a satisfação quanto à rede social não foi suficiente para causar diferenças significativas na ansiedade.

O *stress* foi outro domínio no qual a satisfação conjugal exerceu o seu impacto, o que já tinha sido referido anteriormente por Ahrabi e Akbari (2015). Além disso, as dimensões da satisfação quanto à intimidade emocional, à sexualidade, à comunicação, às funções familiares, à rede social e aos tempos livres também se associaram ao *stress*. A investigação prévia não estudou especificamente o impacto da intimidade emocional nos estados emocionais de mulheres em infertilidade conjugal. No entanto, foi referido que uma maior proximidade e intimidade emocionais fortaleceram a relação conjugal de casais inférteis (Drosdzol & Skrzypulec, 2009b, cit. por Luk & Loke, 2015). Neste sentido, é possível que a intimidade emocional experienciada pelas participantes se tenha associado a um decréscimo do *stress* percebido.

Os resultados deste estudo, estando em linha com investigações anteriores que apontam para a importância da satisfação sexual na saúde mental dos casais inférteis (Luk & Loke, 2015; Luk & Loke, 2019), acrescentam que a vivência da sexualidade em mulheres inférteis é um fator potencialmente gerador de *stress*.

As questões em torno da comunicação entre os casais inférteis foram importantes para explicar o *stress* percebido pelas participantes. De facto, já foi estudado que existem claras diferenças de género no que toca à comunicação em contexto de infertilidade, sendo que as mulheres geralmente são mais abertas e comunicativas e os homens mais reservados e fechados à comunicação, evitando abordar o assunto da infertilidade

(Kondaveeti et al., 2011; Luk & Loke, 2019; Martins et al, 2012). Ao que o presente estudo indica, é possível que esta discrepância gere *stress* nas mulheres.

Neste estudo, o ajustamento conjugal contribuiu para explicar a depressão nas mulheres inférteis, o que replica os resultados obtidos no estudo desenvolvido por Kim e colaboradores (2018). Adicionalmente, enquanto a coesão conjugal ajudou a explicar a depressão, o consenso conjugal e a satisfação das mulheres com o parceiro não contribuíram para explicar a depressão. O impacto da coesão conjugal – que engloba a avaliação da frequência de certos comportamentos tais como trocas estimulantes de ideias e debates calmos acerca de um determinado assunto, bem como a participação em atividades dentro ou fora do casal – na depressão parece poder explicar-se à luz da literatura que menciona os conflitos em torno da comunicação conjugal em casais inférteis (Gana & Jakubowska, 2016; Kondaveeti et al., 2011; Martins et al., 2012; Ostovar et al., 2020). No entanto, o consenso conjugal relativamente a diferentes aspetos da vida (tais como a convencionalidade, as decisões de carreira e as demonstrações de afeto) não teve um contributo significativo na explicação da depressão, o que indica que estes aspetos podem não ser suficientemente profundos no âmbito de uma relação conjugal para poderem influenciar os níveis de depressão. A satisfação das mulheres com o parceiro não obteve, à semelhança da satisfação conjugal medida pela EASAVIC, efeito significativo na depressão das mulheres inférteis, o que contradiz a investigação anterior (Maroufizadeh et al., 2018).

O ajustamento conjugal também se associou à ansiedade das mulheres inférteis, o que é um dado novo, uma vez que a investigação anterior não estudou diretamente esta associação. A coesão conjugal, ao contrário do consenso conjugal e da satisfação com o parceiro, também contribuiu para a ansiedade das mulheres inférteis em tratamento, o que poderá indicar que os mesmos fatores que contribuíram para explicar a depressão também

contribuíram para explicar a ansiedade nas mulheres inférteis. Assim, os dados indicam que as questões relativas à possibilidade de comunicação eficaz entre os casais inférteis são particularmente relevantes para o bem-estar das mulheres inférteis, enquanto a existência de consenso em diversos aspetos da vida e a satisfação com o parceiro não constituem um perigo significativo para o bem-estar emocional destas participantes.

O ajustamento conjugal nas mulheres inférteis também contribuiu para explicar o *stress* percebido por estas participantes, o que poderá indicar que um baixo ajustamento conjugal conduz a um aumento do stress, embora este estudo não permita compreender o sentido da influência entre estas variáveis. À semelhança do que ocorreu para a depressão e para a ansiedade, a coesão conjugal também contribuiu para explicar o *stress*. A satisfação com o parceiro e o consenso conjugal, diferentemente do ocorrido para os restantes estados emocionais, também contribuíram para explicar o *stress*, pelo que o *stress* foi explicado por todas as dimensões relativas ao ajustamento conjugal, o que é um dado relevante. Este dado parece indicar que a satisfação com o parceiro e a coesão conjugal, embora contribuam para um eventual aumento do *stress*, revelam um impacto insuficiente para gerar aumentos nos níveis de depressão ou de ansiedade. Assim, embora já tenha sido previamente descoberta uma ausência do efeito do ajustamento conjugal na depressão (Kim et al., 2018), este estudo acrescenta que a influência do ajustamento conjugal nos estados emocionais das mulheres inférteis é relevante para o *stress* das mesmas.

A empatia conjugal é uma variável que contém essencialmente aspetos relativos à pragmática da comunicação conjugal. A empatia conjugal inclui a capacidade para intuir as vivências afetivas do parceiro e sintonizar com as mesmas, procurando compreendê-las a partir de capacidades de escuta e do respeito pelas diferenças no parceiro, por forma a responder eficazmente às suas necessidades psicológicas. Esta variável teve uma

influência no *stress* sentido pelas mulheres inférteis, mas não teve uma influência relevante para a explicação da depressão ou da ansiedade das mesmas. Este resultado é relevante, pois permite compreender que a empatia conjugal percebida pelas mulheres inférteis pode ser sobrecarregante e requerer atenção por parte dos profissionais de saúde, mas não constituirá uma ameaça grave para os seus recursos emocionais. Estes resultados poderão estar em linha com os resultados do estudo de Renzi e colaboradores (2018), que permitiu concluir que a dificuldade em identificar sentimentos e conseguir sintonia com o parceiro se relacionou com a qualidade de vida de mulheres em tratamento para a infertilidade.

Diferentemente, a coesão conjugal – que faz parte do ajustamento conjugal –, que também inclui aspetos relativos à comunicação conjugal, relacionou-se com a depressão, com a ansiedade e com o *stress*. Estes dados podem parecer contraditórios. No entanto, a coesão conjugal inclui também a frequência com que o casal participa em atividades de âmbito familiar ou extrafamiliar. Neste sentido, pode pensar-se que o que mais prejudica os estados emocionais nas mulheres inférteis é a ausência de atividades ocupacionais em conjunto com o parceiro – tal como encontrado por Drosdzol e Skrzypulec (2009) –, o que poderá levar a um sentimento de que a relação ficou enfraquecida ou desinvestida devido à infertilidade. Porém, esta suposição parece contrariar uma investigação anterior que registou que a infertilidade foi uma circunstância que, apesar de diminuir a perceção de qualidade de vida, contribuiu para fortalecer a conjugalidade de casais inférteis (Masoumi et al., 2016).

6. Conclusão, limitações e sugestões futuras

Este estudo permitiu concluir que a satisfação conjugal das mulheres inférteis não contribuiu para explicar os níveis de depressão, mas é importante para a explicação os níveis de ansiedade e de *stress* obtidos pelas mesmas durante o período de tratamento.

A coesão conjugal, enquanto dimensão pertencente ao ajustamento conjugal, contribuiu para explicar a depressão, a ansiedade e o *stress*, o que poderá indicar que a frequência da discussão de determinados assuntos e a frequência da participação em atividades dentro e fora do casal são importantes para ajudar as mulheres inférteis em período de tratamento na regulação dos seus estados emocionais.

Este estudo também permitiu concluir que o *stress* vivido por estas participantes se relacionou com a empatia conjugal sentida relativamente ao parceiro, o que parece indicar que as competências de comunicação, sintonia e empatia do parceiro são importantes para explicar os níveis de *stress* das mulheres inférteis durante o tratamento. Adicionalmente, o ajustamento conjugal contribuiu para a explicação do *stress* em todas as suas dimensões, designadamente o consenso conjugal, a satisfação com o parceiro e a coesão conjugal, o que é um dado relevante e merecedor de investigação futura.

Os resultados apresentados nesta investigação devem ser encarados com a devida cautela, dado que este estudo apresenta algumas limitações às quais é necessária atenção. Em primeiro lugar, é de salientar que o período de recolha de dados (entre março e agosto de 2020) coincidiu com a irrupção da pandemia de COVID-19 em Portugal, tendo como consequências a interrupção de vários tratamentos de infertilidade nos hospitais e maternidades. Assim, e para além dos vários fatores de *stress* possivelmente introduzidos pelo contexto de pandemia, é possível que algumas das participantes que colaboraram nesta investigação estivessem com os seus tratamentos interrompidos e com os níveis de *stress* aumentados, o que poderá ter influenciado os resultados obtidos, nomeadamente

no que diz à conjugalidade e aos estados emocionais, introduzindo erro nas medidas. Assim, é importante compreender futuramente se as associações obtidas neste estudo entre a conjugalidade e o *stress* poderão estar a sofrer uma influência contextual significativa. Em segundo lugar, embora a presente investigação tenha dado um importante contributo no que toca ao estudo recente da influência da conjugalidade nos estados emocionais de mulheres inférteis, o contexto de pandemia por COVID-19 impôs que a recolha de dados não fosse feita presencialmente, tal como previamente planeado. Por este motivo não foi possível a recolha de dados de homens em situação de infertilidade, dada a baixa taxa de adesão dos mesmos à participação na investigação realizada com recolha de dados *online*. Assim, recomenda-se que a investigação futura procure compreender se os recursos presentes na relação conjugal contribuem para os estados emocionais dos homens em tratamento para a infertilidade conjugal.

Visto que o estudo da influência da conjugalidade nos estados emocionais de casais inférteis é ainda recente, seria importante que futuras investigações procurassem compreender se estas descobertas se replicam com diferentes metodologias. A análise estatística efetuada nesta investigação não permitiu compreender o sentido dos efeitos exercidos sobre as variáveis independentes nas variáveis dependentes em estudo. Por este motivo, e caso sejam encontrados efeitos significativos acerca destas hipóteses futuramente, também seria importante compreender futuramente qual o sentido (positivo ou negativo) desses efeitos, por forma a direcionar melhor futuras intervenções. Adicionalmente, seria importante compreender se diferentes fases do tratamento de infertilidade contribuem para a variância de resultados acerca da relação entre a vivência da conjugalidade e os estados emocionais em casais inférteis.

Por fim, os resultados deste estudo apontam para a importância de conduzir intervenções clínicas que contribuam para melhorar a satisfação conjugal, o ajustamento

conjugal e a empatia conjugal de casais inférteis em tratamento e que permitam também compreender se os resultados das intervenções clínicas conduzem a melhorias efetivas nos estados emocionais destes casais.

Referências Bibliográficas

- Ahrabi, R. R., & Akbari, B. (2015). Investigation of relationship between infertility stress, coping styles and perceived social support with marital satisfaction in infertile women. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(3), 754–759. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n3s2p754>
- Bali, A., Dhingra, R., & Baru, A. (2010). Marital adjustment of childless couples. *Journal of Social Sciences*, 24(1), 73–76. <https://doi.org/10.1080/09718923.2010.11892839>
- Beach, S. R., Sandeen, E., & O’Leary, K. (1990). Depression in marriage: a model for etiology and treatment. In *Treatment manuals for practitioners*. New York: Guilford Press.
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289-308. doi:10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x
- Casu, G., Zaia, V., Martins, M. C. F., Barbosa, C. P., & Gremigni, P. (2019). A dyadic mediation study on social support, coping, and stress among couples starting fertility treatment. *Journal of Family Psychology*. <https://doi.org/10.1037/fam0000502.supp>
- Clifton, J., Hurliman, A. K., Seehuus, M., Pariseau, J. S., Casson, P. R., & Rellini, A. H. (2013). Infertility diagnosis, gender, and relationship adjustment for individuals seeking infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 100(3), S414. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.07.634>
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). Conduta em infertilidade. *Norma nº 003/2011 de 19/01/2011*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.049>

- Dooley, M., Dineen, T., Sarma, K., & Nolan, A. (2014). The psychological impact of infertility and fertility treatment on the male partner. *Human Fertility, 17*(3), 203–209. <https://doi.org/10.3109/14647273.2014.942390>
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among polish infertile couples-an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 30*(1), 11–20. <https://doi.org/10.1080/01674820902830276>
- Gabirro, A. A. V. (2015). *Satisfação conjugal e desejo sexual em casais em tratamento da infertilidade: caracterização e diferenças de género* [Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa].
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2011.08.005>
- Gana, K., & Jakubowska, S. (2016). Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. *Journal of Health Psychology, 21*(6), 1043–1054. <https://doi.org/10.1177/1359105314544990>
- Hauser, D. J., & Schwarz, N. (2016). Attentive turkers: MTurk participants perform better on online attention checks than do subject pool participants. *Behavior Research Methods, 48*(1), 400–407. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0578-z>
- Hegyi, B. E., Kozinszky, Z., Badó, A., Dombi, E., Németh, G., & Pásztor, N. (2019). Anxiety and depression symptoms in infertile men during their first infertility evaluation visit. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 40*(4), 311–317. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1515906>
- Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 22*(4), 341–358. <https://doi.org/10.1023/A:1018774019232>

- Kapisiz, S., Akgül Gök, F., Yılmaz, N., Özcan, S., & Duyan, V. (2019). Marital satisfaction and influencing factors in infertile couples. *Cukurova Medical Journal*, *44*(3), 1074–1084. <https://doi.org/10.17826/cumj.482385>
- 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. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(16), 1–20. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1177/0898010116675987>
- Kondaveeti, N., Hamilton, J., Maher, B., Kirkham, C., Harrison, R. F., & Mocanu, E. V. (2011). Psychosocial trends in couples prior to commencement of in vitro fertilisation (IVF) treatment. *Human Fertility*, *14*(4), 218–223. <https://doi.org/10.3109/14647273.2011.633236>
- Li, X., Wang, K., Huo, Y., & Zhou, M. (2019). The effect of infertility-related stress on chinese infertile females' mental health: the moderating role of marital adjustment. *PsyCh journal*, *8*(2), 232-239.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Luk, Bronya H.K., & Loke, A. Y. (2019). Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *37*(2), 108–122. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1529407>

- Luk, Bronya Hi Kwan, & Loke, A. Y. (2015). The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: a systematic review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *41*(6), 610–625. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958789>
- Lund, R., Sejbaek, C. S., Christensen, U., & Schmidt, L. (2009). The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Human Reproduction*, *24*(11), 2810–2820. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep257>
- Maroufizadeh, S., Hosseini, M., Foroushani, A. R., Omani-Samani, R., & Amini, P. (2019). The relationship between perceived stress and marital satisfaction in couples with infertility: actor-partner interdependence model. *International Journal of Fertility and Sterility*, *13*(1), 66–71. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2019.5437>
- Maroufizadeh, S., Hosseini, M., Rahimi Foroushani, A., Omani-Samani, R., & Amini, P. (2018). The relationship between marital satisfaction and depression in infertile couples: an actor-partner interdependence model approach. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1893-6>
- Martins, M. V., Pereira, M., Pedro, J., Schmidt, L., & Costa, M. E. (2012). Male psychological adaptation to infertility - a systematic review of longitudinal studies. *Abstracts of the 30th Annual Meeting of ESHRE*. *66*, 37-39. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84048/2/135924.pdf>
- Masoumi, S. Z., Garousian, M., Khani, S., Oliaei, S. R., & Shayan, A. (2016). Comparison of quality of life, sexual satisfaction and marital satisfaction between fertile and infertile couples. *International Journal of Fertility and Sterility*, *10*(3), 290–296. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2016.5045>

- Massarotti, C., Gentile, G., Ferreccio, C., Scaruffi, P., Remorgida, V., & Anserini, P. (2019). Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Gynecological Endocrinology*, 35(6), 485–489. <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1540575>
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Almeida-Santos, T. (2016). Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? the mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology*, 21(2), 302–317. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12169>
- Narciso, I., & Costa, M.E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- Narciso, I., (2010). Revisão psicométrica da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (documento pessoal não publicado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa).
- Nunes, J. C., & Alves, R. (2016). *Estudo exploratório do papel mediador do evitamento experiencial na relação entre o stresse relacionado com a infertilidade e a depressão* [Dissertação de doutoramento, Instituto Superior Miguel Torga].
- Oliveira, M., Falcone, E., & Ribas, R. (2009). A avaliação das relações entre a empatia e a satisfação conjugal. *Interação em Psicologia*, 13(2), 287–298.
- Omani-Samani, R., Maroufizadeh, S., Almasi-Hashiani, A., & Amini, P. (2018). Prevalence of depression and its determinant factors among infertile patients in Iran based on the PHQ-9. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(4), 460–463. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.03.002>

- Onat, G., & Beji, N. K. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability*, 30(1), 39–52. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9233-5>
- Ostovar, S., Griffiths, M. D., Raeisi, T., & Hashim, I. H. M. (2020). Path analysis of the relationship between optimism, humor, affectivity, and marital satisfaction among infertile couples. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00341-w>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribution to the adaptation study of the Portuguese Adaptation of the Lovibond and Lovibond Depression Anxiety Stress Scales (EADS) with 21 items. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 229-239.
- Paolacci, G., Chandler, J., & Ipeirotis, P. G. (2010). Running experiments on amazon. *Judgment and Decision Making*.
- Paolacci, G., & Chandler, J. (2014). Inside the Turk. *Current Directions in Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/0963721414531598>
- Pereira, M.G. (2000). Versão portuguesa do Revised Adjustment Scale. Universidade do Minho. Escola de Psicologia.
- Pereira, M. G., Ferreira, G., Sousa, P., Machado, J. C., Vilaça, M., & Bacalhau, R. (2020). *Validation of the Revised Dyadic Adjustment Scale in portuguese women with cervical cancer*. Manuscript submitted for publication.
- Perkins, J. (2006). The psychological impact of infertility. *Therapy today*, 17(8), 17-19.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42, 59-70. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00059.x

- Renzi, A., Di Trani, M., Di Monte, C., & Tambelli, R. (2018). Infertility and assisted reproductive treatment: the role of alexithymia, romantic attachment and marital relationship on the quality of life. *Journal of Psychosomatic Research*, *109*, 128. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.124>
- Tolstikova, K., & Chartier, B. (2010). Internet method in bereavement research: comparison of online and offline surveys. *Omega: Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.2190/OM.60.4.b>
- Vahratian, A., Smith, Y. R., Dorman, M., & Flynn, H. A. (2011). Longitudinal depressive symptoms and state anxiety among women using assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, *95*(3), 1192–1194. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.09.063>
- Valoriani, V., Lotti, F., Lari, D., Miccinesi, G., Vaiani, S., Vanni, C., Coccia, M. E., Maggi, M., & Noci, I. (2016). Differences in psychophysical well-being and signs of depression in couples undergoing their first consultation for assisted reproduction technology (ART): an Italian pilot study. In *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* (Vol. 197, pp. 179–185). <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.11.041>
- Valsangkar, S., Bodhare, T., Bele, S., & Sai, S. (2011). An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal of Human Reproductive Sciences*, *4*(2), 80–85. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.86088>
- Volgsten, H., Svanberg, A. S., & Olsson, P. (2010). Unresolved grief in women and men in sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *89*(10), 1290–1297. <https://doi.org/10.3109/00016349.2010.512063>

Weigold, A., Weigold, I. K., & Russell, E. J. (2013). Examination of the equivalence of self-report survey-based paper-and-pencil and internet data collection methods. *Psychological Methods*. <https://doi.org/10.1037/a0031607>