

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A INFLUÊNCIA DA INFERTILIDADE NA SATISFAÇÃO
COM A VIDA E NOS ESTADOS EMOCIONAIS DOS
CASAIS INFÉRTEIS**

Cátia Patrícia Soares Padeiro

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A INFLUÊNCIA DA INFERTILIDADE NA SATISFAÇÃO
COM A VIDA E NOS ESTADOS EMOCIONAIS DOS
CASAIS INFÉRTEIS**

Cátia Patrícia Soares Padeiro

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2014

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor João Justo, pela partilha de conhecimentos, pela força e optimismo nos momentos mais difíceis, e por todo o apoio, dedicação e compreensão pela minha situação de saúde, o que me ajudou a não desistir e conseguir concluir este trabalho.

À equipa do Serviço de Infertilidade da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, por toda a ajuda, e aos participantes do estudo, pela sua disponibilidade e compreensão.

Às minhas amigas e companheiras de mestrado Leonor e Marina, pela amizade, pelo carinho, pelas angústias que dividimos, por todos os bons momentos que partilhamos, pela escuta, interesse e paciência, pela força que me deram, e por estarem sempre do meu lado.

Aos meus pais, que sempre fizeram tudo por mim, por todo o amor e dedicação, pelos sacrifícios e preocupações, pela educação que me deram, por todo o apoio, por cuidarem de mim de uma forma tão especial, e pelo orgulho que me fazem sentir neles.

À minha irmã, a minha metade, pela cumplicidade e pelo amor que nos une, pela paciência que tem tido comigo, por me ajudar a acreditar em mim e pela força e confiança que me transmite, por nunca me deixar desistir, e por me ensinar a valorizar-me.

Ao meu sobrinho, pela alegria que me transmite em cada sorriso e em cada carinho seu, que me reconforta o coração e traz mais luz à minha vida.

Ao meu cunhado, que indirectamente, sempre se preocupou comigo, pela paciência, pela simpatia, e pela força, e pela dedicação e amor que dá a duas das luzes da minha vida.

Aos meus sogros e à minha sobrinha, a minha nova família, pelo apoio, pela amizade, pelo carinho, pela dedicação, pela força, e por cuidarem de mim e me ajudarem a ultrapassar os momentos difíceis que vivi.

Ao meu marido, a pessoa mais maravilhosa que conheço, por todo o amor, carinho, paciência e dedicação incondicionais. Por ser o meu pilar, por todo o apoio e pela força que sempre me deu. Por ter sempre lutado ao meu lado e nunca ter deixado de acreditar em mim. Por ter estado sempre presente em todos os momentos, cuidando de mim, reconfortando-me, e transmitindo-me coragem e esperança para nunca desistir.

Um especial obrigada a todos, pois foi o vosso amor, apoio e dedicação que me ajudou a ultrapassar as adversidades que vivi a nível de saúde e que me deu a força necessária para conseguir concluir este trabalho.

Resumo

Introdução: Actualmente é notório o crescente aumento do número de casais inférteis. Sendo a etiologia da infertilidade variável, esta pode ser conhecida ou não identificada. Assim, é importante estudar a influência que a infertilidade tem nestes casais.

Objectivo: O intuito deste trabalho passou por perceber qual o impacto que a infertilidade tem na satisfação com a vida e nos estados emocionais dos casais inférteis, mediante o facto da origem dessa infertilidade ter uma causa médica identificada ou não identificada, assim como da especificidade do diagnóstico.

Hipóteses: Foram testadas seis hipóteses gerais: a existência/inexistência de um factor biomédico vai contribuir para explicar a variância estatística da Satisfação com a Vida (HG1), dos Estados Emocionais Positivos (HG2), e dos Estados Emocionais Negativos (HG3) dos casais inférteis; e a especificidade (feminina, masculina ou mista) do diagnóstico biomédico vai contribuir para explicar a variância estatística da Satisfação com a Vida (HG4), dos Estados Emocionais Positivos (HG5), e dos Estados Emocionais Negativos (HG6) dos casais inférteis.

Metodologia: Os dados foram recolhidos na Consulta de Infertilidade da Maternidade Dr. Alfredo da Costa junto de 30 casais inférteis, entre os 25 e os 45 anos de idade. Após a leitura da Folha de Informação ao Participante, e da obtenção do Consentimento Informado, cada participante preencheu um Questionário Sociodemográfico e Clínico; uma Escala de Satisfação com a Vida; e uma Escala de Afectos Positivos e Negativos.

Resultados: Através de análises de regressão linear, apenas foram confirmadas parcialmente as hipóteses 5 e 6; a especificidade (feminina, masculina ou mista) do diagnóstico biomédico contribui para explicar a variância estatística dos Estados Emocionais Positivos dos homens inférteis e dos Estados Emocionais Negativos das mulheres inférteis.

Conclusão: A exclusividade feminina, masculina ou mista do diagnóstico de infertilidade parece ser responsável pelas variações dos estados emocionais dos casais inférteis; no caso dos homens essa relação observa-se na faceta emocional positiva, enquanto nas mulheres ocorre na faceta emocional negativa.

Palavras-chave: Infertilidade; Satisfação com a Vida; Estados Emocionais Positivos e Negativos; Bem-Estar Subjectivo.

Abstract

Introduction: Nowadays it is evident the increasing number of infertile couples. Since the etiology of infertility is variable, it can be known or not identified. Thus, it is important to study the influence of infertility in these couples.

Objective: The aim of this work is understand the impact that infertility has on life satisfaction and on emotional states of infertile couples by the fact that the origin of this infertility have an identified or unidentified medical cause, as well as the specificity of diagnosis.

Hypotheses: Six general hypotheses were tested: the existence / absence of a biomedical factor will contribute to explain the statistical variance of the Life Satisfaction (HG1), of the Positive Emotional States (HG2), and of the Negative Emotional States (HG3) of couples infertile; and the specificity (female, male or mixed) of biomedical diagnostics will help to explain the statistical variance of the Life Satisfaction (HG4), of the Positive Emotional States (HG5), and of Negative Emotional States (HG6) of infertile couples.

Methodology: Data were collected in the Consultation of Infertility of Maternity Dr. Alfredo da Costa with 30 infertile couples, between 25 and 45 years old. After reading the Information Sheet to the Participant, and obtaining Informed Consent, each participant completed a Sociodemographic and Clinical Questionnaire; a Scale of Life Satisfaction; and a Scale of Positive and Negative Affects.

Results: Using linear regression analyzes, only were partially proven the hypotheses 5 and 6; the specificity (feminine, masculine or mixed) of the biomedical diagnosis contribute to explain the statistical variance of Positive Emotional States of infertile men and Negative Emotional States of infertile women.

Conclusion: The exclusivity - female, male or mixed - of diagnosis of infertility appears to be responsible for variations in emotional states of infertile couples; for men this relationship observed in the positive emotional facet, while to women occurs in negative emotional facet.

Keywords: Infertility; Life Satisfaction; Positive and Negative Emotional States; Subjective Well-Being.

Índice

Introdução	1
Capítulo 1 Enquadramento Teórico	3
1.1. Infertilidade	3
1.1.1. A Infertilidade e a sua Evolução Histórica	3
1.1.2. O Conceito de Infertilidade	4
1.1.3. Incidência e Prevalência da Infertilidade	6
1.1.4. Etiologia e Causas da Infertilidade	7
1.1.5. Tratamentos para a Infertilidade	11
1.1.6. Consequências da Infertilidade	13
1.1.7. Diferenças de Género	14
1.2. Bem-Estar Subjetivo: Satisfação com a Vida e Estados Emocionais	17
1.2.1. Satisfação com a Vida	18
1.2.2. Estados Emocionais	20
1.3. Infertilidade, Satisfação com a Vida e Estados Emocionais	21
Capítulo 2 Objetivos e Hipóteses do Estudo	25
2.1. Objectivos da Investigação	25
2.2. Hipóteses Gerais do estudo	25
2.2.1. Hipótese Geral 1	26
2.2.2. Hipótese Geral 2	26
2.2.3. Hipótese Geral 3	26
2.2.4. Hipótese Geral 4	26
2.2.5. Hipótese Geral 5	26
2.2.6. Hipótese Geral 6	27
Capítulo 3 Metodologia	29
3.1. Definição das Variáveis	29
3.1.1. Definição das Variáveis: Hipótese 1	29
3.1.2. Definição das Variáveis: Hipótese 2	29
3.1.3. Definição das Variáveis: Hipótese 3	30
3.1.4. Definição das Variáveis: Hipótese 4	30
3.1.5. Definição das Variáveis: Hipótese 5	30
3.1.6. Definição das Variáveis: Hipótese 6	31
3.2. Operacionalização das Variáveis (Instrumentos)	31
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	32
3.2.2. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	32
3.2.3. Escala de Afectos Positivos e Negativos (PANAS)	33
3.3. Procedimento	34
3.4. Procedimento Estatístico	36
Capítulo 4 Resultados	37
4.1. Participantes do estudo	37
4.2. Regressão Linear	40
4.3. Testagem das Hipóteses Gerais	40
4.3.1. Testagem da Hipótese Geral 1	40
4.3.2. Testagem da Hipótese Geral 2	43
4.3.3. Testagem da Hipótese Geral 3	44
4.3.4. Testagem da Hipótese Geral 4	46
4.3.5. Testagem da Hipótese Geral 5	48
4.3.6. Testagem da Hipótese Geral 6	50
Capítulo 5 Discussão de Resultados e Principais Conclusões	53
Referências Bibliográficas	65

Índice de Tabelas no Texto

Tabela 1. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Sem Factor de Infertilidade Identificado); Variável Dependente Satisfação com a Vida nas Participantes Femininas	41
Tabela 2. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Sem Factor de Infertilidade Identificado); Variável Dependente Satisfação com a Vida nos Participantes Masculinos	42
Tabela 3. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Sem Factor de Infertilidade Identificado); Variável Dependente Afecto Positivo nas Participantes Femininas	43
Tabela 4. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Sem Factor de Infertilidade Identificado); Variável Dependente Afecto Positivo nos Participantes Masculinos	44
Tabela 5. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Sem Factor de Infertilidade Identificado); Variável Dependente Afecto Negativo nas Participantes Femininas	45
Tabela 6. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Sem Factor de Infertilidade Identificado); Variável Dependente Afecto Negativo nos Participantes Masculinos	45
Tabela 7. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Factor Feminino, Masculino, ou Misto); Variável Dependente Satisfação com a Vida nas Participantes Femininas	47
Tabela 8. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Factor Feminino, Masculino, ou Misto); Variável Dependente Satisfação com a Vida nos Participantes Masculinos	48
Tabela 9. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Factor Feminino, Masculino, ou Misto); Variável Dependente Afecto Positivo nas Participantes Femininas	49
Tabela 10. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Factor Feminino, Masculino, ou Misto); Variável Dependente Afecto Positivo nos Participantes Masculinos	49
Tabela 11. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Factor Feminino, Masculino, ou Misto); Variável Dependente Afecto Negativo nas Participantes Femininas	50
Tabela 12. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Factor Feminino, Masculino, ou Misto); Variável Dependente Afecto Negativo nos Participantes Masculinos	51

Índice de Figuras no Texto

Figura 1. Análise de Regressão: Sequência A 41

Figura 2. Análise de Regressão: Sequência B 46

Índice de Anexos

Anexo I - Folha de Informação ao Participante

Anexo II - Consentimento Informado

Anexo III - Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo IV - Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Anexo V - Escala de Afectos Positivos e Negativos (PANAS)

Anexo VI - Tabelas dos Dados Sociodemográficos e Clínicos

Anexo VII - Tabelas dos Dados das Escalas SWLS e PANAS

Anexo VIII - Estatísticas Descritivas das Frequências das Variáveis (Output) - Anexo em CD

Anexo IX - Análise da Consistência Interna das escalas SWLS e PANAS das Participantes Femininas e dos Participantes Masculinos (Output) - Anexo em CD

Anexo X – Tabelas das Análises de Regressão Linear das Hipóteses Gerais 1 a 6 das Participantes Femininas e dos Participantes Masculinos (Output) - Anexo em CD

Introdução

O presente estudo insere-se na área da Psicologia Clínica, em geral, e da Infertilidade, em particular, e decorre no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Além disso, o mesmo enquadra-se também na área da Saúde Reprodutiva e Psicológica, sendo que nas últimas décadas do século XX temos assistido a mudanças significativas na área da saúde reprodutiva. Neste sentido, a preocupação deixou de ser com o controlo da natalidade através de métodos anticoncepcionais, e passou a ser saber como controlar a infertilidade. Deste modo, enquanto anteriormente havia uma emergência do controlo da natalidade, através quer dos métodos contraceptivos, quer da interrupção voluntária da gravidez, actualmente, a preocupação nesta área prende-se com o controlo da infertilidade, nomeadamente, através de técnicas de Procriação Medicamente Assistidas. Uma vez que esta alteração tem como origem o ímpeto de problemas relacionados com a capacidade de reproduzir, nota-se uma crescente preocupação a nível mundial para a identificação e resolução do problema da infertilidade.

Considerando que ter um filho constitui um dos maiores desejos dos casais, a infertilidade tem um impacto negativo nestes, trazendo consequências nefastas que incluem sofrimento psicológico, social e físico (Soares, 2008). O impacto para o casal e para a sociedade é significativo e varia muito entre as diferentes populações, de acordo com a sua prevalência e com a importância que esta adquire para a comunidade (Simões, 2010). No entanto, actualmente assiste-se a um esforço para determinar as consequências psicológicas da experiência de infertilidade (Ramazanzadeh, Noorbala, Abedinia & Naghizadeh, 2009).

O tema que nos prende neste estudo reporta-se, assim, à experiência de infertilidade e às repercussões que esta tem na vida dos casais, nomeadamente, na sua satisfação com a vida e nos seus estados emocionais. Além do interesse próprio pela temática, um motivo adicional para a escolha do tema do presente trabalho, deveu-se à constatação da falta de produção científica dirigida às variáveis em análise. Desta forma, o problema inicial que orienta esta investigação procura colmatar esta ausência da literatura relativamente à forma como a infertilidade influencia a satisfação com a vida e os estados emocionais dos casais que passam por essa experiência. Mais especificamente, no campo da infertilidade, o presente estudo tem o intuito de verificar se a existência/inexistência de um factor biomédico, vai contribuir para explicar a variância estatística nestas três variáveis (satisfação com a vida, estados emocionais positivos e estados emocionais negativos). Além disso, pretende-se também saber em que medida a exclusividade (feminina, masculina, ou mista)

do diagnóstico biomédico vai contribuir para a mesma explicação. A presente investigação, ao caracterizar a satisfação com a vida e os estados emocionais tanto dos casais com diagnóstico biomédico conhecido como dos casais com diagnóstico biomédico desconhecido, tem ainda em consideração algumas variáveis sociodemográficas e clínicas de controlo como o género, a idade, a escolaridade, o número de anos de relacionamento, o número e a natureza dos tratamentos, entre outros. Assim, em termos gerais, o estudo empreendido tem como objetivos principais a análise da satisfação com a vida e dos estados emocionais dos casais inférteis em função da existência/inexistência de um factor biomédico de infertilidade, e da especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico.

Através da utilização da escala SWLS – Satisfaction With Life Scale (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) / Escala de Satisfação com a Vida (versão Portuguesa de Simões, 1992) e da escala PANAS – Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark & Tellegen, 1988) / Escala de Afectos Positivos e Negativos (versão Portuguesa de Simões, 1993), procura-se afirmar que por um lado, a existência/inexistência de um factor biomédico, e por outro lado, a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico vão contribuir para explicar a variância estatística da Satisfação com a Vida, dos Estados Emocionais Positivos, e dos Estados Emocionais Negativos dos casais inférteis.

Relativamente à estrutura da exposição do presente trabalho, abordamos, primeiramente, o enquadramento teórico, no qual consta informação relativa à evolução histórica da infertilidade, à definição da infertilidade, à incidência e à prevalência da mesma, à sua etiologia e possíveis causas, aos tratamentos existentes no campo da infertilidade, às consequências da mesma e diferenças de género, e por fim, à caracterização das variáveis “satisfação com a vida” e “estados emocionais” e à sua relação com a temática da infertilidade, nomeadamente, no que diz respeito às suas consequências. De seguida, serão enunciados o objectivo e as hipóteses definidas para este estudo. Posteriormente, será apresentada a metodologia da parte empírica do trabalho, onde se inclui a definição e operacionalização das variáveis, o procedimento e a análise estatística efetuada. Por fim, serão expostas a análise dos resultados e a sua discussão, assim como, as conclusões deste trabalho, sendo referenciadas as limitações e alcances do presente estudo e sugeridas ainda investigações futuras.

Capítulo 1 Enquadramento Teórico

1.1. Infertilidade

1.1.1. A Infertilidade e a sua Evolução Histórica

No início da história da infertilidade, a Psicologia trabalhava as áreas da saúde mental através duma orientação psicanalítica ou psicogénica. Desde os finais do século XIX que a causa da infertilidade tem sido atribuída sobretudo à mulher (Watkins & Baldo, 2004). Sendo que a causa da infertilidade era evidente para o género feminino com o problema centrado em conflitos inconscientes, atribuídos à função dos mecanismos de defesa (Vieira, 2009). De acordo com Klemperer (1992), na década de 40, acreditava-se que a infertilidade estava ligada quer a uma neurose feminina, quer a um medo inconsciente da mulher face à sexualidade relacionado com possíveis neuroses. Nos anos de 1950 e 1960, a infertilidade era vista como sendo fruto de uma perturbação psicológica da mulher e da sua ambivalência em tornar-se mãe (Himmel, Ittner, Kochen, Michelmann, Hinney, Reuter, Kallerhoff & Ringert, 1997; Klemperer, 1992). Assim, na época, as mulheres eram submetidas a intervenções focadas em sentimentos de hostilidade dirigidos, principalmente, às suas mães, mas também, a outras mulheres grávidas com a finalidade de produzir um processo de mudança na resposta neurótica (Covington, 2006, citado por Vieira, 2009). A revolução sexual dos anos 60 fez emergir as interpretações psicogénicas da infertilidade também no homem, surgiram também as teorias psicossomáticas da infertilidade, as quais procuram promover aproximações de demonstração psicopatológica na infertilidade, avaliando o papel etiológico da infertilidade (Vieira, 2009). Segundo Ramazanzadeh, Noorbala, Abedinia e Naghizadeh (2009), até há 30 anos atrás, a maioria das pesquisas sobre a infertilidade concentrava-se sobre as diferenças psicológicas entre mulheres férteis e inférteis. Com o passar do tempo, a perspectiva foi sendo alterada. A partir dos anos 80, houve uma progressão dos modelos explicativos da infertilidade de causa psicológica, os quais se focavam primariamente na mulher. Além disso, actualmente, com o desenvolvimento do modelo biomédico, é possível estabelecer causas para a grande maioria dos problemas de fertilidade (Stanton, Lobel, Sears & DeLuca, 2002). Neste sentido, desde que a condição médica se tornou proeminente, a condição psicológica sofreu uma diminuição de atenção (Cousineau & Domar, 2007). Deste modo, nas últimas décadas do século XX assistimos a mudanças significativas no âmbito da saúde reprodutiva. Segundo

Remoaldo, Machado, Reis, Pereira e Xavier (2005), um dos aspectos relevantes está relacionado com a passagem do sexo sem procriação para a procriação sem sexo. Ou seja, se antes a ida ao médico visava controlar a natalidade através de métodos anticoncepcionais, agora a grande preocupação é saber como controlar a infertilidade. Tendo esta alteração como origem o ímpeto de problemas relacionados com a capacidade de reproduzir. Assim, nas últimas quatro décadas assistiu-se a um enorme desenvolvimento no que concerne ao diagnóstico e tratamento da infertilidade.

Relativamente a Portugal, o recurso às técnicas de Reprodução Medicamente Assistida só foi possível a partir de 1985, quando se obteve a primeira gravidez resultante de uma Inseminação Artificial Intraconjugal. Um ano depois, foi utilizada pela primeira vez a técnica da Fertilização in Vitro, da qual resultou o nascimento de um bebé do sexo masculino (Moutinho, 2004, citado por Lopes, 2010).

Também a investigação psicológica da infertilidade evoluiu. De facto, ao longo dos tempos, os investigadores pesquisaram sobretudo sobre as causas da infertilidade. Contudo, nos dias de hoje, a visão da infertilidade é bastante diferente, e assiste-se a um esforço para determinar as consequências psicológicas da experiência de infertilidade.

1.1.2. O Conceito de Infertilidade

O conceito de infertilidade é ambíguo e pouco consensual. Ao preocuparmo-nos com o conceito de infertilidade estamos, sem dúvida, a relacioná-lo com o conceito de saúde reprodutiva. A qual, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, é a capacidade de cada um de se reproduzir de forma a conseguir um filho são, com garantia de sobrevivência e de que da gravidez e do parto não ocorram riscos para a saúde da Mãe (Remoaldo e colaboradores, 2005). A infertilidade tem sido considerada pela Organização Mundial da Saúde como um importante problema de saúde pública (Portugal, 2008, citado por Ferreira e colaboradores 2011). A infertilidade é definida como a incapacidade de engravidar após doze meses ou mais de relações sexuais regulares sem contraceção (Cooper-Hilbert, 2001; Daniluk, 2001; Esteves, 2009; Peterson, Newton & Rosen, 2003). Santos (1998, citado por Esteves, 2009) refere-se à infertilidade como resultante de uma falência do processo reprodutivo à qual está subjacente, muitas vezes, uma afecção orgânica quer feminina quer masculina e salienta que este distúrbio dos mecanismos fisiológicos da reprodução constitui

um problema médico-social generalizado e de progressiva incidência, que atinge uma assinalável camada da população procriativa.

Segundo a European Society of Human Reproduction and Embriology, podemos equacionar uma definição geral e uma definição específica de infertilidade. Enquanto a primeira é a diminuição da capacidade de conceber em relação à população geral, a segunda é a incapacidade de um casal de conceber depois de um ano de relações sexuais sem contraceção (Remoaldo e colaboradores, 2005). Ainda podemos encontrar definições que afirmam que a infertilidade é a incapacidade temporária ou permanente de conceber um filho e de levar a termo uma gravidez até ao parto (Vieira, 2009).

Porém, é clara a dificuldade e uma certa ambiguidade surgidas com a definição do conceito de infertilidade que é, frequentemente, confundido com o conceito de esterilidade (Silva, 2011). Neste âmbito, importa distinguir entre infertilidade e esterilidade. Embora, frequentemente utilizados como sinónimos, estes dois conceitos referem-se a diferentes realidades. Se, por um lado, a esterilidade diz respeito à impossibilidade absoluta de conseguir ter um filho vivo, a infertilidade refere-se à incapacidade relativa de conceber, isto é, na esterilidade o problema da reprodução é inultrapassável enquanto na infertilidade a sua solução é viável (Couto, 2011).

Além disso, a natureza da infertilidade pode ser classificada em dois tipos específicos. Por um lado temos a infertilidade primária que define a incapacidade de conceber uma criança ou a impossibilidade de conduzir uma gravidez até ao fim, ou seja, é diagnosticada quando ainda não houve capacidade para se atingir uma única gravidez com sucesso; por outro lado, temos a infertilidade secundária, que define a incapacidade de conceber depois de já ter uma criança e/ou o não cumprimento de uma gravidez, ou seja, é determinada quando essa incapacidade está relacionada com uma segunda ou seguintes gravidezes (Esteves, 2009; Himmel e colaboradores, 1997; Rutstein & Shah, 2004).

É ainda de salientar que os casais inférteis costumam ser categorizados em dois grupos: aqueles que não conseguem a gravidez sem tratamento, como por exemplo, na azoospermia (ausência de espermatozóides), na obstrução tubarária bilateral e na anovulação (ausência de ovulação), e os que são subférteis ou hipoférteis, que, com o tempo, poderão vir a conceber mesmo sem tratamento (Remoaldo e colaboradores 2005).

1.1.3. Incidência e Prevalência da Infertilidade

A incidência da infertilidade é extremamente difícil ou mesmo impossível de estabelecer, quer pelas diversas definições utilizadas por vários autores, quer pelas grandes variações regionais e pelas diferenciadas metodologias de avaliação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a Infertilidade é um fenómeno que afecta cerca de 12% dos casais de todo o Mundo, com prevalência geral de 5% na população em idade reprodutiva (Lanius, 2008, citado por Ferreira, Silva, Brito, Dias, Henriques & Santos, 2011). De acordo com Remoaldo e colaboradores (2005), e Santos (1998, citado por Esteves, 2009), estima-se que, actualmente, a prevalência da infertilidade à escala mundial seja de entre 10 a 15% de casais em situação de infertilidade. Também Moreira, Melo, Tomaz e Azevedo (2006) revelam que se estima que cerca de 10 a 15% dos casais apresentam problemas para conceber.

A cada ano, há cerca de dois milhões de novos casais inférteis no mundo (Drosdzol & Skrzypulec, 2009). Contudo, a prevalência da infertilidade varia em diferentes partes do mundo (Ramazanzadeh e colaboradores, 2009). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (1998), a problemática da infertilidade afecta, 10 a 15% dos casais portugueses em idade reprodutiva e estima-se que, em 80% dos casos, a incidência de factores causais, quer femininos quer masculinos, seja semelhante. Assim, dos casais inférteis, pensa-se que 40% das mulheres e igualmente 40% dos homens são inférteis, sendo os restantes 20% de situações onde a causa é mista ou desconhecida (Esteves, 2009). Segundo o INE (2002), mais de 15 % das situações de infertilidade, são chamadas de infertilidade idiopática, em que não é possível determinar quais as causas.

Calcula-se, possivelmente, que em Portugal cerca de 500.000 indivíduos em idade de procriação sofrem de infertilidade, porém, apenas uma baixa percentagem de casais procuram ajuda nos serviços (Remoaldo & Machado, 2002). Também segundo Santos (1998, citado por Esteves, 2009), em Portugal, não se conhece o número exacto de casais estéreis, embora por extrapolação se admita que deverá existir no nosso país cerca de meio milhão de pessoas, em idade fértil, que não terão filhos embora o desejem. No caso de Portugal, só no ano de 2010 foi publicado o primeiro estudo caracterizador sobre infertilidade, intitulado “Estudo Afrodite: Caracterização da Infertilidade em Portugal”. Este estudo concluiu que, em Portugal, a prevalência da infertilidade ao longo da vida situa-se entre os 9% e os 10%, estimando-se que entre 266 088 e 292 996 casais tenham infertilidade (Carvalho & Santos, 2010). Em mulheres em idade reprodutora, o mesmo estudo conclui

que entre os 25 e os 44 anos de idade, a prevalência de infertilidade ronda os 8,2%, estimando-se entre 116 630 e 121 059 casais sejam inférteis (Ferreira, e colaboradores 2011).

De acordo com Silva (2011), estima-se que a prevalência da infertilidade nos países industrializados é de 17 a 28% e, em média, 56% dos casais inférteis procura ajuda médica. Remoaldo e colaboradores (2005) salientam também a importância de se saber distinguir a infertilidade voluntária, ou seja, aquela que é opção do casal e que ronda os 3 a 5%, da infertilidade involuntária. A infertilidade é uma situação que afecta os casais e, portanto, a infertilidade feminina e masculina não podem ser consideradas em separado, tanto mais que a percentagem de causas mista é cada vez mais frequente.

1.1.4. Etiologia e Causas da Infertilidade

De acordo com Esteves (2009), são inúmeros os factores que podem condicionar a fertilidade do casal, sendo que algumas vezes estes factores surgem associados entre si.

Quanto às causas biológicas femininas, são encontrados factores tubários e peritoneais, ováricos, uterinos, e vaginais e cervicais. Já relativamente às causas biológicas masculinas, encontram-se factores de etiologia secretora, excretora, e perturbações da ejaculação. A infertilidade pode ainda ser de causa mista quando é originada por problemas do homem e da mulher, em simultâneo.

Segundo Ferreira e colaboradores (2011), actualmente, o termo infértil é aplicado caracteristicamente ao casal e não a um único indivíduo, pois culturalmente a fertilidade é apenas reconhecida como parte integrante de um relacionamento heterossexual. Porém, as causas de infertilidade são variadas e podem, ou não, estar associadas a anomalias do sistema reprodutor masculino ou feminino.

Assim, além da infertilidade com causa biológica conhecida da mulher, do homem, ou de ambos, existe também a infertilidade de causa desconhecida ou psicológica. A causa desconhecida refere-se a quando não se consegue identificar a origem da infertilidade (Esteves, 2009). Esta pode também ser chamada de infertilidade idiopática, ou seja, não é possível determinar quais as causas, pois a qualidade do sêmen preenche os critérios de normalidade e não há defeito no sistema reprodutor da mulher, e conseqüentemente intervir de modo adequado para tentar ultrapassar o problema (INE, 2002). De acordo com Greenhouse, Rankin e Dean (1998), a infertilidade idiopática ou inexplicada é diagnosticada

quando, após uma investigação clínica completa de ambos os parceiros, não foi possível determinar a causa da infertilidade.

Por sua vez, a causa psicológica, é também muitas vezes designada, de uma forma incorreta, como de causa desconhecida. O conceito de infertilidade psicogénea é um assunto controverso, porque alguns autores consideram psicogénea a infertilidade em que não existem alterações orgânicas demonstráveis, enquanto outros, que são a maioria, consideram psicogénea a infertilidade em que existem factores psíquicos importantes, conscientes ou inconscientes, quer se acompanhem ou não de alterações orgânicas demonstráveis, como espasmos tubários ou do colo, etc. Deste modo, segundo Esteves (2009) é urgente a mudança, também na denominação, e quando não há causa orgânica e/ou quando estas causas estão numa origem psicossomática, sem medos deve-se diagnosticar, escrever, e registar como causa psicológica. É, assim, presentemente, consensual, a inexistência de uma homogeneidade ao nível da etiologia, nas situações de infertilidade, devendo, por isso, dar-se a devida importância às dimensões orgânica e psicológica.

Nos últimos anos, a procura de serviços especializados na área da infertilidade tem aumentado, apesar do pouco apoio estatal (Remoaldo e colaboradores 2005). Este aumento da incidência com o aumento do número de novos casos por ano deve-se essencialmente a factores sócio-culturais e profissionais, mas também a factores de ordem comportamental e biológica.

A nível dos factores sócio-culturais e profissionais salienta-se, entre outros, o adiamento da maternidade para idades em que biologicamente a mulher é menos fértil (a partir dos 31 anos), sendo este atraso em procurar descendência motivado por questões profissionais (Cousineau & Domar, 2007; DeGraaff, Land, Kessels & Evers, 2011; Hassan & Killick, 2003; Jolly, Sebire, Harris, Robinson & Regan, 2000; Ministério da Saúde, 2004; Vieira, 2009; Wiener-Megnazi, Auslender & Dirnfeld, 2012). De facto, as tendências sociais, tais como a preocupação com a carreira profissional pela presença da mulher no mercado de emprego formal (Remoaldo e colaboradores 2005; Remoaldo, Machado & Reis, 2006), assim como os níveis de instrução elevado que requerem o prolongamento da permanência no sistema de ensino (Terava, Gissler, Hemminki & Luoto, 2008), aliado à crescente instabilidade dos empregos que, por vezes, convertem a maternidade num “luxo” destinados aos casais ainda detentores de estabilidade profissional, levam ao adiamento da constituição de família (Remoaldo e colaboradores 2005). Além disso, o número de mulheres em idade fértil é um indicador que evolui no sentido oposto ao desenvolvimento económico (Río, Moreno-Rosset, Jurado & Robaina, 2008). Assim, podemos perceber o

quanto a evolução da sociedade e a idade se interligam à alteração do padrão de fecundabilidade (Vieira, 2009). De acordo com o INE (2002), os problemas com a fertilidade encontram-se em ascensão, por exemplo, se a capacidade de fertilidade da mulher é de aproximadamente 25% antes dos 30 anos, entre os 40 e os 45 anos essa probabilidade é de apenas 5%. Já na capacidade de fertilidade do homem não se verifica uma descida tão acentuada como nas mulheres, todavia, com o aumento da idade existe um declínio progressivo do volume, da mobilidade e da morfologia do esperma.

Relativamente aos factores de ordem comportamental, o início precoce da actividade sexual, associado à promiscuidade sexual, pode levar à disseminação das infecções sexualmente transmissíveis, assim como ao aumento da incidência de doenças inflamatórias pélvicas, com a consequente obstrução tubarária culminando em situações de infertilidade (Ministério da Saúde, 2004, Remoaldo e colaboradores, 2005, Remoaldo e colaboradores 2006; Schryver & Meheus, 1990; Vieira, 2009). Também as alterações profundas no estilo de vida das mulheres e dos homens, tais como o aumento do consumo de álcool (Anderson, Nisenblast & Norman, 2010; Hassan & Killick, 2004; Homan, Davies, e Norman, 2007), de tabaco (American Society for Reproductive Medicine, 2003; Augood, Duckitt & Templeton, 1998; Hassan e Killick, 2004; Homan, Davies & Norman, 2007), de estupefacientes (Mueller, Daling, Weiss & Moore, 1990), e de fármacos, e o incremento de estados de ansiedade e depressão aumentam o risco de problemas de fertilidade (Remoaldo e colaboradores, 2005). Analogamente, o crescimento do uso de contraceptivos orais (Hassan & Killick, 2004), assim como o aumento da prática de aborto (Stanton e colaboradores, 2002; Todorova & Kotzeva, 2003) podem limitar ou atrasar a futura gravidez. Além disso, a nutrição deficiente também tem um efeito prejudicial sobre a fertilidade, sendo que a obesidade tem um efeito negativo sobre a qualidade do sémen (Shayeb & Bhattacharya, 2009), e a ingestão de laticínios com baixo teor de gordura está associada à anovulação na infertilidade, aumentando o risco de problemas de fertilidade (Chavarro, Rich-Edwards, Rosner & Willett, 2007). Aliada à nutrição deficiente, também a prática de exercício físico excessivo induz problemas ovulatórios na mulher (Homan e colaboradores, 2007).

Ainda relativamente a factores de ordem comportamental, podemos encontrar mais alguns estilos de vida e hábitos responsáveis pela infertilidade, nomeadamente, nos homens. Neste sentido, Roger (1998) verificou em alguns homens inférteis, estilos de vida sedentária e hábitos de vestuário e higiene, exposição dos testículos ao calor, exposição a pesticidas e envolvimento em relações sexuais pouco espaçadas no tempo. Num outro estudo, Gracia, Sammel, Coutifaris, Guzick e Barnhart (2005) encontraram associado à infertilidade, nos

homens, a exposição ocupacional a radiações e terminais de vídeos, ao trabalho por turnos, ao metal, aos fumos, aos campos electromagnéticos, aos solventes, aos chumbos, às tintas, aos pesticidas, à vibração, e aos trabalhos relacionados com o stress. Remoaldo e colaboradores (2006) também consideram que a profissão exercida pelo homem pode relacionar-se com casos de infertilidade, pois a formação de espermatozóides ocorre a temperaturas abaixo da temperatura corporal, logo é necessário que se evite usar roupas apertadas, ficar sentado muito tempo ou trabalhar perto de fontes de muito calor, devido ao aquecimento do testículo.

No que diz respeito aos factores de ordem biológica, foi encontrada uma associação entre a infertilidade e o declínio progressivo do volume, da mobilidade e da morfologia do esperma (INE, 2002); e também entre o número de células T ou o seu funcionamento deficitário com a infertilidade (Guerin, Prins & Robertson, 2009). Ainda relativamente a anomalias orgânicas, verificou-se que também o índice de massa corporal, e o stress contribuem para os problemas de fertilidade, em ambos os géneros (Homan e colaboradores, 2007).

Especificamente, a infertilidade biológica dos homens tem como principais causas as anomalias do sémen, varicocele, factores infecciosos, factores imunológicos, factores congénitos, anomalias congénitas nos testículos, factores sexuais, alterações endocrinológicas, insuficiência testicular, ausência de produção de espermatozóides ou produção de espermatozóides em número insuficiente ou com mobilidade deficiente, e libertação de um maior número de gâmetas anómalos, e obstrução e criptorquidia. Já a infertilidade biológica feminina tem como principais causas as alterações ovulatórias, anomalias congénitas (atrofia ou ausência dos ovários, trompas, útero), lesão e bloqueio tubário, aderências paratubárias e endometrioses, anomalias na interacção entre o muco cervical e os espermatozóides, anomalias na secreção hormonal, obstrução ou alteração das trompas de falópio, e ainda alterações mais raras, como anomalias uterinas, alterações imunológicas e infecções (Berek, Hillard & Adashi, 1997, citado por Couto, 2011; Himmel e colaboradores, 1997).

Neste sentido, e em forma de síntese, Santos (1998, citado por Esteves, 2009) defende que a forma progressiva do acréscimo do número de casos de infertilidade conjugal tem probabilidades de estar relacionada com fenómenos como: adiamento da idade em que é desejada a primeira gestação com inevitáveis consequências negativas para a fecundidade; incremento da patologia dependente de doenças sexualmente transmissíveis; prática mais generalizada do aborto e utilização desregada de certos métodos contraceptivos perniciosos

para uma futura concepção; exposição excessiva a factores tóxicos e ambientais com efeitos deletérios nos mecanismos que asseguram a reprodução; aumento da incidência de situações em que se detectam factores de índole masculina; e sequelas da tuberculose feminina.

1.1.5. Tratamentos para a Infertilidade

Nos últimos anos, é notório, que os problemas de fertilidade aumentaram abruptamente. Deste modo, tem-se assistido a um aumento significativo na procura de serviços de tratamento de infertilidade (Conceição, 2000). O tratamento de infertilidade afecta o sistema de valores, zonas íntimas e privadas, e as normas morais e éticas. A intervenção médica pode afectar consideravelmente a qualidade de vida dos casais inférteis e as suas necessidades emocionais, sociais, físicas, sexuais, profissionais, intelectuais e bem-estar mental (Drosdzol & Skrzypulec, 2009).

De facto, a infertilidade é definida como um problema de saúde pública e, apesar das diferenças entre países, é percebida pelos adultos como uma doença, sendo que os mesmos possuem uma baixa percepção acerca do sucesso dos tratamentos (Adashi, Cohen, Hamberger, Jones, Kretser, Lunenfeld, Rosenwaks & Van Steirteghem, 2000). Por se tratar de um problema de saúde pública deve ser tratado conjuntamente com outros problemas reprodutivos, nomeadamente, a contracepção, as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez e o parto (Remoaldo e colaboradores, 2005).

Neste sentido, de acordo com a American Society for Reproductive Medicine (2008) recomenda-se que a avaliação e o tratamento, em mulheres com mais de 35 anos, seja realizado após seis meses de tentativas de concepção sem relações protegidas. Em Portugal, recomenda-se que o casal procure ajuda especializada se não tiver havido gravidez ao fim de dois anos, ou ao fim de um ano se a mulher tiver mais de 30 anos (Esteves, 2009). O desenvolvimento médico e científico e o acesso ao tratamento de infertilidade é distinto de país para país e o seu sucesso depende dos factores que contribuem para a infertilidade no casal (Adashi e colaboradores, 2000).

O tratamento da infertilidade teve um progresso significativo nas duas últimas décadas devido à introdução das técnicas de Procriação Medicamente Assistida, tornando possível para muitos casais a solução da infertilidade, que era praticamente impossível há vinte anos atrás. Existem actualmente em Portugal seis centros públicos de Procriação Medicamente

Assistida. No que concerne aos centros privados, encontram-se quatro no Norte, um no Centro e seis no Sul do Continente (Remoaldo e colaboradores, 2006).

A American Society for Reproductive Medicine (2008) refere um conjunto de tratamentos clínicos e de laboratório que incluem a manipulação de ovócitos, esperma e/ou embriões com intenção de alcançar uma gravidez, tais como: a fertilização in vitro (FIV); a transferência intrafalópica de gâmetas (GIFT); a transferência intrafalópica do zigoto (ZIFT); a biopsia embrionária; a pré-implantação de diagnóstico genético (DGP); a criopreservação de embriões; e os ovócitos ou embriões doados e substituição de gestação. Contudo, de acordo com Lunenfeld e Van Steirteghem (2004), os tratamentos mais usados são a FIV para factores femininos e a ICSI para factores de infertilidade masculina. Em Portugal, as técnicas de Procriação Medicamente Assistida permitidas e utilizadas são: a inseminação artificial (IAC); a fertilização in vitro (FIV); a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI); a transferência de embriões, gâmetas ou zigotos; o diagnóstico genético pré-implantação e outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias (Vieira, 2009).

Paralelamente aos tratamentos físicos, também os tratamentos psicológicos poderão ser de extrema importância no combate à infertilidade. Actualmente, já cada vez mais médicos ginecologistas se têm apercebido que, apesar da evolução da técnica ginecológica quer a nível operatório quer a nível da medicação hormonal, a queixa da infertilidade está a aumentar por parte dos casais que desejam ter filhos e que não atingem o seu objectivo. Alguma da compreensão médica acerca deste fenómeno e da influência dos factores psicológicos exercida sobre ele deve-se em grande medida à difusão da psicanálise e ao apogeu da medicina psicossomática que se faz sentir nos países desenvolvidos. Desta forma, na clínica médica existe um número considerável de ginecologistas que indicam psicoterapia aos seus pacientes (Esteves, 2009). A infertilidade é uma crise complicada e psicologicamente ameaçadora e desafiadora, sendo que uma percentagem significativa de pessoas apresenta sinais clínicos, tais como a incapacidade de se adaptar ao problema e inadequadas reacções emocionais, o que destaca a importância das intervenções psicológicas e psicoterapêuticas (Ramazanzadeh e colaboradores, 2009). Assim, a ajuda profissional de psicólogos e psiquiatras clínicos é útil para ajudar os pacientes inférteis a lidar melhor com o stress causado pela infertilidade de modo a promover a satisfação com a vida e o ajustamento conjugal em casais inférteis (Drosdzol & Skrzypulec, 2009).

1.1.6. Consequências da Infertilidade

A infertilidade é um problema de saúde que afecta de forma significativa os casais. De acordo com Uribelarrea (2008), a infertilidade é um problema clínico atípico e relevante nas suas consequências psicológicas. Além disso, independentemente da causa, a infertilidade é sempre motivo de grande sofrimento, razão pela qual os indivíduos inférteis são colocados num panorama de grande fragilidade (Faria, 2001).

Embora na maioria dos casos apenas um dos membros do casal seja alvo do diagnóstico de infertilidade, esta deve ser conceptualizada como um problema do casal. Deste modo, a infertilidade é um problema de saúde do casal (Schmidt, 2006), tanto pelas suas causas como consequências ao nível biopsicossocial e psicológico (Domar, Clapp, Slawsby, Kessel & Freizinger, 2000; Ramezanzadeh, Aghssa, Abedinia, Zayeri, Khanafshar, Shariat & Jafarabadi 2004). O impacto para o casal e para a sociedade é, assim, significativo e varia muito entre as diferentes populações, de acordo com a sua prevalência e com a importância que esta adquire para a comunidade (Simões, 2010). Uma vez que a vivência da infertilidade é claramente diferente de indivíduo para indivíduo, variando em função do sexo, personalidade, cultura, história pessoal e familiar, assim como do investimento que projectam no futuro filho (Faria, 2001). Contudo, geralmente, a infertilidade é interpretada como uma situação devastadora que impede o cumprimento de uma etapa de desenvolvimento normativa (Koropatnick, Daniluk & Pattinson, 1993). Neste sentido, a infertilidade é uma situação carencial que embora não comprometa a integridade física, nem seja um risco vital, pode influenciar negativamente o desenvolvimento psíquico da pessoa, do casal e muitas vezes da própria família, produzindo frustração e desmotivação que podem ter efeitos deletérios prolongados (Remoaldo e colaboradores, 2005).

A infertilidade, de acordo com Delgado (2007), tem vindo a ser descrita como uma crise importante que comporta uma dimensão física, psíquica, emocional e socio-cultural. A nível físico, o casal infértil apresenta queixas somáticas como por exemplo, náuseas, palpitações, dores de estômago e abatimento (Atwood & Dobkin, 1992; Butler & Koraleski, 1990; Klempner, 1992). Além de enfrentar problemas nos órgãos do corpo, os casais inférteis têm também problemas psicológicos. De acordo com Strauss, Hepp, Staeding e Mettler (1998), os problemas psicológicos devem ser vistos como um factor de risco para os casais em tratamento de infertilidade. Quando confrontado com a problemática da infertilidade, o casal enfrenta um conjunto de reacções e sentimentos típicos das pessoas que passam por essa experiência. Ao choque e surpresa iniciais (Himmel e colaboradores,

1997), seguem-se a zanga e a cólera (Andrews, Abbey & Halman, 1991; Greil, 1997; Himmel e colaboradores., 1997; Phipps, 1993), a vergonha que, progressivamente, conduz ao isolamento social, os sintomas depressivos, a depressão, stress, ansiedade, agressividade, tristeza, sentimento de culpa, abatimento, crises de choro, auto-crítica, medo, sentimento de descontentamento, frustração, inveja, solidão, falta de auto-estima, angústia, dificuldades interpessoais, falta de confiança, perda de feminilidade/masculinidade, sentimento de não ser desejado, falta de flexibilidade relativamente ao seu parceiro, e insatisfação sexual (Couto, 2011; Daniluk & Tench, 2007; Lee & Sun, 2000; Ramazanzadeh e colaboradores, 2009; Watkins & Baldo, 2004).

A infertilidade pode, assim, ser considerada uma situação que causa grande sofrimento, assim como dificuldade de realização pessoal, familiar e inserção e que pode interferir nas relações familiares e sociais, no desempenho profissional, e ainda no bem-estar psíquico. Por estas razões, durante as duas últimas décadas, os aspectos psicológicos da infertilidade e as intervenções psiquiátricas relacionadas ganharam uma crescente importância (Ramazanzadeh e colaboradores, 2009).

1.1.7. Diferenças de Género

Se anteriormente a etiologia da infertilidade era considerada como sendo de responsabilidade feminina, actualmente é vista de outra forma, uma vez que o factor masculino é tão frequente quanto o feminino, cerca de 40% para cada um dos géneros (Remoaldo, e colaboradores 2005). A infertilidade é perspectivada como uma experiência que desencadeia bastante stress na mulher e no homem, embora existam autores que defendem que os dois elementos do casal lidam com a problemática da infertilidade de maneira diferente (Jordan & Revenson, 1999; Schmidt, Holstein, Boivin, Tjornhoj-Thomsen, Blaabjerg, Hald, Rasmussen & Andersen, 2003). Porém, apesar de as mulheres e os homens experimentarem angústia, culpa e problemas sexuais similares, ficam afectados de forma diferente pela experiência de infertilidade (Lee & Sun, 2000). Uma dessas disparidades deve-se ao facto de a classificação que a mulher e o homem fazem quanto à condição de infértil. Uma vez que a sociedade ainda enfatiza a maternidade como o papel social feminino mais importante, como se ter um filho biológico fosse um aspecto intrínseco à natureza e função feminina (Becker & Nachtigall, 1994; Cudmore, 2005). Neste sentido, a identidade de género da mulher é sempre perturbada, quer o diagnóstico seja por factor de

causa masculina ou feminina, o que parece indicar que qualquer fracasso em vivenciar o papel da maternidade afecta negativamente a auto-percepção da mulher, porque a falha em se reproduzir biologicamente representa uma falha em corresponder às expectativas sociais quanto ao seu papel de género (Melo, Leal & Faria 2006). Assim, a mulher tende a sentir-se responsável pela questão da infertilidade, mesmo quando desconhece qual dos elementos do casal é infértil ou quando o parceiro é considerado o sujeito infértil (Tennen, Affleck, & Mendola, 1991, citado por Gomes, 2009). Sendo que são vários os estudos que indicam que a mulher se sente culpada pela infertilidade quando existe um diagnóstico de infertilidade masculina e que, mesmo nessas circunstâncias, opta por tratamentos médicos focalizados no sistema reprodutor feminino para proteger a auto-estima do homem (Cudmore, 2005). Além disso, a maioria dos tratamentos médicos incide e são muito mais complexos, incómodos, invasivos e intrusivos no corpo das mulheres do que no dos homens (mesmo quando a infertilidade é diagnosticada como factor masculino), o que também pode levar a que as mesmas se sintam mais afectadas (Melo, Leal & Faria 2006; Schneider & Forthofer, 2005; Jordan & Revenson, 1999; Whiteford & Gonzalez, 1995). Também neste sentido, quando se pondera a existência de infertilidade num casal, os vários exames médicos recaem em primeiro lugar sobre o sistema reprodutor da mulher (Abbey, Andrews & Halman, 1994). Ramos (2011), no que se refere à adaptação ao tratamento indica os casais inférteis, e nomeadamente as mulheres, apresentam reactividade emocional negativa mais acentuada que os grupos de comparação. Todos estes dados sugerem que a problemática da infertilidade é significativamente mais exigente para a mulher, e esta é percebida como a principal vítima da situação (Forrest & Gilbert, 1992; Gibson & Myers, 2002; Greil, 1997; Robinson & Steward, 1996). Assim, as mulheres revelam níveis de stress significativamente maiores do que os homens, diminuindo no segundo ano de tratamento e aumentando por sua vez no terceiro (Schneider & Forthofer, 2005; Peterson e colaboradores, 2003). Em relação ao significado da infertilidade para a mulher, é encarada como uma mutilação feminina, em que estas se sentem desprovidas dos seus “utensílios” para gerarem um filho, revelando que isto lhes traz infelicidade afectando a sua vida em todos os níveis, e sentindo-se inúteis (Ferreira e colaboradores, 2011). Deste modo, nas relações inférteis, independentemente da causa, as mulheres sofrem mais frequentemente de diminuição de auto-estima (Lee & Sun, 2000), alterações de humor, preocupação, irritabilidade, desespero, sentimentos de culpa, dor, disfunções sexuais (Drosdzol & Skrzypulec, 2009), depressão (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Peterson e colaboradores, 2003), ansiedade (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Ramazanzadeh e colaboradores, 2009;

Ferreira e colaboradores, 2011), tristeza profunda, sentimento de impotência para lidar e ultrapassar esta situação, e choro fácil (Ferreira e colaboradores, 2011). Alguns sentimentos como a tristeza, o choro, os sentimentos de culpa e impotência e a depressão podem então surgir acompanhados de distúrbios de sono, concentração, atenção e líbido, e em casos mais extremos as tentativas de suicídio (Ferreira e colaboradores, 2011).

Relativamente aos homens, alguns estudos que se têm debruçado sobre a adaptação dos mesmos à infertilidade, têm concluído que as suas reacções são, geralmente, menos extremas do que as das mulheres. Contudo, as reacções do homem parecem estar dependentes da presença ou ausência de um factor masculino como causa da infertilidade, visto que o homem manifesta sentimentos semelhantes aos da mulher quando existe um diagnóstico de infertilidade masculina: choque, ansiedade, raiva, vergonha, depressão, baixa auto-estima e culpa (Nachtigall, Becker & Wozny, 1992). Acrescenta-se a isto o estereótipo do homem infértil, que confunde fertilidade com virilidade, na medida em que o homem infértil é percebido como não sendo másculo, viril ou potente (Nachtigall e colaboradores, 1992). Assim, o homem sente que a sua identidade enquanto homem foi destruída, pois passou a ser percebido pela sociedade como alguém impotente e com pouca masculinidade (Cudmore, 2005).

Existem também algumas diferenças relativamente à forma como homens e mulheres lidam com este assunto, sendo que o homem opta por soluções focadas no problema (e.g., aumento da ocupação com o emprego) (Endler, Parker & Summerfeldt, 1993; Jordan & Revenson, 1999); revela bastante dificuldade em conversar sobre o assunto (Watkins & Baldo, 2004); acha que tem uma menor necessidade de apoio e sente-se menos confortável em procurá-lo, desenvolvendo, assim, redes sociais alargadas mais superficiais (Greil, 1991), e tende a eleger a esposa como sua única confidente (Freeark, Jozefowicz-Simbeni, Rosenberg & Bornstein, 2005; Jordan & Revenson, 1999); verifica-se também a intensificação da actividade profissional, o sigilo social e familiar e, por vezes, a procura de relações extraconjugais (Drosdzol & Skrzypulec, 2009). Por sua vez, a mulher utiliza estratégias focadas nas emoções (e.g., procura de apoio social) para tentar gerir o stress emocional criado pelo problema de infertilidade (Gomes, 2009). Neste sentido, a mulher não só mobiliza mais apoio social e utiliza essa ajuda em proveito da sua própria expressão emocional como também elege a família, os amigos e o parceiro como potenciais confidentes (Jordan & Revenson, 1999; Watkins & Baldo, 2004); uma vez que as mulheres sentem uma maior necessidade de partilhar os seus sentimentos sobre a tentativa de conceber um bebé mais do que os seus parceiros (Couto, 2011).

Em suma, se por uma questão cultural, para a mulher a aceitação da infertilidade é um fardo que é carregado ao longo das gerações, e esta consegue assumir mais facilmente a sua infertilidade, para o homem esta situação é muito mais difícil de aceitar e muitas vezes associam-na à perda de masculinidade com interferência na sexualidade do casal (Remoaldo e colaboradores, 2006).

1.2. Bem-Estar Subjetivo: Satisfação com a Vida e Estados Emocionais

Um dos constructos que, de há muito, tem suscitado o interesse dos investigadores é o de Bem-Estar Subjetivo (BES), isto é, a maneira positiva ou negativa como as pessoas experienciam a sua vida (Catarino, 2011). Sendo que, o bem-estar constitui certamente uma das principais aspirações de qualquer pessoa ao longo do seu ciclo de vida (Caetano & Silva, 2010). De acordo com Simões (1992), o campo do BES compreende a análise científica do modo como os indivíduos avaliam as suas vidas, quer no próprio momento, quer por longos períodos de tempo. O constructo do BES tem, assim, sido utilizado para conceptualizar, a forma como os indivíduos avaliam a sua própria vida como um todo (Diener, 1984). Estas avaliações globais e subjectivas incluem as reacções emocionais a acontecimentos, o humor, e os julgamentos que se formam acerca da satisfação com a vida; estando também incluídas, nesta avaliação, variáveis como a satisfação em domínios específicos (e.g., casamento ou trabalho), a ausência de emoções negativas e presença de emoções positivas (Diener, 1984; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002). De acordo com Galinha e Ribeiro (2005), o BES é uma categoria vasta de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação com a vida. Deste modo, o constructo do BES possui três componentes primários distintos, que se interrelacionam entre si: a satisfação com a vida, componente avaliativa ou cognitiva do BES; o afecto positivo; assim como um baixo nível de afecto negativo que, conjuntamente integram a componente emocional ou afectiva do BES (Simões, 1992; Pavot, Fujita & Diener, 1997; Diener, 2000). Também Novo (2003, citado por Galinha & Ribeiro, 2005) salienta que o constructo encerra em si aspectos cognitivos (satisfação) e aspectos afectivos (reacções emocionais, positivas ou negativas) implicados na avaliação subjectiva da existência pessoal, ou seja, aquilo que as pessoas pensam e sentem sobre as suas vidas. Considera-se assim, que o bem-estar subjectivo representa a avaliação que as pessoas fazem da sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma (aspecto cognitivo), quer

em termos das suas relações emocionais positivas e negativas (aspecto afectivo). Em suma, diversos autores têm considerado o BES um constructo multidimensional constituído por três componentes parcialmente distintas: uma componente cognitiva, a Satisfação com a Vida, e duas componentes afectivas, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo (Daukantaite & Bergman, 2005; Diener & Diener, 1995; Diener & Suh, 1997; Lucas, Diener & Suh 1996; Sirgy, 2002, citado por Galinha, 2008). Nesse sentido, Sequeira e Padovam (2008) referem que o conceito de BES articula duas perspetivas em psicologia: uma que se assenta nas teorias sobre estados emocionais, emoções, afectos e sentimentos (afectos positivos e afectos negativos) e outra que se sustenta nos domínios da cognição e se operacionaliza por avaliações de satisfação (com a vida em geral, com aspectos específicos da vida). Actualmente, o BES é concebido por Diener e Lucas (2000, citado por Albuquerque, Martins, & Neves, 2008) como um conceito que requer auto-avaliação, ou seja, ele só pode ser observado e relatado pelo próprio indivíduo e não por indicadores externos escolhidos e definidos por terceiros. Consoante essa visão, não é considerado adequado avaliar o BES por meio de indicadores externos ao indivíduo. Por sua vez, de acordo com Simões (1992), o nível de BES do indivíduo reflecte o quanto o indivíduo está feliz e satisfeito com a sua vida. Enquanto os indivíduos são considerados como tendo um elevado BES quando avaliam positivamente a sua vida (indicando uma elevada satisfação com a vida) e quando experienciam frequentemente emoções positivas, e raramente experienciam emoções desagradáveis (Diener & Lucas, 1999, citado por Gadermann & Zumbo, 2006); uma pessoa tem um baixo BES se está insatisfeita com a sua vida, e experiencia pouca alegria e carinho e sente muitas vezes emoções negativas, como raiva ou ansiedade (Diener e colaboradores, 1997, citado por Galinha, 2008). Deste modo, para que seja relatado um nível de BES adequado, é necessário que o indivíduo reconheça manter em nível elevado a sua satisfação com a vida, alta frequência de experiências emocionais positivas e baixa frequência de experiências emocionais negativas (Sequeira e Padovam, 2008).

1.2.1. Satisfação com a Vida

A satisfação com a vida é um constructo psicológico que se tem tornado numa temática cada vez mais importante para os profissionais de saúde (Simões, 1992). Contudo, é um fenómeno complexo e de difícil mensuração, por se tratar de um estado subjectivo (Joia, Ruiz & Donalizio, 2007). Além disso, a satisfação com a vida refere-se a toda a história de

vida do sujeito até à actualidade (DeNeve & Cooper, 1998), reportando-se aos aspectos positivos da sua vida, e não apenas à ausência de factores negativos (Diener, 2000; Simões, 1992). Este componente do BES pode ainda ser subdividido, ou seja, a satisfação global pode ser dividida em satisfação em vários domínios específicos da vida do sujeito, tal como, família, amor, casamento, amizade e profissão (Diener, 1984; Diener, Suh & Oishi, 1997). São vários os autores que mencionam que a componente cognitiva, Satisfação com a Vida, se refere a um processo de julgamento através do qual os indivíduos avaliam globalmente a qualidade das suas próprias vidas com base nos seus próprios critérios e não em medidas objectivas definidas pelos especialistas (Diener, 1984; Diener & Suh, 1997; Diener e colaboradores, 1985; Veenhoven, 1996) e que reflecte o quanto esse indivíduo se percebe distante ou próximo das suas aspirações (Campbell, Converse & Rodgers, 1976, citado por Siqueira & Padovani, 2004). Assim, quanto menor for a discrepância entre a percepção das realizações na vida de um sujeito e o seu padrão de referência, maior será a sua Satisfação com a Vida. Por sua vez, segundo Pavot, Diener e Suh (1998); Diener e colaboradores (1985); Diener (1984); e Simões (1992); a satisfação com a vida faz referência ao grau de contentamento com a maneira como tem decorrido a própria vida. Refere-se, assim, ao julgamento global e subjectivo que o sujeito faz acerca da qualidade da sua vida baseada num padrão estabelecido pelo sujeito, e não em critérios externos, fixados por outrem; além disso, a satisfação com a vida, não é apenas a ausência de factores negativos, como acontece com muitos indicadores de saúde mental; e implica uma avaliação de facetas da vida do indivíduo, em que o mesmo atribui ponderações positivas e negativas a essas diversas facetas e, com base na soma algébrica das mesmas, formula um juízo de valor sobre a qualidade da sua própria existência. Segundo Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll, e Decker (2009), a satisfação com a vida reflecte a diferença entre as expectativas e os desejos do indivíduo e a sua percepção do seu estado actual, nomeadamente, os objectivos que conseguiu alcançar. Este conceito está globalmente ligado ao trabalho, à família, às interacções sociais e aos relacionamentos íntimos. Em suma, a satisfação com a vida é o julgamento que o indivíduo faz sobre sua vida (Keyes e colaboradores, 2002) e que reflecte o quanto esse indivíduo se percebe distante ou próximo a suas aspirações.

1.2.2. Estados Emocionais

O debate sobre os componentes emocionais do BES teve as suas primeiras formulações no trabalho de Bradburn, em 1969. Bradburn propôs uma estrutura bidimensional para os afectos: afectos positivos e afectos negativos. Posteriormente, outros pesquisadores (Emmons & Diener, 1985; Watson e colaboradores, 1988) apresentaram evidências sobre a existência das duas dimensões na estrutura dos afectos, anunciadas por Bradburn (1969). Desde então, instalou-se a proposta de se considerar o BES como um constructo psicológico integrado por experiências emocionais positivas e negativas e a se denominar tais experiências de afectos positivos e afectos negativos. Assim, a composição emocional do conceito do BES inclui um balanço entre duas dimensões emocionais: emoções positivas e emoções negativas. Quanto aos afectos positivos e negativos, estes dizem respeito às emoções e humores que acompanham as avaliações realizadas dos acontecimentos que ocorrem na vida das pessoas (Diener e colaboradores, 1997, citado por Galinha, 2008). De acordo com Steel, Schmidt, e Shultz (2008), o afecto positivo e o afecto negativo são medidas que aferem a propensão de um indivíduo para avaliar os eventos de vida de forma positiva ou de forma negativa, respectivamente. Para Diener e colaboradores, (1997, citado por Galinha, 2008), o afecto positivo refere-se à frequência de emoções positivas (tais como alegria, orgulho, afeição e interesse), enquanto o afecto negativo se refere às emoções negativas (tais como vergonha, culpa, tristeza, ansiedade e hostilidade). O afecto positivo é referente à experiência de várias emoções positivas, não se reduzindo simplesmente à ausência de afecto negativo (Diener, 2000; Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004). O baixo nível de afecto negativo prende-se com a escassa experiência de emoções negativas (Diener, 2000). Cada um destes componentes pode ainda ser subdividido, sendo que o afecto positivo pode ser dividido em emoções específicas como alegria, afecto e orgulho; e finalmente, o afecto negativo compreende emoções específicas, tal como, vergonha, culpa, tristeza, raiva e ansiedade (Diener e colaboradores, 1997). Além disso, o afecto positivo e negativo reflectem dimensões disposicionais. O afecto negativo simboliza o sofrimento subjectivo do indivíduo. Por outro lado, o afecto positivo, representa a experiência aprazível do sujeito com o ambiente. Deste modo, as emoções, como o entusiasmo, a felicidade e a energia, são indicativos de afecto positivo, e a apatia, a tristeza, a culpa e o medo caracterizam o afecto negativo (Crawford & Henry, 2004). Também Sequeira e Padovam (2008) referem que a composição emocional do conceito de BES inclui um balanço entre duas dimensões emocionais: emoções positivas e emoções negativas. Para que o balanço represente uma

dimensão de BES, é necessário resultar numa relação positiva entre as emoções vividas, em que a vivência de emoções positivas seja superior às negativas no decorrer da vida.

1.3. Infertilidade, Satisfação com a Vida e Estados Emocionais

No presente trabalho temos como intuito verificar de que forma a experiência de infertilidade afecta o bem-estar subjectivo dos casais, nomeadamente, a sua satisfação com a vida e os seus estados emocionais quer positivos quer negativos. Mais especificamente, queremos verificar se existe variância nas variáveis acima mencionadas mediante a existência ou inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade, assim como a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico. Contudo, constatamos a escassa produção científica dirigida às variáveis que pretendemos estudar. Sendo que, apesar de actualmente se verificar um esforço para se determinar as consequências psicológicas da experiência de infertilidade, o mesmo não tem ido de encontro às variáveis em causa. Neste sentido, relativamente às consequências psicológicas da infertilidade mais relacionadas com as variáveis que pretendemos estudar, verificamos em estudos anteriores que face à experiência de infertilidade as mulheres são mais propensas a experimentar sofrimento emocional do que os homens (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Lee & Sun, 2000). Montagnini, Blay, Novo, Freitas e Cedenho (2009), verificaram que as mulheres submetidas à fertilização in vitro apresentaram níveis mais altos de ansiedade e depressão do que os homens submetidos à fertilização in vitro e auto-estima mais baixa. Também os resultados do estudo de Rosset, Aparicio, Uclés e Díaz (2011) apontam no sentido de que as mulheres inférteis revelam maiores níveis de afecto negativo que as mulheres férteis e que os homens inférteis. Contudo, numerosos estudos têm demonstrado que, tanto os homens como as mulheres inférteis têm respostas emocionais negativas, tais como: stress, ansiedade, depressão (Lee & Sun, 2000; Moreira e colaboradores, 2006; Ramazanzadeh e colaboradores, 2009), tristeza, raiva, frustração, culpa e angústia (Silva, 2011). Um estudo realizado por Oddens, Tonkelaar e Nieuwenhuyse (1999) concluiu que as mulheres com problemas de infertilidade evidenciam mais emoções negativas (ansiedade e depressão) que as mulheres sem dificuldades em engravidar. A forma de lidar com a infertilidade também influencia o afecto, ou seja, os casais inférteis que lidam de forma positiva com a infertilidade têm um maior afecto positivo, enquanto que os casais inférteis que lidam de forma negativa com a infertilidade têm um maior afecto negativo

(Kraaij, Garnefski & Schroevers, 2009). Por sua vez, relativamente ao bem-estar e à satisfação com a vida, Daniluk e Tench (2007) encontraram vários factores consistentemente relacionados com um pior ajustamento à infertilidade após uma intervenção médica com insucesso, sendo um deles a menor satisfação com a vida. A investigação de Anderson, Sharpe, Rattray & Irvine (2003) mostra claras diferenças entre homens e mulheres, tendo a infertilidade maior influência na vida destas últimas, nomeadamente, um impacto mais negativo do que nos homens na satisfação com a vida. Hammarberg, Astbury & Baker (2001) avaliaram mulheres dois a três anos após terem cessado os tratamentos e verificaram que aquelas que não tinham engravidado tinham menor satisfação com a vida do que as que engravidaram. Uma justificação para os resultados dos estudos acima mencionados é o facto de a evidência disponível sugerir que a satisfação com a vida é sensível aos objetivos bloqueados (Diener & Diener, 1995), e a infertilidade pode, portanto, ser conceituada como uma barreira, mesmo que temporária, para uma meta altamente valorizada (McQuillan, Stone, & Greil, (2007). De acordo com Andrews, Abbey e Halman (1991), o stress associado à infertilidade tem uma grande influência no bem-estar dos sujeitos e no sentimento acerca da vida, sendo que o stress associado à infertilidade diminui a avaliação da vida como um todo. Deste modo, segundo os mesmos autores, o stress associado à infertilidade está relacionado com a menor satisfação com a vida. Além disso, verificaram que os efeitos negativos sobre a qualidade de vida são mais fortes para as mulheres do que para os maridos. Os mesmos autores, num outro estudo (Abbey, Andrews e Halman, 1992), verificaram também que o stress associado à infertilidade tem efeitos deletérios na qualidade de vida global e íntima de homens e mulheres, contudo, este efeito é mediado pela auto-estima, pelo controlo interno, e pelos conflitos interpessoais. Além disso, também de acordo com Abbey e colaboradores (1992), a infertilidade é o acontecimento de vida que mais efeitos destrutivos tem no bem-estar subjectivo da mulher e do homem, em simultâneo. Em geral, os poucos estudos que comparam mulheres inférteis com mulheres não inférteis descobriram que a infertilidade tem um impacto negativo sobre o bem-estar subjectivo e satisfação com a vida global (Abbey e colaboradores, 1992; Bromham, Bryce & Balmer, 1989; Callan, 1987; Callan & Hennessey, 1988; McCarthy, 2011). No que concerne a estudos anteriores que se aproximam mais das nossas hipóteses encontramos que o diagnóstico, segundo vários autores, poderá não exercer qualquer influência sobre a vivência do casal quanto à problemática da infertilidade. Neste sentido, Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard e Verres (2001) verificaram que, comparando casais inférteis com diferentes diagnósticos, não existem diferenças nas variáveis psicológicas. Também, Holter, Anderheim, Bergh, &

Möller (2007) sugere que homens com diagnóstico masculino de infertilidade reagem da mesma forma quando comparados com homens em casais que foram diagnosticados com factor feminino, misto ou desconhecido de infertilidade. Por sua vez, Nachtigall e colaboradores (1992) indicam que as reacções do homem parecem estar dependentes da presença ou ausência de um factor masculino como causa da infertilidade, apresentando emoções negativas quando existe um diagnóstico de infertilidade masculina. Relativamente à comparação entre os diagnósticos de infertilidade conhecidos ou não identificados, Daniluk (1997) sugere que a ambiguidade que a situação de infertilidade idiopática provoca, pelo facto de “parecer estar tudo bem” em casais que, tal como outros com causa de infertilidade claramente identificáveis, não conseguem engravidar, conduz a piores resultados na adaptação dos casais (Daniluk, 1997, citado por Moura, 2011). Os estudos também têm sugerido que a atribuição da causa da origem da infertilidade ao próprio pode ter um efeito negativo nos indivíduos, principalmente nos homens (Smith et al., 2009), apesar de as mulheres tenderem a assumir a responsabilidade do problema (Abbey et al., 1991), mesmo quando a causa é masculina. Por exemplo, tem sido verificado que participantes (homens e mulheres) com infertilidade masculina apresentaram níveis superiores de stress (Newton et al., 1999) e de morbilidade psiquiátrica (Guerra et al., 1998).

Em suma, a infertilidade interrompe um projecto de vida pessoal e do casal, produzindo sofrimento psicológico, apesar da existência de poucos estudos sobre as consequências da infertilidade na satisfação com a vida e nos estados emocionais dos casais, as informações que temos apontam no sentido da experiência de infertilidade ter um impacto negativo no bem-estar subjectivo dos casais inférteis.

Capítulo 2 Objectivos e Hipóteses do Estudo

2.1. Objectivos da Investigação

A infertilidade é um acontecimento inesperado na vida dos indivíduos e das famílias, constituindo um obstáculo à prossecução de um objectivo de vida fundamental para grande parte dos casais, a parentalidade (Clark, Henry & Taylor, 1991, citado por Ramos, 2011). Neste sentido, a infertilidade é uma problemática que afecta, a vários níveis, os casais que desejam ser pais, ultrapassando claramente a dimensão diagnóstica e clínica para se revestir de significações que afectam o bem-estar e a adaptação dos indivíduos.

A presente investigação tem como principal objectivo, avaliar o impacto da Infertilidade na Satisfação com a Vida e nos Estados Emocionais dos casais inférteis. Mais especificamente pretende estudar se a existência ou a inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade, assim como se a especificidade (feminina, masculina, ou mista) de um factor biomédico responsável pela infertilidade contribuem de forma significativa para explicar a variância estatística na Satisfação com a Vida e nos Estados Emocionais Positivos e Negativos de casais com diagnóstico de infertilidade. Deste modo, tendo em consideração o intuito desta investigação, coloca-se a seguinte questão: “Será que a Satisfação com a Vida, os Estados Emocionais Positivos e os Estados Emocionais Negativos variam de acordo com a existência/inexistência e a especificidade de um factor biomédico responsável pela infertilidade?”

2.2. Hipóteses Gerais do Estudo

Neste sentido, a presente investigação tem como principal objectivo, avaliar o impacto da Infertilidade na Satisfação com a Vida e nos Estados Emocionais dos casais inférteis. Mais especificamente, pretende-se estudar a variância estatística da Satisfação com a Vida e dos Estados Emocionais Positivos e Negativos dos casais inférteis mediante a existência ou não de um diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade, assim como a especificidade do mesmo. Deste modo, esperamos que:

2.2.1. Hipótese Geral 1

A existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da Satisfação com a Vida dos casais inférteis.

2.2.2. Hipótese Geral 2

A existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística dos Estados Emocionais Positivos dos casais inférteis.

2.2.3. Hipótese Geral 3

A existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística dos Estados Emocionais Negativos dos casais inférteis.

2.2.4. Hipótese Geral 4

A especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da Satisfação com a Vida dos casais inférteis.

2.2.5. Hipótese Geral 5

A especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística dos Estados Emocionais Positivos dos casais inférteis.

2.2.6. Hipótese Geral 6

A especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística dos Estados Emocionais Negativos dos casais inférteis.

Capítulo 3 Metodologia

3.1. Definição das Variáveis

3.1.1. Definição das Variáveis: Hipótese 1

As variáveis presentes nesta investigação para a hipótese 1 são as seguintes: a) Variável Independente: existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade; b) Variável Dependente: satisfação com a vida; e c) Variáveis de Controlo: idade do homem, escolaridade do homem, estatuto laboral do homem, estatuto conjugal do homem, filhos anteriores ao diagnóstico do homem, idade da mulher, escolaridade da mulher, estatuto laboral da mulher, filhos anteriores ao diagnóstico da mulher, filhos da relação actual da mulher, filhos de relações anteriores da mulher, consumo de álcool da mulher, natureza da infertilidade, presença/ausência de tratamento, tempo que está a tentar engravidar, e tempo que recebeu o diagnóstico.

3.1.2. Definição das Variáveis: Hipótese 2

Para testarmos a hipótese 2 vamos utilizar as variáveis seguintes: a) Variável Independente: existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade; b) Variável Dependente: afecto positivo; e c) Variáveis de Controlo: idade do homem, escolaridade do homem, estatuto laboral do homem, estatuto conjugal do homem, filhos anteriores ao diagnóstico do homem, idade da mulher, escolaridade da mulher, estatuto laboral da mulher, filhos anteriores ao diagnóstico da mulher, filhos da relação actual da mulher, filhos de relações anteriores da mulher, consumo de álcool da mulher, natureza da infertilidade, presença/ausência de tratamento, tempo que está a tentar engravidar, e tempo que recebeu o diagnóstico.

3.1.3. Definição das Variáveis: Hipótese 3

As variáveis presentes nesta investigação para a hipótese 3 são as seguintes: a) Variável Independente: existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade; b) Variável Dependente: afecto negativo; e c) Variáveis de Controlo: idade do homem, escolaridade do homem, estatuto laboral do homem, estatuto conjugal do homem, filhos anteriores ao diagnóstico do homem, idade da mulher, escolaridade da mulher, estatuto laboral da mulher, filhos anteriores ao diagnóstico da mulher, filhos da relação actual da mulher, filhos de relações anteriores da mulher, consumo de álcool da mulher, natureza da infertilidade, presença/ausência de tratamento, tempo que está a tentar engravidar, e tempo que recebeu o diagnóstico.

3.1.4. Definição das Variáveis: Hipótese 4

Para a hipótese 4 temos as seguintes variáveis: a) Variável Independente: especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade; b) Variável Dependente: satisfação com a vida; e c) Variáveis de Controlo: idade do homem, escolaridade do homem, estatuto laboral do homem, estatuto conjugal do homem, filhos anteriores ao diagnóstico do homem, idade da mulher, escolaridade da mulher, estatuto laboral da mulher, filhos anteriores ao diagnóstico da mulher, filhos da relação actual da mulher, filhos de relações anteriores da mulher, consumo de álcool da mulher, natureza da infertilidade, presença/ausência de tratamento, tempo que está a tentar engravidar, tempo que recebeu o diagnóstico, e causa da infertilidade (sem factor de infertilidade identificado).

3.1.5. Definição das Variáveis: Hipótese 5

As variáveis presentes nesta investigação para a hipótese 5 são as seguintes: a) Variável Independente: especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade; b) Variável Dependente: afecto positivo; e c) Variáveis de Controlo: idade do homem, escolaridade do homem, estatuto laboral do homem, estatuto conjugal do homem, filhos anteriores ao diagnóstico do homem, idade da

mulher, escolaridade da mulher, estatuto laboral da mulher, filhos anteriores ao diagnóstico da mulher, filhos da relação actual da mulher, filhos de relações anteriores da mulher, consumo de álcool da mulher, natureza da infertilidade, presença/ausência de tratamento, tempo que está a tentar engravidar, tempo que recebeu o diagnóstico, e causa da infertilidade (sem factor de infertilidade identificado).

3.1.6. Definição das Variáveis: Hipótese 6

Por fim, as variáveis utilizadas neste estudo para a hipótese 6 são as seguintes: a) Variável Independente: especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade; b) Variável Dependente: afecto negativo; e c) Variáveis de Controlo: idade do homem, escolaridade do homem, estatuto laboral do homem, estatuto conjugal do homem, filhos anteriores ao diagnóstico do homem, idade da mulher, escolaridade da mulher, estatuto laboral da mulher, filhos anteriores ao diagnóstico da mulher, filhos da relação actual da mulher, filhos de relações anteriores da mulher, consumo de álcool da mulher, natureza da infertilidade, presença/ausência de tratamento, tempo que está a tentar engravidar, tempo que recebeu o diagnóstico, e causa da infertilidade (sem factor de infertilidade identificado).

3.2. Operacionalização das Variáveis (Instrumentos)

Para a avaliação do bem-estar subjectivo têm sido utilizados, sobretudo, questionários de autodescrição, sob o pressuposto de que os respondentes são informadores privilegiados relativamente às suas experiências de bem-estar subjectivo (Diener e colaboradores, 1997). Sendo que os instrumentos mais utilizados e explorados são a SWLS - Satisfaction With Life Scale (Diener e colaboradores, 1985), para avaliar a componente cognitiva, e a PANAS - Positive and Negative Affect Schedule (Watson e colaboradores, 1988), para avaliar a componente afectiva.

Os instrumentos de medida do bem-estar subjectivo têm sido apreciados pelas qualidades psicométricas adequadas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999), existindo estudos que atestam a sua validade discriminante (Lucas e colaboradores, 1996) e uma estabilidade temporal moderada, bem como uma sensibilidade apropriada (Eid & Diener, 2004).

Deste modo, no presente estudo, para operacionalizar a variável dependente “Satisfação com a Vida”, utilizamos a SWLS – Satisfaction With Life Scale (Diener e colaboradores, 1985) / Escala de Satisfação com a Vida (versão portuguesa de Simões, 1992). Já para operacionalizar a variável dependente “Estados Emocionais Positivos e Negativos”, utilizamos a PANAS – Positive and negative Affect Schedule (Watson e colaboradores, 1988) / Escala de Afectos Positivos e Negativos (versão portuguesa de Simões, 1993). Para operacionalizar as variáveis sociodemográficas e clínicas utilizamos um Questionário Sociodemográfico e Clínico construído especificamente para esta investigação.

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Foi construído para este estudo um Questionário Sociodemográfico e Clínico, uma vez que o mesmo é necessário para a recolha de dados sociodemográficos e clínicos dos participantes, nomeadamente, relativos à sua infertilidade. O questionário em questão aborda os seguintes aspectos: sexo, idade, escolaridade, estatuto laboral, profissão, estatuto conjugal, anos de conjugalidade, número de relacionamentos anteriores ao diagnóstico, existência de filhos da relação actual, existência de filhos de relações anteriores, existência e frequência de hábitos tabágicos e alcoólicos, frequência de hábitos tabágicos e alcoólicos, duração e natureza da infertilidade, conhecimento do diagnóstico, frequência das consultas, causa da infertilidade, presença ou ausência de tratamento, número e natureza dos tratamentos efectuados, e acompanhamento psicológico.

3.2.2. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) pretende avaliar o juízo subjectivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade da própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si. A SWLS figura, entre os instrumentos do género, potencialmente mais úteis e psicometricamente mais válidos. A mesma foi elaborada por Diener e colaboradores (Diener e colaboradores, 1985), a partir de um conjunto de quarenta e oito itens, sendo, posteriormente, reduzida para cinco, evidenciando, contudo, índices de fidelidade e de validade perfeitamente aceitáveis (Diener e colaboradores, 1985).

A Escala de Satisfação com a Vida foi pela primeira vez traduzida e adaptada para a população portuguesa, em 1990, pelos autores Neto, Barros e Barros (1990). O estudo revelou um alfa de Cronbach de .78 e diversos índices de validade. A análise factorial dos resultados permitiu concluir ser um constructo unitário. Posteriormente, António Simões, em 1992, readaptou a SWLS. No presente estudo, a Satisfação com a Vida foi avaliada através desta versão portuguesa da The Satisfaction with Life Scale (SWLS), validada por Simões (1992). Simões (1992) retocou a tradução, de forma a tornar o conteúdo mais compreensível, por parte de populações de outras idades e nível cultural inferior. A Escala de Satisfação com a Vida (versão portuguesa de Simões, 1992) é, composta por 5 itens, para os quais são oferecidas, na sua versão original, sete alternativas de resposta. Simões (1992) reduziu para cinco o número de alternativas (discordo muito - 1, discordo um pouco - 2, não concordo, nem concordo - 3, concordo um pouco - 4, e concordo muito - 5). Deste modo, pode-se obter no mínimo um índice de cinco e no máximo um índice de vinte e cinco, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é a satisfação com a vida. Embora as alternativas de resposta a cada item fossem reduzidas para cinco, do ponto de vista da fidelidade, a Escala de Satisfação com a Vida de Simões (1992) apresenta resultados praticamente coincidentes com os de Neto e colaboradores (1990). São também idênticos, os resultados relativos à estrutura factorial da mesma, tendo sido encontrado apenas um factor, que explica a mesma percentagem da variância total (53,1% em ambos os estudos). Todavia, os índices de validade de Simões (1992) revelam ser mais elevados do que os de Neto e colaboradores (1990), aproximando-se mais dos valores encontrados na validação original da escala (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991; Diener e colaboradores, 1985). Assim, de acordo com estes dados, a SWLS (versão portuguesa de Simões, 1992) trata-se de um instrumento, com boas propriedades psicométricas, tanto em termos de validade, como de fidelidade. Devido a isto e porque a escala é muito breve, poderá revelar-se muito útil, na investigação do desenvolvimento da satisfação com a vida, ao longo da idade adulta (Simões, 1992).

3.2.3. Escala de Afectos Positivos e Negativos (PANAS)

A estrutura bidimensional dos afectos proposta por Bradburn (1969) levou diversos estudiosos a elaborar e validar medidas para aferi-la. Em 1988, Watson e colaboradores desenvolveram e validaram a Escala de Afectos Positivos e Negativos (Positive Affect and Negative Affect Schedule – PANAS). Este instrumento mede a vertente afectiva do bem-

estar subjectivo, ou seja, a afectividade positiva (AP) e a afectividade negativa (AN), presentes no indivíduo. Elaborada por Watson e colaboradores (1988), a escala revela elevada consistência interna e bons índices de estabilidade. Esta versão original é constituída por 20 itens, metade dos quais se destinam a medir o afecto positivo e a outra metade a avaliar o afecto negativo. Em cada um dos 20 itens, os sujeitos avaliam-se, numa escala de um a cinco. Tais avaliações podem ter variadas referências temporais (reportarem-se “ao dia de hoje”, à “semana passada”, à “semana que vem”).

A versão portuguesa da PANAS, de Simões (1993) compõe-se por 11 itens para avaliar o afecto positivo e 11 itens para avaliar o afecto negativo, ou seja, acrescentou-se um item a cada subescala, para que a tradução do teste original fosse mais adequada. Os itens adicionados anunciaram correlações adequadas. Efectivamente, a análise dos itens revelou que os itens que foram adicionados apresentam boas correlações item/total, melhores em vários casos que as dos itens originais. À semelhança da versão original, a versão de Simões (1993) possui também cinco alternativas de resposta: (1) muito pouco ou nada; (2) um pouco; (3) assim, assim; (4) muito; e (5) muitíssimo. Sendo que cada item é cotado de um a cinco, conforme a resposta do sujeito, posteriormente somam-se para cada escala (AP e AN), todas as cotações. O somatório de cada escala variará entre o mínimo de 11 e o máximo de 55. Neste sentido, quanto maior for o resultado da escala AP, maior será o nível de afectividade positiva presente no indivíduo; por outro lado, quanto maior for o resultado da escala AN, maior será o nível de afectividade negativa presente no sujeito. Além disso, esta escala apresenta bons índices de consistência interna e de validade discriminante e de constructo. Sendo que os alfas de Cronbach são .82 para AP e .83 para AN; relativamente à fidelidade, obtiveram-se índices de .82 para AP e .85 para AN (Simões, 2003).

3.3. Procedimento

Com o intuito de testarmos as hipóteses definidas anteriormente, procedemos à aplicação dos questionários acima mencionados a 30 casais inférteis, com diagnóstico da causa de infertilidade, que frequentam as Consultas de Infertilidade da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Para tal, inicialmente concebi o meu Projecto de Investigação para a presente Tese de Mestrado, incluindo alguns documentos solicitados pela Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia, e da Comissão de Ética para a Saúde da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Após as autorizações necessárias, o Projecto foi

reencaminhado para a Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Central, de modo a ser autorizada a recolha de dados. Após o parecer positivo das várias entidades, contactei a Directora do Serviço de Infertilidade, de forma a poder apresentar a minha investigação e solicitar a disponibilidade do serviço para a recolha de dados no mesmo. Após esta reunião, tive a permissão para começar a recolher os dados, sendo que inicialmente fui apoiada pela Enfermeira Chefe do serviço, a qual me apresentava aos casais que reuniam as condições pretendidas para a investigação, e os mesmos eram conduzidos a um gabinete. Ao chegarem ao gabinete, inicialmente, explicava ao casal os objectivos gerais do estudo, posteriormente, fornecia-lhes a “Folha de Informação ao Participante”, os quais após a leitura da mesma, decidiam ou não participar na investigação. Quando os participantes aceitavam participar na investigação assinavam o documento, e era-lhes entregue, de seguida, também a “Folha de Consentimento Informado” e solicitada a sua assinatura. Estes documentos tinham como intuito informar os participantes acerca dos objectivos do estudo, garantindo também o anonimato e confidencialidade dos dados. Deste modo, cada questionário era identificado apenas por um número de casal, sendo, assim, respeitadas todas as questões éticas. Após as assinaturas dos participantes, era entregue a ambos os elementos do casal, os vários questionários integrantes do presente estudo. Neste sentido, inicialmente cada um dos membros do casal preenchia o Questionário Sociodemográfico e Clínico (construído para esta investigação), e, de seguida, preenchiam uma Escala de Satisfação com a Vida (Simões, 1992), e uma Escala de Afectos Positivos e Negativos (Simões, 1993). É de salientar que a recolha de dados apenas foi efectuada em gabinete nos primeiros casais que recolhi, uma vez que, posteriormente, os gabinetes passaram a estar sempre ocupados, e a recolha de dados teve de passar a ser realizada na sala de espera. Deste modo, eu dirigia-me aos casais, apresentava-me, explicava-lhes os objectivos do estudo, e entregava-lhes a “Folha de Informação ao Participante”. Caso o casal tivesse interesse em participar no estudo, seguiam-se os procedimentos acima mencionados e a aplicação dos mesmos questionários. Contudo, senti que o facto de os participantes terem de responder na sala de espera, rodeados por outros utentes que se dirigiam ao serviço dificultou um pouco a recolha de dados, sendo que, nestas condições, os casais tinham mais tendência a recusarem-se a participar no estudo.

3.4. Procedimento Estatístico

De modo a analisar os dados obtidos neste estudo foi, utilizado o programa estatístico IBM SPSS Statistics 22. De acordo com os objectivos da presente investigação, os dados foram analisados com recurso a Análises de Regressão Estatística. Nestas análises, foram utilizadas como variáveis dependentes as seguintes dimensões: a) nas Hipóteses Gerais 1 e 4 - Satisfação com a Vida dos casais inférteis; b) nas Hipóteses Gerais 2 e 5 - Estados Emocionais Positivos dos casais inférteis; e c) nas Hipóteses Gerais 3 e 6 - Estados Emocionais Negativos dos casais inférteis. Nas três primeiras hipóteses em causa, a variável independente é a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade. Nas hipóteses 4, 5, e 6, a variável independente é a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do factor biomédico responsável pela infertilidade. As variáveis sociodemográficas de cada um dos elementos do casal, do próprio casal, bem como as variáveis clínicas serão utilizadas como variáveis preditoras.

Capítulo 4 Resultados

4.1. Participantes do Estudo

A amostra do presente estudo é constituída por 30 casais (60 participantes) que frequentam a “Consulta de Infertilidade” da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em Lisboa, no Serviço de Infertilidade (Procriação Medicamente Assistida). A inclusão destes casais no estudo baseou-se num conjunto de critérios pré-definidos, tais como, o facto de terem idades entre os 25 e os 45 anos, a presença de ambos os elementos do casal no momento de aplicação dos protocolos, e também os casais já terem um diagnóstico relativo à causa da sua infertilidade (factor de infertilidade identificado - factor feminino, factor masculino, factor misto, ou sem factor de infertilidade identificado). Deste modo, pretende-se estudar as respostas dadas por um conjunto de casais inférteis que frequentem as consultas e verificar se existem diferenças consoante o diagnóstico de infertilidade nas respostas dos casais.

Irei agora descrever de forma mais pormenorizada, a amostra do presente estudo, no que diz respeito às suas características sociodemográficas e clínicas, sendo que todas as Tabelas abaixo mencionados relativamente a esta caracterização da amostra se encontram no Anexo VI.

No Tabela 1, é possível verificar que as participantes do sexo feminino têm idades compreendidas entre os 25 e os 38 anos de idade ($M = 32.47$; $DP = 3.01$) e os participantes do sexo masculino têm entre 28 e 43 anos de idade ($M = 35.18$; $DP = 3.56$).

A nível da escolaridade dos participantes, as mulheres apresentaram entre 5 e 17 anos de escolaridade com sucesso ($M = 13.87$; $DP = 3.30$), e por sua vez, os homens apresentaram entre 4 e 17 anos de escolaridade com sucesso ($M = 12.27$; $DP = 3.03$). Além disso, verifica-se que metade das mulheres tem mais de 12 anos de escolaridade (50%), em comparação com os homens, em que apenas 26.7% se encontra nesta condição, como se pode observar na Tabela 2.

Relativamente ao estatuto laboral, como é possível verificar-se na Tabela 3, 86.7% das mulheres encontram-se empregadas, enquanto apenas 13.3% se encontra em situação de desemprego. Já, no que diz respeito aos participantes masculinos, 96.7% estão empregados, e somente 3.3% estão em situação de desemprego.

Na Tabela 4 apresentam-se os dados relativos às diferentes profissões dos participantes, distribuídos por categoria profissional, observando-se uma heterogeneidade

de profissões para ambos os elementos do casal. Sendo que as profissões mais frequentes das participantes do sexo feminino competem às categorias “Especialistas de profissões intelectuais e científicas”, e “Técnicos e profissionais de nível intermédio” ambas com 20% cada. No que concerne às profissões mais frequentes dos homens, estas pertencem à categoria “Pessoal dos serviços e vendedores” com 23,3%.

Quanto ao estatuto conjugal (Tabela 5), 60% dos casais participantes são casados, e os restantes 40% vivem em união de facto. No que diz respeito ao número de anos de relacionamento conjugal, varia entre 1 ano e 16 anos ($M = 8.43$; $DP = 4.37$), tal como pode ser observado na Tabela 6. Relativamente ao número de relacionamentos anteriores (Tabela 7) apenas 21 mulheres e 20 homens responderam a esta questão. Das participantes respondentes do sexo feminino 10% ($N = 3$) não tiveram relações anteriores, 26.7% ($N = 8$) tiveram uma relação anterior, 20% ($N = 6$) tiveram duas relações anteriores, 10% ($N = 3$) tiveram três relações anteriores, e apenas 3.3% ($N = 1$) tiveram quatro relações anteriores. Em relação aos participantes respondentes do sexo masculino, 20% ($N = 6$) não tiveram relações anteriores, 23.3% ($N = 7$) tiveram uma relação anterior, 16.7% ($N = 5$) tiveram duas relações anteriores, 3.3% ($N = 1$) tiveram três relações anteriores, e também 3.3% ($N = 1$) tiveram cinco relações anteriores.

No Tabela 8, referente aos filhos dos participantes, pode observar-se que apenas 10% ($N = 3$) das mulheres, e 16.7% ($N = 5$) dos homens revela ter filhos anteriores ao diagnóstico. Pode verificar-se também que apenas 6.7% ($N = 2$) das mulheres e 6.7% ($N = 2$) dos homens têm filhos da relação actual. Sendo que os restantes participantes com filhos têm filhos de relações anteriores, 3.3% ($N = 1$) no caso das participantes do sexo feminino e 10% ($N = 3$) no caso dos participantes do sexo masculino. Quanto ao número de filhos por participante com filhos, é de apenas um filho cada, e relativamente ao sexo dos filhos dos participantes, são todos do sexo feminino.

Em termos de hábitos dos participantes (Tabela 9), relativamente aos hábitos tabágicos, pode observar-se que a maioria dos participantes não fuma, ou seja 83.3% ($N = 25$) das mulheres e 80% ($N = 23$) dos homens. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, este varia consoante o sexo dos participantes, verificando-se que na amostra feminina a percentagem dos que consomem álcool é de apenas 26.7% ($N = 8$) e na amostra masculina a percentagem dos que consomem álcool é de 73.3% ($N = 22$), embora seja apenas socialmente, ou de forma moderada às refeições.

No que diz respeito às variáveis clínicas, observou-se que os casais variam entre 1 e 15 anos ($M = 4.33$; $DP = 2.58$) em relação ao tempo em que estão a tentar engravidar (Tabela

10). O tempo que os casais receberam o diagnóstico de infertilidade (Tabela 11) varia entre os 0 e 5 anos ($M = 2.50$; $DP = 1.37$). A permanência nas consultas no Serviço de Infertilidade (Tabela 12) varia em 1 e 5 anos ($M = 2.47$; $DP = 1.22$).

No que concerne à causa da infertilidade, como é possível observar-se na Tabela 13, existe uma maioria de factor feminino de infertilidade (33.3%), sendo que os casos de factor masculino não ultrapassam os 23.3%. Além disso, temos 26.7% de casos mistos e 16.7% de casos sem factor de infertilidade identificado. Em suma, pode observar-se que a maioria dos casais do estudo (83.3%) têm conhecimento da causa da infertilidade.

Na Tabela 14, relativa à natureza da infertilidade, verifica-se que a maioria das participantes nunca esteve grávida (63.3%). Temos também 26.7% de mulheres que já estiveram grávidas, mas a gravidez nunca chegou a proporcionar um nascimento de um bebé viável. Além disso, uma menor percentagem de mulheres tem filhos, mas actualmente não consegue engravidar (10%). Assim, temos 90% ($N = 27$) de casos de infertilidade primária e apenas 10% ($N = 3$) de casos de infertilidade secundária.

Relativamente aos tratamentos, dos 30 casais estudados, 24 (80%), já iniciaram os tratamentos, e apenas 6 (20%) ainda não realizou nenhum tipo de tratamento (Tabela 15). Quanto ao número de tratamentos realizados (Tabela 16), estes variam entre 0 e 6 ($M = 1.59$; $DP = 1.55$). No que se refere à natureza dos tratamentos efectuados, estes variaram entre FIV, ICSI, Inseminação Artificial, e Estimulação Ovária, sendo que a maioria dos casais (23,3%) efectuou apenas a FIV. No entanto, importa salientar que alguns dos casais participantes realizaram mais do que um tratamento de natureza diferente (Tabela 17).

Por fim, na Tabela 18, apresentam-se os dados relativos ao acompanhamento psicológico dos casais. Pode observar-se que apenas duas mulheres (6.7%) se encontram em acompanhamento psicológico, uma há dois anos e outra há oito anos. Já no que diz respeito aos participantes do sexo masculino nenhum dos respondentes se encontra em acompanhamento psicológico.

4.2. Regressão Linear

Com o intuito de testarmos as nossas hipóteses, decidimos utilizar a Análise de Regressão Linear. A pertinência da realização de uma Análise de Regressão Linear no presente estudo prende-se com a capacidade que a mesma tem de revelar em que medida as variáveis independentes conseguem, ou não, explicar as variáveis dependentes. Além disso, através da análise das correlações, é possível medir a “força” da relação entre uma variável dependente e um conjunto de outras variáveis.

Importa salientar que foi realizada uma recodificação bipolar, em 0 ou 1, sempre que as variáveis independentes eram do tipo categorial. Além disso, é de referir, que apesar de a nossa amostra contar com 30 casais (60 participantes) e todos terem respondido a todas as questões relativas às variáveis dependentes, na Análise de Regressão Linear foram considerados apenas 26 casais, uma vez que o SPSS excluiu 4 casais, que provavelmente não responderam a algumas das questões relativas às variáveis preditoras, ou às variáveis independentes incluídas na Análise de Regressão Linear.

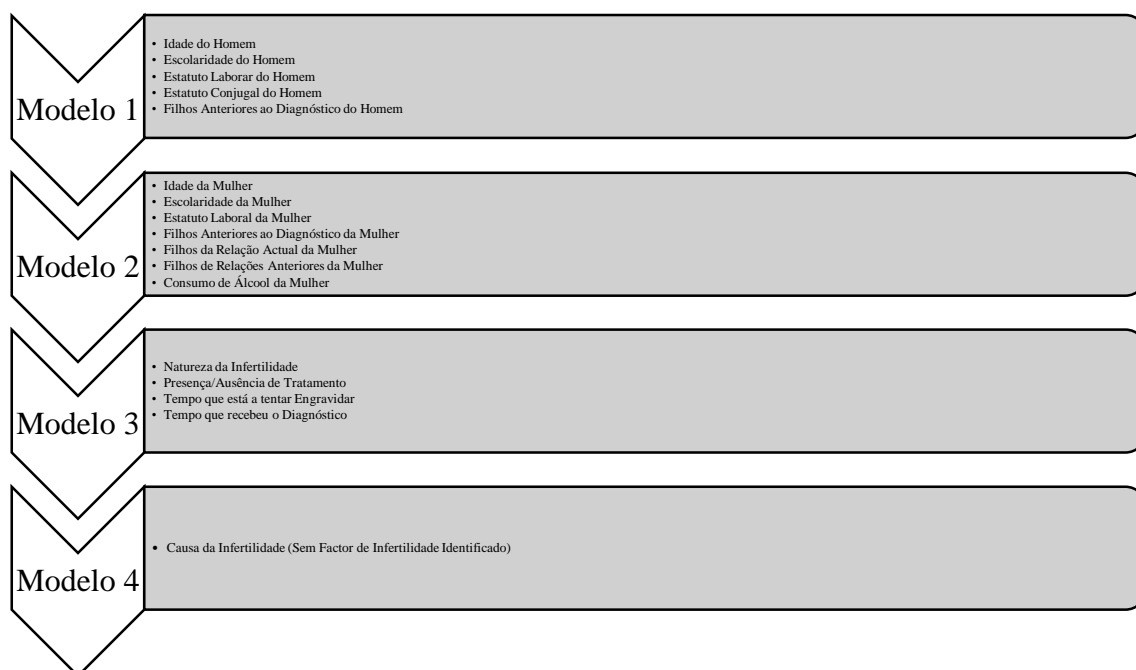
Foram verificados os valores de Tolerância e de VIF, em todas as análises efectuadas, e sempre que os mesmos ultrapassavam os respectivos limites (Tolerância $<.1$ e VIF >10) foram revistas e excluídas as variáveis em causa, o que nos permitiu definir os modelos finais das variáveis a introduzir. Neste sentido, foram apuradas duas sequências (Sequência A e Sequência B), através das quais foram testadas as nossas hipóteses.

4.3. Testagem das Hipóteses Gerais

4.3.1. Testagem da Hipótese Geral 1

Para testar a hipótese geral 1, foi realizada uma análise de regressão linear, tendo em consideração que a variável dependente é a Satisfação com a Vida dos casais inférteis. Contudo, as análises para as participantes inférteis do sexo feminino e para os participantes inférteis do sexo masculino serão apresentadas em separado. No que respeita às variáveis independentes, estas foram inseridas de acordo com quatro modelos, os quais se apresentam na sequência seguinte (Figura 1).

Figura 1. Análise de Regressão: Sequência A



Neste sentido, de seguida, serão apresentados os valores obtidos pela análise de regressão linear (sequência A), para os quatro modelos, relativamente às três primeiras hipóteses gerais.

Sendo que, primeiramente, serão apresentados os valores obtidos na predição da Satisfação com a Vida das mulheres inférteis.

Tabela 1. Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Sem Factor de Infertilidade Identificado); Variável Dependente Satisfação com a Vida nas Participantes Femininas

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.542	.294	.159	.294	2.185	.106
2	.808	.653	.458	.360	3.319	.030
3	.871	.759	.536	.105	1.889	.181
4	.872	.760	.500	.001	.068	.799

Como se pode verificar através da Tabela 1, apenas o modelo 2 parece ter um contributo significativo no aumento da explicação da variável dependente (Acréscimo de $R^2 = .360$; $p = .030$). Tal como se pode observar no Anexo X, a variável “escolaridade dos homens” tem um contributo significativo não só no modelo 2 ($p = .007$), como também no modelo 1 ($p = .032$), no modelo 3 ($p = .018$), e no modelo 4 ($p = .024$); assim como a variável “estatuto laboral das mulheres” no modelo 2 ($p = .011$), mas também no modelo 3 ($p = .008$), e no modelo 4 ($p = .012$). Apesar de não significativo, a variável “filhos da relação actual da mulher” tem um contributo interessante no modelo 2 ($p = .074$), assim como no modelo 3 ($p = .063$) e no modelo 4 ($p = .073$).

Seguidamente, utilizou-se a mesma sequência (sequência A) para a Satisfação com a Vida dos homens inférteis. Os valores obtidos através da análise de regressão operada com os quatro modelos anteriores são apresentados em seguida.

Tabela 2. *Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Sem Factor de Infertilidade Identificado); Variável Dependente Satisfação com a Vida nos Participantes Masculinos*

Modelo	R	R^2	R^2 Ajustado	Acréscimo de R^2	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.606	.367	.247	.367	3.047	.040
2	.746	.556	.307	.189	1.363	.290
3	.803	.645	.317	.089	1.084	.390
4	.803	.645	.261	.000	.004	.951

De acordo com a Tabela 2, pode-se observar que apenas o modelo 1 parece ter possibilitado um aumento significativo na explicação da variável dependente (Acréscimo de $R^2 = .367$; $p = .040$). Contudo, numa análise individualizada, apenas a variável “escolaridade dos homens” tem um contributo significativo ($p = .028$).

4.3.2. Testagem da Hipótese Geral 2

Para testar a hipótese geral 2, realizamos uma análise de regressão, em que a variável dependente é o Afecto Positivo dos casais inférteis. Relativamente às variáveis independentes, estas foram introduzidas em quatro modelos apresentados anteriormente na sequência A.

De seguida, apresentamos os valores obtidos pela análise de regressão para as mulheres dos casais inférteis.

Tabela 3. *Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Sem Factor de Infertilidade Identificado); Variável Dependente Afecto Positivo nas Participantes Femininas*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.455	.207	.056	.207	1.373	.277
2	.536	.287	-.114	.080	.359	.869
3	.606	.367	-.218	.080	.545	.660
4	.612	.375	-.303	.008	.147	.708

Tal como é possível verificar através da Tabela 3, nenhum modelo parece ter uma relação significativa com a variável dependente (Afecto Positivo) nas mulheres inférteis.

Seguidamente, são apresentados os valores alcançados pela análise de regressão para os homens dos casais inférteis.

Tabela 4. *Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Sem Factor de Infertilidade Identificado); Variável Dependente Afecto Positivo nos Participantes Masculinos*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.532	.283	.146	.283	2.067	.121
2	.742	.550	.297	.268	1.906	.149
3	.751	.564	.161	.014	.135	.937
4	.751	.564	.092	.000	.012	.916

Também aqui nenhum modelo parece ter uma relação significativa com a variável dependente (Afecto Positivo), tal como podemos observar na Tabela 4. Porém, apesar de as variáveis independentes não terem contributos significativos, a variável “estatuto laboral dos homens” apresenta níveis de significância interessantes (Anexo X), no primeiro modelo ($p = .017$) e no segundo modelo ($p = .015$).

4.3.3. Testagem da Hipótese Geral 3

Com o intuito de testar a hipótese geral 3, realizamos uma análise de regressão, em que a variável dependente é o Afecto Negativo dos casais inférteis. No que concerne às variáveis independentes, estas foram, novamente, introduzidas em quatro modelos apresentados anteriormente na sequência A (Figura 1).

Apresentamos, de seguida, os valores obtidos pela análise de regressão para as participantes do sexo feminino dos casais inférteis.

Tabela 5. *Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Sem Factor de Infertilidade Identificado); Variável Dependente Afecto Negativo nas Participantes Femininas*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.362	.131	-.034	.131	.793	.543
2	.542	.293	-.104	.162	.734	.608
3	.606	.367	-.217	.074	.506	.685
4	.645	.416	-.216	.049	1.010	.335

De acordo com a Tabela 5, pode verificar-se os quatro modelos desta sequência. Todavia, nenhum deles parece contribuir para o aumento significativo da explicação da variável dependente. Mas apesar de as variáveis independentes não terem contributos significativos, a variável “filhos anteriores ao diagnóstico do homem” apresenta níveis de significância interessantes (Anexo X), no segundo modelo ($p = .053$), no terceiro modelo ($p = .066$), e no quarto modelo ($p = .059$).

Na Tabela 6, apresentamos, os valores obtidos pela análise de regressão para os participantes do sexo masculino dos casais inférteis.

Tabela 6. *Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Sem Factor de Infertilidade Identificado); Variável Dependente Afecto Negativo nos Participantes Masculinos*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.336	.113	-.056	.113	.668	.621
2	.605	.366	.009	.253	1.278	.321
3	.651	.423	-.109	.057	.431	.735
4	.651	.424	-.200	.001	.017	.898

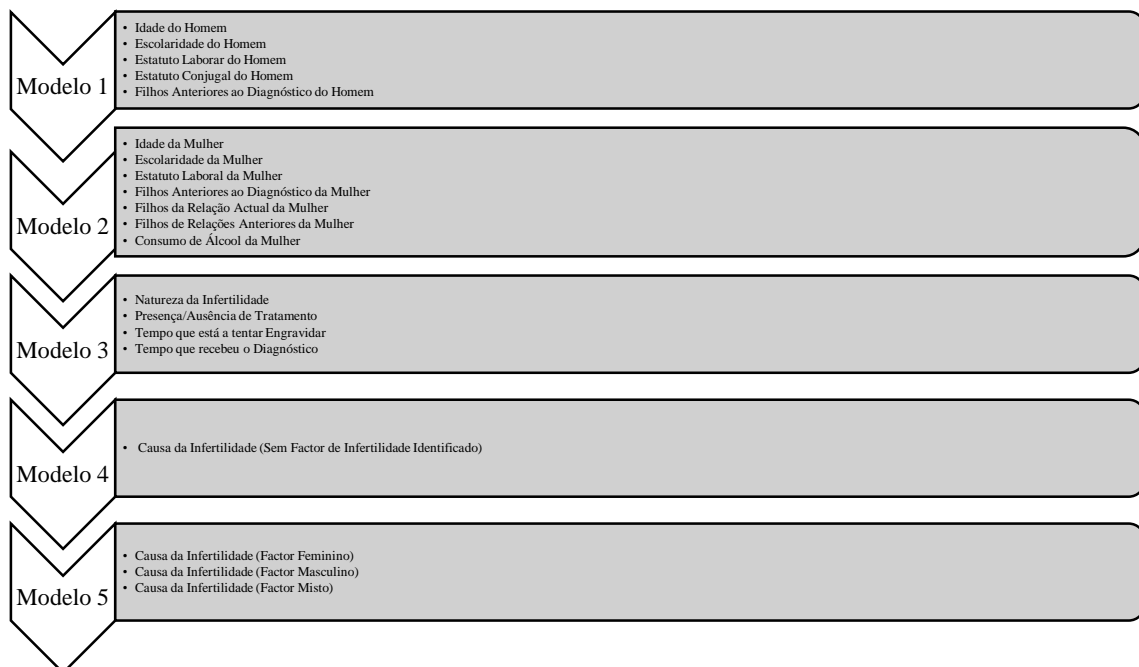
Como é possível verificar na Tabela acima mencionado (Tabela 6), nenhum modelo parece ter uma relação significativa com a variável dependente (Afecto Negativo) das mulheres inférteis. Todavia, apesar de as variáveis independentes não terem contributos

significativos, a variável “escolaridade dos homens” apresenta níveis de significância interessantes (Anexo X), no segundo modelo ($p = .065$).

4.3.4. Testagem da Hipótese Geral 4

A testagem da hipótese geral 4 foi realizada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é a Satisfação com a Vida nos casais inférteis. Separadamente, serão apresentadas as análises para as participantes femininas e para os participantes masculinos. As variáveis independentes foram introduzidas de acordo com cinco modelos diferentes, os quais estão descritos na Figura 2, na sequência seguinte (sequência B).

Figura 2. *Análise de Regressão: Sequência B*



De seguida, apresentamos, na Tabela 7, os valores obtidos pela análise de regressão para as mulheres dos casais inférteis.

Tabela 7. *Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Factor Feminino, Masculino, ou Misto); Variável Dependente Satisfação com a Vida nas Participantes Femininas*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.542	.294	.159	.294	2.185	.106
2	.808	.653	.458	.360	3.319	.030
3	.871	.759	.536	.105	1.889	.181
4	.872	.760	.500	.001	.068	.799
5	.916	.839	.597	.079	2.438	.137

Como é possível observar-se na Tabela 7, apenas o modelo 2 parece ter um contributo significativo no aumento da explicação da variável dependente Satisfação com a Vida (Acréscimo de $R^2 = .360$; $p = .030$). Como se pode observar no Anexo X, a variável “escolaridade dos homens” tem um contributo significativo no modelo 1 ($p = .032$), no modelo 2 ($p = .007$), no modelo 3 ($p = .018$), e no modelo 4 ($p = .024$); assim como a variável “estatuto laboral das mulheres” no modelo 2 ($p = 0.11$), no modelo 3 ($p = .008$), no modelo 4 ($p = .012$), e no modelo 5 ($p = .003$). Duas outras variáveis, apesar de não terem um contributo significativo, têm um contributo interessante, nomeadamente, os “filhos da relação actual da mulher” no modelo 2 ($p = .074$), no modelo 3 ($p = .063$), no modelo 4 ($p = .073$), e no modelo 5 ($p = .069$). Também no modelo 5, a variável independente “causa da infertilidade (factor masculino)” parece ter um contributo interessante ($p = .060$).

Seguidamente, utilizou-se a mesma sequência (sequência B) para a Satisfação com a Vida dos homens inférteis. Os valores obtidos através da análise de regressão realizada com os cinco modelos anteriores são apresentados em seguida.

Tabela 8. *Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Factor Feminino, Masculino, ou Misto); Variável Dependente Satisfação com a Vida nos Participantes Masculinos*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.606	.367	.247	.367	3.047	.040
2	.746	.556	.307	.189	1.363	.290
3	.803	.645	.317	.089	1.084	.390
4	.803	.645	.261	.000	.004	.951
5	.835	.697	.243	.052	.857	.453

Tendo em consideração a Tabela 8, pode visualizar-se que apenas o modelo 1 parece ter possibilitado um aumento significativo na explicação da variável dependente (Acréscimo de R² = .367; p = .040). Contudo, numa análise individualizada (Anexo X), apenas a variável “escolaridade dos homens” tem um contributo significativo (p = .028).

4.3.5. Testagem da Hipótese Geral 5

Para testar a hipótese geral 5, realizamos uma análise de regressão, em que a variável dependente é o Afecto Positivo dos casais inférteis. Em relação às variáveis independentes, estas foram inseridas em cinco modelos, apresentados anteriormente na sequência B (Figura 2).

Primeiramente, apresentamos, na Tabela 9, os valores obtidos pela análise de regressão que dizem respeito às mulheres dos casais inférteis.

Tabela 9. *Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Factor Feminino, Masculino, ou Misto); Variável Dependente Afecto Positivo nas Participantes Femininas*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.455	.207	.056	.207	1.373	.277
2	.536	.287	-.114	.080	.359	.869
3	.606	.367	-.218	.080	.545	.660
4	.612	.375	-.303	.008	.147	.708
5	.664	.441	-.398	.066	.594	.571

Tal como é possível verificar através da Tabela 9, nenhum modelo parece ter uma relação significativa com a variável dependente (Afecto Positivo).

Para os homens inférteis foi também utilizada a sequência B e os valores obtidos através da análise de regressão para os cinco modelos são expostos no seguinte Tabela.

Tabela 10. *Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Factor Feminino, Masculino, ou Misto); Variável Dependente Afecto Positivo nos Participantes Masculinos*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.532	.283	.146	.283	2.067	.121
2	.742	.550	.297	.268	1.906	.149
3	.751	.564	.161	.014	.135	.937
4	.751	.564	.092	.000	.012	.916
5	.867	.751	.377	.187	3.746	.061

Como podemos observar na Tabela 10, relativamente ao Afecto Positivo dos homens, também nenhum modelo parece ter uma relação significativa com a variável dependente. Contudo, o modelo 5 parece ter uma relação "interessante" com a variável dependente (Acréscimo de R² = .187; p = .061). Além disso, numa análise individualizada, podemos

verificar que a variável “estatuto laboral dos homens” tem um contributo significativo no modelo 1 ($p = .017$), no modelo 2 ($p = .015$), e no modelo 5 ($p = .032$). Especificamente, no modelo 5, é possível também verificar o contributo significativo da variável independente “causa da infertilidade (factor masculino)” ($p = .024$).

Deste modo, a hipótese 5 foi parcialmente comprovada, sendo que a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico contribui para explicar a variância estatística dos Estados Emocionais Positivos dos homens inférteis.

4.3.6. Testagem da Hipótese Geral 6

A testagem da hipótese geral 6 foi concretizada através de uma análise de regressão linear onde a variável dependente é o Afecto Negativo nos casais inférteis.

Serão apresentadas, em separado, as análises para as mulheres inférteis e para os homens inférteis. As variáveis independentes foram inseridas de acordo com cinco modelos diferentes, os quais estão descritos na sequência B, já referida anteriormente.

De seguida, exibimos, na Tabela 11, os valores, para as participantes inférteis do sexo feminino, alcançados através da análise de regressão linear.

Tabela 11. *Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Factor Feminino, Masculino, ou Misto); Variável Dependente Afecto Negativo nas Participantes Femininas*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.362	.131	-.034	.131	.793	.543
2	.542	.293	-.104	.162	.734	.608
3	.606	.367	-.217	.074	.506	.685
4	.645	.416	-.216	.049	1.010	.335
5	.848	.719	.297	.303	5.383	.026

Nesta análise (Tabela 11), pode-se apurar que o modelo 5 apresenta valores significativos para a explicação da variável dependente (Acréscimo de $R^2 = .303$; $p = .026$). Além disso, no Anexo X, podemos verificar que algumas variáveis têm um contributo interessante, como é o caso da variável “filhos anteriores ao diagnóstico do homem” no modelo 2 ($p = .053$), no modelo 3 ($p = .066$), no modelo 4 ($p = .059$), e no modelo 5 ($p = .029$) um contributo significativo. Importa também salientar o contributo significativo, no modelo 5, da variável independente “causa da infertilidade (factor masculino)” ($p = .012$).

Por fim, quanto aos homens inférteis, os resultados obtidos através da regressão linear estão descritos na Tabela 12.

Tabela 12. *Regressão Linear; Variável Independente Causa da Infertilidade (Factor Feminino, Masculino, ou Misto); Variável Dependente Afecto Negativo nos Participantes Masculinos*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	Significância do Acréscimo
1	.336	.113	-.056	.113	.668	.621
2	.605	.366	.009	.253	1.278	.321
3	.651	.423	-.109	.057	.431	.735
4	.651	.424	-.200	.001	.017	.898
5	.668	.446	-.385	.022	.198	.823

Na Tabela 12 é possível verificar que nenhum dos cinco modelos da sequência B oferece um contributo significativo para o aumento da explicação da variável dependente (Afecto Negativo) nos homens. Contudo, duas variáveis apresentam um contributo interessante no modelo 2 (Anexo X), especificamente, a variável “escolaridade dos homens” ($p = .067$), e a variável escolaridade das mulheres ($p = .065$).

No entanto, a hipótese 6 foi parcialmente comprovada, uma vez que a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico vai contribuir para explicar a variância estatística dos Estados Emocionais Negativos das mulheres inférteis.

Capítulo 5 Discussão de Resultados e Principais Conclusões

No presente capítulo, será apresentada a discussão dos resultados obtidos nesta investigação, tendo em consideração o enquadramento teórico, as reflexões consequentes de todo o procedimento metodológico utilizado, assim como os objectivos e as hipóteses colocadas inicialmente. Neste sentido, serão analisados não só os resultados estatisticamente significativos, mas também, os resultados possíveis de uma análise de significância interessante.

Ao observar os valores de Satisfação com a Vida nos casais inférteis, tendo em consideração a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade, pressupunha-se que, tanto para as mulheres inférteis como para os homens inférteis, ocorresse um aumento significativo da variância explicada da variável dependente (Satisfação com a Vida) quando a variável existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade fosse introduzida (Hipótese Geral 1).

Para as mulheres inférteis, a hipótese não foi confirmada, uma vez que, na presente investigação, não se verificaram aumentos significativos quando a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade é tida em consideração. Contudo, será pertinente salientar que na análise de regressão linear, encontramos um outro modelo (modelo 2) que apresenta valores com um contributo significativo. Neste sentido, verificou-se a presença de duas outras variáveis que apresentavam níveis de significância com contributos significativos para a explicação da variável dependente, nomeadamente, a variável escolaridade dos homens, assim como a variável estatuto laboral das mulheres, em todos os modelos. Estes resultados parecem sugerir que, para as mulheres inférteis, a escolaridade dos homens e o estatuto laboral das mulheres têm impacto na sua vivência da infertilidade, nomeadamente, a nível da sua Satisfação com a Vida.

Relativamente aos resultados dos homens inférteis, a hipótese também não foi confirmada, visto que, no presente estudo, não se verificam aumentos significativos induzidos pela presença da variável existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade. No entanto, é importante, referir que, através da regressão linear realizada, encontramos um outro modelo que apresenta valores com um contributo significativo. Neste modelo (modelo 1), encontramos a presença de uma variável que apresentava níveis de significância com contributos significativos para a explicação da variável dependente: a escolaridade dos homens. Deste modo, podemos considerar que, para

os homens inférteis, a sua escolaridade têm um impacto a nível da sua Satisfação com a Vida. A literatura indica que menores habilitações literárias estão associadas a maiores dificuldades de adaptação na infertilidade (Drosdzol & Skrzypulec, 2008). Neste sentido, Ramos (2011) sugere que menores habilitações literárias podem revelar menor compromisso com a profissão, ou menos objectivos relacionados com a vida profissional e, conseqüentemente, maior valorização da parentalidade como um importante objectivo de vida.

Ao analisar os valores de Afecto Positivo na Infertilidade, tendo em conta a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade, esperava-se que, tanto para as mulheres inférteis como para os homens inférteis, houvesse um aumento significativo da variância explicada da variável dependente (Afecto Positivo) instigado pela introdução da variável independente existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade (Hipótese Geral 2).

Para as mulheres inférteis, a nossa hipótese não foi verificada, uma vez que, no presente estudo, não se encontram acréscimos significativos no Afecto Positivo relacionados com a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade.

Em relação aos homens inférteis, a nossa hipótese também não foi confirmada, uma vez que, no presente estudo, também não se encontram acréscimos significativos no Afecto Positivo relacionados com a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade. Porém, será pertinente salientar que apesar de a variável independente não ter contributos significativos, na análise de regressão verificou-se a presença de uma outra variável que apresentava níveis de significância com contributos significativos para a explicação da variável dependente, particularmente, a variável estatuto laboral dos homens. Assim, podemos supor que o estatuto laboral dos homens tem impacto na vivência da sua infertilidade, designadamente, a nível do seu Afecto Positivo.

Após examinar os valores de Afecto Negativo nos casais inférteis, tendo em consideração a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade, estimava-se que, quer para as mulheres inférteis quer para os homens inférteis, houvesse um aumento significativo da variância explicada do Afecto Negativo quando fosse tido em conta a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade (Hipótese Geral 3).

Pensando sobre os valores obtidos pelas mulheres inférteis, constatou-se que a hipótese não foi confirmada, uma vez que não se encontraram acréscimos significativos resultantes da variável dependente Afecto Negativo, os quais seriam induzidos pela introdução da existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade. Todavia, apesar de a variável independente não ter contributos significativos, a variável filhos anteriores ao diagnóstico do homem apresenta níveis de significância interessantes em três modelos consecutivos (modelos 2, 3 e 4). Neste sentido, podemos supor que a variável filhos anteriores ao diagnóstico do homem poderá ter algum impacto a nível do Afecto Negativo das mulheres inférteis.

Quanto aos valores obtidos para os homens inférteis, verificou-se que a nossa hipótese não foi verificada, visto que, no presente estudo, não se verificaram acréscimos significativos resultantes da variável dependente Afecto Negativo, quando a variável independente existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade é introduzida. Contudo, verificamos a existência de uma variável que apresenta níveis de significância interessantes, respectivamente, a escolaridade das mulheres, no segundo modelo, o que poderá sugerir que a escolaridade das mulheres poderá ter alguma influência a nível do Afecto Negativo dos homens inférteis.

Após a análise dos resultados das nossas três primeiras hipóteses sobre se o facto de a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade daria um contributo significativo para a explicação da variância estatística da Satisfação com a Vida, dos Estados Emocionais Positivos e dos Estados Emocionais Negativos dos casais inférteis, verificamos que nenhuma das hipóteses foi confirmando, indicando que a inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade não contribui para explicar a variância estatística das variáveis acima mencionadas. No estudo de Wischmann e colaboradores (2001), os autores compararam, especificamente, casais com infertilidade idiopática com casais com outras causas de infertilidade, e verificaram que apesar de terem encontrado algumas diferenças entre os dois grupos a relevância do efeito estatístico foi sempre muito pequena e, em muitas outras áreas avaliadas, os resultados foram claramente semelhantes entre os grupos, o que levou os autores a concluir que os casais com infertilidade idiopática não deveriam ser considerados distintos dos casais com outros factores na origem dos seus problemas de fertilidade.

Relativamente aos valores de Satisfação com a Vida nos casais inférteis, considerando a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela

infertilidade, supunha-se que, quer para as mulheres inférteis quer para os homens inférteis, ocorresse um aumento significativo da variância explicada da variável, justificado pela introdução da variável especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade (Hipótese Geral 4).

Nos valores obtidos para as mulheres inférteis, tendo em conta a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade, esperava-se um acréscimo significativo da variância explicada da variável dependente Satisfação com a Vida. Considerava-se que tal facto seria explicado pela especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade. Novamente, não foi encontrada nenhuma relação que o indicasse, o que nos leva a não confirmar a hipótese, uma vez que não ocorreram acréscimos significativos relacionados com a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade. Importa, ainda, salientar que, através da regressão linear realizada, encontramos um outro modelo que apresenta valores com um contributo significativo (modelo 2). Além disso, encontramos duas variáveis que dão um contributo significativo, como é o caso da escolaridade dos homens (modelos 1 a 4), e do estatuto laboral das mulheres (modelos 2 a 5). Pensando nestes resultados, podemos referir que, para as mulheres inférteis, a escolaridade dos homens e o estatuto laboral das mulheres têm impacto na sua vivência da infertilidade, nomeadamente, a nível da sua Satisfação com a Vida.

Em relação aos valores obtidos para os homens inférteis na variável dependente Satisfação com a Vida, considerando a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade, estimava-se que houvesse um acréscimo significativo da variância explicada. Observando esses valores, verificou-se que não foi encontrada nenhuma relação entre as variáveis, o que nos leva a não confirmar a hipótese, uma vez que, neste estudo, não ocorreram acréscimos significativos na Satisfação com a Vida de acordo com especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade. É, importante, referir que, através da regressão linear realizada, encontramos um outro modelo que apresenta valores com um contributo significativo (modelo 1). Neste modelo, encontramos uma variável que dá um contributo significativo, como é o caso da escolaridade dos homens. Neste sentido, podemos supor que, para os homens inférteis, a sua escolaridade tem um impacto na sua vivência da infertilidade, nomeadamente, a nível da sua Satisfação com a Vida.

Ao observar os valores de Afecto Positivo nos casais inférteis, tendo em conta a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade, calculava-se que, tanto para as mulheres como para os homens inférteis, houvesse um aumento significativo da variância explicada da variável dependente (Hipótese Geral 5).

Em relação aos valores obtidos para as mulheres inférteis, a hipótese não foi confirmada, visto que, no presente estudo, não se verificam aumentos significativos da variância explicada do Afecto Positivo quando a variável especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade é introduzida.

Por sua vez, ao analisar os valores de Afecto Positivo, em homens inférteis, verificou-se que a hipótese ficou muito próxima de ser confirmada, uma vez que, no presente estudo, observa-se um nível de significância ($p = .061$) extremamente próximo do nível consensualmente admitido ($p = .05$). Mais se informa que outras variáveis independentes, tais como o estatuto laboral dos homens em três modelos (1, 2 e 5) dá um contributo significativo. Além disso, e ainda mais relevante, destaca-se o contributo significativo, no modelo 5, da variável independente causa da infertilidade quando o factor de infertilidade é masculino. Deste modo, podemos supor que, para os homens inférteis, o seu estatuto laboral, assim como, a causa da infertilidade quando o factor de infertilidade é masculino têm um impacto a nível do seu Afecto Positivo.

Pode, assim, assumir-se que a hipótese 6 foi parcialmente comprovada, sendo que no caso dos homens inférteis, a especificidade de um diagnóstico biomédico está muito próxima de contribuir para explicar a variância estatística dos Estados Emocionais Positivos. Esta quase significância da explicação da variável dependente pela variável especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade merece ser sublinhada pois, relativamente ao Afecto Positivo na infertilidade, individualiza a percepção masculina da infertilidade face à percepção feminina.

Relativamente aos valores de Afecto Negativo nos casais inférteis, considerando a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade, presumia-se que, quer para as mulheres inférteis quer para os homens inférteis, houvesse um aumento significativo da variância explicada da variável dependente (Hipótese Geral 6).

Para os valores obtidos pelas mulheres inférteis ocorreu um acréscimo significativo da variância explicada da variável dependente, observando-se um nível de significância de $p =$

.026. Desta forma, a nossa hipótese foi parcialmente suportada, visto que se verificaram acréscimos significativos de acordo com a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade. Além disso, é de salientar que outras variáveis independentes, tais como os filhos anteriores ao diagnóstico do homem em quatro três modelos consecutivos (modelos 2 a 4) dá um contributo interessante, e um contributo significativo no quinto modelo. Relacionado com a nossa hipótese, é ainda mais pertinente, destacar o contributo significativo, no modelo 5, da variável independente causa da infertilidade quando o factor de infertilidade é masculino. Deste modo, podemos supor que, para as mulheres inférteis, os filhos anteriores ao diagnóstico do homem, assim como a causa da infertilidade quando o factor de infertilidade é masculino influenciam o seu nível de Afecto Negativo.

A nossa hipótese não foi verificada, para os homens inférteis, pois, no presente estudo, não se encontram acréscimos significativos da variância do Afecto Negativo relacionado com a especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade.

Porém pode assumir-se que a hipótese 6 foi parcialmente comprovada, sendo que no caso das mulheres inférteis, a especificidade de um diagnóstico biomédico vai contribuir para explicar a variância estatística dos Estados Emocionais Negativos. Neste sentido, mais uma vez, esta quase significância da explicação da variável dependente pela variável especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade merece ser sublinhada pois, relativamente ao Afecto Negativo na infertilidade, individualiza a percepção masculina da infertilidade face à percepção feminina.

A presente investigação assenta na análise da regressão linear, no entanto, parece relevante salientar algumas informações obtidas através das correlações, de modo a enriquecer a compreensão da problemática em questão. Neste sentido, destaca-se que, relativamente às hipóteses que foram parcialmente comprovadas (hipóteses 5 e 6), na hipótese 5, quanto ao afecto positivo dos homens inférteis, este apresenta algumas correlações interessantes, apesar de não significativas. Deste modo, verifica-se que o afecto positivo dos homens está positivamente correlacionado com a causa de infertilidade quando o factor é feminino ($r = .377$), e está negativamente correlacionado com a causa de infertilidade quando o factor é masculino ($r = -.386$). Tal como foi encontrado no nosso estudo, e de acordo com a literatura, as reacções do homem parecem estar dependentes da presença ou ausência de um factor masculino como causa da infertilidade, visto

que o homem manifesta sentimentos semelhantes aos da mulher (emoções negativas) quando existe um diagnóstico de infertilidade masculina (Nachtigall e colaboradores, 1992; Smith, Walsh, Shindel, Turek, Wing, Pasch & Katz, 2009). Holter, Anderheim, Bergh e Moller (2007) sugerem também que que antes do desenvolvimento da técnica (ICSI) que representou um passo muito importante para permitir que os homens inférteis fossem pais biológicos, muitos estudos indicavam que os homens com factor masculino de infertilidade experienciavam mais respostas emocionais negativas do que os homens em casais com outros factores de infertilidade.

No que se refere à hipótese 6, relativa ao afecto negativo das mulheres inférteis, este apresenta também algumas correlações interessantes, apesar de não serem significativas. Assim, verifica-se que o afecto negativo das mulheres está negativamente correlacionado com a causa de infertilidade quando o factor é feminino ($r = -.414$), e está positivamente correlacionado com a causa de infertilidade quando o factor é masculino ($r = .415$). Alguns estudos relacionados com este nosso resultado sugerem que a mulher tende a sentir-se responsável pela questão da infertilidade, mesmo quando desconhece qual dos elementos do casal é infértil ou quando o parceiro é considerado o sujeito infértil (Tennen, Affleck, & Mendola, 1991, citado por Gomes, 2009), além disso, são vários os estudos que indicam que a mulher se sente culpada pela infertilidade quando existe um diagnóstico de infertilidade masculina e que, mesmo nessas circunstâncias, opta por tratamentos médicos focalizados no sistema reprodutor feminino para proteger a auto-estima do homem (Cudmore, 2005).

Relacionado, em parte com as nossas duas hipóteses parcialmente confirmadas, a literatura indica que se tem verificado que as mulheres e os homens inférteis com infertilidade masculina apresentaram níveis superiores de stress (Newton, Sherrard & Glavac, 1999) e de morbidade psiquiátrica (Guerra, Llobera, Veiga, & Barri, 1998), apesar de não apresentarem dados específicos relativamente aos estados emocionais.

Apesar de este estudo ter por base a análise da regressão linear, e de além disso termos salientado ainda algumas informações obtidas através das correlações, consideramos também interessante, destacar algumas informações obtidas através da análise dos resultados das escalas utilizadas nesta investigação para medir as variáveis dependentes, assim como as diferenças encontradas entre as participantes do sexo feminino e os participantes do sexo masculino.

Quanto à Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), pode-se obter no mínimo um índice de 5 e no máximo um índice de 25 valores, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é a Satisfação com a Vida. No Quadro 1 (Anexo VII), pode observar-se que os valores variam entre 8 e 25 para as participantes do sexo feminino ($M = 18.43$; $DP = 4.74$), e entre 9 e 24 para os participantes do sexo masculino ($M = 18.53$; $DP = 4.18$). Neste sentido, tendo em consideração que os valores da escala SWLS variam entre 5 e 25, e quanto maior for a pontuação, maior a satisfação com a vida, podemos verificar que as mulheres e os homens têm valores muito semelhantes de satisfação com a vida ($M = 18$), e se encontram acima do valor médio da escala, o que poderemos supor que a infertilidade não parece ter um impacto negativo sobre a satisfação com a vida global dos casais inférteis como alguns estudos sugerem (Abbey e colaboradores, 1992; Bromham, Bryce & Balmer, 1989; Callan, 1987; Callan & Hennessey, 1988; McCarthy, 2011).

No que concerne à Escala de Afectos Positivos e Negativos (PANAS), esta divide-se em duas subescalas, uma que mede a Afectividade Positiva (AP) e outra que mede a Afectividade Negativa (AN). Sendo que o somatório de cada escala variará entre o mínimo de 11 e o máximo de 55. Deste modo, quanto maior for o resultado da escala AP, maior será o nível de afectividade positiva presente no indivíduo; por outro lado, quanto maior for o resultado da escala AN, maior será o nível de afectividade negativa presente no sujeito. No Quadro 2 (Anexo VII), relativo à subescala de Afecto Positivo, pode observar-se que para as mulheres, os valores variam entre 25 e 50 ($M = 39.40$; $DP = 5.10$), e para os homens os valores variam entre 28 e 50 ($M = 38.93$; $DP = 5.55$). Mais uma vez, relativamente ao Afecto Positivo, os valores são muito semelhantes para as participantes do sexo feminino e para os participantes do sexo masculino ($M = 39$). Tendo em consideração que quanto maior for o resultado da escala de AP, maior a afectividade positiva presente no indivíduo, e que os valores variam entre 11 e 55, também se verifica que os casais se encontram com uma afectividade positiva acima do valor médio da escala. No que se refere à subescala de Afecto Negativo, pode verificar-se no Quadro 3 (Anexo VII), que para as participantes femininas os valores variam entre 11 e 48 ($M = 26.23$; $DP = 10.53$), e para os participantes masculinos os valores variam entre 11 e 35 ($M = 22.00$; $DP = 6.70$). Enquanto relativamente à Satisfação com a Vida e ao Afecto Positivo, as mulheres e os homens apresentam níveis semelhantes, já em relação ao Afecto Negativo, encontra-se alguma discrepância entre ambos os sexos, sendo que as mulheres apresentam uma afectividade negativa ligeiramente superior aos homens, o que vai de encontro aos resultados de estudos anteriores que indicam que as mulheres são mais propensas a experimentar sofrimento emocional do que os homens

(Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Lee & Sun, 2000; Montagnini e colaboradores, 2009; Ramos, 2011; Rosset e colaboradores, (2011). Contudo, ambos os sexos têm níveis de Afecto Negativo abaixo do nível médio da escala.

A análise dos resultados das escalas da presente investigação não indicam que a infertilidade tenha um impacto negativo na satisfação com a vida e nos estados emocionais como é afirmado em estudos anteriores que indicam que a infertilidade é o acontecimento de vida que mais efeitos destrutivos tem no bem-estar subjectivo da mulher e do homem, em simultâneo (Abbey e colaboradores, 1992). Contudo, os resultados do actual estudo podem ser justificados, de acordo com Faria (2001) que sugere que a vivência da infertilidade é claramente diferente de indivíduo para indivíduo, variando em função do sexo, personalidade, cultura, história pessoal e familiar, assim como do investimento que projectam no futuro filho. O modelo de stress e coping desenvolvido por Lazarus e Folkman (1984) tem recebido considerável aceitação na conceptualização da adaptação à infertilidade. Este modelo poderá também justificar este nosso resultado, pois ele não considera a infertilidade um acontecimento indutor de stress por si só, fazendo depender o carácter perturbador deste acontecimento da avaliação que os indivíduos (e os casais) fazem da situação e dos seus recursos para lidarem com ela (Lazarus & Folkman, 1984, citado por Moura, 2011), sendo que para aqueles para quem a parentalidade é avaliada como um objectivo menos central tenderão a avaliar a infertilidade como menos ameaçadora e, portanto, terão menor risco de inadaptação (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991).

O presente estudo contribui de um modo relevante para aprofundar a literatura empírica acerca da Infertilidade e do impacto da mesma no Bem-Estar Subjectivo dos casais inférteis portugueses, expressado quer a nível da sua Satisfação com a Vida, quer dos seus Estados Emocionais Positivos e Negativos. Além disso, importa referir a existência de muito poucos estudos relacionados com esta temática. Neste sentido, é de salientar o carácter inovador da presente investigação no que concerne às variáveis “existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade”, e “especificidade (feminina, masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade” e no modo como estas contribuem para a explicação da variância estatística da Satisfação com a Vida, dos Estados Emocionais Positivos, e dos Estados Emocionais Negativos dos casais inférteis. Deste modo, o presente trabalho contribui para o enriquecimento da literatura acerca da infertilidade, bem como da literatura acerca da Satisfação com a Vida e dos Estados Emocionais, ao analisar o impacto da existência/inexistência e da especificidade (feminina,

masculina, ou mista) do diagnóstico biomédico responsável pela infertilidade nas mesmas, além de dar o enfoque a ambas as componentes emocionais do Bem-Estar Subjectivo (para além dos Estados Emocionais Positivos também os Estados Emocionais Negativos). Destaca-se, assim, o resultado que a exclusividade feminina, masculina ou mista do diagnóstico de infertilidade parece ser responsável pelas variações dos estados emocionais dos casais inférteis; no caso dos homens essa relação observa-se na faceta emocional positiva, enquanto nas mulheres ocorre na faceta emocional negativa.

Contudo, apesar do contributo teórico e empírico do estudo aqui apresentado são manifestas algumas limitações, transversais a toda a investigação. Neste sentido, é bastante importante a sua identificação, de forma a permitir que em investigações futuras estas limitações possam ser reduzidas, melhorando, deste modo, a qualidade dessas novas investigações.

Deste modo, primeiramente, parece importante referir que apesar de as escalas utilizadas na presente investigação terem óptimas qualidades psicométricas, e se basearem numa avaliação subjectiva do próprio participante, as respostas poderão ter sido influenciadas pelo efeito da deseabilidade social. Contudo, não encaramos este facto como uma potencial limitação, uma vez que acaba por ser um aspecto inerente a todas as investigações.

Um outro factor a evidenciar relacionado também com a recolha de dados, o qual já consideramos uma possível limitação, refere-se às condições de aplicação dos questionários, uma vez que, na maioria dos casos não foi possível ter acesso a um gabinete, originando que muitos casais preenchessem os questionários na sala de espera, o que poderá ter influenciado negativamente o preenchimento dos mesmos. Além de poder ter afectado as respostas dos participantes, este aspecto contribuiu para uma divergência nas condições de aplicação entre os participantes. Também neste sentido, o facto de a recolha de dados ter sido realizada em diferentes momentos (ou enquanto os participantes aguardavam pela consulta de infertilidade, ou após a mesma) poderá ter influenciado quer a disponibilidade dos participantes, quer o seu estado emocional. Provavelmente os participantes que aguardavam pela consulta encontravam-se mais disponíveis e tranquilos, por sua vez, após a consulta, eventualmente, poderiam ter menos tempo disponível e revelarem-se mais ansiosos mediante a informação obtida na consulta. Importa salientar que as condições descritas ocorreram devido ao intuito de respeitar o funcionamento regular das consultas de infertilidade, e obter o maior número de participantes possível. Neste sentido, tivemos de

nos adaptar às condições pré-existentes, tendo a recolha de dados sido regida pelas mesmas. Uma última limitação a apontar, está também relacionada com as condições pré-existentes, uma vez que havia um número reduzido de consultas, o que dificultou a dimensão e selectividade da recolha da amostra. Deste modo, esta última limitação prende-se com o facto de não se ter conseguido uma amostra equitativa em relação às várias causas de infertilidade, havendo uma predominância de casais com factor de infertilidade identificado, em detrimento da quantidade de casais sem factor de infertilidade identificado.

No que respeita a futuras investigações, apresentam-se algumas sugestões que se consideram ser pertinentes para a realização de estudos futuros: (1) seria interessante a realização de um estudo com uma amostra de maior dimensão, e também mais representativa dos diferentes diagnósticos de infertilidade; (2) considera-se que seria também importante realizar um estudo longitudinal com o intuito de avaliar o impacto dos diferentes diagnósticos, de modo a avaliar os casais antes da fase de avaliação e após a identificação do diagnóstico; (3) julga-se também ser adequada a realização de uma investigação com um grupo de controlo (casais sem infertilidade) de modo a averiguar a existência ou não de discrepâncias nos resultados dos dois grupos; (4) poderia ser também interessante a realização de um estudo longitudinal de modo a verificar a variação da Satisfação com a Vida e dos Estados Emocionais Positivos e Negativos ao longo dos vários anos de tratamento; (5) seria ainda importante explorar alguns assuntos através da realização de uma entrevista; (6) e por fim, seria também interessante replicar o estudo utilizando as mesmas variáveis independentes e dependentes, recorrendo a algumas variáveis moderadoras tais como a resiliência, o optimismo, a satisfação conjugal, ou o acompanhamento psicológico.

Em suma, independentemente dos resultados da presente investigação, espera-se que este estudo seja um meio de motivação para a realização de novas investigações sobre esta temática, uma vez que é ainda muito reduzida a existência de estudos sobre a relação entre a infertilidade e a satisfação com a vida e os estados emocionais.

Referências Bibliográficas

- Abbey, A., Andrews, F. & Halman, J. (1992). Infertility and Subjective Well-Being: The Mediating Roles of Self-Esteem, Internal Control, and Interpersonal Conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 54(2), 408-417.
- Abbey, A., Andrews, F. & Halman, J. (1992). Stress from Infertility, Marriage Factors, and Subjective Well-being of Wives and Husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(3), 238-253.
- Abbey, A., Andrews, F. & Halman, L. (1994). Psychosocial predictors of life quality: How are they affected by infertility, gender and parenthood? *Journal of Family Issues*, 15, 253-271.
- Adashi, E., Cohen, J., Hamberger, L., Jones, H., Kretser, D., Lunenfeld, B., Rosenwaks, Z. & Van Steirteghem, A. (2000). Public perception on infertility and its treatment: an international survey. *Human Reproduction*, 15(2), 330-334.
- Albuquerque, F., Martins, C. & Neves, M. (2008). Bem-estar subjetivo emocional e coping em adultos de baixa renda de ambientes urbano e rural. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 509-516.
- American Society For Reproductive Medicine (2003). *Patient's Fact Sheet: Smoking and Infertility*. Retirado de <http://www.asrm.org/Patients/FactSheets/smoking.pdf>
- American Society for Reproductive Medicine (2008). Age-related fertility decline: a committee opinion, Birmingham, Alabama. *Fertility and Sterility*, 90, 154-155.
- Anderson, K., Sharpe, M., Rattray, A. & Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 353-355.
- Anderson, K., Nisenblast, V. & Norman, R. (2010). Lifestyle factors in people seeking infertility treatment – A review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50, 8-20.
- Andrews, F., Abbey, A. & Halman, L. (1991). Stress from Infertility, Marriage Factors, and Subjective Well-being of Wives and Husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 238-253.
- Atwood, J. & Dobkin, S. (1992). Storm clouds are coming: Ways to help couples reconstruct the crisis of infertility. *Contemporary Family Therapy*, 14, 385-403.
- Augood, C., Duckitt, K. & Templeton, A. (1998). Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*, 13(6), 1532-1539.
- Becker, G. & Nachtigall, R. (1994). Born to be a mother: The cultural construction of risk in infertility treatment in the U.S. *Society of Science and Medicine*, 39, 507-518.
- Bromham, D., Bryce, F. & Balmer, B. (1989). Psychometric evaluation of infertile couples. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 7, 195-202.
- Butler, R. & Koraleski, S. (1990). Infertility: A crisis with no resolution. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 151-163.
- Caetano, A. & Silva, S. (2010). Bem-estar e saúde no trabalho. In Lopes, M. P. Ribeiro, R. B., Palma, P. J. e Cunha, M. P. (eds), *Psicologia Aplicada*, Lisboa: Recursos Humanos Editora.
- Callan, V. (1987). The personal and marital adjustment of mothers and of voluntarily and involuntarily childless wives. *Journal of Marriage and Family*, 49, 847-856.
- Callan, V. & Hennessey, J. (1988). The psychological adjustment of women experiencing infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 137-140.
- Carvalho, J. & Santos, A. (2010). *Estudo Afrodite – Caracterização da infertilidade em Portugal*. Retirado de

- <http://static.publico.clix.pt/docs/sociedade/AfroditeInfertilidade.pdf>
- Catarino, M. (2011). *Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicoterapia e Psicologia Clínica.
- Chavarro, J., Rich-Edwards, J., Rosner, B. & Willett, W. (2007). Use of multivitamins, intake of B vitamins, and risk of ovulatory infertility. *Fertility and sterility*, 89, 668-676.
- Conceição, S. (2000). A Infertilidade no Feminino. In *Actas do IV Congresso Português de Sociologia. Sociedade Portuguesa: Passados Recentes, Futuros Próximos*. Coimbra: Universidade de Coimbra/APS.
- Cooper-Hilbert, B. (2001). Helping couples through the crisis of infertility. *Clinical update: The American Association for Marriage and Family Therapy*, 3, 1-6.
- Cousineau, T. & Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 293-308.
- Couto, F. (2011). *A Influência da Infertilidade na Satisfação Conjugal e no Ajustamento Familiar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Crawford, J., & Henry, J., (2004). The positive and negative affect Schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal Clinic Psychology*, 43(3), 245-65.
- Cudmore, L. (2005). Becoming parents in the context of loss. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 299-308.
- Daig, I., Herschbach, P., Lehmann, A., Knoll, N., & Decker, O. (2009). Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: a general population survey from Germany. *Quality Life Research*, 18, 669-678.
- Daniluk, 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 Intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85, 89-100.
- Daukantaite D. & Bergman L. (2005). Childhood Roots of Women's Subjective Well-Being: The Role of Optimism. *European Psychologist*, 10, 287-297.
- De Graaff, A., Land, J., Kessels, A. & Evers, J. (2011). Demographic age shift toward later conception results in an increased age in the subfertile population and an increased demand for medical care. *Fertility and Sterility*, 95(1), 61-67.
- DeNeve, K. & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Delgado, M. (2007). *O desejo de ter um filho. As vivências do casal infértil*. Acedido: December 28, 2010, from <http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/724/1/LC331.pdf>.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E. & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 851-864.

- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E. & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E, Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Domar, A., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B. & Freizinger, M. (2000). The Impact of Group Psychological Interventions on Distress in Infértil Women. *Health Psychology*, 19, 568-575.
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13, 271-281.
- Drosdzol, A. & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of Marital and Sexual Interactions of Polish Infertile Couples. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 3335-3346.
- Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245-277.
- Emmons, R., & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 89-97.
- Endler, N., Parker, J. & Summerfeldt, L. J. (1993). Coping with health problems: Conceptual and methodological issues. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 25, 384-399.
- Esteves, M. (2009). *Infertilidade a quanto obrigas!...: investigação da personalidade na infertilidade psicogénea e na fertilidade*. Lisboa : Trilhos : Coisas de Ler.
- Faria, C. (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M. C. Canavarro (Ed.) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, pp.189-209. Coimbra: Quarteto.
- Ferreira, A., Silva, I., Brito, M., Dias, N., Henriques, C. & Santos, M. (2011). Entre sonhos e anseios...as vivências da mulher infértil. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1(4), 577-584.
- Forrest, L. & Gilbert, M. (1992). Infertility: An unanticipated and prolonged life crisis. *Journal of Mental Health Counseling*, 14, 42-58.
- Freeark, K., Jozefowicz-Simbeni, D., Rosenberg, E. & Bornstein, J. (2005). Gender differences and dynamics shaping the adoption life cycle: Review of the literature and recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 86-101.
- Gadermann A. & Zumbo B. (2006). Investigating the intra-individual variability and trajectories of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 81, 1-33.
- Galinha, I. (2008). Bem-Estar Subjectivo: Factores Cognitivos, Afectivos e Contextuais. 1ªed., Coimbra: Quarteto.
- Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 203-214.
- Gibson, D. & Myers, J. (2002). The effect of social coping resources and growthfostering relationships on infertility stress in women. *Journal of Mental Health Counseling*, 24, 68-80.
- Gomes, A. (2009). *A satisfação conjugal em casais candidatos à adoção: caracterização em função do género e do motivo para adotar (infertilidade/não-infertilidade)*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Gracia, C., Sammel, M., Coutifaris, C., Guzick, D. & Barnhart, K. (2005). Occupational Exposures and Male Infértility. *American Journal of Epidemiology*, 162, 729-733.

- Greenhouse, S., Rankin, T., & Dean, J. (1998). Genetic causes of female infertility: targeted mutagenesis in micel. *American Journal of Human Genetics*, 62, 1282-1287.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45, 1679-1704.
- Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A. & Barri, P. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13, 1733-1736.
- Guerin, L., Prins, J. & Robertson, S. (2009) Regulatory T cells and immune tolerance in pregnancy – a new target for infertility treatment? *Human Reproduction Update*, 15(5), 517-35.
- Hammarberg, K., Astbury, J. & Baker, H. (2001). Women's experience of IVF: A follow-up study. *Human Reproduction*, 16, 374-383.
- Hassan, M. & Killick, S. (2003). Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age. *Fertility and Sterility*, 79(3), 1520-1527.
- Hassan, M. & Killick, S. (2004). Negative lifestyle is associated with significant reduction in fecundity. *Fertility and Sterility*, 81(2), 384-92.
- Himmel, W., Ittner, E., Kochen, M., Michelmann, H., Hinney, B., Reuter, M., Kallerhoff, M. & Ringert, R. (1997). Management of involuntary childlessness. *British Journal of General Practice*, 47, 111-118.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2007). The psychological influence of gender infertility diagnosis among men about to start IVF or ICSI treatment using their own sperm. *Human Reproduction*, 22, 2559-2565.
- Homan, G., Davies, M. & Norman, R. (2007). The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing inféertility treatment: a review. *Human Reproduction Update*, 13, 209-223.
- Instituto Nacional de Estatística, Gabinete de Estudos, Área Demográfica e Social. (1998). Inquérito à fecundidade e família - 1997. Resultados preliminares. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). Mulheres e Homens em Portugal nos anos 90. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, pp. 124.
- Joia, L., Ruiz, T. & Donalisio, M. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com vida entre a população de idosos. *Revista Saúde Pública*, 41(1), 131-138.
- Jolly, M., Sebire, N., Harris, J., Robinson, S. & Regan, L. (2000). The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Human Reproduction*, 15, 2433-2437.
- Jordan, C. & Revenson, T. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341-357.
- Kraaij, V., Garnefski, N. & Schroevers, M. (2009). Coping, Goal Adjustment, and Positive and Negative Affect in Definitive Infertility. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 18-26.
- Keyes, L., Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 1007-1022.
- Klempner, L. (1992). Infertility: Identifications and disruptions with the maternal object. *Clinical Social Work Journal*, 20, 193-203.
- Koropatnick, S., Daniluk, J. & Pattinson, A. (1993). Infertility: A non-event transition. *Fertility and Sterility*, 59, 163-171.
- Lee, T. & Sun, G. (2000). Psychosocial Response of Chinese Infertile Husbands and Wives. *Archives of Andrology*, 45, 143-148.
- Lopes, I. (2010). *Infertilidade, Qualidade de Vida e sua aplicação médico-legal (Uma*

- Amostra da Consulta de Psicologia da Unidade de Medicina da Reprodução do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho*). Dissertação de Mestrado em Medicina Legal. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Lucas, R., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lunenfeld, B. & Van Steirteghem, A. (2004). Infertility in the third millennium: implications for the individual, family and society: condensed meeting report from the Bertarelli Foundation's second global conference. *Human Reproduction Update*, 10, 317-311.
- McCarthy, M. (2011). Differences in Women's Psychological Well-being Based on Infertility Treatment Choice and Outcome. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 475-480.
- McQuillan, J., Stone, R. & Greil, A. (2007). Infertility and Life Satisfaction Among Women. *Journal of Family*, 28, 955-982. - LER
- Melo, V., Leal, I. & Faria, C. (2006). Depressão, ansiedade e stress em sujeitos inférteis. In *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Faro: Universidade do Algarve.
- Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2004-2010, Lisboa.
- Montagnini, H., Blay, S., Novo, N., Freitas, V. & Cedenho, A. (2009). Estados Emocionais de Casais Submetidos à fertilização In Vitro. *Estudos de Psicologia*, 26(4), 475-481.
- Moreira, S., Melo, C., Tomaz, G. & Azevedo, G. (2006). Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 28(6), 358-64.
- Mueller, B., Daling, J., Weiss, N. & Moore, D. (1990). Recreational Drug Use and the Risk of Primary Infertility. *Epidemiology Resources*, 1, 201-205.
- Nachtigall, R. D., Becker, G. & Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57, 113-121.
- Neto, F., Barros, A. & Barros, J. (1990). Atribuição de responsabilidade e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 11 (1), 47-54.
- Newton, C., Sherrard, W. & Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72, 54-72.
- Oddens, B., Tonkelaar, I. & Nieuwenhuys, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems - a comparative survey. *Human Reproduction*. 14(1), 255-61.
- Ostir, G., Ottenbacher, K. & Markides, K. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, 19(3), 402-408.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.
- Pavot, W., Diener, E., & Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70, 340-354.
- Pavot, W., Fujita, F. & Diener, E. (1997). The relation between self-aspect congruence, personality and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 22, 183-191.
- Peterson, B., Newton, C. & Rosen, K. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42, 59-70.

- Phipps, S. (1993). A phenomenological study of couples infertility: Gender influence. *Holistic Nursing Practice*, 7, 44-56.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M. & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health*, 4, 9.
- Ramazanadeh, F., Noorbala, A., Abedinia, N., & Naghizadeh, M. (2009). Emotional adjustment in infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 7(3), 97-103.
- Ramos, M. (2011). *Adaptação Psicossocial de Casais Portugueses à Infertilidade e à Reprodução Medicamente Assistida*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Remoaldo, P. & Machado, H. (2002). *A infertilidade no concelho de Guimarães – contributos para o bem-estar familiar*. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5195>.
- Remoaldo, P., Machado, H. & Reis, I. (2006). *O contributo das ciências sociais e médicas para o estudo da infertilidade*. In Manuel Silva e Costa e Engrácia Leandro (orgs.), *Participação, Saúde e Solidariedade: riscos e desafios*, Braga, Universidade do Minho, pp. 785-796.
- Remoaldo, P., Machado, H., Reis, I., Pereira, L. & Xavier, M. (2005). *A infertilidade no concelho de Guimarães – Contributos para o bem-estar familiar"*, *Actas do V Congresso da Geografia Portuguesa – Portugal: Territórios e protagonistas*, p.1-14.
- Río, C., Moreno-Rosset, C., Jurado, R. & Robaina, N. (2008). Psychological Assessment in infertility: The DERA, a Measure Developed in Spain. *Papeles del Psicólogo*, 29, 176-185.
- Roger, M. (1998). Influence of lifestyle on male infertility: potential testicular heating factors. *Middle East Fertility Society Journal*, 1, 40-45.
- Robinson, G. & Stewart, D. (1996). The psychological impact of infertility and new reproductive technologies. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 168-172
- Rosset, C., Aparicio, M., Uclés, I. & Díaz, M. (2011). *Estados emocionales y afectivos en infertilidad: un estudio comparativo con personas fértiles*. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(3), 683-703
- Rutstein, S. & Shah, I. (2004). *Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries*. DHS Comparative Reports n. 9. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro and World Health Organization.
- Schmidt, L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. *Danish Medical Bulletin*, 53, 390-417.
- Schmidt, L., Holstein, B., Boivin, J., Tjornhoj-Thomsen, T., Blaabjerg, J., Hald, F., Rasmussen, P. & Andersen, A. (2003). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: Findings from the copenhagen multi-centre psychosocial infertility research programme. *Human Reproduction*, 18, 2638-2646.
- Schneider, M. & Forthofer, M. (2005). Associations of Psychosocial Factors with the Stress of Infertility Treatment. *Health & Social Work*, 30(3), 183-191.
- Schryver, A. & Meheus, A. (1990). Epidemiology of sexually transmitted diseases: a global picture. *Bull World Health Organ*, 68, 639-654.
- Sequeira, M. & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Shayeb, A. & Bhattacharya, S. (2009). Review: Male obesity and reproductive potential. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 9, 7-12.

- Silva, M. (2011). *Aspectos psicológicos da infertilidade e das técnicas de procriação medicamente assistida*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXVI, 3, 503-515.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXVII, 3, 387-404.
- Simões, M. (2010). *Infertilidade: Prevalência*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.
- Siqueira, M. & Padovam, V. (2004) Bases teóricas de bem-estar subjectivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília.
- Smith, J., Walsh, T., Shindel, A., Turek, P., Wing, H., Pasch, L. & Katz, P. (2009). Sexual, marital, and social impact of a man's perceived infertility diagnosis. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2505-2515.
- Soares, S. (2008). *Prevalência da infertilidade na cidade do Porto*. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22085>
- Stanton, A. & Dunkel-Schetter, C. (1991). *Psychological adjustment to infertility: An 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.
- Stanton, A., Lobel, S., Sears, S. & DeLuca, R. (2002). Psychosocial Aspects of Selected Issues in Women's Reproductive Health: Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, pp. 751-770.
- Steel, P., Schmidt, J. & Shultz, J. (2008). Refining the Relationship Between Personality and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 134, 138-161.
- Strauss, B., Hepp, U., Staeding, G. & Mettler, L. (1998). Psychological Characteristics of Infertile Couples: Can They Predict Pregnancy and Treatment Persistence?. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8, 289-301.
- Terävä, A. N., Gissler, M., Hemminki, E. & Luoto, R. (2008). Infertility and the use of infertility treatments in Finland: prevalence and socio-demographic determinants 1992-2004. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 136, 61-6.
- Todorova, I. & Kotzeva, T. (2003). Social discourses, womens's resistive voices: facing involuntary childlessness in Bulgaria. *Women's Studies International Forum*, 26, 139-151.
- Uribelarrea, L. M. L. (2008). El impacto Psicológico de la Infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29, 158-166.
- Veenhoven, R. (1996). Developments in satisfaction research. *Social Indicators Research*, 37, 1-46.
- Vieira, C. (2009). *A Relação entre a Consciência de Estigma e a Auto-Eficácia na Infertilidade*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia - Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal.
- Watkins, K. & Baldo, T. (2004). The Infertility Experience: Biopsychosocial Effects and Suggestions for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 82, 394-402.
- Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Whiteford, L. & Gonzalez, L. (1995). Stigma: The hidden burden of infertility. *Society of Science and Medicine*, 40, 27-36.
- Wiener-Megnazi, Z., Auslender, R. & Dirnfeld, M. (2012). Advanced paternal age and

reproductive outcome. *Asian Journal of Andrology*, 14, 69-76.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility

Anexos

Anexo I - Folha de Informação ao Participante

A Influência da Infertilidade na Satisfação com a Vida e nos Estados Emocionais dos Casais Inférteis.

Cátia Patrícia Soares Padeiro; Mestrado Integrado em Psicologia; Faculdade de Psicologia; Universidade de Lisboa, 2014.

Orientador Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo; Faculdade de Psicologia; Universidade de Li

Folha de Informação ao (à) Participante

A investigação que estamos a realizar é no âmbito de uma dissertação de Mestrado e tem como objectivo estudar o impacto que a Infertilidade poderá ter na Satisfação com a Vida e nos Estados Emocionais Positivos e Negativos dos casais inférteis. A investigadora responsável pelo estudo é estudante de Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. A supervisão do estudo é assegurada pelo Professor João Justo.

A sua decisão de participar na investigação é voluntária e não será remunerada. Pode utilizar o tempo que necessitar para decidir se pretende, ou não, que os seus dados sejam registados nesta investigação. Poderá escolher não participar ou poderá sair do estudo a qualquer momento, sem quaisquer obrigações, sem precisar de dar justificações e sem prejuízo dos seus cuidados médicos. Caso aceite, serão recolhidas informações sociodemográficas, e sobre a sua vivência após o diagnóstico de infertilidade ou diagnóstico do parceiro, a nível da sua satisfação com a vida e dos seus estados emocionais. Inicialmente, ser-lhe-á entregue este documento e solicitado que assine um novo documento intitulado de Consentimento Informado. A Folha de Informação ao (à) Participante fica na sua posse e o Consentimento Informado fica com a investigadora. A qualquer momento da investigação, pode decidir desistir da mesma, não tendo qualquer consequência.

A sua participação na investigação será constituída pelo preenchimento dos seguintes questionários: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Escala de Satisfação com a Vida (Simões, 2002), e Escala de Afectos Positivos e Negativos (Simões, 2003).

O preenchimento de todos os questionários não deverá ultrapassar os 20 minutos e será realizado numa só sessão. Relativamente aos mesmos, leia sempre atentamente as instruções. Não existem respostas certas ou erradas.

Todos os dados obtidos são totalmente confidenciais e anónimos aos quais apenas a investigadora terá acesso, registando-os numa base de dados e analisando-os numa perspectiva global e não individual. Os questionários serão identificados com um código numérico, para facilitar o tratamento de dados, mantendo, desta forma, a máxima confidencialidade dos dados pessoais.

Agradecemos a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e colocar a data neste documento e guardá-lo.

Para esclarecimento de dúvidas ou conhecimento sobre os resultados da investigação, pode contactar a investigadora através do contacto electrónico: catiapadeiro@gmail.com

Nome do(a) Participante:

Nome da Investigadora:

Assinatura do(a) Participante:

Assinatura da Investigadora:

Data: ___/___/___

Anexo II - Consentimento Informado

A Influência da Infertilidade na Satisfação com a Vida e nos Estados Emocionais dos Casais Inférteis.

Cátia Patrícia Soares Padeiro; Mestrado Integrado em Psicologia; Faculdade de Psicologia; Universidade de Lisboa, 2014.

Orientador Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo; Faculdade de Psicologia; Universidade de Lisboa.

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado(a), tomei conhecimento e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído(a). Tive a oportunidade de colocar questões, tendo obtido uma resposta adequada. Fui informado(a) que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem dar qualquer justificação e sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto que me sejam aplicados os questionários propostos pela investigadora, os quais requerem 20 minutos e serão aplicados numa sessão única.

Permito que os dados fornecidos sejam analisados pela investigadora, tal como descrito na Folha de Informação ao Participante.

Aceito participar nesta investigação e permito que os dados sejam divulgados com base na informação referida anteriormente.

Por fim, recebi a Folha de Informação ao Participante, que devo guardar.

Nome do(a) Participante:

Nome da Investigadora:

Assinatura do(a) Participante:

Assinatura da Investigadora:

Data: ___/___/___

Anexo III - Questionário Sociodemográfico e Clínico

A Influência da Infertilidade na Satisfação com a Vida e nos Estados Emocionais dos Casais Inférteis.

Cátia Patrícia Soares Padeiro; Mestrado Integrado em Psicologia; Faculdade de Psicologia; Universidade de Lisboa, 2014.

Orientador Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo; Faculdade de Psicologia; Universidade de Lisboa.

Nº do Casal: _____

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Dados Pessoais:

1. Idade: _____
2. Sexo: F M
3. Escolaridade (número de anos de escolaridade com sucesso): _____
4. Estatuto Laboral: Empregado Desempregado Outro _____
5. Profissão (o que faz exactamente): _____
6. Estatuto Conjugal: Casado Viúvo Solteiro União de Facto Outro
 - 6.1. Se outro, qual? _____
 - 6.2. Nº de anos de relacionamento conjugal: _____
 - 6.3. Nº de relacionamentos anteriores: _____
7. Filhos anteriores ao diagnóstico: Sim Não
 - 7.1. Se sim, quantos? _____
 - 7.2. Idade(s): _____
 - 7.3. Sexo: F M
 - 7.4. Filhos desta relação: Sim Não
 - 7.4.1. Se sim, quantos? _____
 - 7.5. Filhos de relações anteriores: Sim Não
 - 7.5.1. Se sim, quantos? _____
8. Hábitos tabágicos: Sim Não
 - 8.1. Se sim, há quanto tempo? _____
 - 8.2. Se sim, com frequência? _____
9. Consumo de álcool: Sim Não
 - 9.1. Se sim, com que frequência? _____

Informação Clínica:

10. Há quanto tempo está a tentar engravidar? _____
11. Há quanto tempo recebeu o diagnóstico? _____
12. Há quanto tempo frequenta as consultas? _____
13. Causa da Infertilidade
 - 13.1. Factor Feminino
 - 13.2. Factor Masculino
 - 13.3. Factor Masculino e Feminino
 - 13.4. Sem Factor de Infertilidade Identificado
14. Qual é a natureza da sua infertilidade?
 - 14.1. Nunca esteve grávida
 - 14.2. Já esteve grávida, mas a gravidez nunca chegou a proporcionar um nascimento de um bebé viável
 - 14.3. Tem filhos, mas actualmente não consegue engravidar
 - 14.4. Tem filhos, consegue engravidar, mas não consegue levar a gravidez até ao nascimento de um bebé viável
15. Já iniciou algum tratamento? Sim Não
 - 15.1. Se sim. Número de tratamentos: _____
 - 15.2. Se sim. Natureza dos tratamentos: _____
16. Tem acompanhamento psicológico? Sim Não
 - 16.1. Se sim, há quanto tempo? _____

Anexo IV - Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

**A Influência da Infertilidade na Satisfação com a Vida e
nos Estados Emocionais dos Casais Inférteis.**

Cátia Patrícia Soares Padeiro; Mestrado Integrado em Psicologia; Faculdade de Psicologia; Universidade de Lisboa, 2014.

Orientador Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo; Faculdade de Psicologia; Universidade de Lisboa.

Nº do Casal: ____

SWLS - Escala de Satisfação com a Vida (Simões, 1992)

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e marque uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.					
2. As minhas condições de vida são muito boas.					
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.					
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.					
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

A Influência da Infertilidade na Satisfação com a Vida e nos Estados Emocionais dos Casais Inférteis.

Cátia Patrícia Soares Padeiro; Mestrado Integrado em Psicologia; Faculdade de Psicologia; Universidade de Lisboa, 2014.

Orientador Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo; Faculdade de Psicologia; Universidade de Lisboa.

PANAS - Escala de Afectos Positivos e Negativos (Simões, 1993)

Utilize a escala de 1 a 5 e marque uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta, quanto à forma como se tem sentido desde o diagnóstico de infertilidade.

	Muito Pouco ou Nada (1)	Um Pouco (2)	Assim, Assim (3)	Muito (4)	Muitíssimo (5)
1. Interessado(a)					
2. Aflito(a)					
3. Estimulado (animado)					
4. Aborrecido(a)					
5. Forte					
6. Culpado(a)					
7. Assustado(a)					
8. Hostil (inimigo)					
9. Entusiasmado (arrebatado)					
10. Orgulhoso(a)					
11. Irritável					
12. Atento(a)					
13. Envergonhado(a)					
14. Inspirado(a)					
15. Nervoso(a)					
16. Decidido(a)					
17. Atencioso(a)					
18. Agitado (inquieto)					
19. Activo (mexido)					
20. Medroso(a)					
21. Emocionado(a)					
22. Magoado(a)					

Anexo VI - Tabelas dos Dados Sociodemográficos e Clínicos

Tabela 1. Idade dos Participantes ($n = 30♀$ e $28♂$)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Participantes Femininos	32,47	3,01	25	28
Participantes Masculinos	35,18	3,56	28	43

Tabela 2. Escolaridade dos Participantes ($n = 30♀$ e $30♂$)

Anos completados com sucesso	Participantes Femininos		Participantes Masculinos	
	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência	Porcentagem (%)
4 anos	-	-	1	3,3
5 anos	1	3,3	-	-
8 anos	-	-	1	3,3
9 anos	2	6,7	4	13,3
10 anos	1	3,3	1	3,3
11 anos	1	3,3	-	-
12 anos	10	33,3	15	50,0
15 anos	-	-	1	3,3
16 anos	3	10,0	4	13,3
17 anos	12	40,0	3	10,0
Total	30	100,0	30	100,0

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Participantes Femininos	13,87	3,30	5	17
Participantes Masculinos	12,27	3,03	4	17

Tabela 3. Estatuto Laboral dos Participantes (n = 30♀ e 30♂)

	Participantes Femininos		Participantes Masculinos	
	Frequência	Percentagem (%)	Frequência	Percentagem (%)
Empregado	26	86,7	29	96,7
Desempregado	4	13,3	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 4. Profissões dos Participantes (n = 26♀ e 29♂)

	Participantes Femininos		Participantes Masculinos	
	Frequência	Percentagem (%)	Frequência	Percentagem (%)
- Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1	3,3	0	0,0
- Especialistas de profissões intelectuais e científicas	6	20,0	3	10,0
- Técnicos e profissionais de nível intermédio	6	20,0	6	20,0
- Pessoal administrativo e similares	5	16,7	6	20,0
- Pessoal dos serviços e vendedores	5	16,7	7	23,3
- Operários, artífices e trabalhadores similares	1	3,3	6	20,0
- Trabalhadores não qualificados	2	6,7	1	3,3
Desempregados	4	13,3	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 5. *Estatuto Conjugal dos Casais (n = 30)*

	Frequência	Percentagem (%)
Casado	18	60,0
União de Facto	12	40,0
Total	30	100,0

Tabela 6. *Número de Anos de Relacionamento Conjugal dos Casais (n = 30)*

	Frequência	Percentagem (%)
1 ano	1	3,3
2 anos	1	3,3
3 anos	2	6,7
4 anos	3	10,0
5 anos	1	3,3
6 anos	2	6,7
7 anos	2	6,7
8 anos	5	16,7
9 anos	3	10,0
10 anos	2	6,7
11 anos	1	3,3
12 anos	2	6,7
15 anos	1	3,3
16 anos	4	13,3
Total	30	100,0

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Relacionamento Conjugal	8,43	4,37	1	16

Tabela 7. *Número de Relacionamentos Anteriores dos Participantes (n = 21♀ e 20♂)*

	Participantes Femininos		Participantes Masculinos	
	Frequência	Percentagem (%)	Frequência	Percentagem (%)
0	3	10,0	6	20,0
1	8	26,7	7	23,3
2	6	20,0	5	16,7
3	3	10,0	1	3,3
4	1	3,3	-	-
5	-	-	1	3,3
Não responderam	9	30,0	10	33,3
Total	30	100,0	30	100,0

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Participantes Femininos	1,57	1,08	0	4
Participantes Masculinos	1,25	1,25	0	5

Tabela 8. *Filhos dos Participantes (n = 30♀ e 30♂)*

	Participantes Femininos		Participantes Masculinos	
	Frequência	Percentagem (%)	Frequência	Percentagem (%)
Filhos anteriores ao diagnóstico				
Sim	3	10	5	16,7
Não	27	90	25	83,3
Filhos da relação actual				
Sim	2	6,7	2	6,7
Não	28	93,3	28	93,3
Filhos de relações anteriores				
Sim	1	3,3	3	10,0
Não	29	96,7	27	90,0

Tabela 9. *Hábitos dos Participantes (n = 30♀ e 30♂)*

	Participantes Femininos		Participantes Masculinos	
	Frequência	Percentagem (%)	Frequência	Percentagem (%)
Hábitos Tabágicos				
Sim	5	16,7	6	20,0
Não	25	83,3	24	80,0
Consumo de Álcool				
Sim	8	26,7	22	73,3
Não	22	73,3	8	26,7

Tabela 10. *Duração da Infertilidade dos Casais (n = 30)*

	Frequência	Percentagem (%)
1 ano	2	6,7
2 anos	3	10,0
3 anos	6	20,0
4 anos	9	30,0
5 anos	3	10,0
6 anos	5	16,7
8 anos	1	3,3
15 anos	1	3,3
Total	30	100,0

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Duração da Infertilidade	4,33	2,58	1	15

Tabela 11. *Conhecimento do Diagnóstico pelos Casais - anos (n = 28)*

	Frequência	Percentagem (%)
1 semana	1	3,3
1 ano	7	23,3
2 anos	6	20,0
3 anos	8	26,7
4 anos	3	10,0
5 anos	3	10,0
Não responderam	2	6,7
Total	30	100,0

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Conhecimento do Diagnóstico	2,50	1,37	0	5

Tabela 12. *Permanência na Consulta dos Casais – anos (n = 30)*

	Frequência	Percentagem (%)
1 ano	8	26,7
2 anos	8	26,7
3 anos	8	26,7
4 anos	4	13,3
5 anos	2	6,7
Total	30	100,0

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Permanência na Consulta	2,47	1,22	1	5

Tabela 13. *Causa da Infertilidade dos Casais (n = 30)*

	Frequência	Percentagem (%)
Factor Feminino	10	33,3
Factor Masculino	7	23,3
Factor Masculino e Feminino	8	26,7
Sem Factor de Infertilidade Identificado	5	16,7
Total	30	100,0

	Frequência	Percentagem (%)
Causa Conhecida	25	83,3
Causa Desconhecida	5	16,7
Total	30	100,0

Tabela 14. *Natureza da Infertilidade das Participantes do Sexo Feminino (n = 30)*

	Frequência	Percentagem (%)
Nunca esteve grávida	19	63,3
Já esteve grávida, mas a gravidez nunca chegou a proporcionar o nascimento de um bebé viável	8	26,7
Tem filhos, mas actualmente não consegue engravidar	3	10,0
Total	30	100,0

	Frequência	Percentagem (%)
Infertilidade Primária	27	90,0
Infertilidade Secundária	3	10,0
Total	30	100,0

Tabela 15. *Presença / Ausência de Tratamento nos Casais (n = 30)*

	Frequência	Porcentagem (%)
Com Tratamento	24	80,0
Sem Tratamento	6	20,0
Total	30	100,0

Tabela 16. *Número de Tratamentos dos Casais (n = 27)*

	Frequência	Porcentagem (%)
0	20	0,0
1	11	36,7
2	4	13,3
3	3	10,0
4	1	3,3
5	1	3,3
6	1	3,3
Não responderam	3	10,0
Total	30	100,0

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Número de Tratamentos	1,59	1,55	0	6

Tabela 17. *Natureza dos Tratamentos dos Casais (n = 26)*

	Frequência	Porcentagem (%)
Estimulação Ovária	3	10,0
FIV	7	23,3
FIV e IA	3	10,0
FIV e ICSI	3	10,0
IA	3	10,0
ICSI	2	6,7
Não iniciaram tratamento	5	16,7
Não responderam	4	13,3
Total	30	100,0

Tabela 18. *Acompanhamento Psicológico dos Participantes (n = 30♀ e 27♂)*

	Participantes Femininos		Participantes Masculinos	
	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência	Porcentagem (%)
Com Acompanhamento Psicológico	2	6,7	0	0,0
Sem Acompanhamento Psicológico	28	93,3	27	90,0
Não responderam	0	0,0	3	10,0
Total	30	100,0	30	100,0

Anexo VII - Tabelas dos Dados das Escalas SWLS e PANAS

Tabela 1. *SWLS – Escala de Satisfação com a Vida dos Participantes*

SWLS	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose
Participantes Femininos	8	25	18,43	4,74	-0,62	-0,58
Participantes Masculinos	9	24	18,53	4,18	-0,86	0,05

Tabela 2. *PANAS – Subescala de Afecto Positivo dos Participantes*

PANAS - AP	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose
Participantes Femininos	25	50	39,40	5,10	-0,73	1,17
Participantes Masculinos	28	50	38,93	5,55	0,05	-0,84

Tabela 3. *PANAS – Subescala de Afecto Negativo dos Participantes*

PANAS – AN	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose
Participantes Femininos	11	48	26,23	10,53	0,69	-0,27
Participantes Masculinos	11	35	22,00	6,71	0,38	-0,54