

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**SATISFAÇÃO CONJUGAL E DESEJO SEXUAL EM CASAIS EM TRATAMENTO DA
INFERTILIDADE: Caracterização e diferenças de género**

Anabela Amorim Vieira Gabirro

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2015

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**SATISFAÇÃO CONJUGAL E DESEJO SEXUAL EM CASAIS EM TRATAMENTO DA
INFERTILIDADE: Caracterização e diferenças de género**

Anabela Amorim Vieira Gabirro

Dissertação orientada por: Professora Doutora Patrícia Pascoal

:Professora Doutora Luísa Barros

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2015

Índices

Índice Geral.....	i
Índice Tabela.....	ii
Índice Figura.....	iii
Índice Anexo.....	iii
Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vi
Abstract.....	viii
Referências Bibliográficas.....	45
Lista de Abreviaturas.....	58

Índice Geral

1. Introdução.....	1
1.1. Infertilidade.....	2
1.1.1. Definição e Concetualização da Infertilidade.....	2
1.1.2. Causas, Epidemiologia e Tipologia da Infertilidade.....	3
1.1.3. Técnicas de Procriação Medicamente Assistida.....	3
1.1.4. Perspetiva Psicológica da Infertilidade.....	4
1.1.5. A Infertilidade e a Relação Conjugal.....	5
1.1.5.1. Consequências da Infertilidade para o Homem.....	6
1.1.5.2. Consequências da Infertilidade para a Mulher.....	7
1.2. A Satisfação Conjugal.....	8
1.2.1. Definição e Concetualização da Satisfação Conjugal.....	8
1.2.2. A Infertilidade e a Satisfação Conjugal.....	10
1.3. O Desejo Sexual.....	12
1.3.1. Definição e Concetualização do Desejo Sexual.....	12
1.3.2. O Desejo Sexual nos Casais com Infertilidade.....	14

2. Objetivos.....	17
2.1. Objetivos Gerais.....	17
2.2. Objetivos Específicos.....	18
3. Metodologia.....	19
3.1. Seleção e Caracterização da Amostra.....	19
3.2. Instrumentos de Recolha de Dados.....	19
3.2.1. Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos.....	19
3.2.2. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....	20
3.2.3. Inventário do Desejo Sexual de <i>Hurlbert</i>	22
3.3. Procedimentos de Recolha de Dados.....	25
3.4. Procedimentos de Análise de Dados.....	26
4. Resultados.....	28
4.1. Caracterização da Amostra.....	28
4.2. Caracterização de um Grupo de Indivíduos com Infertilidade quanto aos níveis de Satisfação Conjugal e ao Desejo Sexual.....	30
4.2.1. Estudo das Diferenças em Função do Género para as dimensões e subdimensões da Satisfação Conjugal e para as dimensões do Desejo Sexual.....	31
4.2.2. Estudo das Associações em Função do Género para as dimensões e subdimensões da Satisfação Conjugal e para as dimensões do Desejo Sexual.....	33
5. Discussão.....	37
6. Limitações da Investigação.....	42
7. Direções Futuras.....	44
8. Conclusões.....	44

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Fiabilidade das medidas da EASAVIC.....	22
Tabela 2 - Fiabilidade das medidas do HISD.....	24

Tabela 3 - Caracterização da amostra.....	29
Tabela 4 - Médias, Desvios-Padrão e Amplitude das medidas da EASAVIC e do HISD.....	30
Tabela 5 - Estudo das diferenças nas variáveis em função do género, utilizando o teste paramétrico t-student (t).....	31
Tabela 6 - Estudo das diferenças nas variáveis em função do género utilizando o teste não paramétrico Mann-Whitney.....	32
Tabela 7 - Matriz de Correlações nas variáveis paramétricas para os homens, utilizando a correlação bivariada de Pearson (r).....	33
Tabela 8 - Matriz de Correlações nas variáveis paramétricas para as mulheres, utilizando a correlação bivariada de Pearson (r).....	33
Tabela 9 - Matriz de Correlações entre as variáveis não paramétricas e as três variáveis paramétricas para os homens, utilizando a correlação bivariada de Spearman (rho).....	34
Tabela 10 - Matriz de Correlações entre as variáveis não paramétricas e as três variáveis paramétricas para as mulheres, utilizando a correlação bivariada de Spearman (rho).....	36

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo Circular da Resposta Sexual.....	13
--	----

Índice de Anexos

Anexo A - Apresentação do Protocolo de Investigação.....	60
Anexo B - Indicação Referente ao Preenchimento do Protocolo de Investigação.....	61
Anexo C - Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos.....	62
Anexo D - Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....	64
Anexo E - Inventário do Desejo Sexual de <i>Hurlbert</i>	66
Anexo F - Análise Descritiva dos Itens da EASAVIC: Média e Desvio-Padrão.....	68
Anexo G - Frequência de Resposta às Alternativas de Cada Item da EASAVIC (%).....	69

Anexo H - Correlações Item-Total e Análise de Fiabilidade para Diferentes Conjuntos de Itens da EASAVIC.....	72
Anexo I - Correlações entre os resultados médios das subdimensões da EASAVIC.....	73
Anexo J - Análise Descritiva dos Itens do HISD: Média e Desvio-Padrão.....	74
Anexo K - Frequência de Resposta às Alternativas de Cada Item do HISD (%).....	75
Anexo L - Correlações Item-Total e Análise de Fiabilidade para os Diferentes Conjuntos de Itens do HISD.....	76
Anexo M - Correlações entre os resultados médios das dimensões do HISD.....	77
Anexo N - Distribuição Normal e Homogeneidade de Variância das variáveis em estudo.....	78

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho dependeu do empenho de um conjunto de pessoas às quais gostaria de endereçar uma palavra de apreço pela colaboração prestada.

Deste modo, desejo expressar os meus agradecimentos

À Professora Doutora Luísa Barros, orientadora científica desta Dissertação, pelo acolhimento à minha proposta de investigação e pelo saber que me proporcionou procurando sempre dar resposta às minhas dúvidas.

À Professora Doutora Patrícia Pascoal co-orientadora desta Dissertação, pelas críticas e sugestões construtivas que permitiram uma aprendizagem constante e pelo rigor metodológico.

À minha amiga Sofia pela ajuda na realização do tratamento estatístico.

Ao Paulo pela sua preciosa ajuda na revisão final da investigação.

Ao Professor Doutor Mário Lourenço e ao Doutor Calhais Jorge pela imprescindível colaboração na recolha da amostra.

Aos casais que colaboraram nesta investigação permitindo a sua realização.

Ao Marco, que sempre esteve ao meu lado sujeitando-se às minhas oscilações de humor e colmatando a minha intolerância à frustração, mais do que agradecer todo o seu incansável apoio, quero-lhe dedicar este trabalho que como ambos sabemos, representa o ultrapassar de mais uma etapa importante na nossa vida.

Um agradecimento de muito amor e ternura à minha filha, pelo tempo que deixei de partilhar com ela e pela sua compreensão e esse espaço de afetos que lhe foi subtraído.

A Todos o meu Muito Obrigado

RESUMO

Tem sido considerado que os tratamentos da infertilidade podem perturbar a relação do casal e a sua vida sexual. O processo terapêutico da infertilidade é longo, os tratamentos são invasivos para o corpo, sexualidade e relação do casal, podendo causar um impacto negativo a nível relacional e individual. Estando a satisfação conjugal associada ao desejo sexual, considerou-se pertinente estudar os homens e as mulheres dos casais envolvidos num processo de tratamento da infertilidade ao nível destas variáveis. O objetivo deste trabalho foi caracterizar uma amostra de casais em tratamento da infertilidade da população Portuguesa, averiguar as diferenças entre homens e mulheres em tratamento da infertilidade em relação à Satisfação Conjugal e suas subdimensões e ao Desejo Sexual e estudar as associações entre a Satisfação Conjugal e suas subdimensões e o Desejo Sexual nos homens e nas mulheres em tratamento da infertilidade. Utilizou-se uma amostra de conveniência recolhida em dois hospitais Portugueses. Foram avaliados 52 homens e 52 mulheres em tratamento da infertilidade, utilizando um Questionário de dados sociodemográficos e clínicos, a “Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal” e a adaptação do “*Hurbert Inventory of Sexual Desire*”, tendo sido realizada a análise comparativa e o estudo de associações entre as variáveis de interesse. Não foram encontradas diferenças entre homens e mulheres relativamente à Satisfação Conjugal e ao Desejo Sexual. Para os homens não foram encontradas associações significativas entre a Satisfação Conjugal e as suas subdimensões e o Desejo Sexual. Para as mulheres o padrão de correlações é diferente, existindo associações entre a maioria das subdimensões da Satisfação Conjugal e o Desejo Sexual. Mais especificamente foram encontradas associações entre as duas dimensões do Desejo Sexual e o Funcionamento Conjugal, o Amor, a Comunicação e Conflitos, as Funções Familiares, as Relações Extrafamiliares, a Sexualidade, a Intimidade Emocional, a Continuidade da Relação, os Sentimentos e Expressão de Sentimentos e as Características Físicas e

Psicológicas, não tendo sido encontradas associações entre o Desejo Sexual e os Tempos Livres e a Autonomia/Privacidade. Os resultados do presente estudo permitiram verificar que a Satisfação Conjugal está relacionada com o desejo sexual nas mulheres. Não foi possível encontrar a mesma associação para os homens. Estes resultados apontam para a importância de em investigações futuras se incluir a análise qualitativa utilizando a entrevista semi-estruturada, para uma melhor compreensão das experiências individuais e dos seus significados na vida conjugal dos homens e das mulheres em tratamento da infertilidade.

Palavras-chave: Infertilidade; Satisfação Conjugal; Desejo Sexual; Tratamento da Infertilidade.

ABSTRACT

It has been considered that the infertility treatments can disrupt a couple's relationship and your sexual life. The therapeutic process of infertility is long-lasting and invasive to the body, sexuality and the couple's relationship, which can negatively impact in relational and individual level. Being marital satisfaction associated with sexual desire, it was considered pertinent to study men and women of couples involved in the infertility treatment process at the level of these variables. The objective of this study was to characterize a sample of couples in infertility treatment of the Portuguese population, ascertain the differences between men and women in infertility treatment regarding the Marital Satisfaction and its subdimensions and Sexual Desire and study the associations between Marital Satisfaction and its subdimensions and Sexual Desire in men and women undergoing treatment for infertility. We used a convenience sample collected in two Portuguese hospitals. We evaluated 52 men and 52 women in infertility treatment using a questionnaire of sociodemographic and clinical data, the "Satisfaction Rating Scale in Areas from a Marriage" and the adaptation of "Hubert Inventory of Sexual Desire", and was carried out a comparative analysis and study of associations between the variables of interest. No differences were found between men and women regarding the Marital Satisfaction and Sexual Desire. For men there were no significant correlations between Marital Satisfaction and its subdimensions and Sexual Desire. For females the pattern of correlations is different, existing associations among most subdimensions of Marital Satisfaction and Sexual Desire. Specifically associations was found between the two dimensions of Sexual Desire and Spousal Working, the Love, the Communication and Conflict, the Family Functions, the Extradfamily Relationships, the Sexuality, the Emotional Intimacy, the Relationship Continuity, the Feelings and Expression of Feelings and Physical and Psychological Characteristics, and has not been found

associations between Sexual Desire and the Free Time and the Autonomy/Privacy. The results of this study allowed us to verify that the Marital Satisfaction is related to Sexual Desire in women. It could not find the same association for men. These results point to the importance of in future research should include qualitative analysis using semi-structured interview, for a better understanding of individual experiences and their meanings in the married life of men and women in infertility treatment

Keywords: Infertility; Marital Satisfaction; Sexual Desire; Infertility Treatment.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivos caracterizar uma amostra de homens e mulheres pertencentes a casais em tratamento da infertilidade, avaliar as diferenças entre homens e mulheres quanto à satisfação conjugal e ao desejo sexual, e ainda estudar a relação entre a satisfação conjugal e o desejo sexual para os homens e para as mulheres em tratamento da infertilidade.

Estando a satisfação relacional associada ao desejo sexual (Brezsnyak & Wishman, 2004; McCarthy, Ginsberg, & Fucito, 2006; Ridley et al., 2006), e tendo em conta as diferenças entre homens e mulheres designadamente em relação à comunicação, à resolução de conflitos, à autonomia e à intimidade relacional (Ribeiro, 2002; Narciso, 2001), optámos por estudar os elementos dos casais envolvidos num processo de tratamento da infertilidade, na medida em que a sua conjugalidade e a sexualidade poderão ser afetadas pelos efeitos da infertilidade e do seu tratamento. O presente trabalho encontra-se estruturado em oito secções. As três primeiras subsecções são relativas ao enquadramento teórico do estudo. A primeira é dedicada à definição de infertilidade e descrição dos aspetos psicológicos que a caracterizam. Seguidamente é realizada a abordagem à satisfação conjugal, que comporta a sua definição, bem como a caracterização do impacto da infertilidade na satisfação conjugal para o casal, para o homem e para a mulher. A terceira subsecção é referente ao desejo sexual, onde se apresenta a sua concetualização e a descrição do impacto da infertilidade no desejo sexual para o casal, para o homem e para a mulher. Na segunda secção apresentam-se os objetivos gerais e específicos definidos para o estudo. Na terceira secção faz-se a descrição da metodologia, incluindo a caracterização dos participantes, dos instrumentos utilizados, do procedimento e da análise estatística efetuada. Na quarta e quinta secção, constam, respetivamente, a análise dos resultados e a sua discussão. Na sexta e na sétima secção

fazem-se referência aos limites da investigação e são sugeridas direções futuras para a investigação neste âmbito de estudo. Por fim, na oitava secção, apresentam-se as conclusões da investigação.

1.1. Infertilidade

1.1.1. Definição e Concetualização da Infertilidade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a American Society for Reproductive Medicine (ASRM) definem infertilidade como um problema de saúde sexual e reprodutiva objetivada na incapacidade de conceber um filho ou de levar a cabo uma gravidez a termo, após um ano de relacionamento sexual sem utilização de contraceptivos (ASRM, 2004, 2008; OMS, 1999), ou de seis meses para mulheres com mais de 35 anos (ASRM, 2008). A concetualização da infertilidade enquanto doença (Palha & Lourenço, 2011; Villouta, 2011) faz parte da perspetiva biomédica. No presente trabalho adotamos uma perspetiva psicossocial, na medida em que nos vamos focar no impacto da infertilidade na satisfação conjugal e no desejo sexual, aspetos psicossociais importantes para os elementos dos casais inférteis¹. Neste sentido abordaremos a infertilidade como “condição”, seguindo a linha de Greil, Slauson-Blevins e McQuillan (2010, p.141) *“infertility is often seen, especially in developed countries, as a condition that affects a couple regardless of which partner may have a functional impairment”*. De acordo com estes autores, os casais inférteis podem apresentar as seguintes características: a) independentemente da definição médica de infertilidade, os casais não se definem como inférteis ou procuram tratamento, a não ser que considerem a paternidade como um papel social desejado; b) a infertilidade é uma perturbação que afeta o casal (independentemente de existir, ou não, um elemento

¹ Falamos de casais inférteis independentemente da causa da infertilidade ser mista (ambos os elementos têm diagnóstico de infertilidade), ou afetar apenas um dos elementos do casal

identificado com limitação funcional); deste modo o diagnóstico de infertilidade envolve não só negociações entre cada um dos elementos do casal e o médico, mas sobretudo a negociação no âmbito do casal; c) a infertilidade é essencialmente caracterizada pela ausência de um estado desejado, e não pela existência de uma situação patológica; e d) para além dos casais procurarem uma "cura", existem outras alternativas tais como a aceitação voluntária de não terem filhos ou a adoção (Greil et al., 2010, p. 141).

1.1.2. Causas, Epidemiologia e Tipologia da Infertilidade

De acordo com a Associação para o Planeamento da Família (APF) esta condição tem aumentado nos países industrializados, em consequência do adiamento da conceção, do aumento das infeções sexualmente transmissíveis, dos hábitos de consumo nocivos ao organismo, do sedentarismo e da poluição química (APF, 2009). Estima-se que este problema afete 9% da população mundial (Boivin, Bunting, Collins, & Nygren, 2007), sendo a sua prevalência um pouco superior em Portugal (Carvalho & Santos, 2009) afetando 10%, a 15% dos casais em idade fértil. Etiologicamente, a infertilidade poderá ser classificada como de causa feminina, masculina, mista ou desconhecida (APF, 2009).

1.1.3. Técnicas de Procriação Medicamente Assistida

As técnicas de procriação medicamente assistida vieram dar a alguns destes casais a possibilidade de poderem conceber. Independentemente da causa da infertilidade é na mulher que incide o maior número de intervenções (eg., Jordan & Revenson, 1999; Tuzer et al., 2010; Salama et al., 2012), muitas delas de carácter invasivo e doloroso como é o caso da histerosalpingografia (Macaluso et al., 2010). As técnicas de procriação medicamente assistida mais usadas são: indução da ovulação (promove o crescimento folicular e a ovulação); inseminação intrauterina (os espermatozoides são tratados em laboratório sendo

posteriormente inseridos no útero); fecundação *in vitro* (os ovócitos são recolhidos e são fecundados em laboratório, os embriões resultantes são depois transferidos para o útero); e a injeção intracitoplasmática (usada no tratamento da infertilidade masculina, é efetuada em laboratório e que consiste na injeção de um espermatozoide no interior de um ovócito e após a formação do embrião, este é transferido para o útero) (ASRM, 2004, 2008).

1.1.4. Perspetiva Psicológica da Infertilidade

A condição de infertilidade para além da sua dimensão física e emocional é influenciada pelo contexto social e cultural em que o casal está inserido (Greil, Leitko, & Porter, 1988; Greil et al., 2010; Palha & Lourenço, 2011). Inerente ao seu diagnóstico está o desmoronar de expectativas relativas ao controlo do próprio corpo e da fertilidade (Cooper-Hilbert, 2001; Hjelmstedt et al., 1999; Huyghe, Bonal, Daudin, & Droupy, 2013), implicando o tratamento da infertilidade para a maioria dos indivíduos um transtorno emocional, individual e relacional (Faria, 2001; Leal, 2005). A literatura é unânime considerando a infertilidade uma experiência negativa, por ser indesejada, inesperada e imprevisível (impedindo a concretização de um objetivo valorizado na vida, a parentalidade) (Faria, 2001; Greil, 1997; Leal, 2005), por ser incontrolável (incapacidade de controlar o resultado do diagnóstico e os efeitos dos tratamentos) (Faria, 2001; Slade, Emery, & Lieberman, 1997; Stanton & Dunkel-Schetter, 1991), e por ser ambígua (incerteza no resultado do tratamento) (Ramos, Canavarro, & Soares, 2011; Stanton & Dunkel-Schetter, 1991). A nível psicológico esta condição implica: a) a aceitação da situação clínica pelo casal; b) os efeitos da medicação e das prescrições médicas; c) as consequências das tentativas falhadas de fertilização; e d) a confrontação com dilemas morais imprevistos (Correia, 2014; Inhorn, 2004; Leal, 2005). Por interferir num dos alicerces básicos da relação conjugal (maternidade

e paternidade), a infertilidade pode originar um sofrimento emocional (Faria, 2001; Ohl et al., 2009) que pode contribuir para a deterioração da relação (Moutinho, 2004), podendo vir a inviabilizar a relação.

1.1.5. A Infertilidade e a Relação Conjugal

A infertilidade envolve ambos os elementos do casal, na medida em que qualquer situação que interfira com as expectativas de maternidade e paternidade têm impacto na relação conjugal (Faria, 2001; Greil, 1997; Greil et al., 2010). A alteração das dinâmicas relacionais, decorrentes do diagnóstico e das prescrições médicas inerentes ao tratamento da infertilidade podem originar conflitos no casal (eg., falta de concórdia na aplicação dos tratamentos de infertilidade), dificuldades na comunicação (eg., derivadas a sentimentos de culpa), alterações na intimidade (eg., causadas pela monitorização médica da sexualidade), e dificuldades sexuais (eg., provocadas pelo diagnóstico e tratamento) (Collier, 2010; Ohl et al., 2009; Salama et al., 2012).

Diversos autores (eg., Coeffin-Driol & Giami, 2004; Jordan & Revenson, 1999; Wischmann & Thorn, 2013) têm verificado que as reações emocionais à infertilidade são experienciadas e exteriorizadas de forma diferente pelos dois géneros. Os homens adotam uma atitude mais reservada (Kondaveeti et al., 2011), tendo dificuldade em falar acerca da infertilidade e do seu tratamento (Wischmann & Thorn, 2013), sobretudo se a causa é masculina (Ohl et al., 2009; Reder, Fernandez, & Ohl, 2009; Tuzer et al., 2010). As mulheres têm mais necessidade de expressar as suas emoções (Huyghe et al., 2013), e de falarem acerca da infertilidade com o parceiro (Pasch, Dunkel-Schetter, & Chistensen, 2002), familiares e amigos (Kondaveeti et al., 2011). Estas diferenças na abordagem comunicacional à infertilidade poderão originar conflitos no casal, na medida em que uma comunicação de

qualidade é uma das principais condições para a satisfação conjugal (Gordon, Baucom, Epstein, Burnett, & Rankin, 1999; Narciso, 2001; Ribeiro, 2002). Ao estudarem as diferenças na comunicação entre homens e mulheres inférteis, Pasch et al. (2002) verificaram que as mulheres têm uma grande necessidade de falar com o parceiro acerca dos seus sentimentos relativos à infertilidade e ao seu tratamento. Os autores (Pasch et al., 2002) concluíram que nos casais em que os homens se interessavam, falavam e envolviam no tratamento da infertilidade, a qualidade da comunicação conjugal era mais positiva e as suas parceiras reconheciam um efeito positivo da infertilidade na relação. Semelhantemente, Schmidt, Holstein, Chistensen e Boivin (2005), ao avaliarem os benefícios da infertilidade para o casal verificaram que os homens em tratamento da infertilidade, que falavam abertamente das suas emoções (com as parceiras ou outros), consideravam que a infertilidade e o seu tratamento tinham reforçado a relação e aproximado o casal, constituindo a comunicação um bom preditor da satisfação na relação para os casais inférteis. Estes resultados (Pasch et al., 2002; Schmidt et al., 2005) demonstram que quando os casais falam acerca da infertilidade e do seu tratamento identificam alguns benefícios da infertilidade para a relação, sendo neste caso mais fácil desenvolverem competências para lidarem com o seu tratamento.

1.1.5.1. Consequências da Infertilidade para o Homem

A infertilidade tem repercussões emocionais negativas para o homem (Wischmann & Thorn, 2013), sendo estas mais acentuadas quando é identificada causa masculina (Ohl et al., 2009; Peronace, Boivin, & Schmidt, 2007; Tuzer et al., 2010). Neste caso, o homem para além de viver o seu “drama individual”, pode sentir que impede a companheira de concretizar o desejo de maternidade (Faria, 2001; Ohl et al., 2009). A sociedade continua a associar a infertilidade à virilidade (eg., Moutinho, 2004; Ohl et al., 2009; Salama et al., 2012), havendo

a crença de que um filho é a evidência da virilidade do homem (Tuzer et al., 2010; Wischmann & Thorn, 2013).

Tanto o processo de diagnóstico reprodutivo como as prescrições médicas associadas ao tratamento da infertilidade têm impacto na vida sexual destes casais, e embora sejam fisicamente menos intrusivas para o homem, não deixam de afetar a sua sexualidade, verificando-se uma predominância de problemas no relacionamento sexual nos parceiros do sexo masculino de casais inférteis (Shindel, Nelson, Naughton, Ohebshalom, & Mulhall, 2008). É comum os homens sentirem a sua sexualidade ser invadida pelas prescrições médicas (eg., necessidade de masturbação para recolha de sémen) e pela pressão da parceira em engravidar (eg., sexualidade exclusiva e obrigatória nos ciclos ovulatórios, baseada na penetração, ejaculação e centrada na gravidez) interferindo estes aspetos negativamente na identidade masculina (eg., Coeffin-Driol & Giami, 2004; Cudmore, 2005; Ohl et al., 2009) e podendo originar dificuldades sexuais (Wischmann & Thorn, 2013). Assim, a atividade sexual nestes casais passa a ser afetada pela perda da espontaneidade sexual (Leiblum, 1993; Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, & Ganiats, 2004; Salama et al., 2012), podendo os homens desenvolver disfunção sexual situacional provocada pela infertilidade e o seu tratamento (eg., Huyghe et al., 2013; Reder et al., 2009; Shindel et al., 2008), e/ou resultar numa diminuição global do seu desejo sexual (Chevret-Measson, 1998).

Parece assim verificar-se um impacto acentuado da infertilidade e do seu tratamento no desejo sexual dos homens, temática que será abordada com mais detalhe adiante.

1.1.5.2. Consequências da Infertilidade para a Mulher

Vários estudos defendem que a infertilidade é mais stressante para as mulheres do que para os homens (eg., Anderson, Sharpe, Rattray, & Irvine, 2003; Lee, Sun, & Chao, 2001; Monga et al., 2004). Um dos fatores explicativos apontado na literatura é a importância dada

pela sociedade à maternidade como um atributo associado ao papel de género da mulher (Faria, 2001; Leal, 2005; Greil, 1997), considerando que é fulcral para a identidade feminina (Cudmore, 2005; Greil et al., 1988; Remennick; 2000). Mesmo quando a causa da infertilidade é masculina, é frequente as mulheres sentirem culpa e responsabilidade pela dificuldade reprodutiva (Remennick, 2000; Whiteford & Gonzalez, 1995) e assumirem socialmente serem as responsáveis pela infertilidade, para protegerem o parceiro do estigma associado à infertilidade masculina (Tuzer et al., 2010; Villouta, 2011; Wischmann & Thorn, 2013). No entanto, as mulheres estão mais sujeitas ao estigma social (Remennick, 2000; Slade, O'Neill, Simpson, & Lashen, 2007; Wischmann & Thorn, 2013) e são mais afetadas pela ansiedade e pela depressão do que os homens (Daniluk & Tench, 2007; Moghadaml et al., 2011). Estas consequências estendem-se também à sexualidade das mulheres, sendo frequente o decréscimo no desejo sexual. De acordo com alguns autores (Huyghe et al., 2013; Reder et al., 2009; Ohl et al., 2009) o desejo sexual é substituído pelo desejo de ter um filho, podendo a sexualidade passar a constituir apenas um meio para engravidar.

O impacto negativo da infertilidade e do seu tratamento no desejo sexual também é observado nas mulheres, temática que será abordada com mais detalhe adiante.

1.2. A Satisfação Conjugal

1.2.1. Definição e Concetualização da Satisfação Conjugal

Hendrick e Hendrick (1997) consideram a satisfação conjugal como o sentimento subjetivo de felicidade e de contentamento experimentado pelos indivíduos ao avaliarem a relação que têm com o/a companheiro/a. A literatura é consensual relativamente às componentes envolvidas na satisfação conjugal: intrapessoais (amor, compromisso, satisfação sexual e características físicas e psicológicas), interpessoais (comunicação, ajuda e partilha,

paridade e género) e ambientais (trabalho, economia, relações extrafamiliares, doença e apoio social), estando estas relacionadas mutuamente entre si (Gottman & Silver, 1999; Narciso & Costa, 1996; Narciso, 2001). Assim, a satisfação conjugal inclui não só uma componente relacional inerente à funcionalidade quotidiana do casal, mas também uma componente afetiva e emocional. De acordo com Thompson (1988) (cit. por Narciso & Costa, 1996), a satisfação conjugal define-se como a avaliação pessoal e subjetiva da conjugalidade, quer em relação ao amor, quer em relação ao funcionamento conjugal. Partindo desta definição, Narciso e Costa (1996) concetualizaram o funcionamento conjugal como o modo de os casais se organizarem e regularem as relações no *holon* conjugal e/ou familiar e as relações com os sistemas extrafamiliares. No respeitante ao amor, as autoras (Narciso & Costa, 1996) adotaram a concetualização de Sternberg e Barnes (1988) (cit. por Narciso & Costa, 1996), que definem o amor relativamente aos sentimentos que cada parceiro tem pelo outro e/ou pela relação, abrangendo atributos intrínsecos aos componentes essenciais do amor (paixão/sexualidade, intimidade e investimento/compromisso). A satisfação conjugal experimentada por cada um dos elementos do casal estrutura-se na forma como o casal é eficaz a negociar as transformações pessoais e relacionais com o contexto em que estão inseridos (Gottman & Silver, 1999; Narciso, 2001; Smock, 2004). Se não forem eficazes na integração destas transformações, a relação conjugal ficará sujeita a um acréscimo de stresse que poderá favorecer o aumento de interações negativas, decorrentes da modificação na perceção de cada um dos elementos relativamente à sua satisfação conjugal (Karney & Neff, 2004).

No caso específico dos casais inférteis, a comunicação entre os elementos do casal relativamente à sua condição (Pasch et al., 2002; Schmidt et al., 2005) e a capacidade de aceitarem, negociarem e integrarem as transformações provenientes do tratamento da infertilidade vão ser determinantes para a sua satisfação conjugal.

1.2.2. A Infertilidade e a Satisfação Conjugal

Segundo Stanton e Dunkel-Schetter (1991) a adaptação à infertilidade depende da importância que os indivíduos e os casais lhe atribuem, ela é necessariamente mais geradora de stress para os que percebem a parentalidade como um objetivo central nas suas vidas. O impacto negativo da infertilidade na satisfação conjugal será ainda mais acentuado quando os elementos do casal não partilham com igual intensidade o desejo de serem pais (Volgsten, Svanberg, Ekselius, & Lundkvist, 2008). Neste caso é provável que a insatisfação se instale na relação, podendo impedir a sua continuidade (Bancroft, 2009). Num estudo cujo objetivo era investigar as causas do abandono do tratamento da infertilidade, Brandes et al. (2009), verificaram que 45,5% dos casais desistiram do tratamento logo no início da abordagem médica (avaliação), vindo posteriormente a separar-se por motivos relacionais advindos do diagnóstico de infertilidade e do seu tratamento. Através da interpretação destes resultados, os autores (Brandes et al., 2009) admitiram que os casais inquiridos nos estudos da infertilidade são na sua maioria casais que antes do diagnóstico da infertilidade já sentiam satisfação na relação e que apesar das adversidades inerentes ao processo de tratamento da infertilidade, foram capazes de manter a relação conjugal. Deste modo as amostras dos estudos empíricos relativos à infertilidade e ao seu tratamento são essencialmente constituídas por indivíduos que apresentam um nível de satisfação conjugal relativamente elevado (Brandes et al., 2009), ou seja, são constituídas por casais resilientes, podendo haver um enviesamento dos resultados desses estudos, uma vez que os casais em que a infertilidade tem um impacto mais negativo tendem a abandonar a relação não fazendo parte dos estudos. Ainda assim, existe um corpo sólido de estudos que indica que a infertilidade tem um impacto negativo na relação, designadamente os estudos efetuados em culturas pronatalistas, como é o caso do Irão (Vizheh & Pakgozar, 2013) e da China (Lee et al., 2001). Nas sociedades em que as normas culturais relativas à identidade do casal e à procriação são mais

flexíveis, como é o caso da Europa (área geográfica em que se insere o presente estudo) e dos Estados Unidos da América, a satisfação marital dos casais inférteis é pouco afetada pela infertilidade (eg., Coeffin-Driol & Giami, 2004; Greil et al., 2010), podendo até constituir uma experiência positiva para a relação (eg., Cudmore, 2005; Greil, 1997; Nene, Coyaji, & Apte, 2005). Ao compararem homens e mulheres inférteis, Ohl et al. (2009) e Schmidt et al. (2005) concluíram que ambos se apoiavam mutuamente e que os homens (mais do que as mulheres) consideravam que o diagnóstico tinha aproximado o casal. Num estudo referido anteriormente (Pasch et al., 2002), estruturado na premissa que as diferenças no tipo de comunicação das mulheres (mais expressivas) e dos homens (mais reservados) são um dos principais fatores geradores de conflito nos casais, Pasch et al. (2002) concluíram que, quando os homens se envolviam mais no processo de tratamento da infertilidade, observava-se maior expressividade na comunicação do casal e as mulheres sentiam um efeito positivo da infertilidade na relação. Estes dados suportam a ideia de que, apesar da infertilidade constituir uma situação geradora de stresse, se o casal for capaz de partilhar pensamentos e sentimentos relativos à infertilidade e ao seu tratamento é provável que a relação seja fortalecida através do incremento da mutualidade no casal, sendo este atributo fulcral para a satisfação conjugal (Narciso, 2001).

Num estudo comparativo entre casais em tratamento da infertilidade e casais que procuravam a esterilização Monga et al. (2004), concluíram que as mulheres em tratamento da infertilidade revelavam menos satisfação na relação comparativamente às mulheres que procuravam a esterilização, não tendo sido encontradas diferenças nos homens. Ao compararem as mulheres e os homens com infertilidade, verificaram que ambos se encontravam acima dos valores clínicos para a satisfação.

Os estudos acima referidos são maioritariamente constituídos por casais inférteis no início e durante os três primeiros anos de tratamento. Sabendo que existe um efeito negativo

do número de anos da infertilidade para a relação (eg., Peronace et al., 2007; Sezgin & Ocaoglu, 2014), e que os primeiros cinco anos do tratamento são os que menos afetam a relação (Ohl et al., 2009) é possível que estes resultados possam também ter sido influenciados pelo número reduzido de anos de tratamento da infertilidade destes casais.

1.3. O Desejo Sexual

1.3.1. Definição e Concetualização do Desejo Sexual

A obra de Helen Kaplan (1974; 1979; 1995) constitui um marco histórico no estudo da sexualidade humana ao integrar o desejo sexual no seu modelo da resposta sexual, interpretando-o como “... experiência de sensações específicas que motivam o sujeito a iniciar ou responder à estimulação sexual.” (Nobre, 2006; p.133).

Uma teoria mais recente (Basson, 2001; 2002; 2004; 2005) propõe um modelo circular de *feedback* reativo salientando a importância das variáveis relacionais, especificamente da intimidade para o desejo sexual (Figura 1). Ao modelo é inerente um ciclo de desejo sexual responsivo que decorre da escolha deliberada de ser recetivo aos estímulos sexuais do parceiro através do incitamento da excitação. Motivações e expectativas relativamente à qualidade e manutenção da relação estão na base desta recetividade sexual, tais como a vontade de aumentar a proximidade emocional, a união, e o compromisso com o parceiro, para além da necessidade de incrementar o bem-estar do parceiro. Este modelo (Basson, 2001; 2002; 2004; 2005) ao considerar a variável relacional intimidade emocional como propiciadora do desejo sexual tem inerente a possibilidade dos casais poderem fomentar a comunicação e fortalecerem a mutualidade e o compromisso na relação.

De acordo com a perspetiva de Basson (2001; 2002; 2004; 2005) as variáveis relacionais são correlatos importantes do desejo sexual. Assim, o modelo da resposta sexual de Basson propõe que se estude, entre outros contributos, as variáveis conjugais.

Figura1. Modelo Circular da Resposta Sexual de Basson

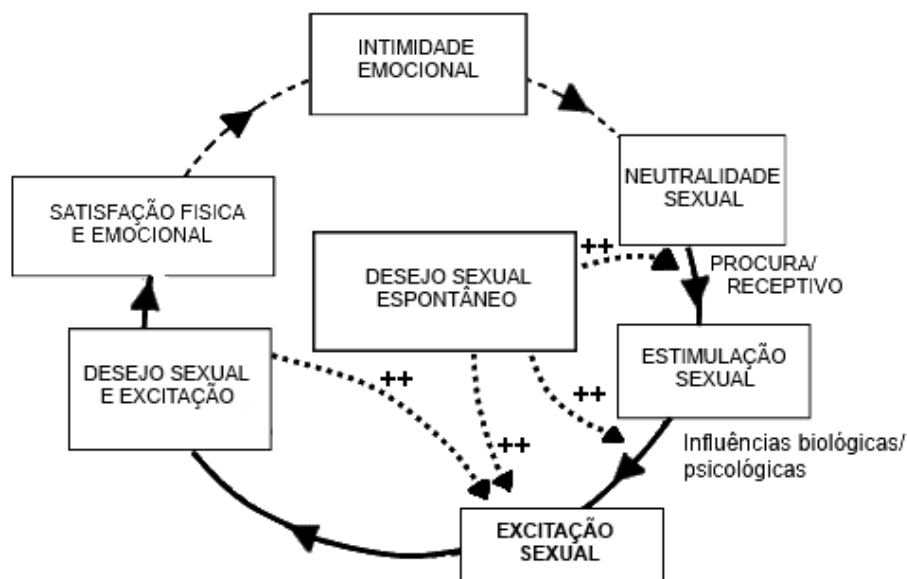


Figura1. Feedback reativo da resposta sexual integrando a intimidade emocional.

Adaptado de “Women’s Sexual Desire-Disorder or Misunderstood?” R. Basson, 2002, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(s), p. 22.

Estando o desejo sexual associado a aspetos não sexuais do relacionamento (Basson, 2001; 2004; Leiblum, 2002) e com a satisfação na relação (Brezsnyak & Wishman, 2004; Ridley et al., 2006), ele poderá ser afetado tanto por fatores pessoais (eg., baixa autoestima, falta de pensamentos eróticos e cansaço), como relacionais (eg., comunicação, respeito e sentimentos de reciprocidade), como contextuais (eg., stresse e cansaço). De entre os fatores que têm influência positiva no desejo sexual destacam-se a boa comunicação (Murray & Milhausen, 2012) e a coesão emocional (Brotto, Heiman, & Tolman, 2009), com o parceiro. Em contrapartida, diversos fatores influenciam negativamente o desejo sexual, como: a) má comunicação com o parceiro (Traeen, Martinussen, Oberg, & Kavli, 2007); b) ausência de pensamentos eróticos (Carvalho & Nobre, 2011); c) stresse (Traeen et al., 2007; Sims &

Meana, 2010; d) baixa autoestima (Traeen et al., 2007); e) cansaço (Carvalho & Nobre, 2011); f) falta de tempo (Sims & Meana, 2010); g) sobrecarga com tarefas domésticas (Traeen et al., 2007); h) mau relacionamento com a família alargada (Sims & Meana, 2010); i) ansiedade e depressão (Carvalho & Nobre, 2011); e j) isolamento social (Sims & Meana, 2010).

Querer um filho e não ser capaz de o conceber (sem ajuda médica), irá despoletar um estado geral de preocupação (Anderson et al., 2003; Nene et al., 2005), que poderá afetar negativamente o desejo sexual dos homens e das mulheres com infertilidade.

1.3.2. O Desejo Sexual nos Casais com Infertilidade

Em consequência da prescrição e monitorização médica ao nível sexual, os casais com infertilidade podem passar a sentir a sexualidade como uma atividade meramente funcional, tendo como único objetivo a conceção (eg., Cooper-Hilbert, 2001; Daniluk, 2001; Ohl et al., 2009). Gradualmente, a atividade sexual deixa de ser algo agradável que traz proximidade ao casal, tornando-se numa tarefa obrigatória (Yeoh et al., 2014), associada a pensamentos de ineficácia e incapacidade reprodutiva (Braverman, 2004; Leal, 2005). A sexualidade e a relação conjugal dos casais inférteis é afetada de forma diferente consoante as fases do tratamento (Ohl et al., 2009). Segundo Ohl e colegas (2009), na primeira fase (primeiros cinco anos de tratamento), as consequências não são muito acentuadas porque o casal está motivado e confiante no tratamento, sentindo que têm a capacidade de inverter a situação. Na segunda fase (após cinco anos), há um efeito bastante negativo, começam a surgir dúvidas relativamente à eficácia do tratamento e a diminuir a esperança. A terceira fase (após sete anos) é caracterizada pela resignação, sendo frequente o casal desenvolver outros objetivos para a relação acabando por abandonar o tratamento e em muitos casos restabelecer a harmonia relacional e sexual (Ohl et al., 2009).

O desejo sexual é uma componente específica da resposta sexual que também é afetada pela infertilidade. Nos casais com uma vida sexual considerada “saudável” uma das principais características do desejo sexual é a antecipação positiva do prazer sexual (McCarthy et al., 2006), estimulada pelos sinais eróticos identificados no parceiro. Os casais inférteis frequentemente associam a sexualidade com o fracasso em engravidar em vez de a associarem ao prazer (Braverman, 2004). Adicionalmente os sentimentos de sensualidade e erotismo, fatores importantes para o desejo sexual dos homens e das mulheres (Carvalho & Nobre, 2010a, b; Martins 2003; Parpaix, 2009), são afetados pela infertilidade (Bellone, Rigot, Cottencim, & Gondemand, 2003; Bianchi-Demicheli, Médico, Lucas, & Chardonnens, 2003). De entre os vários fatores que afetam a sexualidade dos casais em tratamento da infertilidade já referidos, os acima mencionados são específicos a estes casais e por isso vão ter um impacto profundamente negativo no seu interesse e desejo sexual.

A diminuição do desejo sexual em consequência do diagnóstico da infertilidade e do seu tratamento é apoiada pelos resultados de vários estudos. Quattrini, Ciccarone, Tatonì e Vittori (2010), ao estudarem casais na fase de diagnóstico da infertilidade, verificaram que 18% da sua amostra revelava redução do desejo sexual comparativamente ao que sentiam antes do diagnóstico. Esta percentagem relativamente baixa poderá refletir o facto destes casais se encontrarem na primeira fase da intervenção, sendo que nesta fase do tratamento a sexualidade tende a não ser muito afetada (Ohl et al., 2009). Outros estudos com casais expostos ao tratamento da infertilidade (Hurwitz, 1989; Ohl et al., 2009; Tuzer et al., 2010), concluíram que no decorrer da aplicação dos tratamentos, tanto os homens como as mulheres têm perda de desejo sexual, sendo comum sentirem mais desejo sexual fora dos períodos em que estão sujeitos aos ciclos de tratamento (Hurwitz, 1989; Ohl et al., 2009; Reder et al., 2009). Quando os estudos se restringem a um dos géneros são também unânimes em demonstrar a redução do desejo sexual, quer nos homens quer nas mulheres em tratamento da

infertilidade. Bellone et al., (2003) concluíram que dos 25,6 % dos homens em tratamento da infertilidade que manifestaram dificuldades sexuais, 5% mencionaram redução do desejo sexual. Ao avaliarem as reações ao diagnóstico e ao tratamento da infertilidade, Omu e Omu (2010) verificaram que 29,9% dos homens mencionaram diminuição do desejo sexual, e Ramezanzadeh, Aghssa, Jafarabadi e Zayeri (2006) apuraram que 45,4% dos homens mencionaram redução do desejo sexual, comparativamente ao que sentiam antes do diagnóstico. Num estudo com mulheres em tratamento da infertilidade Tayebi, Mojtaba e Ardakani (2009), verificaram que 80,7% da sua amostra apresentavam diminuição do desejo sexual relativamente ao que sentiam antes do diagnóstico da infertilidade. Ao compararem mulheres em tratamento com mulheres sem este problema, Fahami, Najarian e Kohan (2009) concluíram que 33,6% das mulheres em tratamento da infertilidade tinham falta de desejo sexual, comparativamente a 17% das mulheres férteis. No que respeita à comparação entre géneros apenas foram encontrados dois estudos que compararam o desejo sexual entre homens e mulheres inférteis. Tuzer et al., (2010), verificaram que 20% dos homens e 43,6% das mulheres em tratamento da fertilidade referiram diminuição do desejo sexual, comparativamente ao que sentiam antes do diagnóstico. Num estudo comparativo entre casais em tratamento da infertilidade e casais candidatos à esterilização, Monga et al., (2004) verificaram que os homens em tratamento da infertilidade apresentavam uma diminuição acentuada do desejo sexual, comparativamente aos homens candidatos à esterilização. Em contrapartida, as mulheres em tratamento da infertilidade referiram ter mais desejo sexual que as mulheres candidatas à esterilização. Os autores (Monga et al., 2004), interpretaram estes resultados como um indicador da consciência destas mulheres relativamente à sua necessidade de procriar e de demonstrarem que tinham uma sexualidade adequada e saudável.

Segundo Ohl et al., (2009) a redução do desejo sexual nos homens em tratamento da infertilidade estará associada ao facto de sentirem a sua identidade masculina posta em causa. Em conformidade com Collier (2010), a inibição sexual acentua-se ao constatarem que para a parceira o desejo sexual como forma de obter prazer deixou de existir, passando exclusivamente a servir como meio de obter a gravidez. O enfraquecimento do desejo sexual nas mulheres em tratamento da infertilidade estará associado à percepção da incapacidade em conceber (Ohl et al., 2009). Segundo Keyes (1984) estas mulheres experimentam diminuição do desejo sexual por se sentirem social e sexualmente menos atraentes e não desejáveis, contribuindo estes sentimentos para um estado global de desânimo causando um impacto negativo no seu desejo sexual.

Constituindo a satisfação conjugal e o desejo sexual aspetos importantes da vida conjugal e estando os casais em tratamento da infertilidade expostos a terapêuticas invasivas da intimidade relacional e sexual, considerámos pertinente estudar a satisfação conjugal e o desejo sexual de homens e mulheres em tratamento da infertilidade e comparar os resultados de ambos os géneros.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos Gerais

Considerando a pertinência de aprofundar a vivência dos casais em tratamento da infertilidade e consistente com a proposta de Basson (2001, 2002, 2004, 2005) que salienta a importância das dimensões relacionais na compreensão do desejo sexual, o presente trabalho teve como objetivo geral a caracterização de uma amostra de casais inférteis em processo de tratamento, quanto à satisfação conjugal e ao desejo sexual; averiguar se existem diferenças

entre homens e mulheres desta amostra na satisfação conjugal e no desejo sexual; e averiguar a possível associação entre o género, a satisfação conjugal e o desejo sexual.

2.2. Objetivos Específicos

Este trabalho apresentou como objetivos específicos:

Objetivo 1: A caracterização de uma amostra da população de casais inférteis relativamente às dimensões e subdimensões da satisfação conjugal e às dimensões do desejo sexual.

Objetivo 2: O estudo das diferenças entre os homens e as mulheres de uma amostra da população de casais inférteis quanto à satisfação conjugal, nomeadamente no que respeita às suas dimensões (funcionamento conjugal e amor), e respetivas subdimensões - funcionamento conjugal (funções familiares, tempos livres, autonomia/privacidade, relações extrafamiliares, comunicação e conflitos), e amor (sentimentos e expressão de sentimentos, sexualidade, intimidade emocional, continuidade na relação e características físicas e psicológicas) - e quanto ao desejo sexual (desejo sexual ativo e desejo sexual latente);

Objetivo 3: A averiguação das associações entre as dimensões da satisfação conjugal (funcionamento conjugal e amor), e respetivas subdimensões: funcionamento conjugal (funções familiares, tempos livres, autonomia/privacidade, relações extrafamiliares, comunicação e conflitos), e amor (sentimentos e expressão de sentimentos, sexualidade, intimidade emocional, continuidade na relação e características físicas e psicológicas) - e as dimensões do desejo sexual (desejo sexual ativo e desejo sexual latente), em função do género.

Para concretizar estes objetivos foi realizado um estudo quantitativo e transversal, com carácter exploratório.

3. METODOLOGIA

3.1. Seleção e Caracterização da Amostra

A amostra foi recolhida nos serviços de Medicina de Reprodução do Hospital de Santa Maria em Lisboa e no Hospital de Nossa Senhora da Oliveira em Guimarães. Foi uma amostra de conveniência, recolhida nas consultas dos casais em tratamento da infertilidade.

A amostra apresentava as seguintes características: a) ter nacionalidade Portuguesa; b) estar envolvido/a numa relação amorosa heterossexual; e c) estar num processo de tratamento da infertilidade. Foram excluídos os casais que apresentavam as seguintes características: a) estar a tomar ansiolíticos e/ou antidepressivos; b) não responder a mais de 20% dos itens; e c) somente um membro do casal entregar o protocolo.

Foram distribuídos 112 protocolos (56 casais), sendo que um casal recusou participar no estudo. Tendo em conta os critérios de exclusão, foram eliminados três casais. A amostra final ficou constituída por 52 casais heterossexuais com diagnóstico clínico de infertilidade.

3.2. Instrumentos de Recolha de Dados

3.2.1. Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

O Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos foi construído com o objetivo de obter dados para caracterizar sociodemograficamente os elementos dos casais em processo de tratamento da infertilidade, tendo também sido recolhida informação relativa às características relacionadas com o tratamento da infertilidade relevantes para o presente trabalho. Da informação relativa às características relacionadas com o tratamento da infertilidade fazem parte questões referentes há duração do relacionamento, há data em que decidiram ter filhos, há data em que procuraram ajuda profissional pela primeira vez, há causa da infertilidade e há fase do tratamento em que se encontravam. Foi incluída uma

questão relativa à toma de ansiolíticos e/ou antidepressivos como forma de identificar os indivíduos incluídos nos critérios de exclusão².

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

A Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) (Narciso & Costa, 1996) é um instrumento que avalia o nível de satisfação conjugal em indivíduos casados ou em união de facto, considerando diferentes áreas da sua vida conjugal, e permitindo também avaliar a satisfação conjugal global. É um instrumento de aplicação individual, com um tempo de resposta de aproximadamente 10 minutos. A escala é constituída por 44 itens, organizados em duas dimensões: Funcionamento Conjugal e Amor. De acordo com as autoras (Narciso & Costa, 1996) o pressuposto teórico subjacente à elaboração da EASAVIC é de que a avaliação da satisfação conjugal não se pode restringir à avaliação do funcionamento conjugal (tal como tinha acontecido nos anteriores estudos dedicados à satisfação conjugal) mas deve incluir também a avaliação do amor conjugal. A EASAVIC, além de focar a dimensão funcionamento conjugal dá atenção à avaliação do modo como cada um dos elementos do casal experiencia o amor conjugal, sendo possível através da sua utilização avaliar as vivências mútuas de sentimentos e expressão de sentimentos, sexualidade, intimidade emocional, continuidade da relação e características físicas e psicológicas. Cada uma destas duas dimensões é constituída por cinco subdimensões que correspondem a áreas da vida conjugal. A dimensão *Funcionamento Conjugal* (itens 1 a 18) diz respeito à forma como os casais se organizam e regulam as relações no *holon* conjugal e/ou familiar, e as relações com os sistemas extrafamiliares, e apresenta as seguintes subdimensões: *Funções Familiares* (itens 1 a 4), *Tempos Livres* (itens 5 e 6),

² O Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, tal como os instrumentos que fazem parte do protocolo de investigação do presente trabalho, encontram-se em anexo (Anexos A, B, C, D e E)

Autonomia/Privacidade (itens 10 e 11), *Relações Extrafamiliares* (itens 7, 8, 9, 12 e 13), e *Comunicação e Conflitos* (itens 14 a 18). A dimensão *Amor* (itens 19 a 44) é referente aos sentimentos que cada parceiro tem pelo outro e/ou pela relação, e é constituída pelas seguintes subdimensões: *Sentimentos e Expressão de Sentimentos* (itens 19 a 22), *Sexualidade* (itens 23 a 28), *Intimidade Emocional* (itens 29 a 37), *Continuidade da Relação* (itens 38 a 40) e *Características Físicas e Psicológicas* (itens 41 a 44).

Dos 44 itens constituintes da EASAVIC, 16 referem zonas da vida conjugal cujo foco é o casal, 14 retratam zonas da vida conjugal cujo foco é o próprio e 14 retratam zonas da vida conjugal cujo foco é o outro (Narciso & Costa, 1996).

A escala apresenta um formato de resposta tipo *likert* de 6 pontos (1 - “*Nada satisfeito*”, 2 - “*Pouco satisfeito*”, 3 - “*Razoavelmente satisfeito*”, 4 - “*Satisfeito*”, 5 - “*Muito satisfeito*” e 6 - “*Completamente satisfeito*”). Podem-se obter cotações por dimensão, e respectivas subdimensões, por foco (Casal, Outro e Próprio) e ainda um resultado total, podendo este variar entre 44 e 264 pontos. Resultados mais elevados na EASAVIC correspondem a uma maior satisfação conjugal.

Na presente investigação considerámos apenas os resultados obtidos nas cotações referentes às dimensões e subdimensões da escala.

No estudo original a escala mostrou boa consistência interna, sendo que a dimensão *Amor* apresentou um coeficiente alfa de *Cronbach* (α) de 0,97, e a dimensão *Funcionamento* apresenta um α de *Cronbach* 0,90. A escala apresentou igualmente, bons indicadores de validade concorrente ($r = -0,76$) com a Escala de Satisfação Global de Glenn e Weaver (1981) (Narciso & Costa, 1996).

No presente estudo os valores da consistência interna foram elevados para todas as dimensões e subdimensões, sendo a mais baixa a da subdimensão *Tempos Livres* ($\alpha = 0,70$).

A Tabela 1 apresenta os dados da fiabilidade da presente amostra nas dimensões e subdimensões da EASAVIC.

Tabela 1. Fiabilidade das medidas da EASAVIC (N = 104)

<i>EASAVIC</i>	Consistência Interna	
	<i>Alpha de Cronbach (α)</i>	<i>N Itens</i>
Funcionamento	0,94	18
Comunicação e Conflito	0,86	5
Funções Familiares	0,86	4
Tempos Livres	0,71	2
Autonomia/Privacidade	0,81	2
Relações Extrafamiliares	0,90	5
Amor	0,97	26
Sexualidade	0,91	6
Intimidade Emocional	0,90	7
Continuidade da Relação	0,91	3
Sentimentos e Expressão de Sentimentos	0,91	6
Características Físicas e Psicológicas	0,88	4

Nota. EASAVIC = Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.

3.2.3. Inventário do Desejo Sexual de Hurlbert

O *Hurlbert Inventory of Sexual Desire* (HISD) (Apt & Hurlbert, 1992) é um instrumento que avalia o nível de desejo sexual individual. O HISD (Apt & Hurlbert, 1992) é uma medida unidimensional. O questionário original foi desenhado para o estudo com mulheres, contudo esta medida poderá ser também utilizada com homens (Apt, Hurlbert, & Powell, 1993). É um questionário de autorrelato constituído por 25 itens (e.g., “Pensar em ter relações sexuais com o(a) meu(minha) parceiro(a) excita-me”; “Evito situações que levem o(a) meu(minha) parceiro(a) a querer ter atividade sexual”). O instrumento original apresenta um formato de resposta tipo *likert* de 0 a 4 pontos (0- “*Nunca*”, 1- “*Raramente*”, 2- “*Algumas vezes*”, 3- “*A maior parte das vezes*”, e 4- “*Todas as vezes*”). O resultado total pode variar entre zero a 100, sendo que resultados mais elevados correspondem a níveis mais altos de desejo sexual. No que se refere às qualidades psicométricas, no estudo original o HISD

apresentou bons valores de validade de constructo, validade discriminante e validade concorrente, apresentando um coeficiente α de *Cronbach* de 0,89. Apresentou igualmente boa fiabilidade temporal, num intervalo de duas semanas, ($r = 0,86$).

Para o presente estudo foi escolhido o HISD em detrimento de outros instrumentos que avaliam o desejo sexual (e.g., Beck, Bozman, & Qualtrougt, 1991; Spector, Carey, & Steinberg, 1996; Trembley & Roussy, 2000) pelo facto de se tratar de uma medida de fácil administração, por ter sido utilizado internacionalmente em diversos estudos do desejo sexual com homens e com mulheres (e.g., Apt & Hurlbert, 1993; Galyer, Conaglen, Hare, & Conaglen, 1999; Hurlbert, Apt, Hurlbert, & Pierce, 2000), por ser um dos instrumentos mais referenciado na literatura empírica (e.g., Davis, Yarber, Bauserman, Schreer, & Davis, 1998; Galyer, Conaglen, Hare, & Conaglen, 1999; Katz & Jardine, 1999) e por estar traduzido e adaptado para a população Portuguesa (Gabirro, Esteves, & Lourenço, 2005).

A adaptação do HISD para uma amostra Portuguesa, foi realizado com um grupo de 360 indivíduos, 155 homens, com uma média de idades de 31,59 ($DP=9,08$), e 205 mulheres, com uma média de idades de 29,39 anos ($DP=8,89$). Os 25 itens do HISD (Apt & Hurlbert, 1992) foram submetidos a uma análise fatorial em componentes principais com rotação *varimax*, resultando numa medida psicométrica bidimensional constituída por 23 itens distribuídos por duas dimensões: Desejo Sexual Ativo (DSA) (que avalia a disposição para o envolvimento sexual); e Desejo Sexual Latente (DSL) (que avalia as situações que interferem negativamente na disposição para se envolver sexualmente). A dimensão DSA é composta por itens que exprimem a existência deliberada de desejo sexual (desejo sexual espontâneo) enquanto a dimensão DSL é composta por itens que têm subjacente a possibilidade do desejo sexual ser ativado pela expectativa de obter benefícios, designadamente reforçar a intimidade emocional com o parceiro (desejo sexual recetivo/responsivo). A escala apresenta um formato de resposta tipo *likert* de 5 pontos (1 - “Nunca”, 2 - “Raramente”, 3 - “Algumas

vezes”, 4 - “Frequentemente”, e 5 - “Sempre”. A cotação para o DSA pode variar de 12 a 60, e para o DSL pode variar de 11 a 55, sendo que os valores mais elevados são indicadores de mais DSA e de menos DSL, respetivamente. Na adaptação do HISD para uma amostra Portuguesa (Gabirro et al., 2005), os homens apresentaram valores médios de 46,10 ($DP=6,23$) de DSA e 47,95 ($DP=5,45$) de DSL, e as mulheres apresentaram valores médios de 37,40 ($DP=6,90$) de DSA e 43,91 ($DP=7,37$) de DSL. Obtiveram-se coeficientes α de *Cronbach*, de 0,89 para ambas as dimensões (DSA e DSL) e de 0,92 para o total. As correlações médias inter itens foram de 0,40 e 0,43 para o DSA e para o DSL, respetivamente. As correlações item total variaram de 0,50 a 0,76 para o DSA e de 0,38 a 0,76 para o DSL. A adaptação do HISD apresentou boa fiabilidade temporal, num intervalo de quatro semanas, com valores $r = 0,89$ para o DSA e $r = 0,93$ para o DSL.

No presente estudo optou-se por utilizar as duas dimensões que emergiram da análise fatorial do estudo com a amostra Portuguesa (Gabirro et al, 2005), apesar da escala original (Apt & Hurlbert, 1992) ter apresentado uma estrutura unidimensional.

Na Tabela 2 apresenta-se os valores de consistência interna (α *Cronbach*) obtidos no presente estudo.

Tabela 2. Fiabilidade das medidas do HISD (N = 104)

<i>HISD</i>	Consistência Interna	
	Alpha de Cronbach (α)	N Itens
Desejo Sexual Ativo	0,81	12
Desejo Sexual Latente	0,91	11

Nota. HISD= Inventário do Desejo Sexual de Hurlbert.

3.3. Procedimentos de Recolha de Dados

Após os contactos institucionais iniciais e obtidas as autorizações, foi realizada uma reunião com os médicos responsáveis dos serviços de Medicina de Reprodução do Hospital de Santa Maria em Lisboa e do Hospital de Nossa Senhora da Oliveira em Guimarães para apresentação do estudo e definição do procedimento de apresentação e entrega dos questionários aos elementos dos casais.

A recolha dos protocolos foi efetuada pelos médicos assistentes dos casais inférteis. No final das consultas o médico forneceu informação acerca dos objetivos do estudo, questionou a disponibilidade dos casais em participarem, e na eventualidade dos casais terem questões adicionais esclareceu-as, tendo sido obtido verbalmente o consentimento informado. O médico entregou o protocolo de investigação a cada um dos membros do casal num envelope fechado, explicou o seu preenchimento e informou do direito a desistirem do seu preenchimento, se assim o desejassem. Foi garantida a confidencialidade relativamente às respostas fornecidas, sendo explicado que os dados obtidos serviriam exclusivamente para fins de investigação. Com o objetivo de viabilizar o preenchimento individual por cada um dos elementos do casal, cada protocolo foi entregue num envelope fechado, tendo sido fornecidas instruções escritas sobre o preenchimento dos questionários, nomeadamente que estes deveriam ser preenchidos individualmente³. Foi fornecido um contacto da investigadora para o esclarecimento de dúvidas relativamente ao preenchimento do questionário⁴.

Como forma de manter a confidencialidade e anonimato dos dados foi solicitado aos inquiridos que, uma vez terminado o preenchimento do questionário o colocassem no envelope previamente entregue, o selassem e o devolvessem ao médico, tendo sido mencionado que não seriam aceites envelopes não selados. Os casais que aceitaram participar

³ Anexo B

⁴ Anexo A

no estudo eram conduzidos para um gabinete individual a fim de preencherem o protocolo de investigação. Os protocolos respondidos eram periodicamente recolhidos pela investigadora junto dos médicos.

3.4. Procedimentos de Análise de Dados

Para o Questionário sobre os Dados Sociodemográficos e Clínicos foram realizadas análises de estatística descritiva para a maioria das variáveis.

Relativamente aos dados que se apresentam sob a forma de medidas intervalares procedeu-se à análise dos “*Missing Values*”, tendo-se utilizado a mediana, nas quatro medidas estandardizadas, das pontuações por item por forma a substituir os potenciais *missing values*. Utilizou-se a mediana em vez da média porque, de acordo com Acuña e Rodriguez (2004), a média é afetada pela presença de *outliers* ao passo que a mediana não. Em segundo lugar procedeu-se à recodificação dos itens do inventário HISD (Gabirro et al., 2005) que, de acordo com os autores dos mesmos, exigem a sua inversão. Em terceiro lugar foi calculado para cada participante o total da cada dimensão ou subdimensão em estudo.

Posteriormente foi efetuada a análise das propriedades psicométricas de cada uma das escalas utilizadas. Procedeu-se à análise de itens (determinação da média de resposta de cada item, e determinação da percentagem de resposta às alternativas de cada item), à correlação item-total, à análise de fiabilidade para diferentes conjuntos de itens (α de *Cronbach*), e às correlações entre os resultados médios das dimensões e subdimensões de cada uma das medidas⁵.

Em quinto lugar, procedeu-se à verificação dos pressupostos para a aplicação dos testes paramétricos: a existência de distribuição normal ($p > 0,05$) e a homogeneidade de

⁵ O estudo detalhado dos instrumentos é apresentado nos Anexos F, G, H, I, J, K, L e M

variâncias das variáveis dependentes (Brace, Kemp & Snelgar, 2000; Coutinho, 2011; Marôco, 2010)⁶, e foram realizadas análises de estatística inferencial.

Para a comparação entre o grupo de homens e mulheres nas dimensões e subdimensões em estudo, foi considerado o resultado da normalidade da distribuição e da homogeneidade das variâncias relativamente à amostra total. Uma vez que os pressupostos de normalidade e de homogeneidade de variâncias para a dimensão Funcionamento e para a subdimensão Intimidade Emocional da EASAVIC (Narciso & Costa, 1996), e para a dimensão DSA do HISD (Gabirro et al., 2005) estavam assegurados realizaram-se análises paramétricas utilizando o teste *T-student* (t) para a comparação de duas amostras independentes (Tabela 5). Para as outras dimensões e subdimensões em estudo realizaram-se análises não paramétricas devido ao pressuposto de existência de normalidade na distribuição dos resultados não estar assegurado, tendo-se utilizado o teste de *Mann-Whitney* (U) (comparação de duas amostras independentes) (Tabela 6).

Para efeitos de analisar a relação, para cada um dos géneros, entre as três variáveis paramétricas foi utilizada a correlação bivariada de *Pearson* (r) (Tabelas 7 e 8) e para estudar a associação para cada um dos géneros, entre as variáveis não paramétricas foi usada a correlação bivariada de *Spearman* (rho) (Tabelas 9 e 10). Os resultados são considerados significativos para $\alpha = 0,05$ (Coutinho, 2011; Marôco, 2010).

No presente estudo optámos por não retirar a subdimensão Sexualidade da escala EASAVIC, embora possa existir algum tipo de sobreposição conceptual relativamente ao HISD. Dos seis itens que fazem parte da Sexualidade dois são relativos ao desejo sexual, a razão que nos levou a não excluir esta subdimensão prendeu-se ao facto haver diferenças no conteúdo dos itens constantes nos dois instrumentos. Os dois itens da subescala da

⁶ No Anexo N apresentam-se os resultados relativos à distribuição normal e à homogeneidade de variância das variáveis dependentes

Sexualidade avaliam a percepção que o inquirido tem relativamente ao desejo sexual que sente pelo parceiro, e a percepção do inquirido relativamente ao desejo sexual que o parceiro sente por ele, os itens que constituem o HISD avaliam de forma exaustiva o desejo sexual individual do inquirido, incluindo itens relativos à disposição, cognições, comportamentos e frequência do desejo sexual.

4. RESULTADOS

Nesta secção apresenta-se primeiramente a estatística descritiva e depois os resultados obtidos de acordo com a ordem dos objetivos específicos previamente apresentados.

4.1. Caracterização da Amostra

A amostra ficou constituída por 52 homens com idades compreendidas entre os 28 e os 55 anos, com uma média de 35,44 anos ($DP = 5,87$), e por 52 mulheres com idades compreendidas entre os 24 e os 42 anos, com uma média de 32,94 anos ($DP = 4,05$). Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na variável idade em função do género, $U = 1050,00$; $p = 0,049$, no sentido dos homens da amostra terem apresentado valores médios superiores de idade, comparativamente com as mulheres.

Relativamente às variáveis relativas às características relacionadas com o tratamento da infertilidade, os indivíduos da amostra referiram estar na relação, em média, há 94,23 meses ($DP = 49,77$, min-máx= 29-216 meses); e a tentarem ter um filho, em média, há 60,77 meses ($DP = 39,19$, min-máx= 8-204 meses); e terem procurado ajuda profissional pela primeira vez há 47,77 meses, em média, ($DP = 37,10$, min-máx= 1-204 meses).

A Tabela 3 apresenta as características demográficas da amostra e as características relacionadas com o tratamento da infertilidade.

Tabela 3. Caracterização da amostra (N = 104)

	Homens		Mulheres	
	N	%	N	%
Habilitações Literárias				
Ensino Básico	19	36,5	13	25,0
Ensino Secundário	17	32,7	20	38,5
Ensino Técnico	4	7,7	2	3,8
Ensino Universitário	11	21,2	16	30,8
Estado Civil				
Casado/a	40	76,9	40	76,9
União de Facto	12	23,1	12	23,1
Religião				
Não Tem	11	21,2	5	9,6
Católica	40	76,9	44	84,6
Outra	1	1,9	2	3,8
Causa Infertilidade				
Causa Feminina	9	17,3	9	17,3
Causa Masculina	15	28,8	15	28,8
Causa Mista	7	13,5	7	13,5
Causa Desconhecida	21	40,4	21	40,4
Fase do Tratamento				
Diagnóstico	16	30,8	16	30,8
Investigação	12	23,1	12	23,1
Indução Ovulatória	4	7,7	4	7,7
Inseminação	5	9,6	5	9,6
IVF/ICSI	15	28,8	15	28,8

Nota. IVF/ICSI = Fecundação *in Vitro*/Injeção Intracitoplasmática;

Através da análise da Tabela 3 verificamos que 36,5% dos homens e 25% das mulheres afirmaram ter o ensino básico, e 21,2 % dos homens e 30,8% das mulheres referiram ter ensino universitário. A maioria da amostra indicou estar casado/a, e pertencer à religião católica. No que se refere à causa da infertilidade 21 casais referiram que a causa era desconhecida, o que corresponde a 40,4% da amostra e 15 casais referiram que a causa era masculina, o que corresponde a 28,8% da amostra. Relativamente à fase do tratamento 28

casais, o que corresponde a 53,9%, mencionaram estar no início do tratamento (diagnóstico e avaliação) e 24 casais, o que corresponde a 46,1% já estavam expostos ao tratamento.

4.2. Caracterização de um Grupo de Indivíduos com Infertilidade quanto aos níveis de Satisfação Conjugal e ao Desejo Sexual

Na *Tabela 4* são apresentados os valores da Média (**M**), Desvio-Padrão (**DP**), Mínimo (**Mín.**) e Máximo (**Máx.**) para cada um dos questionários e respectivas dimensões e subdimensões.

Tabela 4. Médias, Desvios-Padrão e Amplitude das medidas da EASAVIC e do HISD (N = 104)

	M	DP	Mín.	Máx.
EASAVIC				
Funcionamento	82,83	2,64	54	107
Comunicação e Conflito	23,14	4,48	13	30
Funções Familiares	18,58	3,16	11	24
Tempos Livres	8,00	2,06	3	12
Autonomia/Privacidade	9,85	1,84	4	12
Relações Extrafamiliares	23,26	4,11	15	30
Amor	129,10	19,44	79	156
Sexualidade	29,72	5,37	15	36
Intimidade Emocional	34,31	5,32	20	42
Continuidade na Relação	15,16	2,77	6	18
Sentimentos e Expressão de Sentimentos	30,40	4,70	16	36
Características Físicas e Psicológicas	19,50	3,48	10	24
HISD				
Desejo Sexual Ativo	40,97	6,16	25	58
Desejo Sexual Latente	43,99	7,16	18	55

Nota. EASAVIC = Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal; HISD = Inventário do Desejo Sexual de *Hurlbert*.

4.2.1. Estudo das Diferenças em Função do Género para as dimensões e subdimensões da Satisfação Conjugal e para as dimensões do Desejo Sexual

De acordo com o segundo objetivo específico são apresentados os resultados da comparação entre homens e mulheres da amostra para a Satisfação Conjugal e para o Desejo Sexual. Na Tabela 5 são apresentados os resultados dos testes paramétricos e na Tabela 6 os resultados dos testes não-paramétricos.

Tabela 5. Estudo das diferenças nas variáveis em função do género, utilizando o teste paramétrico *t*-student (*t*) (*N* = 104)

	Homens		Mulheres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
<i>EASAVIC</i>						
Funcion.	84,27	13,09	81,02	13,46	1,25	0,215
I.Emoc.	34,61	5,52	34,12	5,17	0,47	0,641
<i>HISD</i>						
DSA	42,25	6,56	39,92	5,47	1,95	0,054

Nota. EASAVIC = Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal; Funcion= Funcionamento; I. Emoc. = Intimidade Emocional; HISD = Inventário do Desejo Sexual de *Hurlbert*; DSA = Desejo Sexual Ativo.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis em função do género (Tabela 5).

Tabela 6. Estudo das diferenças nas variáveis em função do gênero utilizando o teste não paramétrico Mann-Whitney (U) (N = 104)

	Homens		Mulheres		U
	M	DP	M	DP	
EASAVIC					
Amor	129,79	20,64	128,02	18,65	1240,00
Comunicação e Conflitos	23,46	4,41	22,75	4,66	1224,50
Funções Familiares	18,88	3,10	18,08	3,27	1173,50
Tempos Livres	8,17	2,03	7,83	2,10	1202,50
Autonomia/Privacidade	9,94	1,86	9,75	1,84	1139,00
Relações Extraf.	23,81	3,92	22,78	4,26	1270,00
Sexualidade	29,98	5,28	29,37	5,47	1249,50
Continuidade da Relação	15,25	4,81	15,08	2,63	1287,50
Sentimen. e Expre.	30,50	4,81	30,33	4,66	1287,50
Características	19,65	3,62	19,25	3,46	1240,00
HISD					
DSL	44,67	7,37	43,40	7,13	1127,00

Nota. EASAVIC = Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal; Relações Extraf. = Relações Extrafamiliares; Sentimen. e Expre. = Sentimentos e Expressão de Sentimentos; Características = Características Físicas e Psicológicas; HISD = Inventário do Desejo Sexual de Hurlbert; DSL = Desejo Sexual Latente.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis em função do gênero (Tabela 6).

4.2.2. Estudo das Associações em Função do Género para as dimensões e subdimensões da Satisfação Conjugal e para as dimensões do Desejo Sexual

De acordo com o terceiro objetivo específico são apresentados os resultados das associações entre a Satisfação Conjugal e o Desejo Sexual para os homens e para as mulheres da amostra. Nas Tabelas 7 e 8 são apresentados os resultados dos testes paramétricos e nas Tabelas 9 e 10 são apresentados os resultados dos testes não paramétricos.

Tabela 7. Matriz de Correlações nas variáveis paramétricas para os homens, utilizando a correlação bivariada de Pearson (r) ($N = 52$)

	1	2	3
1. Funcionamento	-		
2. Intimidade Emocional	0,87***	-	
3. DSA	-0,02	-0,02	-

Nota. DSA = Desejo Sexual Ativo.

*** $p \leq 0,001$.

Para os homens foi apenas encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o Funcionamento e a Intimidade Emocional (Tabela 7).

Tabela 8. Matriz de Correlações nas variáveis paramétricas para as mulheres, utilizando a correlação bivariada de Pearson (r) ($N = 52$)

	1	2	3
1. Funcionamento	-		
2. Intimidade Emocional	0,82***	-	
3. DSA	0,35**	0,36**	-

Nota. DSA = Desejo Sexual Ativo.

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$.

Para as mulheres foram encontradas associações positivas e significativas entre as três variáveis em estudo, entre o Funcionamento e a Intimidade Emocional a associação é forte, e entre o DSA e estas duas variáveis conjugais as relações são moderadas (Tabela 8).

Tabela 9. Matriz de Correlações entre as variáveis não paramétricas e as três variáveis paramétricas para os homens, utilizando a correlação

bivariada de Spearman (ρ) (N = 52)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Funcionamento	-													
2. Amor	0,87	-												
3. Comunic e Confl	0,90	0,85	-											
4. Funções Fami	0,80	0,71	0,68	-										
5. Tempos Livres	0,77	0,65	0,65	0,58	-									
6. Auton/Privacidade	0,80	0,79	0,70	0,55	0,48	-								
7. Relaç Extrafam	0,86	0,64	0,67	0,53	0,69	0,68	-							
8. Sexualidade	0,69	0,89	0,66	0,56	0,53	0,69	0,47	-						
9. Intimi Emocional	-	0,94	0,84	0,67	0,67	0,72	0,71	0,73	-					
10. Continuidade	0,77	0,89	0,71	0,65	0,59	0,76	0,50	0,85	0,56	-				
11. Sentimentos	0,85	0,95	0,85	0,64	0,64	0,76	0,66	0,81	0,87	0,82	-			
12. Características	0,82	0,95	0,79	0,72	0,57	0,79	0,57	0,81	0,84	0,85	0,89	-		
13. DSA	-	0,04	-0,10	0,10	0,04	-0,11	-0,09	0,16	-	0,08	-0,03	0,04	-	
14. DSL	0,05	0,14	0,10	0,27	-0,07	0,07	-0,18	0,14	0,10	0,17	0,05	0,14	0,42**	-

Nota. Continuidade = Comunic e Confl = Comunicação e Conflitos; Funções Fami = Funções Familiares; Auton/Privacidade = Autonomia/Privacidade; Relaç

Extrafam = Relações Extrafamiliares; Intimi Emocional = Intimidade Emocional; Continuidade da Relação; Sentimentos = Sentimentos e Expressão de

Sentimentos; Características = Características Físicas e Psicológicas; DSA = Desejo Sexual Ativo; DSL = Desejo Sexual Latente.

** $p \leq 0,01$ A negrito encontram-se todas as correlações com $p \leq 0,001$.

A observação da Tabela 9 revela que: a) foram encontradas majoritariamente associações positivas muito fortes ($r_s > 0,80$) ou fortes ($r_s > 0,59$) significativas entre as dimensões e subdimensões da EASAVIC; b) não foi encontrada nenhuma associação entre as dimensões e subdimensões da EASAVIC e as dimensões do HISD; e c) foi encontrada uma associação moderada significativa entre as dimensões do HISD.

Tabela 10. Matriz de Correlações entre as variáveis não paramétricas e as três variáveis paramétricas para as mulheres, utilizando a correlação bivariada de Spearman (ρ) ($N = 52$)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Funcionamento	-													
2. Amor	0,85	-												
3. Comunic e Confl	0,86	0,87	-											
4. Funções Famili	0,83	0,72	0,68	-										
5. Tempos Livres	0,66	0,47	0,43	0,46	-									
6. Auton/Privacida	0,81	0,75	0,68	0,60	0,41**	-								
7. Relaç Extrafam	0,86	0,60	0,57	0,63	0,56	0,63	-							
8. Sexualidade	0,65	0,81	0,69	0,56	0,38**	0,48	0,47	-						
9. Intimi Emocional	-	0,92	0,86	0,68	0,50	0,74	0,59	0,65	-					
10. Continuidade	0,74	0,85	0,78	0,60	0,44	0,64	0,49	0,55	0,83	-				
11. Sentimentos	0,77	0,91	0,78	0,60	0,36**	0,72	0,55	0,64	0,86	0,78	-			
12. Características	0,78	0,87	0,71	0,67	0,44	0,73	0,59	0,60	0,75	0,83	0,76	-		
13. DAS	-	0,44**	0,32*	0,38**	0,20	0,25	0,39**	0,37**	-	0,45	0,36*	0,39**	-	
14. DSL	0,34*	0,45	0,36**	0,40**	0,07	0,26	0,32*	0,43**	0,34*	0,47	0,35*	0,43**	0,72	-

Nota. Comunic e Confl = Comunicação e Conflitos; Funções Fami = Funções Familiares; Auton/Privacida = Autonomia/Privacidade; Relaç Extrafam =

Relações Extrafamiliares; Intimi Emocional = Intimidade Emocional = Intimidade Emocional; Continuidade = Continuidade da Relação; Sentimentos =

Sentimentos e Expressão de Sentimentos; Características = Características Físicas e Psicológicas; DSA = Desejo Sexual Ativo; DSL = Desejo Sexual Latente.

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$. **A negrito encontram-se todas as correlações com $p \leq 0,001$.**

A observação da Tabela 10 revela que: a) foram encontradas maioritariamente associações positivas muito fortes ($r_s > 0,80$) ou fortes ($r_s > 0,59$) significativas entre as dimensões e subdimensões da EASAVIC; b) foram encontradas várias associações positivas e moderadas ($r_s > 0,30$) significativas entre as dimensões e subdimensões da EASAVIC e as dimensões do HISD; e c) foi encontrada uma associação positiva e forte ($r_s > 0,70$) significativa entre as dimensões do HISD.

5. DISCUSSÃO

Este estudo pretendeu, nos seus objetivos específicos um e dois, caracterizar uma amostra de casais inférteis, e avaliar as diferenças entre homens e mulheres de uma amostra de casais inférteis relativamente à Satisfação Conjugal e ao Desejo Sexual numa população Portuguesa. Foram igualmente avaliadas, como objetivo três, as associações entre as dimensões e subdimensões da Satisfação Conjugal e as dimensões do Desejo Sexual em função do género. As características sociodemográficas revelam que as mulheres apresentam um nível mais alto de habilitações literárias, designadamente ensino universitário comparativamente aos homens. Relativamente às causas da infertilidade a causa idiopática representa 40,4% da amostra. A inexistência de um diagnóstico atribuído a um dos elementos do casal aumenta a incerteza no tratamento, por isso quando a causa da infertilidade é desconhecida, os casais têm mais dificuldades a nível emocional (Omu & Omu, 2010), comparativamente aos que têm um diagnóstico estabelecido. Quanto às fases do tratamento 53,9% dos casais estão no início do tratamento (diagnóstico e avaliação), e 46,1% estão expostos ao tratamento. No início da abordagem médica são investigados entre outros, a frequência e o tipo de comportamento sexual do casal e são prescritos exames de despiste da causalidade da infertilidade (Macaluso et al., 2010). Estes exames constituem uma invasão

tanto a nível físico como emocional para o casal (Reeder et al., 2009; Ohl et al., 2009; Salama et al., 2012). Esta invasão é ainda mais acentuada nos casais já expostos ao tratamento, dos 46,1% dos casais da nossa amostra já expostos ao tratamento quatro estão a realizar indução ovulatória que consiste na aplicação de estimulação hormonal endógena com o objetivo de facilitar o crescimento folicular e a ovulação, cinco estão a realizar inseminação, fase que consiste na recolha do sémen e do tratamento em laboratório dos espermatozoides que depois são inseridos no útero, e 15 casais estão a realizar fecundação *in vitro* e injeção intracitoplasmática. Na fecundação *in vitro* os ovócitos são aspirados das trompas de falópio e são fecundados em laboratório, os embriões resultantes são posteriormente transferidos para o útero, a injeção intracitoplasmática é usada exclusivamente no tratamento da infertilidade masculina, consiste na recolha dos espermatozoides e dos ovócitos sendo depois realizada a fecundação em laboratório (injeção de um espermatozoide no interior de um ovócito), após a formação do embrião, este é transferido para o útero.

Relativamente ao segundo objetivo específico não foram encontradas diferenças entre os homens e as mulheres relativamente aos níveis da Satisfação Conjugal e de Desejo Sexual. Uma hipótese de explicação para estes resultados reside no facto de quando os casais estão satisfeitos com a relação, há uma tendência para as diferenças entre eles se atenuarem (Narciso, 2001) aumentando a sua perceção relativamente à sua semelhança e fazendo com que os seus níveis de satisfação sejam próximos (Ribeiro, 2002), talvez por isso não se tenham encontrado diferenças entre os géneros visto a nossa amostra ser constituída por casais e ser habitual e expectável que haja interdependência entre os resultados de díades em relação ao amor e compromisso.

Ao comparar os valores médios do desejo sexual dos homens da nossa amostra com os valores médios de homens férteis (Gabirro et al., 2005)⁷ verificámos que em média os homens em tratamento da infertilidade têm menos desejo sexual (DSA e DSL), que os homens férteis. Tal resultado não é surpreendente, na medida em que, na nossa amostra uma das causas de infertilidade mais representada é a masculina e quando a causa é masculina a probabilidade de existirem dificuldades sexuais é maior (eg., Reder et al., 2009; Peronace et al., 2007; Tuzer et al., 2010), incluindo a redução do desejo sexual (Omu & Omu, 2010; Ramezanzadeh et al., 2006). Relativamente às mulheres em tratamento da infertilidade, embora apresentem em média menos DSL, que as mulheres férteis (Gabirro et al., 2005), esta diferença é mínima, apresentando as mulheres inférteis em média 43,40 ($DP=7,13$) e as mulheres sem esta condição uma média de 43,91 ($DP=7,37$) de DSL. No entanto, no presente estudo as mulheres em tratamento da infertilidade apresentam em média mais DSA que as mulheres férteis (Gabirro et al., 2005), apresentando valores médios de DSA de 39,92 ($DP=5,47$), comparativamente com as mulheres férteis que apresentaram em média 37,40 ($DP=6,90$) (Gabirro et al., 2005). Monga et al. (2004) também verificaram que as mulheres em tratamento da infertilidade referiram ter em média mais desejo sexual que as mulheres sem esta condição, de acordo com os autores esses resultados poderiam refletir a sua consciência relativamente à necessidade de procriar. Ao confrontarmos os resultados das médias do DSA das mulheres em tratamento da infertilidade do presente estudo com os resultados de Gabirro et al. (2005), podemos levantar a hipótese de que as mulheres em tratamento da infertilidade poderão sentir um aumento do seu desejo sexual em consequência da sua necessidade de engravidar o que as pode tornar mais proactivas na procura de atividade sexual com vista a obterem a gravidez.

⁷ Na revisão da literatura não foram encontrados os valores médios para os homens e para as mulheres das dimensões e subdimensões da EASAVIC (Couto, 2011; Gomes, 2009; Narciso & Costa, 1996; Pereira, 2013)

Relativamente ao nosso terceiro objetivo, identificar associações entre as dimensões e subdimensões da satisfação conjugal e as dimensões do desejo sexual, o padrão de correlações para os homens apresenta-se pouco elucidativo relativamente à forma como vivem a conjugalidade e o desejo sexual. Com exceção das associações positivas e fortes e muito fortes entre as dimensões e subdimensões referentes à EASAVIC, apenas existe uma associação significativa positiva e moderada entre as duas dimensões do Desejo Sexual (DSA e DSL). Nenhuma das dimensões e subdimensões da EASAVIC se associa ao Desejo Sexual nos homens. Este dado parece suportar que o desejo sexual masculino se associa a variáveis distintas das avaliadas no presente trabalho.

O padrão de correlações para as mulheres é diferente dos homens na medida que o Desejo Sexual (DSA e DSL) das mulheres se associa às dimensões e às subdimensões da Satisfação Conjugal, exceto no que respeita às subdimensões Tempos Livres e Autonomia/Privacidade com as quais não apresenta associação significativa. A associação positiva entre o Funcionamento Conjugal e o DSA (como vimos, um tipo de desejo mais associado à tomada de iniciativa para ter atividade sexual), comprova que as mulheres satisfeitas com a dimensão funcional da conjugalidade e em tratamento da infertilidade se sintam mais disponíveis para tomar a iniciativa. No mesmo sentido, a associação entre a dimensão Amor e o DSL vai de encontro ao modelo circular da reposta sexual das mulheres (Basson, 2001; 2002; 2004; 2005) na medida em que demonstra uma relação significativa entre o desejo e correlatos relacionais relativos à intimidade emocional importantes, como o amor. Este aspeto é também reforçado pelas associações entre a Comunicação e Conflitos, as Funções familiares e o DSA e o DSL, reiterando que o desejo sexual nas mulheres em tratamento da infertilidade está diretamente associado à componente afetiva e relacional tal como defende Basson (2001; 2002; 2004; 2005). Relativamente às associações entre a Sexualidade e o DSA e o DSL eram previsíveis visto o desejo sexual

constituir uma das componentes da resposta sexual humana. As associações entre a Intimidade Emocional e o DSA e o DSL, eram também esperadas, na medida em que a intimidade emocional constituir uma das componentes mais importantes para a satisfação na relação conjugal (Narciso & Costa, 1996; Narciso, 2001; Ribeiro, 2002), e no caso específico das mulheres ser necessário um nível de intimidade satisfatório na relação para ficarem recetivas ao desejo sexual (Basson, 2001; 2002; 2004; 2005).

As associações bastante significativas entre a Continuidade da Relação e o DSA e o DSL revelam que para as mulheres em tratamento da infertilidade o desejo sexual e a sexualidade constituem componentes essenciais para que a relação tenha continuidade tal como defendem Narciso (2001) e Ribeiro (2002). Este dado deve ser lido tendo em conta que, de acordo com Brandes et al. (2009), as amostras dos estudos com casais em tratamento da infertilidade são fundamentalmente constituídas por casais que apresentam satisfação na relação, na medida em que os casais em que a infertilidade tem um impacto mais negativo tendem a abandonar a relação não fazendo parte dos estudos. Sabendo que estes casais já são à partida casais que perante uma situação stressante de saúde, a infertilidade, se mantiveram unidos, espera-se que nesta amostra existam níveis altos de satisfação com a Continuidade da Relação o que, tendo em conta o padrão de associações positivas encontrado no presente estudo entre Satisfação Conjugal e Desejo Sexual, é expresso na significância entre a satisfação e a Continuidade e o Desejo Sexual.

As associações entre os Sentimentos e Expressão de Sentimentos e o DSA e o DSL, estão provavelmente relacionadas com a necessidade destas mulheres conversarem com os seus parceiros acerca da infertilidade e do seu tratamento (Pasch et al., 2002; Schmidt et al., 2005), mas também pode ser, tal como a subdimensão de Continuidade da Relação, uma característica dos casais resilientes à adversidade que se relaciona também com o desejo. De acordo com Narciso (2001), a comunicação das preocupações relativas ao funcionamento

quotidiano do casal têm grande relevância para a satisfação na relação. Por último, as associações positivas entre as Características Físicas e Psicológicas e o DSA e o DSL, são consistentes com a literatura que associa a aparência física dos parceiros à resposta sexual (Fisher, 1999; Peplau, 2003). As associações entre o DSA e o DSL, quer para os homens como para as mulheres eram esperadas na medida em que, estas duas variáveis medem a mesma componente da resposta sexual humana.

Na revisão da literatura apenas foram encontrados dois estudos em que o desejo sexual foi investigado através da comparação entre os homens e as mulheres em processo de tratamento da infertilidade. Assim, o carácter inovador do presente estudo reside no facto de ter sido realizada a comparação entre os géneros relativamente ao desejo sexual em casais em tratamento da infertilidade, visto serem poucas as investigações que estudaram esta temática.

6. LIMITES da INVESTIGAÇÃO

A investigação apresenta alguns limites sob a luz dos quais os resultados devem ser tidos em conta.

Uma das principais limitações do presente estudo foi na revisão da literatura apenas termos encontrado dois estudos que compararam o desejo sexual entre homens e mulheres com infertilidade, ficando a comparação dos nossos resultados relativamente ao desejo sexual limitada e esses dois estudos.

Outra das limitações do estudo foi a natureza transversal do estudo, um estudo longitudinal permitiria observar as alterações da satisfação conjugal e do desejo sexual ao longo do processo do tratamento destes homens e destas mulheres, sendo a nossa avaliação efetuada num único tempo não tivemos acesso a essas possíveis modificações.

Outra das limitações do estudo foi o facto de se terem usado instrumentos de autorrelato, nos quais existe a possibilidade das respostas fornecidas pelos inquiridos estarem condicionadas por distorções e enviesamentos relacionados com o efeito da desejabilidade social.

A amostra é reduzida e muito heterogénia no que se refere às causas da infertilidade e às fases do tratamento. De acordo com as causas da infertilidade e a fase do tratamento em que se encontram, estes homens e estas mulheres apresentam características diferentes, a amostra reduzida não nos deu a possibilidade de realizar um estudo sólido que permitisse comparar os géneros relativamente às causas da infertilidade e às fases de tratamento.

Outra das limitações do estudo prende-se com o facto de não ter sido controlado o número de tratamentos a que estes casais já tinham sido sujeitos, isto iria permitir perceber a influência do insucesso dos tratamentos nestes homens e nestas mulheres.

As limitações atrás referidas são no entanto, transversais a outros estudos da infertilidade. Como a infertilidade e o seu tratamento estão condicionados por múltiplas variáveis (eg., causa da infertilidade, fase do tratamento, tipo de intervenção médica, pressão do parceiro para engravidar), existe uma grande dificuldade por parte dos investigadores nesta área em obterem uma amostra em que as características dos indivíduos sejam semelhantes e que esta amostra seja significativa para efeitos de tratamento estatístico. Apenas os estudos realizados por especialistas clínicos na área têm conseguido reunir um número significativo de indivíduos com características análogas, particularmente a causa da infertilidade e o tipo de tratamento.

7. DIREÇÕES FUTURAS

Estudos futuros devem de acompanhar os casais ao longo do processo de tratamento e averiguar as flutuações na satisfação conjugal e no desejo sexual enquanto dura o tratamento e verificar se estas flutuações diferem entre homens e mulheres.

Também seria importante a utilização de um grupo de controlo com elementos de casais férteis para poder averiguar as diferenças entre os casais em tratamento da infertilidade e os casais sem esta problemática.

Para melhor captar as especificidades dos casais com infertilidade seria interessante a realização de estudos que integrassem a análise qualitativa para melhor aprofundar o ponto de vista do entrevistado, para perceber as experiências, significados, preocupações e expectativas de cada um dos elementos do casal relativamente ao impacto da infertilidade e do seu tratamento na sua vivência conjugal e quanto à infertilidade e ao seu tratamento.

8. CONCLUSÕES

Apesar dos homens e das mulheres não apresentarem diferenças na Satisfação Conjugal e no Desejo Sexual, apresentaram divergências nas associações entre a Satisfação Conjugal e o Desejo Sexual. Os resultados parecem indicar que o desejo sexual feminino se associa a fatores diferentes do desejo sexual masculino. Enquanto para as mulheres sentimentos de amor, de intimidade, de compromisso, assim como a funcionalidade relativa à resolução das dificuldades inerentes à vida em comum estão associadas ao seu desejo sexual, nos homens parece existir um distanciamento entre os fatores que consideram essenciais para a sua satisfação com a relação e o desejo sexual. Mas dentro do casal diferentes fatores atuam para criar níveis semelhantes de Satisfação Conjugal e de Desejo Sexual que importa averiguar em estudos futuros.

Referências Bibliográficas

- Acuña, E., & Rodriguez, C. (2004). The treatment of missing values and its effect in the classifier accuracy. In: *Classification, Clustering and Data Mining Applications*. pp. 639-648.
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM) (2004). Definition of “infertility”. *Fertility and Sterility*, 82, S206.
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM) (2008). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. *Fertility and Sterility*, 90, S60.
- Anderson, K., Sharpe, M., Rattray, A., & Irvine, D. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal Psychosomatic Research*, 54, 353-355.
- Apt, C., & Hurlbert, D. (1992). Motherhood and female sexuality beyond one year postpartum: A study of military wives. *Journal of Sex Education and Therapy*, 18 (2), 104-114.
- Apt, C., Hurlbert, D., & Powell, D. (1993). Men with hypoactive sexual desire disorder: The role of interpersonal dependency and assertiveness. *Journal of Sex Education and Therapy*, 19(2), 108-116.
- Apt, C., & Hurlbert, D. (1993). Female sexuality: A comparative study between women in homosexual and heterosexual relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(4), 315-325.
- Associação para o Planeamento da Família (APF) (2009). *Conceber: Guia para profissionais e pessoas com problemas de fertilidade*. Lisboa: Ed. APF.

- Bancroft, J. (2009). Sexual aspects of fertility, fertility control and infertility. In J. Bancroft (Eds.). *Human sexuality and its problems* (pp.439-463). 3^o edição Third Edition. Churchill Livingstone-Elsevier.
- Basson, R. (2001). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 395-403.
- Basson, R., (2002). Women's Sexual Desire-Disorder or Misunderstood? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(s), 17-28.
- Basson, R. (2004). Recent advances in women's sexual function and dysfunction. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 11 (6), 714-725. doi:10.1097/01.GME.0000138542.65917. FB.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172 (10), 1327-1333. doi:10.1503/cmaj.1020174.
- Beck, J., Bozman, A., & Qualtrough, T. (1991). The experience of sexual desire: Psychological correlates in a college sample. *Journal of Sex Research*, 28(3), 443-456.
- Bellone, M. Rigot, J., Cottencin, O., & Goudemand, M. (2003). Retentissement sexuel, conjugal et social d'une population d'hommes stériles consultants en Andrologie: le point de vue do psychiatre de liaison. *Andrologie*, 13(4), 435-444.
- Bianchi-Demicheli, F., Médico, D., Lucas, H., & Chardonens, D. (2003). Aspects sexologiques de la médecine de la reproduction. *Médecine et Hygiène*, 2429 (61), 599-602.

- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J., & Nygren, K. (2007). New debate International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506-1512.
- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2000). *SPSS for psychologists. A guide to data analysis using SPSS for windows*. New York: L.E.A.
- Brandes, M., van der Steen, J., Bokdam, S., Hamilton, C., de Bruin, J., Nelen, W., & Kremer, J. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction*, 24, 3127-3135.
- Braverman, A. (2004). Psychosocial aspects of infertility: Sexual dysfunction. *International Congress Series 1266*, 270-276. doi: 10.1016/j.ics.2004.01.085.
- Breznsnyak, M., & Wishman, M. (2004). Sexual desire and relationship functioning: The effects of marital satisfaction and power. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 199-217.
- Brotto, L., Heiman, J., & Tolman, D. (2009). Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *Journal of Sex Research*, 46, 387-398.
- Carvalho J., & Santos, A. (2009). *Estudo Afrodite: Caracterização da infertilidade em Portugal. Estudo na Comunidade* (Aphodithe Study- Characterization of infertility in Portugal: Vol.1, Community Study). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010a). Predictors of women's sexual desire: The role of psychopathology, cognitive-emocional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 928-937.

- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010b). Predictors of men's sexual desire: The role of psychological, cognitive-emocional, relational, and medical factors. *Journal of Sexual Research, 48*, 254-262.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2011). Gender differences in sexual desire: How do emotional and relationship factors determine sexual desire according to gender?. *Sexologies, 20*, 207-211. doi: 10.1016/j.sexol.2011.08.010.
- Chevret-Measson, M. (1998). Désir d'enfant et sexualité. *Pratiques Psychologiques, 4*, 51-55.
- Coeffin-Driol, C., & Giami, A. (2004). L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple: revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 32*, 624-637.
- Collier, F. (2010). Quand le désir d'enfant est là: quelle sexualité pour le casal? *Sexologies, 19*(3), 170-174. doi: 10.1016/j.sexol.2010.03.001
- Cooper-Hilbert, B. (2001). Helping couples through the crisis of infertility. *Clinical update: The American Association for Marriage and Family Therapy, 3*, 1-6.
- Correia, C. (2014). A revolução biológica. In N.M. Pereira (2014). *Sexologia Médica*. Lisboa: Ed. LIDEL.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Cudmore, L. (2005). Becoming parents in the context of loss. *Sexual and Relationship Therapy, 20*, 299-308.
- Daniluck, J. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development, 79*, 439-449.

- Daniluck, J. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development*, 79, 439-449.
- Daniluk, J., & Tench, E. (2007). Long –Term Adjustment of infertile Couples Following Unsuccessful Medical Interventions. *Journal of Counseling & Development* 85, 89-100.
- Davis, C., Yarber, W., Bauserman, R., Schreer, G., & Davis, S. (1998); *Handbook of sexuality-related measures*. London: SAGE Publications.
- Fahami, F., Najarian, M., & Kohan, S. (2009). Comparasion among some effects of sexual dysfunction in female spouses of fertile an infertile couples. *IJNMR*, 14 (1), 25-28.
- Faria, C. (2001). Aspectos psicológicos da infertilidade. In M. Canavarro (Eds.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 189-209). Coimbra: Ed. Quarteto.
- Fisher, H. (1999). *The first sex: the natural talents of women and how they are changing the world*. New York: Ballantine.
- Gabirro, A., Esteves, F., & Lourenço, M. (2005). *Validação do Inventário do Desejo Sexual na Relação Amorosa*. Dissertação de Mestrado em Sexologia. Manuscrito não publicado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Galyer, K., Conaglen, H., Hare, A., & Conaglen, J. (1999). The effect of gynecological surgery on sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therappyy*, 25, 81-88.
- Gordon, K., Baucom, D., Epstein, N., Burnett, C., & Rankin, L. (1999). The interation between marital standards and communication patterns: How does it contribute to marital adjustment? *Journal of Marital and Family Therapy* 25(2), 211-223.

- Gottman, J., & Silver, N. (1999). *Les Couples Heureux ont Leurs Secrets*. Paris: LCLattés.
- Greil, A., Leitko, T., & Porter, K. (1988). Infertility: His and hers. *Gender Society*, 2, 172-199.
- Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45, 1679-1704.
- Greil, A., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140-162.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1997). Love and satisfaction. In R. Sternberg & M. Hojjat, (Eds.), *Satisfaction in close relationships*. (pp.56-78). New York: Guilford Press.
- Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J., & Collins, A. (1999). Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI- treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78, 42-48.
- Hurwitz, M. (1989). Sexual dysfunction associated with infertility: A comparison of sexual function during the fertile and the non-fertile phase of the menstrual cycle. *SAMJ*, 76, 58-61.
- Hurlbert, D., Apt, C., Hurlbert, M., & Pierce, A. (2000). Sexual compatibility and the sexual desire-motivation relation in females with hypoactive sexual desire disorder. *Behavior Modification*, 24 (3), 325- 347.
- Huyghe, E., Bonal, M., Daudin, M., & Droupy, S. (2013). Dysfonctions sexuelles et infertilité. *Progrès Urologie*, 23, 745-751.

- Inhorn, M. (2004). Middle Eastern masculinities in the age of new reproductive technologies: Male infertility and stigma in Egypt and Lebanon. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(2), 162-182.
- Jordan, C., & Revenson, T. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341-357.
- Kaplan, H. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel
- Kaplan, H. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. (1995). *The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York: Brunner/Mazel.
- Karney, B., & Neff, L. (2004). How does context affect intimate relationships? Linking external stress and cognitive processes within marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 134-148.
- Katz, R., & Jardine, D. (1999). The relationship between worry, sexual aversion, and low sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25, 293-296.
- Keyes, W. (1984). Psychosexual responses to infertility. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 27, 760-766.
- Kondaveeti, N., Hamilton, J., Mahen, B., Kirkham, C., Harrison, R., & Mocanu, E. (2011). Psychosocial trends in couples prior to commencement of *in vitro* fertilisation (IVF) treatment. *Human Fertility*, 14(4), 218-223. doi: 10.3109/14647273.2011.633236.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Ed. Fim de Século.

- Lee, T., Sun, G., & Chao, S. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction, 16*(8), 1762-1767.
- Leiblum, S. (1993). The impact of infertility on sexual and marital satisfaction. *Annual Review of Sex Research, 4*, 99-120.
- Leiblum, S. (2002). Reconsidering gender differences in sexual desire: An update. *Sexual Relationship therapy, 17* (1), 57-68.
- Macaluso, M., Wright-Schnapp, T., Chandra, A., Johnson, R., Satterwhite, C., Pulver, A., Berman, S., Wang, R., Farr, S., & Pollack, L., (2010). A public health focus on infertility prevention, detection, and management. *Fertility and Sterility, 93*(1), 1-16. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.09.046.
- McCarthy, B., Ginsberg, R., & Fucito, L. (2006). Resilient Sexual desire in heterosexual couples *The Family Journal, 14*, 59-64. doi 10.1177/106648075282056.
- Martins, S. (2003). Anatomia e fisiologia feminina. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Machado Vaz (Eds.). *A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I* (pp.71-93). Coimbra: Edições Quarteto.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Moghadam, M., Aminian, A., Abdoli, A., Seighal, N., Falahzadeh, H., & Ghasemi, N. (2011). Evaluation of the general health of the infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine, 9*(4), 309-314.

- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, *63*(1), 126-130.
- Murray, S., & Milhausen, R. (2012). Factors impacting women's sexual desire: Examining long-term relationships in emerging adulthood. *Canadian Journal of Human Sexuality*, *21*, 101-116.
- Moutinho, S. (2004). *Tudo por um filho: Viagem ao mundo da infertilidade em Portugal*. Lisboa: Edições Dom Quixote.
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, *12*, 115-130.
- Narciso, I. (2001). *Conjugalidades Satisfeitas mas não Perfeitas- À Procura do Padrão Que Liga*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Lisboa.
- Nene, U., Coyaji, K., & Apte, H. (2005). Infertility: A label of choice in the case of sexually dysfunctional couples. *Patient Education and Counselings*, *59*, 234-238.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Ohl, J., Reder, F., Fernandez, A., Bettahar-Lebugle, K., Rongie' res, C., & Nisand, I. (2009). Impact de l'infertilité et de l'Assistance médicale à la procréation sur la sexualité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, *37*, 25-32. doi:10.1016/j.gyobfe.2008.08.012.
- Omu, F., & Omu, A. (2010). Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients' perception of nurses' role during treatment. *BMC Nursing*, *9* (5), 1-10. doi: 10.1186/1472-6955-9-5.
- Palha, P., & Lourenço, M. (2011). Psychological and cross-cultural aspects of infertility and human sexuality. *Adv Psychosom. Med.*, *31*, 1-20.
- Parpaix, F. (2009). Couple et séduction. *Sexologies*, *18*, 203-209.

- Pasch, L., Dunkel-Schetter, & Chistensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, 77(6), 1241-1247.
- Peplau, L. (2003). Human sexuality: How do men and women differ? *Current Directions in Psychological Science*, 12 (2), 37-40.
- Peronace, L., Boivin, J., & Schmidt, L. (2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28 (2), 105-114.
- Quarttrini, F., Ciccarone, M., Tatoni, F., & Vittori, G. (2010). Évaluation psychologique du couple infertile. *Sexologies*, 19, 48-52.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M., Jafarabadi, M., & Zayeri, F. (2006). Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 85(1), 139-143.
- Ramos, M., Canavarro, M., & Soares, I. (2011). *Adaptação psicossocial de casais Portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida*. Dissertação de doutoramento. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Universidade, Coimbra.
- Reder, F., Fernandez, A., & Ohl, J. (2009). Reste-t-il de la place pour la sexualité lors de la prise en charge en assistance médicale à la procréation? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 38, 377-388.
- Remennick, L. (2000). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles*, 43 (11/12), 821-841.

- Ribeiro, M. (2002). *Da Diversidade do Feminino e do Masculino à Singularidade do Casal*.
Dissertação de Doutoramento em Psicologia (Psicologia Social – disciplina de
Psicologia Social Clínica). Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Ridley, C., Cate, R., Collins, D., Reesing, A., Luceno, A., Gilson, M., & Almeida, D.
(2006). The ebb and flow of marital lust: A relational approach. *Journal of Sex
Research, 43*, 144-153.
- Salama, S., Boitrelle, F., Gauquelin, A., Jaoul, M., Albert, M., Bailly, M., Wainer, R., &
Veluire, M. (2012). Sexuality and infertility. *Gynécologie Obstétrique & Fertility*
Artigo em impressão. Retirado em Novembro, 28, 2012 a partir de
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2012.10.004>
- Schmidt, L., Holstein, B., Chistensen, U., & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital
benefit? An epidemiological study of 2250 women and men fertility treatment. *Patient
Education and Couseiling, 59*, 244-251.
- Sezgin, H., & Ocaoglu C., (2014). Psychiatric aspects of infertility. *Current Approaches
Psychiatry, 6*, 165-184.
- Shindel, A., Nelson, C., Naughton, C., Ohebshalom, M., & Mulhall, J. (2008). Sexual
function and quality of life in the male partner of infertile couples: Prevalence and
correlates of dysfunction. *Journal of Urology, 179*, 1056-1059. doi:
10.1016/j.juro.2007.10.069.
- Sims K., & Meana, M. (2010). Why did passion ware? A qualitative study of married
women's attributions for declines in sexual desire. *Journal of Sex and Marital
Therapy, 36*, 360-380.

- Slade, P., Emery, J., & Lieberman, B. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction, 12*, 183-190.
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction, 22*(8), 2309-23017.
- Smock, J. (2004). The and wax and wane of marriage: Prospects for marriage in the 21 century. *Journal of Marriage and Family, 66*, 966-973.
- Spector, I., Carey, M., & Steinberg, L. (1996). The sexual desire inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex & Marital Therapy, 22*, 175-190.
- Stanton A., & Dunkel-Schetter, C. (1991). Psychological adjustment to infertility: A overview of conceptual approaches. In A. L. Stanton, & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 3-16). New York: Plenum Press.
- Tayebi, N., Mojtaba, S., & Ardakani, Y. (2009). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. *European Journal of General Medicine, 6*(2), 74-77.
- Trembley, S., & Roussy, L. (2000). Évaluation psychométrique de l'échelle du désir sexuel (ÉDS). *Science et Comportement, 28* (2), 203-222.
- Traeen, B., Martinussen, M., Oberg, K., & Kavli, H. (2007). Reduced sexual desire in a random sample of Norwegian couples. *Sexual and Relationship Therapy, 22*, 303-322.

- Tuzer, V., Tuncel, A., Goka, S., Dogan Bulut, S., Yuksel, F., Ali Atan, & Goka, E. (2010). Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Turk Journal Medicine Science, 40*(2), 229-237.
- Villouta, A. (2011). La infertilidad como una “enfermedad” situada en el espacio relacional. *De Familias y Terapias, 20* (31), 45-52.
- Vizheh, M., & Pakgohar M. (2013). Psychological impact of gender infertility diagnoses between husbands’ and wives’ approach to infertility affect marital and sexual satisfaction. Abstracts of the 5th Yazd International Congress and Student Award in Reproductive Medicine. *Iranian Journal of Reproductive Medicine, 11*,(4, Suppl.1), (p. 23).
- Volgsten, H., Svanberg, A., Ekselius, L., & Lundkvist, L., (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction, 23*, 2056-63.
- Whiteford, L., & Gonzalez, L. (1995). Stigma: The hidden burden of infertility. *Soc. Sci. Med., 40*(1), 27-36.
- Wischmann, T., & Thorn, P. (2013). (Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reproductive BioMedicineOnline, 27*, 236-243. doi:10.1016/j.rbmo.2013.06.002.
- World Health Organization (OMS) (1999). *WHO Laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction*, 3rd Edition. Cambridge: Cambridge University Press: 1-28.
- Yeoh, S., Razali, R., Sidi, H., Raz, Z., Mindin, M., Jaafar, N., & Das, S. (2014). The relationship between functioning among couples undergoing infertility treatment: a pair of perfect gloves. *Comprehensive Psychiatry, 55*, S1-S6.

Lista de Abreviaturas

IVF/ICSI - Fecundação *in Vitro*/Injeção Intracitoplasmática

EASAVIC - Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

HISD - Inventário do desejo sexual de *Hurbert*

DSA - Desejo Sexual Ativo

DSL - Desejo Sexual Latente

ANEXOS

ANEXO A - APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo pretende investigar o Desejo Sexual em Casais com Infertilidade. Por Desejo Sexual entende-se a disposição ou vontade para a atividade sexual.

Todas as respostas dadas a este protocolo, são anónimas e confidenciais, e apenas serão utilizadas para fins estatísticos. Responda o mais honestamente possível e de acordo com o que sente neste preciso momento às questões que lhe são apresentadas.

Leia atentamente as instruções e, se tiver dúvidas, não hesite em perguntar.

Se em qualquer momento optar por não continuar, é livre de desistir e entregar o protocolo.

Uma vez terminado o preenchimento do protocolo, devolva-o.

Contacto da investigadora: 967354551

Obrigado pela sua colaboração e disponibilidade.

**ANEXO B – INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO
DOS QUESTIONÁRIOS**

Caro Participante

Como forma das suas respostas ao questionário refletirem unicamente o que cada um dos elementos do casal pensa e sente relativamente às questões expostas solicitamos/pedimos que realize o seu preenchimento individualmente.

Obrigado

**ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE DADOS
SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

Dados Sociodemográficos e Clínicos

Sexo: M F

Idade: _____ anos.

Habilitações Literárias: En. Básico En. Secundário Técnico Universitário

Estado Civil : Casado/a União Facto Solteiro/a

Religião:

Não Sim Qual? _____

1. Desde que data vivem juntos? _____

2. Desde que data tentam ter filhos? _____

3. Desde que data procuraram ajuda médica pela primeira vez? _____

4. Qual o diagnóstico da infertilidade?

Causa Feminina Causa Masculina Causa Mista Causa Desconhecida

5. Em que fase do tratamento se encontram?

Diagnóstico Investigação Indução Ovulatória Inseminação IVF/ICSI

6. Neste momento está a tomar algum medicamento para a ansiedade ou para a depressão ou outro tipo de fármacos? Não Sim

ANEXO D - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM ÁREAS DA VIDA CONJUGAL

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada expressão, assinalando com um círculo o número que melhor o(a) define.

1. Nada satisfeito 2. Pouco Satisfeito 3. Razoavelmente satisfeito 4. Satisfeito

5. Muito Satisfeito 6. Completamente satisfeito

1 - O modo como gerimos a nossa situação financeira	1	2	3	4	5	6
2 - A distribuição de tarefas domésticas	1	2	3	4	5	6
3 - O modo como tomamos decisões	1	2	3	4	5	6
4 - A distribuição de responsabilidades	1	2	3	4	5	6
5 - O modo como passamos os tempos livres	1	2	3	4	5	6
6 - A quantidade de tempos livres	1	2	3	4	5	6
7 - O modo como nos relacionamos com os amigos	1	2	3	4	5	6
8 - O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
9 - O modo como nos relacionamos com a minha família	1	2	3	4	5	6
10 - A minha privacidade e autonomia	1	2	3	4	5	6
11 - A privacidade e autonomia do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
12 - A nossa relação com a minha profissão	1	2	3	4	5	6
13 - A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
14 - A frequência com que conversamos	1	2	3	4	5	6
15 - O modo como conversamos	1	2	3	4	5	6
16 - Os assuntos sobre os quais conversamos	1	2	3	4	5	6
17 - A frequência dos conflitos que temos	1	2	3	4	5	6
18 - O modo como resolvemos os conflitos	1	2	3	4	5	6
19 - O que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
20 - O que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6

21 - O modo como expresso o que eu sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
22 - O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	1	2	3	4	5	6
23 - O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
24 - O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
25 - A frequência que temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
26 - O prazer que sinto quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
27 - O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
28 - A qualidade das nossas relações sexuais	1	2	3	4	5	6
29 - O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
30 - O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	1	2	3	4	5	6
31 - A confiança que tenho no meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
32 - A confiança que o meu cônjuge tem em mim	1	2	3	4	5	6
33 - A admiração que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
34 - A admiração que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
35 - A partilha de interesse e actividades	1	2	3	4	5	6
36 - A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
37 - A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	1	2	3	4	5	6
38 - Os nossos projectos para o futuro	1	2	3	4	5	6
39 - As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
40 - As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
41 - O aspeto físico do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
42 - A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	1	2	3	4	5	6
43 - As características e hábitos do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
44 - A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	1	2	3	4	5	6

ANEXO E – HURLBERT INVENTORY OF SEXUAL DESIRE (HISD)

INVENTÁRIO DO DESEJO SEXUAL DE HURLBERT - ADAPTAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

INSTRUÇÕES: Este questionário pretende avaliar o desejo sexual. Não existem respostas certas nem erradas. Por favor, responda o mais honestamente possível, colocando uma cruz (X) na alínea que melhor o(a) caracteriza, tendo em conta a seguinte escala de resposta:

1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas Vezes 4. Frequentemente 5. Sempre

1. Pensar em ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) excita-me	1	2	3	4	5
2. Evito situações que levem o(a) meu/minha parceiro(a) a querer ter actividade sexual	1	2	3	4	5
3. Sonho com sexo	1	2	3	4	5
4. É difícil para mim ter disposição para iniciar a actividade sexual	1	2	3	4	5
5. Tenho mais desejo sexual que o(a) meu/minha parceiro(a)	1	2	3	4	5
6. É difícil para mim ter fantasias sexuais	1	2	3	4	5
7. Antecipo a ideia de ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a)	1	2	3	4	5
8. Tenho um imenso apetite por sexo	1	2	3	4	5
9. É fácil para mim entrar num clima sexual	1	2	3	4	5
10. Sinto que o meu desejo sexual devia ser mais forte	1	2	3	4	5
11. Gosto de pensar em sexo	1	2	3	4	5
12. Eu desejo fazer sexo	1	2	3	4	5
13. Suporto bem passar semanas sem ter actividade sexual com o(a) meu/minha parceiro(a)	1	2	3	4	5
14. A minha motivação para a actividade sexual com o(a) meu/minha parceiro(a) é baixa	1	2	3	4	5
15. Sinto que desejo ter relações sexuais menos vezes que as outras pessoas	1	2	3	4	5
16. É fácil para mim criar fantasias sexuais no meu espírito	1	2	3	4	5
17. Eu tenho uma grande actividade sexual	1	2	3	4	5
18. Gosto da ideia de ter actividade sexual com o(a) meu/minha parceiro(a)	1	2	3	4	5

19. O meu desejo de ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) é forte	1	2	3	4	5
20. Penso que o meu nível de energia para ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) é baixo	1	2	3	4	5
21. É violento para mim iniciar a actividade sexual	1	2	3	4	5
22. Falta-me o desejo necessário para conseguir ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a)	1	2	3	4	5
23. Tento evitar ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a)	1	2	3	4	5

ANEXO F – ANÁLISE DESCRITIVA DOS ITENS DA EASAVIC: MÉDIA E DESVIO-PADRÃO

Análise Descritiva dos Itens da EASAVIC: Média e Desvio-Padrão (N = 104)

<i>Itens</i>	<i>N</i>	<i>Intervalo de respostas*</i>	<i>Média (DP)</i>
1. O modo como gerimos a nossa situação financeira	104	1-6	4,68 (1,04)
2. A distribuição de tarefas domésticas	104	1-6	4,36 (0,95)
3. O modo como tomamos decisões	104	1-6	4,71 (0,87)
4. A distribuição de responsabilidades	104	1-6	4,83 (0,93)
5. O modo como passamos os tempos livres	104	1-6	4,35 (1,15)
6. A quantidade de tempos livres	104	1-6	3,65 (1,20)
7. O modo como nos relacionamos com os amigos	104	1-6	4,63 (1,03)
8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	104	1-6	4,57 (1,13)
9. O modo como nos relacionamos com a minha família	104	1-6	4,86 (1,06)
10. A minha privacidade e autonomia	104	1-6	4,89 (0,99)
11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge	104	1-6	4,95 (0,98)
12. A nossa relação com a minha profissão	104	1-6	4,70 (1,11)
13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	104	1-6	4,50 (1,13)
14. A frequência com que conversamos	104	1-6	4,82 (0,98)
15. O modo como conversamos	104	1-6	4,74 (1,03)
16. Os assuntos sobre os quais conversamos	104	1-6	4,78 (0,99)
17. A frequência dos conflitos que temos	104	1-6	4,25 (1,19)
18. O modo como resolvemos os conflitos	104	1-6	4,56 (1,12)
19. O que sinto pelo meu cônjuge	104	1-6	5,40 (0,77)
20. O que o meu cônjuge sente por mim	104	1-6	5,20 (0,84)
21. O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	104	1-6	4,86 (1,10)
22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	104	1-6	4,76 (1,17)
23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	104	1-6	5,10 (1,00)
24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	104	1-6	4,80 (1,25)
25. A frequência que temos relações sexuais	104	1-6	4,35 (1,34)
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais	104	1-6	5,34 (0,83)
27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	104	1-6	5,13 (1,02)
28. A qualidade das nossas relações sexuais	104	1-6	5,01 (1,05)
29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	104	1-6	4,92 (0,92)
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	104	1-6	4,95 (0,97)
31. A confiança que tenho no meu cônjuge	104	1-6	5,38 (0,80)
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim	104	1-6	5,16 (0,95)
33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge	104	1-6	5,21 (0,83)
34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim	104	1-6	4,97 (0,94)
35. A partilha de interesses e actividades	104	1-6	4,63 (1,06)
36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	104	1-6	4,71 (0,88)
37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	104	1-6	4,55 (1,05)
38. Os nossos projetos para o futuro	104	1-6	4,97 (0,91)
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	104	1-6	5,14 (1,02)
40. As expectativas que o meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	104	1-6	5,05 (1,07)
41. O aspecto físico do meu cônjuge	104	1-6	5,23 (0,82)
42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspeto físico	104	1-6	4,89 (1,11)
43. As características e hábitos do meu cônjuge	104	1-6	4,71 (1,01)
44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	104	1-6	4,66 (1,09)

*As respostas foram dadas numa escala de 6 pontos de “Nada Satisfeito/a” a “Completamente Satisfeito/a”.

**ANEXO G – FREQUÊNCIA DE RESPOSTA ÀS ALTERNATIVAS DE CADA ITEM
DA EASAVIC (%)**

Frequência de Resposta às Alternativas de Cada Item da EASAVIC (%) (N = 104)

<i>Itens</i>	<i>NS</i>	<i>PS</i>	<i>RS</i>	<i>S</i>	<i>MS</i>	<i>CS</i>
1. O modo como gerimos a nossa situação financeira	0,0	2,9	8,7	30,8	32,7	25,0
2. A distribuição de tarefas domésticas	0,0	1,9	15,4	40,4	28,8	12,5
3. O modo como tomamos decisões	0,0	0,0	6,7	35,6	37,5	20,2
4. A distribuição de responsabilidades	0,0	1,0	6,7	26,9	39,4	26,0
5. O modo como passamos os tempos livres	0,0	6,7	13,5	38,5	21,2	20,2
6. A quantidade de tempos livres	1,9	18,3	21,2	36,5	15,4	6,7
7. O modo como nos relacionamos com os amigos	0,0	1,0	14,4	27,9	33,7	23,1
8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	0,0	3,8	14,4	27,9	28,8	25,0
9. O modo como nos relacionamos com a minha família	1,0	1,0	6,7	27,9	29,8	33,7
10. A minha privacidade e autonomia	0,0	1,0	6,7	27,9	30,8	33,7
11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge	0,0	1,9	3,8	26,9	31,7	35,6
12. A nossa relação com a minha profissão	1,0	1,9	10,6	26,9	31,7	27,9
13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	1,0	2,9	13,5	33,7	26,0	23,1
14. A frequência com que conversamos	0,0	1,9	7,7	24,0	39,4	26,9
15. O modo como conversamos	0,0	29,0	8,7	26,0	36,5	26,0
16. Os assuntos sobre os quais conversamos	0,0	1,9	6,7	29,8	34,6	26,9
17. A frequência dos conflitos que temos	0,0	8,7	17,3	31,7	25,0	17,3
18. O modo como resolvemos os conflitos	0,0	4,8	11,5	30,8	28,8	24,0
19. O que sinto pelo meu cônjuge	0,0	0,0	1,9	11,5	30,8	55,8
20. O que o meu cônjuge sente por mim	0,0	0,0	3,8	15,4	37,5	43,3
21. O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	0,0	5,8	4,8	19,2	38,5	31,7
22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	0,0	5,8	8,7	22,1	30,8	32,7
23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	0,0	2,9	2,9	19,2	31,7	43,3
24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	1,9	5,8	6,7	15,4	36,5	33,7
25. A frequência que temos relações sexuais	1,9	10,6	11,5	25,0	28,8	22,1
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais	0,0	1,0	1,9	11,5	33,7	51,9
27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	0,0	1,9	5,8	16,3	28,8	47,1
28. A qualidade das nossas relações sexuais	0,0	29,0	6,7	16,3	34,6	39,4

Tabela continua

Tabela 5 (continuação)

<i>Itens</i>	<i>NS</i>	<i>PS</i>	<i>RS</i>	<i>S</i>	<i>MS</i>	<i>CS</i>
29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	0,0	1,0	2,9	31,7	31,7	32,7
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	0,0	1,0	7,7	20,2	37,5	33,7
31. A confiança que tenho no meu cônjuge	0,0	0,0	3,8	8,7	33,7	53,8
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim	0,0	0,0	7,7	14,4	31,7	46,2
33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge	0,0	0,0	2,9	17,3	35,6	44,2
34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim	0,0	0,0	6,7	25,0	32,7	35,6
35. A partilha de interesses e actividades	0,0	34,8	8,7	31,7	31,7	24,0
36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	0,0	1,0	3,8	39,4	34,6	21,2
37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	0,0	3,8	12,5	26,9	38,5	18,3
38. Os nossos projetos para o futuro	0,0	1,0	4,8	21,1	40,4	31,7
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	0,0	1,0	6,7	19,2	23,1	50,0
40. As expectativas que o meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	1,0	1,0	5,8	22,1	25,0	45,2
41. O aspeto físico do meu cônjuge	0,0	0,0	2,9	15,4	37,5	44,2
42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspeto físico	1,9	1,0	7,7	18,3	37,5	33,7
43. As características e hábitos do meu cônjuge	0,0	2,9	8,7	26,6	39,4	23,1
44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	1,0	1,9	10,6	27,9	33,7	25,0

Nota. NS = nada satisfeito/a; PS = pouco satisfeito/a; RS = razoavelmente satisfeito/a; S = satisfeito/a; MS = muito satisfeito/a; CS = completamente satisfeito/a.

ANEXO H - CORRELAÇÕES ITEM-TOTAL E ANÁLISE DE

FIABILIDADE PARA DIFERENTES CONJUNTOS DE ITENS DA EASAVIC

Correlações Item-Total e Análise de Fiabilidade para Diferentes Conjuntos de Itens da EASAVIC (N = 104)

<i>Itens</i>	<i>Correlação Item-total</i>	<i>α (se o item for eliminado)</i>
1. O modo como gerimos a nossa situação financeira	0,576	0,975
2. A distribuição de tarefas domésticas	0,583	0,975
3. O modo como tomamos decisões	0,713	0,975
4. A distribuição de responsabilidades	0,754	0,975
5. O modo como passamos os tempos livres	0,702	0,975
6. A quantidade de tempos livres	0,422	0,976
7. O modo como nos relacionamos com os amigos	0,643	0,975
8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	0,577	0,975
9. O modo como nos relacionamos com a minha família	0,557	0,975
10. A minha privacidade e autonomia	0,747	0,975
11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge	0,752	0,974
12. A nossa relação com a minha profissão	0,425	0,976
13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	0,472	0,975
14. A frequência com que conversamos	0,772	0,974
15. O modo como conversamos	0,801	0,974
16. Os assuntos sobre os quais conversamos	0,704	0,975
17. A frequência dos conflitos que temos	0,595	0,975
18. O modo como resolvemos os conflitos	0,793	0,974
19. O que sinto pelo meu cônjuge	0,702	0,975
20. O que o meu cônjuge sente por mim	0,777	0,974
21. O modo como expressei o que sinto pelo meu cônjuge	0,653	0,975
22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	0,801	0,974
23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	0,706	0,975
24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	0,723	0,975
25. A frequência que temos relações sexuais	0,617	0,975
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais	0,483	0,975
27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	0,642	0,975
28. A qualidade das nossas relações sexuais	0,631	0,975
29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	0,682	0,975
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	0,784	0,974
31. A confiança que tenho no meu cônjuge	0,661	0,975
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim	0,707	0,975
33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge	0,716	0,975
34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim	0,829	0,974
35. A partilha de interesses e actividades	0,717	0,975
36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	0,668	0,975
37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	0,799	0,974
38. Os nossos projetos para o futuro	0,770	0,974
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	0,807	0,974
40. As expectativas que o meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	0,786	0,974
41. O aspeto físico do meu cônjuge	0,611	0,975
42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspeto físico	0,702	0,975
43. As características e hábitos do meu cônjuge	0,799	0,974
44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	0,847	0,974

**ANEXO I - CORRELAÇÕES ENTRE OS RESULTADOS MÉDIOS DAS
SUBDIMENSÕES DA EASAVIC**

Correlações entre os Resultados Médios das Sub-Dimensões da EASAVIC (N = 104)

	CC	FF	TL	AP	REF	SEX	IE	CR	SES	CFP
CC	-									
FF	0,69	-								
TL	0,53	0,55	-							
AP	0,70	0,58	0,45	-						
REF	0,63	0,63	0,65	0,66	-					
SEX	0,67	0,59	0,46	0,58	0,47	-				
IE	0,84	0,68	0,59	0,74	0,66	0,70	-			
CR	0,74	0,65	0,53	0,71	0,52	0,71	0,80	-		
SES	0,80	0,63	0,49	0,75	0,61	0,74	0,86	0,81	-	
CFP	0,73	0,68	0,50	0,76	0,58	0,72	0,79	0,85	0,83	-
Amor/Funcionamento = 0,85; p = 0,000										

Nota. CC = Comunicação e Conflitos; FF = Funções Familiares; TL = Tempos Livres; AP = Autonomia e Privacidade; REF = Relações Extrafamiliares; SEX = Sexualidade; IE = Intimidade Emocional; CR = Continuidade da Relação; SES = Sentimentos e Expressão de Sentimentos; CFP = Características Físicas e Psicológicas.

Todas as correlações são significativas com p = 0,000.

**ANEXO J - ANÁLISE DESCRITIVA DOS ITENS DO HISD: MÉDIA E
DESVIO-PADÃO**

Análise Descritiva dos Itens do HISD: Média e Desvio-Padrão (N = 104)

Itens	N	Intervalo de Respostas*	Média (DP)
1. Pensar em ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) excita-me	104	1-5	4,22 (0,75)
2. Evito situações que levem o(a) meu/minha parceiro(a) a querer ter actividade sexual (R)	104	1-5	4,15 (0,81)
3. Sonho com sexo	104	1-5	2,85 (0,85)
4. É difícil para mim ter disposição para iniciar a actividade sexual (R)	104	1-5	3,77 (0,79)
5. Tenho mais desejo sexual que o(a) meu/minha parceiro(a)	104	1-5	2,98 (1,10)
6. É difícil para mim ter fantasias sexuais (R)	104	1-5	3,75 (0,95)
7. Antecipo a ideia de ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a)	104	1-5	3,21 (0,89)
8. Tenho imenso apetite por sexo	104	1-5	3,38 (0,91)
9. É fácil para mim iniciar a actividade sexual	104	1-5	3,74 (0,89)
10. Sinto que o meu desejo sexual devia ser mais forte (R)	104	1-5	3,17 (1,13)
11. Gosto de pensar em sexo	104	1-5	3,45 (0,85)
12. Eu desejo fazer sexo	104	1-5	3,70 (0,81)
13. Suporto bem passar semanas sem ter actividade sexual com o(a) meu/minha parceiro(a)	104	1-5	3,56 (1,05)
14. A minha motivação para a actividade sexual com o(a) meu/minha parceiro(a) é baixa (R)	104	1-5	3,95 (0,85)
15. Sinto que desejo ter relações sexuais menos vezes que as outras pessoas (R)	104	1-5	3,94 (0,98)
16. É fácil para mim criar fantasias sexuais no meu espírito	104	1-5	3,30 (1,06)
17. Eu tenho uma grande actividade sexual	104	1-5	3,21 (0,84)
18. Gosto da ideia de ter actividade sexual com o(a) meu/minha parceiro(a)	104	1-5	4,28 (0,70)
19. O meu desejo de ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) é forte	104	1-5	4,09 (0,87)
20. Penso que o meu nível de energia para ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) é baixo (R)	104	1-5	3,73 (1,03)
21. É violento para mim iniciar a actividade sexual (R)	104	1-5	4,63 (0,75)
22. Falta-me o desejo necessário para conseguir ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) (R)	104	1-5	4,29 (0,86)
23. Tento evitar ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) (R)	104	1-5	4,51 (0,75)

*As respostas foram dadas numa escala de 5 pontos de “Nunca” a “Sempre”.
(R) Itens recodificados.

**ANEXO K - FREQUÊNCIA DE RESPOSTA ÀS ALTERNATIVAS DE
CADA ITEM DO HISD (%)**

Frequência de Resposta às Alternativas de Cada Item do HISD (%) (N = 104)

Itens	N	R	AV	F	S
1. Pensar em ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) excita-me	0,0	0,0	19,2	39,4	41,3
2. Evito situações que levem o(a) meu/minha parceiro(a) a querer ter actividade sexual (R)	1,0	1,0	17,3	43,3	37,5
3. Sonho com sexo	1,9	3,4	44,2	15,4	3,8
4. É difícil para mim ter disposição para iniciar a actividade sexual (R)	1,0	2,9	30,8	49,0	16,3
5. Tenho mais desejo sexual que o(a) meu/minha parceiro(a)	5,8	30,8	35,6	15,4	12,5
6. É difícil para mim ter fantasias sexuais (R)	1,9	8,7	23,1	45,2	21,2
7. Antecipo a ideia de ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a)	2,9	17,3	40,4	34,6	4,8
8. Tenho imenso apetite por sexo	2,9	11,5	39,4	37,5	8,7
9. É fácil para mim iniciar a actividade sexual	1,0	7,7	26,9	45,2	19,2
10. Sinto que o meu desejo sexual devia ser mais forte (R)	10,6	12,5	37,5	27,9	11,5
11. Gosto de pensar em sexo	0,0	9,6	49,0	27,9	13,5
12. Eu desejo fazer sexo	1,0	1,0	35,6	42,3	20,2
13. Suporto bem passar semanas sem ter actividade sexual com o(a) meu/minha parceiro(a)	15,4	34,6	34,6	9,6	5,8
14. A minha motivação para a actividade sexual com o(a) meu/minha parceiro(a) é baixa (R)	1,9	1,9	21,2	49,0	26,0
15. Sinto que desejo ter relações sexuais menos vezes que as outras pessoas (R)	1,9	6,7	19,2	39,4	32,7
16. É fácil para mim criar fantasias sexuais no meu espírito	5,8	14,4	37,5	28,8	13,5
17. Eu tenho uma grande actividade sexual	1,0	18,3	45,2	29,8	5,8
18. Gosto da ideia de ter actividade sexual com o(a) meu/minha parceiro(a)	0,0	1,0	11,5	46,2	41,3
19. O meu desejo de ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) é forte	1,0	2,9	19,2	40,4	36,5
20. Penso que o meu nível de energia para ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) é baixo (R)	4,8	5,8	23,1	44,2	22,1
21. É violento para mim iniciar a actividade sexual (R)	1,0	2,9	1,9	20,2	74,0
22. Falta-me o desejo necessário para conseguir ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) (R)	1,0	2,9	11,5	35,6	49,0
23. Tento evitar ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) (R)	1,0	1,0	6,7	28,8	62,5

Nota. N = nunca; R = raramente; AV = algumas vezes; F = frequentemente; S = sempre.
(R) Itens recodificados.

**ANEXO L - CORRELAÇÕES ITEM-TOTAL E ANÁLISE DE
FIABILIDADE PARA OS DIFERENTES CONJUNTOS DE ITENS DO HISD**

Correlações Item-Total e Análise de Fiabilidade para os Diferentes Conjuntos de

Itens do HISD (N = 104)

Itens	Correlação item-total	<i>α</i> (se o item for eliminado)
1. Pensar em ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) excita-me	0,674	0,879
2. Evito situações que levem o(a) meu/minha parceiro(a) a querer ter actividade sexual (R)	0,522	0,882
3. Sonho com sexo	0,256	0,889
4. É difícil para mim ter disposição para iniciar a actividade sexual (R)	0,664	0,879
5. Tenho mais desejo sexual que o(a) meu/minha parceiro(a)	0,369	0,887
6. É difícil para mim ter fantasias sexuais (R)	0,434	0,889
7. Antecipo a ideia de ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a)	0,520	0,882
8. Tenho imenso apetite por sexo	0,642	0,879
9. É fácil para mim iniciar a actividade sexual	0,564	0,881
10. Sinto que o meu desejo sexual devia ser mais forte (R)	0,569	0,881
11. Gosto de pensar em sexo	0,411	0,875
12. Eu desejo fazer sexo	0,665	0,879
13. Suporto bem passar semanas sem ter actividade sexual com o(a) meu/minha parceiro(a)	0,431	0,910
14. A minha motivação para a actividade sexual com o(a) meu/minha parceiro(a) é baixa (R)	0,736	0,877
15. Sinto que desejo ter relações sexuais menos vezes que as outras pessoas (R)	0,737	0,876
16. É fácil para mim criar fantasias sexuais no meu espírito	0,456	0,884
17. Eu tenho uma grande actividade sexual	0,412	0,885
18. Gosto da ideia de ter actividade sexual com o(a) meu/minha parceiro(a)	0,498	0,883
19. O meu desejo de ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) é forte	0,710	0,877
20. Penso que o meu nível de energia para ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) é baixo (R)	0,577	0,880
21. É violento para mim iniciar a actividade sexual (R)	0,361	0,886
22. Falta-me o desejo necessário para conseguir ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) (R)	0,547	0,882
23. Tento evitar ter relações sexuais com o(a) meu/minha parceiro(a) (R)	0,450	0,884

**ANEXO M - CORRELAÇÕES ENTRE OS RESULTADOS MÉDIOS DAS
DIMENSÕES DO HISD**

Correlações entre os Resultados Médios das Dimensões do HISD (N = 104)

DSA	
DSL	-0,45***

Nota. DSA = Desejo Sexual Ativo; DSL = Desejo Sexual Latente.
*** $p \leq 0,001$ ($p = 0,000$).

**ANEXO N - DISTRIBUIÇÃO NORMAL E HOMOGENEIDADE DE
VARIÂNCIA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO**

Distribuição Normal (Kolmogorov-Smirnov) e Homogeneidade de Variância (Teste Levene) das Variáveis em Estudo (N = 104)

	Distribuição Normal	Homogeneidade de Variância	Tipo
	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	<i>Teste Levene</i>	
<i>Desde que data tentam ter filhos</i>	0,000	0,886	NParam
<i>Desde qdo procuram a_prof</i>	0,000	0,249	NParam
<i>Idade</i>	0,016	0,553	NParam
<i>Duração da Relação</i>	0,000	0,199	NParam
EASAVIC			
Funcionamento	0,200	0,747	Param
Amor	0,009	0,046	NParam
Comunicação e Conflito	0,000	0,623	NParam
Funções	0,015	0,335	NParam
Tempos Livres	0,000	0,365	NParam
Autonomia/Privacidade	0,000	0,490	NParam
Relações Extrafamiliares	0,031	0,746	NParam
Sexualidade	0,000	0,012	NParam
Intimidade Emocional	0,200	0,304	Param
Continuidade na Relação	0,000	0,491	NParam
Sentimentos e Exp. de Sentim.	0,001	0,096	NParam
Caracter. Físicas e Psicol.	0,001	0,169	NParam
HISD			
Desejo Sexual Ativo	0,120	0,315	Param
Desejo Sexual Latente	0,006	0,723	NParam

Nota. Desde qdo procuram a_prof = desde quando procuram ajuda profissional; Sentimentos e Exp. de Sentim. = sentimentos e expressão de sentimentos; Caracter. Físicas e Psicol. = características físicas e psicológicas.