



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA: A VIVÊNCIA PSICOLÓGICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano

Bárbara Sofia da Silva Soares

Porto, julho de 2017



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA: A VIVÊNCIA PSICOLÓGICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano

Bárbara Sofia da Silva Soares

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof. Dra. Maria Raul Xavier

Porto, julho de 2017

Resumo

Este estudo teve como objetivo caracterizar um grupo de utentes de uma Unidade de Saúde do Norte do País tendo em conta as variáveis sociodemográficas, variáveis associadas à (in) fertilidade, presença/ausência de depressão e ansiedade e vivência da relação diádica. A amostra deste estudo é constituída por 49 casais, com um total de 98 indivíduos, com idades compreendidas entre os 25 e os 56 anos. Os instrumentos utilizados na recolha dos dados foram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e a Escala Revista de Ajustamento Diádico.

Foi possível verificar a existência de ansiedade em 24.5% das mulheres e em 10.2% dos homens e a existência de depressão em 6.1% das mulheres e 2% dos homens.

Os resultados dos dois instrumentos indicam que não há diferenças significativas entre os géneros da amostra do estudo em relação aos níveis de ansiedade, depressão e relacionamento conjugal.

Palavras-chave: infertilidade, relação diádica, ansiedade, depressão.

Abstract

The purpose of this study was to distinguish a group of patients of a health Unit in the north of Portugal taking into account demographic variables, variables associated with infertility, levels of anxiety, depression and conjugal relationship. The sample of this study comprises 49 couples, 98 people in total, with ages between 25 and 56 years. The instruments used in collecting data were the The Hospital Anxiety and Depression Scale and The Revised Dyadic Adjustment Scale. It was possible to verify the existence of anxiety in 24.5% of the women and 10.2% of the men. And the existence of depression in 6.1% of the women and 2% of the man.

The results of the last two instruments indicate that there is no major difference among the genders regarding the levels of anxiety, depression and couple adjustment.

Keywords: infertility, marital relationship, anxiety, depression.

Agradecimentos

Ao longo destes cinco anos, muitas foram as pessoas que fizeram parte da minha vida e que, merecem um agradecimento especial.

Aos *meus pais*, por acreditarem sempre em mim, até em momentos que eu própria duvidava,

Ao meu *irmão*, por ter sempre ao longo da toda a vida funcionado como um exemplo para mim, tanto do que fazer como do que não fazer,

À *Diana*, por gostar tanto de misturar negócios com família,

À *Prof. Dra. Maria Raúl*, pelo apoio ao longo de todo este tempo, sem si esta dissertação não teria sido possível,

À *Dra. Emanuela*, por se ter disponibilizado para contribuir para o nosso estudo e ter sido incansável,

À *Andreia* e à *Sofia*, por terem sido as companheiras de caminhada até hoje, e até sempre espero eu,

À *Teresa Bernardo*, por ter sido o apoio sempre que foi necessário e por continuar a lembrar-se de mim e a tratar-me como a mesma criança que tratava quando me conheceu,

A todos os meus *amigos*, por o apoio que me deram e por perceberem que uma dissertação de mestrado é um emprego de horário completo,

Por fim, quero agradecer a todos os casais que participaram no nosso estudo e que sem eles, hoje eu não estaria a terminar esta etapa.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico	3
3. Estudo empírico.....	8
3.1 Objetivos e hipóteses.....	8
4. Metodologia	10
4.1 Amostra	10
4.2 Instrumentos	10
4.3.1 Procedimento de Recolha de Dados.....	11
4.3.2. Procedimento de tratamento de dados.....	12
5. Resultados	12
6. Discussão.....	20
7. Conclusão	23
Referências Bibliográficas	24

1. Introdução

O estudo surge no âmbito de uma colaboração mais alargada entre uma Unidade de Saúde do Norte do País e a FEP-UCP. Concretamente, o Serviço de PMA dessa Unidade Hospitalar - mais propriamente a valência de Psicologia da Equipa multidisciplinar do Serviço de PMA - que solicitou a nossa colaboração para caracterizar um grupo de utentes tendo em conta as variáveis sociodemográficas, variáveis associadas à (in)fertilidade, presença/ausência de depressão e ansiedade e vivência da relação diádica.

O presente trabalho diz respeito à dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Porto e tem como tema a Procriação medicamente assistida: a vivência psicológica.

Segundo a World Health Organization cerca de 48.5 milhões de casais não são capazes de obter com sucesso uma gravidez. Em Portugal estima-se que entre 9 a 10% dos casais portugueses sofram de infertilidade ao longo da vida (Silva-Carvalho & Santos, 2009)

Cerca de 30-40% das situações de infertilidade têm causa feminina, 30-55% têm uma causa masculina e 10% das situações não existe uma evidência do motivo da infertilidade (e.g., Santos & Ramos, 2010).

Quando existe um diagnóstico de infertilidade, o casal passa por uma crise a nível psicológico, físico e social que afeta ambos os membros do casal, mas de diferentes formas (e.g., Gameiro, Silva & Canavarro, 2008). No caso feminino, o diagnóstico pode afetar, a autoestima, o controlo, sentimentos de fracasso e a sua própria identidade feminina (e.g., Cousineau & Domar, 2007; Gameiro, Silva & Canavarro, 2008). No caso masculino, o diagnóstico pode originar níveis elevados de ansiedade (e.g., Klemetti, Raitanen, Sihvo et al., 2010) depressão e isolamento social comparativamente com homens sem diagnóstico de infertilidade (e.g., Fisher & Hammarberg, 2012).

As técnicas que permitem ao casal a possibilidade da obtenção de uma gravidez são designadas de técnicas de procriação medicamente assistidas (TPMA). Têm como objetivo principal a obtenção de uma gravidez através da manipulação de gâmetas masculinos e femininos ou de embriões (e.g., Moura Ramos, 2011; ESHRE, 2015).

Diferentes indivíduos lidam com a experiência da infertilidade de forma diferente, essas diferenças podem estar relacionadas com a sua personalidade, estratégias de coping. (e.g., Kissi, Romdhane, Hidar, Bannour, Idrissi, Khairi & Ali, 2012). Os tratamentos de fertilidade podem provocar ansiedade nos casais e a existência de sintomas depressivos podem ser

considerados normais, tendo em conta que a infertilidade é considerada como crise de vida dos casais (e.g., Chiaffarino et al., 2011).

Vários estudos concentram-se nos sintomas depressivos e de ansiedade da população feminina, sendo em menor número os estudos que se concentram na população feminina e masculina em simultâneo (e.g., Kissi et al., 2012). O modo como os casais vivem o diagnóstico de infertilidade, baseados nas suas crenças, fatores sociais e culturais, pode também afetar a forma como a experiência da infertilidade é vivida (e.g., Yazdani, Kazemi & Ureizi-Samani, 2016). Quando existe a perceção de um elevado suporte social por parte do parceiro, as mulheres conseguem ajustar-se de uma forma melhor ao stress derivado da experiência de infertilidade (e.g., Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2011). O ajustamento à experiência de infertilidade pode ser influenciado por um membro do casal relativamente ao outro membro do casal através da perceção do controlo (e.g., Benyamini, Gozlan & Kokia, 2009), sintomas depressivos (e.g., Knoll, Schwarzer, Pfuller, & Kienle, 2009) ou através do uso de estratégias de *copying* (e.g., Peterson, Pirritano, Block & Schmidt, 2011).

O objetivo geral do presente estudo é, pois, a caracterização de um grupo de utentes tendo em conta as variáveis sociodemográficas, variáveis associadas à (in) fertilidade, presença/ausência de depressão e ansiedade e vivência da relação diádica. Espera-se que este trabalho seja uma contribuição para o aumento do conhecimento sobre as características dos casais que passam pela experiência da procriação medicamente assistida e que permita a exploração de dados e aumento de informação científica que sustente a prática não só deste Serviço, mas de todos os que atuam nesta área.

2. Enquadramento Teórico

A infertilidade é definida como “a ausência de gravidez após 12 meses de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção” (ESHRE, 2015).

A infertilidade primária pode ser definida como “a incapacidade em atingir uma gravidez após 12 meses de relações sexuais sem proteção” (e.g., Cousineau & Domar, 2007), a infertilidade secundária aplica-se a casais que anteriormente conseguiram obter uma gravidez, mas que não conseguem engravidar durante um período de pelo menos um ano (e.g., Boerma, Flaxman, Mascarenhas, Stevens & Vanderpoel, 2012).

A fertilidade tem um papel muito importante na nossa sociedade, sendo uma vivência que comporta dimensões socioculturais, físicas, psicológicas e emocionais (e.g., Gameiro, Canavarro, Boivin, Ramos, Soares & Santos, 2011). A infertilidade tem sido considerada como uma das maiores crises de vida de um casal, representado a não realização daquele que habitualmente é um grande objetivo de vida de um casal, uma gravidez (e.g., Cousineau & Domar, 2007).

É estimado que a infertilidade afeta entre 10 a 15% dos casais no mundo todo: entre 60-80 milhões de casais (e.g., Boivin, Bunting, Collins & Nygen, 2007; WHO, 2013; Associação Portuguesa de Fertilidade, 2014). O aumento da prevalência da infertilidade torna-a uma doença reconhecida em todo mundo (e.g., Skkebaek et al., 2006).

O aumento da infertilidade parece estar relacionado com a tendência de os casais optarem por ter filhos mais tarde, devido à pressão da carreira, aos diferentes papéis que atualmente a mulher tem na sociedade (e.g., Cousineau & Domar, 2007) e pela necessidade de estabilidade relacional e económica (e.g., Berardis et al., 2014), embora atualmente se conheçam um conjunto de outros fatores relacionados com a infertilidade (e.g., Santos & Moura-Ramos, 2010; Faria, Grieco & Barros, 2012).

Apenas cerca de 5% da população mundial decide não ter filhos, e para muitos casais este é um objetivo importante na sua vida (e.g., Leal & Pereira, 2005). No entanto, nem todos conseguem atingi-lo (e.g., Boivin et al., 2007). Muitos casais para conseguirem atingir a parentalidade terão a necessidade de recorrer a técnicas de reprodução/procriação medicamente assistida (e.g., Gameiro, Canavarro, Boivin, Moura-Ramos, Soares & Almeida Santos, 2011).

Independentemente do membro do casal que é afetado, cada vez mais a infertilidade é tida como um problema do casal: ambos os membros são afetados e estão envolvidos no tratamento.

No caso dos homens, a infertilidade pode ter origem em vários fatores, infecções bacteriais, problemas no sistema endócrino que podem dificultar a passagem do espermatozoides, dificuldades em ejacular, esperma com morfologia fora do normal, com pouca concentração de espermatozoides, baixa mobilidade e qualidade anormal, fatores imunológicos, uso de esteroides (e.g., Lee, Lee, Park, Jo, Choe, Lee, & Seo, 2012; Kumar, 2015) ou causas genéticas que contribuem para 15-30% dos casos de infertilidade masculina (e.g., Ferlin, Raicu, Gatta, Zucarello, Palka & Foresta, 2007).

No caso das mulheres, a infertilidade pode estar associada a vários fatores, como perturbações na ovulação, obstrução das trompas, endometriose, muco cervical desfavorável, causas hormonais, consumos elevados de álcool, drogas e tabaco podem ter um efeito nos níveis de estrogénio e progesterona, provocando disfunções hormonais e causas genéticas (Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução, 2014).

Quando o diagnóstico de infertilidade recai no elemento masculino do casal pode causar uma crise de vida, incluindo baixa autoestima (e.g., Throsby & Gill 2004; Schmidt, Holstein, Christensen & Boivin, 2005), pode originar níveis elevados de ansiedade e depressão (e.g., Revonta, Raitenen, Sihvo, Koponen, Klemetti, Mannisto & Luoto, 2010), maior reatividade emocional negativa, valores mais elevados de medo, culpa e tristeza (e.g., Moura-Ramos, Gameiro & Canavarro, 2007). Quando a causa da infertilidade é masculina há um maior impacto para ambos os elementos do casal, em comparação com a causa ser feminina ou idiopática (e.g., Gameiro, Silva, & Canavarro, 2008).

Nos casos de casais inférteis, há muitas vezes a contribuição de fatores femininos e masculinos ao mesmo tempo. A infertilidade pode ser dividida em quatro fatores, fatores masculinos, fatores femininos, combinação de ambos os fatores e causas sem explicação (e.g., Berardis et al., 2014).

A infertilidade masculina pode ser considerada a incapacidade de fertilizar uma mulher fértil (e.g., Kumar, 2015). Dos casais que recebem o diagnóstico de infertilidade, cerca de 50% dos casos têm origem em fatores de infertilidade masculina (e.g., Di Spiezio et al, 2016).

Devido ao aumento dos casos de infertilidade, há a necessidade de recorrer a técnicas de procriação medicamente assistidas (PMA) para que haja a possibilidade de uma gravidez. Têm como objetivo principal a obtenção de uma gravidez através da manipulação de gâmetas masculinos e femininos ou de embriões (e.g., Moura Ramos, 2011). Diferentes técnicas encontram-se disponíveis e dependem da natureza do problema de fertilidade (e.g., Canavarro, Gameiro & Silva, 2008). As técnicas de PMA são cada vez mais utilizadas, tornando-se uma prática comum para casais que procuram a obtenção de uma gravidez (e.g., Kupka et al., 2010).

Casais inférteis estão habitualmente muito motivados para serem sujeitos a tratamentos de fertilidade e quando estes têm o resultado esperado, espera-se que os casais deem mais significado à experiência de que sejam mais envolvidos na parentalidade do que casais que concebem naturalmente (e.g., Repokari et al., 2006). Em Portugal o recurso à PMA está acessível a todas as mulheres que assim o desejem, a casais homossexuais ou heterossexuais em situação de infertilidade ou em risco de doenças graves transmissíveis geneticamente, como regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 17/2016, de 20 de junho.

As técnicas de procriação medicamente assistidas podem ser agrupadas em métodos de baixa e alta complexidade. Nos métodos de baixa complexidade referimos a estimulação hormonal e o coito programado (e.g., Canavarro, Gameiro & Silva, 2008). Nos métodos de alta complexidade referimos a fertilização *in vitro*, a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (e.g., Hochschild, et al., 2009; Magalhães, 2010), a transferência intratubar de zigotos, a transferência de embriões criopreservados e inseminação artificial (e.g., Ramos, 2011). Podem também ser utilizadas técnicas que recorrem a elementos externos ao casal como a doação de gametas e o uso de barrigas de aluguer (e.g., Silva, 2009).

As técnicas utilizadas envolvem os dois elementos do casal, podendo contribuir para que haja um aumento do stress diádico. Na maioria das intervenções, a mulher é o alvo dos procedimentos, submetendo-se a um conjunto de técnicas e mudanças de rotina (e.g., Canavarro, Gameiro & Silva, 2008). Em muitos casos, a utilização destas técnicas é a única maneira de ser atingido o objetivo de ter um filho. No entanto, implicam um grande desgaste físico, especificamente no sexo feminino (Eugster & Vingerhoets, 1999).

A idade revela-se como um possível fator influenciador no sucesso das técnicas de PMA (e.g., Berardis, 2014). Com o aumento da idade da mulher, diminui o sucesso. Mulheres até 30 anos têm cerca de 45% de sucesso, aos 35 anos a taxa diminui 10%, dos 35 aos 40 anos a taxa de sucesso são 25% e em mulheres acima dos 40 anos, a taxa situa-se entre os 18 a 20% (e.g., Pessini, Lopes, Gomes & Nardi, 2008).

A infertilidade tem sido apontada como causa de várias perturbações psicológicas como a depressão (e.g., Daniluk, 1988; Burns, Crow, Grambsch & Weller, 2009; Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013), sintomas obsessivo-compulsivos, ansiedade (e.g., Dhaliwal, Gupka, Gopalan & Kulhara, 2004), culpa e dificuldades de socialização (e.g., Boivin et al., 2007; Schmidt, 2009; Reis et al., 2013).

O impacto da infertilidade afeta de formas diferentes cada elemento do casal. No caso feminino, está descrito que o impacto da infertilidade e do tratamento é superior, em comparação com os seus companheiros (e.g., Gameiro, Silva & Canavarro, 2008). Geralmente são as mulheres o

alvo dos procedimentos de fertilidade, que podem ir desde monitorizar o ciclo menstrual até técnicas que podem ser consideradas mais ou menos intrusivas e que podem afetar a sua rotina. A infertilidade também é associada pela literatura a diferentes patologias, como ansiedade e depressão (e.g., Dhaliwal, Gupka, Gopalan & Kulhara, 2004; Gameiro et al., 2010; Reis et al., 2013). O diagnóstico pode afetar, no caso feminino, a autoestima, o controlo, sentimentos de fracasso, a sua própria identidade feminina (e.g., Cousineau & Domar, 2007; Gameiro, Silva & Canavarro, 2008). Estão também descritos na literatura, níveis de ansiedade mais elevados comparativamente com mulheres que não passam por um diagnóstico de infertilidade (e.g., Moura-Ramos, Gameiro & Canavarro, 2007). A literatura refere uma incidência superior de ansiedade nas mulheres comparativamente aos homens (e.g., Chiaffarino et al., 2011).

Os tratamentos de PMA podem ter impacto igual ou superior e consequências emocionais do que o próprio diagnóstico de fertilidade (e.g., Domar, Clapp, Dusek, Freizinger, Kessel & Slawsby, 2000; Reis et al., 2013). Alguns estudos, referem níveis de ansiedade iguais em pacientes inférteis e em pacientes da população geral (e.g., Edelman, Connolly & Bartlett, 1994; Verhaak, Smeenk, Eugster, van Minnem, Kremer & Kraaimaat, 2001; Verhaak et al., 2001; Anderheim, Bergh, Holter & Moller, 2006) mas outros mostram níveis mais elevados de ansiedade (e.g., Salvatore, Gariboldi, Offidani, Coppola, Amore, Maggini, 2001). Casais que estão a passar por tratamentos de fertilidade apresentam níveis superiores de depressão comparativamente com casais que atingem a gravidez sem tratamentos de fertilidade (e.g., Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2011). E, casais que recorrem a tratamentos pela primeira vez, têm níveis de ansiedade superiores comparativamente com casais que já passaram pela experiência anteriormente (Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013), apresentam um nível maior de stress e menos intimidade do que casais com experiência de tratamentos prévios (e.g., Greil et al., 1989; Fekkes et al., 2003; Gameiro, Canavarro, Moura-Ramos & Soares, 2010).

Existe um aumento nos níveis de ansiedade e depressão nas mulheres após tratamentos de fertilidade sem sucesso (e.g., Verhaak, 2005), ao longo das diferentes rondas de tratamentos as mulheres começam a pensar na possibilidade de não conseguirem atingir o seu objetivo, o que as vai tornar mais sensíveis a desenvolver sintomas depressivos (e.g., Chiaffarino et al., 2011). Antes de serem iniciados os tratamentos de fertilidade, as mulheres com este diagnóstico não possuem níveis de depressão diferentes da população geral (e.g., Verhaak et al., 2007).

A infertilidade e os tratamentos podem ser uma experiência complexa. Os tratamentos de fertilidade podem ter um impacto e consequências emocionais, em que há experiências de ansiedade, frustração e stress (e.g., Lopes, Silva & Spertino, 2008) tanto para o casal e família, iguais ou superiores ao próprio diagnóstico de infertilidade (e.g., Reis, Xavier, Coelho, &

Montenegro, 2013). A experiência da infertilidade é vivida pelos casais como a experiência mais stressante da sua vida, tendo em conta o trauma psicológico que cria nas suas vidas (e.g., Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan & Sieber, 2001), os casais inférteis podem experienciar dificuldades relacionais e emocionais relacionadas com o diagnóstico e com o tratamento, diminuição da qualidade de vida, problemas de relação, stress, alta reatividade emocional, imagem de si próprios como indivíduos pouco atraentes, sem valor ou inferiores e níveis elevados de vergonha (e.g., Cunha, Galhardo & Pinto-Gouveia, 2011) e stress psicológico, o stress pode afetar os resultados dos tratamentos médicos e ser um fator importante na tomada de decisão de continuar os tratamentos (e.g., Cousineau & Domar, 2007).

É importante que o elemento masculino do casal seja, sempre que possível, envolvido no processo. Através da administração das injeções de estimulação hormonal; apoiando e partilhando com a esposa e tendo uma participação ativa na tomada de decisões (e.g., Throsby & Gill, 2004).

As diferenças de género devem ser tidas em consideração no tratamento de casais inférteis. Dado as expectativas que a sociedade aplica aos homens, eles assumem uma postura de suporte e contêm a sua reatividade emocional (e.g., Cousineau & Domar, 2007). As mulheres preferem que os seus parceiros partilhem emoções, permitindo que haja uma experiência que valide o seu luto e a sua dor (e.g., Throsby and Gill, 2004). Durante os tratamentos, as mulheres são particularmente afetadas, têm mais sintomas ansiosos, que podem ser justificados pelos efeitos secundários da estimulação hormonal que muitas mulheres são sujeitas (Eugster & Vingerhoets, 1999), sintomas depressivos e emoções negativas e menos qualidade de vida do que os parceiros (e.g., Gameiro, Ramos, Canavarro & Soares, 2010). Casais que após tratamentos de fertilidade conseguem obter uma gravidez demonstram uma diminuição nos seus níveis de ansiedade e depressão (e.g., Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer, & Kraaimaat, 2005).

Vários estudos referem que as mulheres usam em maior número estratégias de *copying*, procuram apoio social e evitam o assunto em público. Já os homens usam estratégias de distanciamento, autocontrolo e de resolução de problemas (e.g., Bayley, Slade & Lashen, 2009). Fatores psicológicos, sociais, relacionais e o género, são importantes para determinar o impacto que a infertilidade tem nas relações diádicas. Por um lado, estudos afirmam que casais que passam por uma experiência de infertilidade podem ver a sua relação fortalecida, ficando o casal mais próximo graças à experiência que passaram (e.g., Tuzer et al., 2010), têm níveis mais elevados de satisfação com a sua relação conjugal de que casais férteis (e.g., Moura-Ramos et al., 2010). Diferentes estudos apontam a experiência da infertilidade como uma influência negativa que conduz à queda da satisfação a relação conjugal (e.g., Lee & Sun, 2000). Outros

estudos referem que o ajustamento diádico do casal não é significativamente diferente dos grupos de controlo (e.g., Galhardo et al., 2011). Níveis superiores de satisfação relacional estão relacionados com o número inferior de tratamentos, a idade dos casais e a menor duração do período de infertilidade (e.g., Wang, Li, Zhang, Zhang, Yu & Jiang, 2007).

É então necessário que estes casais tenham apoio ao longo dos seus tratamentos, mas também posteriormente, tendo em conta que a infertilidade é um desafio que os casais enfrentam e que pode ser muito complexo (e.g., Smorti & Smorti, 2012). É importante referir a importância da existência de mais investigação científica sobre este tema e da sua relação com a qualidade do acompanhamento psicológico destes casais está bem patente, por exemplo nos guidelines europeus (e.g. ESHRE, 2015).

Na última década houve um aumento de investigação científica realizada em Portugal sobre esta temática (e.g., Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro & Soares, 2010; Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2011; Gameiro, Canavarro, Boivin, & Moura-Ramos, 2011; Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013).

Também os homens passaram a ser mais estudados, inclusivamente com alguns trabalhos especificamente centrados no género masculino sobre esta temática (e.g., Peterson, Newton, Rosen & Skaggs, 2006; Peronace, Boivin, & Schmidt, 2007; O'Brien, Varghese & Agarwal, 2010; Culley, Hudson & Lohan, 2013; Herrera, 2013; Dolan, Lomas, Ghobara & Hartshorne, 2017) algo que anteriormente não acontecia com tanta frequência.

3. Estudo empírico

3.1 Objetivos e hipóteses

Tendo em conta o objetivo geral do estudo foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Proceder à caracterização sociodemográfica e das variáveis respeitantes à infertilidade de um grupo de casais acompanhados na valência de psicologia no âmbito do Serviço de PMA de uma unidade hospitalar do norte do país;
2. Averiguar a presença de ansiedade e depressão neste grupo de casais (homens e mulheres);
3. Averiguar se existem diferenças quanto ao nível ansiedade e depressão entre géneros, tendo em consideração o número de tratamentos e de uma forma geral;
4. Comparar os níveis de ansiedade e depressão entre mulheres que passaram por um ou mais tratamentos e mulheres que não passaram por nenhum tratamento;

5. Comparar os níveis de ansiedade e depressão entre homens que passaram por uma ou mais tratamentos e homens que não passaram por nenhum tratamento;
6. Compreender o modo como os homens e as mulheres caracterizam a relação conjugal e verificar se existem diferenças relativamente ao género;
7. Quanto à relação conjugal, averiguar se existem diferenças entre as mulheres que passaram por um ou mais tratamentos e mulheres que não passaram por nenhum tratamento;
8. Quanto à relação conjugal, averiguar se existem diferenças entre homens que passaram por um ou mais tratamentos e homens que não passaram por nenhum tratamento;
9. Explorar possíveis relações entre ansiedade, depressão, relação conjugal, e número de tratamentos realizados

Tendo em conta os objetivos do trabalho bem como a revisão da literatura realizada, consideramos então as seguintes hipóteses de investigação:

- H1) As mulheres e os homens que recorreram às técnicas PMA apresentam ansiedade;
- H2) As mulheres e os homens que recorreram às técnicas PMA apresentam depressão;
- H3) Os níveis de ansiedade e depressão entre mulheres que passaram por um ou mais tratamentos são superiores aos de mulheres que não passaram por nenhum tratamento;
- H4) Os níveis de ansiedade e depressão são superiores entre homens que passaram por um ou mais tratamentos do que homens que não passaram por nenhum tratamento;
- H5) Existem diferenças quanto aos valores de ansiedade e depressão entre homens e mulheres;
- H6) Existem diferenças relativamente ao nível de ansiedade e depressão entre mulheres e homens que não passaram por nenhum tratamento;
- H7) Existem diferenças relativamente ao nível de ansiedade e depressão entre mulheres e homens que passaram por um ou mais tratamentos;
- H8) Existem diferenças no modo como as mulheres que passaram por um ou mais tratamentos e mulheres que não passaram por nenhum tratamento caracterizam a relação conjugal;
- H9) Existem diferenças no modo como os homens que passaram por um ou mais tratamentos e homens que não passaram por nenhum tratamento caracterizam a relação conjugal;
- H10) Existem diferenças no modo como mulheres e homens que passaram por um ou mais tratamentos caracterizam a relação conjugal;

H11) Existem diferenças no modo como mulheres e homens que não passaram por nenhum tratamento caracterizam a relação conjugal;

H12) Existem diferenças relativamente ao modo como os homens e as mulheres caracterizam a relação conjugal;

H13) Existem correlações positivas entre ansiedade, depressão e relação conjugal nos homens;

H14) Existem correlações positivas entre ansiedade, depressão e relação conjugal nas mulheres;

H15) Existem correlações positivas entre ansiedade, depressão e relação conjugal nos homens e ansiedade, depressão e relação conjugal nas mulheres;

H16) A ansiedade, depressão e relação conjugal nos homens e nas mulheres estão associadas ao número de tratamentos realizados.

4. Metodologia

4.1 Amostra

Como já foi explicado, este trabalho surgiu de um pedido específico de um serviço de PMA do Norte de Portugal, mais propriamente da valência de Psicologia da Equipa multidisciplinar que intervém nestas situações, que nos solicitou um estudo exploratório de um grupo de utentes. A amostra do nosso trabalho corresponde a todos os casos (49 casais - 49 homens e 49 mulheres) acompanhados pelo Serviço e sobre os quais existem dados quanto à ansiedade, depressão e relação diádica. É, pois, uma amostra não probabilística de conveniência. Os critérios de inclusão correspondem aos critérios de acesso ao Serviço de PMA, nomeadamente, os membros do casal serem de maior idade e menores de 40 anos e apresentarem um diagnóstico de infertilidade. Estarem a ser acompanhados pela valência de Psicologia do serviço de PMA e terem preenchido os instrumentos referentes à ansiedade, depressão e relação diádica. A idade média na amostra feminina é de 35.02 anos ($DP=3.94$), variando entre 25 e 44 anos e de 37.47 anos ($DP=5.22$) variando entre 30 e 56 anos nos homens.

4.2 Instrumentos

Neste estudo, foram utilizados dois instrumentos - a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares - HADS (McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, 1999) e a Escala de Ajustamento Diádico Revista - RDAS (versão portuguesa de Pereira, 2004).

O instrumento Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares - HADS, (Zigmond & Snaith, 1983, versão portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia, e Silva 1999), é uma escala

constituída por 14 itens (sete itens que avaliam a ansiedade e sete itens que avaliam a depressão). Tem sido utilizada na investigação e prática clínica para avaliar, de uma forma sucinta, os níveis de ansiedade e depressão (Herrmann, 1997). A HADS exclui dimensões focadas em aspetos somáticos, relativos ao acompanhamento em contexto hospitalar sendo apropriada para doentes com patologia não psiquiátrica (e.g. Alli, Marcolino, Mathias, Filho, Guaratini & Suzuki, 2007) e tem sido utilizada em outros estudos de PMA (e.g., Ogawa, Takamatsu & Horiguchi, 2011; Aarts, van Empel, Boivin, Nelen, Kremer & Verhaak, 2011). No presente estudo foram adotados os pontos de corte recomendados para ambas as escalas de ansiedade e depressão (Zigmond & Snaith, 1983).

Relativamente à Escala de Ajustamento Diádico Revista - RDAS, versão original de Spanier, 1976 e adaptada para a versão portuguesa por Pereira (2004), é um instrumento desenvolvido para avaliar dimensões relativas ao ajustamento conjugal (Busby, Christensen, Crane & Larson, 1995). Valores superiores indicam maior ajustamento conjugal, tendo sido testada a sua validade e fiabilidade da tradução em português (Busby, Cristensen, Crane & Larson, 1995; versão Portuguesa de Pereira, 2004), mede sete dimensões da relação do casal e é constituída por 3 subescalas: Consenso diádico (que inclui as dimensões Tomada de decisões, valores e afetos), Satisfação diádica (que inclui as dimensões estabilidade e conflito) e Coesão diádica (que inclui as dimensões atividades e discussão) (e.g., Pedras, Pereira & Ferreira, 2012).

Ambos os instrumentos tinham sido previamente escolhidos pela equipa de Psicologia do Serviço.

4.3. Procedimentos

4.3.1 Procedimento de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada no âmbito da Consulta de Psicologia que faz parte do protocolo geral de acompanhamento dos casais que recorrem a este Serviço de PMA. Os instrumentos fazem parte da estrutura da consulta e os dados recolhidos possibilitam informações pertinentes para o acompanhamento da equipa. Em todos os casos foi o psicólogo que, no decorrer de uma consulta, solicitou o respetivo preenchimento fornecendo os esclarecimentos necessários.

Cada elemento do casal respondeu individualmente a cada uma das escalas. Os dados foram recolhidos entre 2013 e 2017.

A informação sociodemográfica e respeitante à infertilidade e tratamento encontra-se organizada no processo de cada casal. Todos os dados foram fornecidos pela coordenação da

valência de Psicologia após anuência ao presente estudo exploratório pela Comissão de Ética da Unidade de Saúde.

4.3.2. Procedimento de tratamento de dados

Para o tratamento dos dados, recorremos ao programa informático *Statistical Package for the Social Science* (IMB SPSS).

Inicialmente, recorremos à estatística descritiva (frequências, médias e desvio-padrão) para descrever a amostra. Através da análise exploratória, foi possível compreender que não estavam cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos, então recorremos a dois testes não paramétricos, Teste de Mann-Whitney e Correlação de Spearman. O teste de Mann-Whitney permite-nos averiguar se as ordens médias de dois grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal diferem (Martins, 2011). Recorremos também a testes de associação (Coeficiente de Correlação de Spearman) para explorar se duas (ou mais) variáveis ordinais (ou uma ordinal e uma intervalar) estão associadas (Martins, 2011).

5. Resultados

Atendendo ao objetivo 1, apresentamos de forma breve a caracterização sociodemográfica dos pacientes seguidos pelo serviço (cf. tabela 2).

Tabela 1
Caracterização Sociodemográfica

Variáveis Sociodemográficas	Mulheres		Homens	
	N	%	N	%
Idade				
Até 30 anos	5	10.2	0	0
De 31-35 anos	14	28.6	14	32.6
De 36-40 anos	21	42.9	18	41.9
> 40 anos	2	4.1	11	25.6
Sem informação	7	14.3	6	12.2
Estado Civil				

Casado	47	95.9	47	95.9
União de facto	2	4.1	2	4.1

Nível de Escolaridade				
Ensino Básico	6	12.3	15	30.6
Ensino Secundário	12	24.5	10	20.4
Ensino Superior	14	29.6	14	16.3
Sem informação	17	34.7	17	32.7

Quanto às informações relativas ao diagnóstico de infertilidade e a quantidade de tratamentos já realizados, os dados estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2

Dados relativos ao diagnóstico de infertilidade e tratamentos

	N	%
Fator de infertilidade		
Feminino	9	25.7
Masculino	18	51.4
Ambos	8	22.9
Quantidade de tratamentos		
0 Tratamentos	21	42.9
Um ou mais tratamentos	28	57.1
Tipo de infertilidade		
Primária	32	76.2
Secundária	10	23.8

Quanto à quantidade de tratamentos, a média é de 1.04 (DP=1.11) variando entre zero e três tratamentos.

Tendo em conta os objetivos do trabalho, consideramos em algumas análises dois subgrupos no que diz respeito aos tratamentos: grupo que está a ser acompanhado, mas ainda não passou por nenhum tratamento PMA e grupo que já realizou um ou mais tratamentos de PMA.

Quanto às variáveis sociodemográficas, fomos então explorar possíveis diferenças entre o subgrupo de casais que ainda não tinham passado por nenhum tratamento e os casais que já tinham feito um ou mais tratamentos. Os resultados são apresentados nas tabelas seguintes:

Tabela 3

Variáveis sociodemográficas em função do número de tratamentos de fertilidade no caso feminino.

Variáveis Sociodemográficas	Mulheres				
	0 tratamentos		Um ou mais tratamentos		
	M	DP	M	DP	U
idade	34.87	3.73	35.11	4.11	201.00
Estado civil	1.10	.43	1.07	.378	290.50
Habilitações Literárias	4.43	.64	4.11	1.18	106.00

Quando comparamos os dois subgrupos de mulheres, aquelas que passaram por um ou mais tratamentos e aquelas que ainda não passaram por nenhum tratamento, não encontramos diferenças significativas nas variáveis idade, estado civil e habilitações literárias.

Tabela 4

Variáveis sociodemográficas em função do número de tratamentos de fertilidade, no caso masculino.

Variáveis Sociodemográficas	Homens				
	0 tratamentos		Um ou mais tratamentos		
	M	DP	M	DP	U
idade	37.65	4.03	37.35	5.94	196.50
Estado civil	1.10	.43	1.07	.37	290.50

Habilitações Literárias 4.14 .77 3.37 .95 72.00

Quando comparamos os dois subgrupos de homens, aqueles que passaram por um ou mais tratamentos e aqueles que ainda não passaram por nenhum tratamento, não encontramos diferenças significativas nas variáveis idade, estado civil e habilitações literárias.

Tabela 5

Variáveis da infertilidade em função do número de tratamentos de fertilidade, no casal.

Variáveis Infertilidade	Casal				
	0 tratamentos		Um ou mais tratamentos		
	M	DP	M	DP	U
Fator de infertilidade	1.24	1.21	1.54	.96	251.50
Tipo de infertilidade	1.20	.41	1.26	.44	190.50

Quando comparamos os casais, que passaram por um ou mais tratamentos e aqueles que ainda não passaram por nenhum tratamento, não encontramos diferenças significativas nas variáveis fator idiopático e tipo de infertilidade.

Relativamente ao objetivo 2, averiguar a presença de ansiedade e depressão neste grupo de casais, foram utilizados para ambas as escalas os pontos de corte recomendados (Zigmond & Snaith, 1983) presentes na tabela.

Tabela 6

Ansiedade e depressão nos homens e nas mulheres (HADS)

Ponto de Corte HADS	Mulheres		Homens	
	(N=49)		(N=49)	
	Ansiedade	Depressão	Ansiedade	Depressão
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
≥9	12(24.5%)	3(6.1%)	5(10.2%)	1(2%)

Uma ou mais tentativas	2.79	2.75	289.50
------------------------	------	------	--------

Tabela 9

Comparação do número de tentativas com as variáveis de ansiedade e depressão, no caso masculino.

Homens			
Ansiedade			
	M	DP	U
0 tentativas	5.67	2.15	239.50
Uma ou mais tentativas	4.86	2.46	
Depressão			
	M	DP	U
0 tentativas	2.86	2.79	
Uma ou mais tentativas	2.36	1.76	289.50

Tendo em conta os resultados obtidos, é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das situações

Relativamente ao objetivo 6, procuramos compreender o modo como os homens e as mulheres caracterizam a relação conjugal e verificar se existe diferenças relativamente ao género. Os dados estão presentes na próxima tabela:

Tabela 10

Comparação entre géneros (RDAS)

RDAS	Homens		Mulheres		
	M	DP	M	DP	U
Consenso diádico	25.65	2.47	25.55	3.54	1105.50
Satisfação diádica	16.51	2.72	16.41	2.51	1130.50
Coesão diádica	13.98	3.58	14.43	3.24	1112.00

Segundo a tabela apresentada, é possível verificar que não existem diferenças significativas entre os homens e as mulheres relativamente às escalas consenso diádico, satisfação diádica e coesão diádica.

Tabela 11

Valores totais da escala RDAS

RDAS	Homens		Mulheres	
	M	DP	M	DP
Valores Totais	55.67	6.49	56.33	6.30

Quanto ao objetivo 7, procuramos comparar os valores da RDAS de mulheres que são acompanhadas, mas não passaram por nenhum tratamento e mulheres que passaram por um ou mais tratamentos. Os dados estão presentes na tabela seguinte:

Tabela 12

Comparação entre mulheres que são acompanhadas, mas não passaram por nenhum tratamento e mulheres que passaram por um ou mais tratamentos.

RDAS	Mulheres				
	0 tratamentos		Um ou mais tratamentos		U
	M	DP	M	DP	
Consenso diádico	25.24	3.76	25.79	3.41	260.00
Satisfação diádica	16.62	1.77	16.25	2.97	293.00
Coesão diádica	13.76	3.20	14.93	3.24	214.50

É possível verificar que não existem diferenças significativas entre as mulheres que são acompanhadas, mas não passaram por nenhum tratamento e mulheres que passaram por um ou mais tratamentos relativamente às escalas consenso diádico, satisfação diádica e coesão diádica. Quanto ao objetivo 8, comparamos os valores da RDAS de homens que são acompanhadas, mas não passaram por nenhum tratamento e mulheres que passaram por um ou mais tratamentos. Os dados estão presentes na próxima tabela:

Tabela 13

Comparação entre homens que são acompanhados, mas não passaram por nenhum tratamento e homens que passaram por um ou mais tratamentos.

RDAS	Homens				
	0 tratamentos		Um ou mais tratamentos		U
	M	DP	M	DP	
Consenso diádico	25.00	2.23	26.14	2.56	206.00
Satisfação diádica	16.86	1.62	16.25	3.32	283.00
Coesão diádica	14.43	3.01	13.64	3.98	276.50

É possível verificar que não existem diferenças significativas entre as mulheres que são acompanhadas, mas não passaram por nenhum tratamento e mulheres que passaram por um ou mais tratamentos relativamente às escalas consenso diádico, satisfação diádica e coesão diádica. Quanto ao objetivo 9, a tabela seguinte apresenta os dados das correlações analisadas entre os valores quanto à ansiedade, depressão, número de tratamentos, infertilidade, e subescalas consenso, satisfação e coesão da escala RDAS.

Tabela 14

Correlações entre as variáveis em estudo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Depressão masculina	1											
2. Ansiedade masculina	.582*	1										
3. Depressão feminina	.279	.271	1									
4. Ansiedade feminina	.282*	.225	.621**	1								
5. Número de tratamentos	-0.47	-.160	-.013	-.097	1							
6. Tipo de infertilidade	.199	.380*	.105	.234	.067	1						
7. Consenso masculino	-.322*	-.315*	-.080	-.090	.259	-.112	1					
8. Satisfação masculina	-	-.264	-.319*	-.264	-.032	-.262	.159	1				
9. Coesão masculina	.058	.235	.029	-.191	-.051	-.186	.037	-	1			
10. Consenso feminino	-.316*	-.258	-.234	-.316*	.100	-.112	.466**	.233	-	1		
									.058			

11.Satisfação feminina	-.299*	-.009	-.239	-.281	.003	-.183	.048	.355*	.179	.455**	1	
12.Coesão feminina	-.269	-.158	-.258	-.364*	.235	-.334*	.199	.157	.253	.190	.065	1

** $p \leq .01$

* $p \leq .05$

Tendo em conta os valores obtidos na tabela acima descrita, é possível verificar que existem correlações positivas entre as variáveis: valores de depressão masculina e valores de ansiedade masculinos; ansiedade feminina e depressão masculina; ansiedade feminina e depressão feminina; tipo de infertilidade e ansiedade masculina; consenso feminino e consenso masculina; satisfação feminina e satisfação masculina; satisfação feminina e consenso masculino. As restantes correlações existentes, são negativas entre as variáveis: consenso masculino e ansiedade masculina; consenso masculino e depressão masculina; satisfação masculina e depressão masculina; satisfação masculina e depressão feminina; consenso feminino, depressão masculina; consenso feminino e ansiedade feminina; satisfação feminina e depressão masculina; coesão feminina e ansiedade feminina; coesão feminina e o tipo da infertilidade. Nas restantes variáveis não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

6. Discussão

De seguida, apresentamos a discussão dos resultados, abordando primeiro, brevemente as características sociodemográficas e da infertilidade e, posteriormente os restantes dados, tendo em conta as hipóteses de investigação formuladas.

Quanto às características sociodemográficas destacamos em particular a idade, o estado civil e as habilitações literárias. Quanto à idade, encontram-se na faixa etária dos 36-40 anos, 42.9% das mulheres e 41.9% dos homens. Em relação ao estado civil 95.9% dos nossos participantes são casados. E por fim, relativamente às habilitações literárias, 30.6% dos homens tem o ensino básico e 29.6% das mulheres tem o ensino superior.

No que diz respeito aos resultados da HADS, foi possível verificar a existência de ansiedade em 24.5% das mulheres e 10.2% nos homens, o que nos permite aceitar a hipótese 1. Relativamente à depressão, verificamos a sua existência em 6.1% das mulheres e 2% dos homens, o que nos permite aceitar a hipótese 2. A literatura habitualmente associa a infertilidade a diferentes patologias, como ansiedade e depressão (e.g., Dhaliwal, Gupka, Gopalan & Kulhara, 2004; Gameiro et al., 2010; Reis et al., 2013) tendo a presença dessas patologias sido verificado no nosso estudo. Comparativamente com um estudo italiano, os nossos resultados

são mais elevados nos níveis de ansiedade masculina e de ansiedade e depressão feminina. No entanto, comparativamente com os níveis de ansiedade masculina, o nosso estudo revela valores mais baixos (e.g., Chiaffarino et al., 2011) embora tendo usado outros instrumentos de recolha de dados.

No que diz respeito aos níveis de depressão e ansiedade em mulheres que passaram por um ou mais tratamentos e mulheres que não passaram por nenhum tratamento, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, refutando a hipótese 3. Quanto a isto, a literatura refere que há aumento nos níveis de ansiedade e depressão nas mulheres após tratamentos de fertilidade sem sucesso (e.g., Verhaak, 2005), já que ao longo dos tratamentos as mulheres começam a pensar na possibilidade de não conseguirem atingir o seu objetivo, o que as vai tornar mais sensíveis a desenvolver sintomas depressivos (e.g., Chiaffarino et al., 2011). Por outro lado, antes de serem iniciados os tratamentos de fertilidade, as mulheres não possuem níveis de depressão diferentes da população geral (e.g., Verhaak et al., 2007).

No que toca aos níveis de ansiedade e depressão superiores em homens que já passaram por um ou mais tratamentos e homens que não passaram por nenhum, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos nestas dimensões, refutando a hipótese 4. No caso da nossa amostra, os resultados obtidos (homens e mulheres) não vão pois de encontro ao que identificámos noutros trabalhos, o que poderá estar relacionado com o facto do número de tratamentos a que os casais do grupo que realizou um ou mais tratamentos variar entre um e três, enquanto que em outros trabalhos (e.g., Hammarberg, Astbury & Baker, 2001; Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer, Kraaimaat, 2005) encontramos maior número de tentativas com insucesso.

Em relação à diferença entre os níveis de ansiedade e depressão entre homens e mulheres, os dados obtidos permitem-nos rejeitar a hipótese 5., não sendo estatisticamente significativos. A literatura refere uma incidência superior de ansiedade nas mulheres comparativamente aos homens (e.g., Chiaffarino et al., 2011). As mulheres são particularmente afetadas, durante o tratamento, têm mais sintomas ansiosos, sintomas depressivos e menos qualidade de vida do que os parceiros (e.g., Gameiro, Ramos, Canavarro & Soares, 2010) têm uma incidência de níveis de ansiedade superior relativamente aos homens (e.g., Chiaffarino et al., 2011; Wichman, Ehlers, Wichman, Weaver & Coddington, 2011). em mulheres inférteis a prevalência de sintomas depressivos tem sido reportada como o dobro da população normal (e.g., Berardis et al., 2014).

Relativamente às diferenças relativamente ao nível de ansiedade e depressão entre mulheres e homens que não passaram por nenhum tratamento, não foram encontradas diferenças

significativas nestas dimensões, refutando a hipótese 6. Relativamente à diferença entre os níveis de depressão e ansiedade entre homens e mulheres que já passaram por um ou mais tratamentos, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos nestas duas dimensões, refutando igualmente a hipótese 7. No que diz respeito à existência de diferenças no modo como as mulheres que passaram por um ou mais tratamentos e mulheres que não passaram por nenhum tratamento caracterizam a relação conjugal, não foram encontradas diferenças significativas nestas dimensões, refutando a hipótese 8. Em relação à diferença no modo como os homens que passaram por um ou mais tratamentos e homens que não passaram por nenhum tratamento caracterizam a relação conjugal, não foram encontradas diferenças significativas nestas dimensões, refutando a hipótese 9. A literatura refere a existência de uma relação entre o número de ciclos de tratamentos e o impacto que estes têm nos indivíduos, havendo um aumento nos níveis de ansiedade e depressão se a primeiro tratamento não tiver sucesso (e.g., Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer & Kraaimaat, 2005). Relativamente à forma como homens e mulheres que passam por um ou mais tratamentos e homens e mulheres que não passaram por nenhum tratamento, caracterizam a relação conjugal, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, refutando as hipóteses 10 e 11. Tratamentos sem sucesso tendem a provocar um aumento dos níveis de ansiedade nas mulheres e homens. Por outro lado, tratamentos com sucesso aliviam os sentimentos negativos dos indivíduos (e.g., Verhaak et al., 2007).

Relativamente aos valores obtidos na escala RDAS, verificamos que não existem diferenças significativas no modo como homens e mulheres caracterizam a sua relação conjugal, permitindo-nos refutar a hipótese 12. Os casais deste estudo apresentam um bom ajustamento conjugal, os homens apresentam de valor médio 55.67 (DP=6.49) e as mulheres 56.33 (DP=6.30). Valores elevados nas três subescalas da RDAS: valores inferiores a 48 indicam relacionamentos geradores de stress e valores superiores a 48 indicam uma maior qualidade na relação (e.g., Pedras, Pereira & Ferreira, 2012). A passagem por uma experiência de infertilidade pode fortalecer a relação, em função da experiência que o casal passou (e.g., Tuzer et al., 2010). Também um estudo português, refere que casais inférteis que passavam por tratamentos de fertilidade tinham níveis mais elevados de satisfação com a sua relação conjugal de que casais férteis (e.g., Moura-Ramos et al., 2010). Temos também que ter em conta que não possuímos dados anteriores ao diagnóstico e início de acompanhamento que nos permitam ter mais informação sobre a relação diádica nessa época e perceber se existiram alterações.

Relativamente à hipótese colocada de existência de correlações positivas entre ansiedade, depressão e relação conjugal nos homens, verificamos que existem correlações negativas

significativas em relação à ansiedade, depressão e relação conjugal. O que nos permite rejeitar parcialmente a hipótese 13. O diagnóstico de infertilidade, no caso masculino pode originar níveis elevados de ansiedade e depressão (e.g., Klemetti, Raitanen, Sihvo et al., 2010).

Em relação à existência de correlações positivas entre ansiedade, depressão e relação conjugal nas mulheres, verificamos que existem correlações negativas significativas em relação à ansiedade, depressão e relação conjugal, o que nos permite rejeitar a hipótese 14.

Em relação à existência de correlações positivas entre ansiedade, depressão e relação conjugal nos homens e ansiedade, depressão e relação conjugal nas mulheres, verificamos que existem correlações positivas significativas assim como correlações negativas significativas, o que nos permite aceitar parcialmente a hipótese 15. Relativamente a ansiedade, depressão e relação conjugal nos homens e mulheres e a sua associação ao número de tratamentos realizados, não verificamos a existência de correlações significativas, rejeitando assim a hipótese 16. Estes resultados parecem estar de acordo com os resultados obtidos referentes a cada um dos géneros e os tratamentos realizados (e.g., Pruchno, Wilson-Genderson, & Cartwright, 2009),

Casais inférteis podem experienciar dificuldades relacionais e emocionais relacionadas com o diagnóstico, tratamento e problemas no seu relacionamento conjugal (e.g., Cousineau & Domar, 2007). No nosso trabalho percebemos relações entre ansiedade ou depressão com algumas dimensões da relação diádica em cada um dos géneros e também entre o género masculino e feminino. As complexidades destas relações apelam para a necessidade de aprofundar o seu estudo no futuro (com amostra maior e recorrendo a outros procedimentos estatísticos).

7. Conclusão

A infertilidade revela-se um desafio e uma crise de vida para o casal que passa por esta experiência (e.g., Cousineau & Domar, 2007). Sabemos que, cada vez mais existem casais que vão precisar das técnicas de PMA para poderem ter descendência (e.g., Boivin et al., 2007). É então, de grande importância que cada vez mais exista um acompanhamento rigoroso destes casais (e.g., ESHRE, 2015), ao longo do percurso da infertilidade, para que além de estarem saudáveis físico e psicologicamente durante os tratamentos, possam, se forem bem-sucedidos passar para a parentalidade de forma saudável. Conhecer mais sobre estes casais, nomeadamente sobre a relação diádica e psicopatologia /sintomatologia psicopatológica, bem

como sobre as suas características sociodemográficas e variáveis associadas à infertilidade, e sobre as suas relações poderá ser pois um contributo importante. Destacamos no nosso trabalho o facto de se perceber como as relações entre este conjunto de elementos existem reforçando a necessidade de aprofundamento destas relações e, portanto, da continuação de recolha de dados. Algumas forças e limitações podem ser encontradas neste estudo. Como forças podemos referir a pertinência deste tema, que apesar de estar a ser mais estudado em Portugal, ainda deve ser mais explorado. Nesses mesmos estudos, o foco é maioritariamente a mulher (e.g., Redshaw, Hockley & Davidson, 2006; Wang, Zhang, Zhang, Yu & Jiang, 2007 Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat & Braat, 2011; Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2011). No nosso estudo, o foco foram os dois elementos do casal: ao longo do nosso trabalho, tentamos sempre dar a mesma importância ao género feminino e masculino relativamente à vivência da infertilidade. Tendo em conta que todos os participantes pertenciam à mesma instituição de saúde, isso reduz a nossa capacidade de ter uma visão abrangente destes casais. Em futuros estudos sugeria uma amostra maior e de diferentes contextos de saúde, públicos e privados. Permitindo assim uma análise mais completa e complexa dos contextos, finalmente, sugeria a continuação de estudos com foco na quantidade de tratamentos pelos quais os casais passam, e explorando as relações entre as dimensões da relação diádica e bem-estar/ saúde psicológica.

Referências Bibliográficas

Aarts, J.W., van Empel, I.W., Boivin, J., Nelen, W.L., Kremer, J.A., & Verhaak, C.M. (2011). Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Human reproduction*, 26(5), 1112-1128.

Anderheim, L., Bergh, C., Holter, H., & Moller A. (2006). First IVF treatment- short-term impacto on psychological well-being and the marital relationship. *Human reproduction*, 21(12), 3295-3302.

Associação Portuguesa de Fertilidade. (2014). Retirado em: http://www.apfertilidade.org/Infertilidade_O_que_e.html

Bayley, T.M., Slade, P., & Lashen, H. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction*, 24, 2827–37.

Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A dyadic approach. *British journal of health psychology*, 14(1), 1-16.

Berardis, D., Mazza, M., Marini, S., Del Nibletto, Serroni, N., Pino, M.C., Valchera, A., Ortolani, C., Ciarrochi, Martinotti, G., & Di Giannantonio M. (2014). Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *La clinica terapeutica*, 165(3), 163-169.

Boivin, J., Bunting, L., Collins, J., & Nygen, G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care (2007). *Human reproduction*, 22(6), 1506-1512.

Burns, L., Crow, S., Grambsch, P., & Meller, W. (2009). Major depression in unexplained infertility. *Journal of psychosomatic obstetrics & Gynecology*, 23(1), 27-30.

Busby, D., Christensen, C., Crane, D. & Larson J. (1995). A Revision of the Dyadic Adjustment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289-308.

Chiaffarino, F., Baldini, M., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D'Orsi, C., Torretta, R., Bonizzoni, M., & Ragni, G. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics e Gynecology and Reproductive Biology*, 158, 235 – 241. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.04.032.

Cousineau, T., & Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308.

Daniluk, J.C. (1988). Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and sterility*, 49(6), 982-990.

Dhaliwal, L.K., Gupka, K.R., Gopalan, S., & Kulhara P. (2004). Psychological aspects of infertility due to various causes – prospective study. *International Journal of Fertility and Womens Medicine*, 49(1), 44-48.

Di Spiezio, A., Di Carlo, C., Minozzi, S., et al. (2016). Efficacy of hysteroscopy in improving reproductive outcomes of infertile couples: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproductive Update*, 22, 479- 496.

Dolan, A., Lomas, T., Ghobara, T., & Hartshorne, G. (2017). ‘It’s like taking a bit of masculinity away from you’: towards a theoretical understanding of men’s experiences of infertility. *Hartshorne4 Sociology of Health & Illness*, 39(6), 878-892.

Domar, A.D., Clapp, D., Slawsby, E.A., Dusek, J., Kessel, B., Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological intervention on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73(4), 805-811.

Edelmann, R.J., Connolly, K.J., & Bartlett, H. (1994). Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *Journal of psychosomatic research*, 38(4), 355-364.

Elek, S. M., Brage Hudson, D., & Bouffard, C. (2003). Marital and parenting satisfaction and infant care self-efficacy during the transition to parenthood: the effect of infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 45-57. doi: 10.1080/01460860390183065.

Eugster, A., & Vingerhoets, A. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Sciences and Medicine*, 48(5), 575-589.

ESHRE. (2015). Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff. *European Society of Human Reproduction and Embryology*.

Faria, D., Grieco, S., & Barros S. (2012). Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. *Revista da escola de enfermagem*, 46(4), 794-801.

Fekkes, M., Buitendijk, S.E., Verrips, G.H.W., Braat, D.D.M., et al. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*, 18(7), 1536–1543.

Ferlin, A., Raicu, F., Gatta, V., Zuccarello, D., Palka, G., & Foresta C. (2007). Male infertility: role of genetic background. *Reproduction Biomedic Online*, 14(6), 734-45.

Fisher, J.R. & Hammarberg, K. (2012). Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian Journal of Andrology*, 14, 121–129.

Galhardo, A., Cunha, M., & Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*, 20(1), 224-228.

Gameiro, S., Canavarro, M., Boivin, J., Ramos, M., Soares, I., & Santos, A. (2011). Parental investment in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive techniques. *Human Reproduction*, 26(5), 1128-1137.

Gameiro, S., Canavarro, M., & Soares, I. (2009). Ajustamento Familiar e padrões de vinculação de bebés concebidos por reprodução medicamente assistida. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 22, 67-85.

Gameiro, S., Ramos, M., Canavarro, M., & Soares, I. (2010). Psychosocial Adjustment During the Transition to Parenthood of Portuguese Couples Who Conceived Spontaneously or Through Assisted Reproductive Technologies. *Research in Nursing & Health*, 33, 207–220.

Gameiro, S., Silva, S., & Canavarro, M. (2008). A Experiência Masculina de Infertilidade e de Reprodução Medicamente Assistida. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 253-270.

Gameiro, M., Soares, S., Santos, I., & Canavarro, M.C. (2010). Psychosocial adjustment in infertility: A comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11, 299–319.

Greil, A. (1997). Infertility and Psychological Distress: A critical review of the literature. *Social, Sciences and Medicine*, 45(11), 1679-1704.

Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16(2), 374-385.

Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.

Herrera, F. (2013). "Men Always Adopt" Infertility and Reproduction From a Male Perspective. *Journal of Family Issues*, 34(8), 1059–1080.

Hochschild, F., Adamson, G., Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., & Poel, S. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*, 0(0), 1-5.

Kissi, Y., Bomdhane, A., Samir, H., Bannour, S., Idrissi, K., Khairi, H., & Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167, 185-189.

Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., et al. (2010). Infertility, mental disorders and well-being—a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89, 677–682.

Klonoff-Cohen, H, Chu, E., Natarajan, L., & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and sterility*, 76(4), 675-687.

Knoll, N., Schwarzer, R., Pfuller, B., & Kienle R. (2009). Transmission of depressive symptoms: a study with couples undergoing assisted-reproduction treatment. *European Psychology*, 14(1), 7- 17.

Kumar, N., & Singh A.K. (2015). Trends of male factor infertility, an important cause of infertility: A review of literature. *Journal of human reproduction*, 8(4), 191-196.

Kupka, M., Ferraretti, A., Mouzon, F., Hooghe, T., Castilla, J., Calhaz-Jorge, C., Geyter, C., & Goossens, V. (2010). Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 29(10), 2099-2113.

Leal, I., & Pereira, O. (2005) Infertilidade – algumas considerações sobre causas e consequências. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp.151-170). Lisboa: Sociedade Unipessoal.

Lee, H., Lee, H., Park, S., Jo, D., Choe, J., Lee, J., & Seo J. (2012). Causes and classification of male infertility in Korea. *Clinical and Experimental Reproductive Medicine*, 39(4), 172–175. doi: 10.5653/cerm.2012.39.4.172.

Lee, T.Y., Sun, G.H., Chao, S.C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16(8), 1762-1767.

Lopes, V., & Leal, I. (2012). *Ajustamento Emocional na Infertilidade*. Lisboa, Portugal: Placebo, LDA.

Lorraine, C., Hudson, N., & Lohan, M. (2013). Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(1), 225–235.

Magalhães, S. (2010). *Aspectos sucessórios da Procriação Mediamente Assistida Hómologa Post Mortem*. Coimbra, Portugal: Coimbra Editora.

Marcolino, J., Mathias, L., Filho, L., Guaratini, A., Suzuki, F., & Alli, L. (2007). Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. *Revista Brasileira Anestesiol*, 57, 52-62.

Martins, M.V., Peterson, B.D., Almeida, V.M., & Costa M.E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26, 2113 – 2121.

Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerman, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, 9(12), 1001-1356.

McIntyre, T., Pereira, G., Soares, V., Gouveia, L., & Silva, S. (1999). Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares (HADS).

Mikulincer, M., Horesh, N., Levy-Shiff, R., Manovich, R., & Shalec, J. (1998). The contribution of adult attachment style to the adjustment to infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 265-280.

Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126-130.

Moura-Ramos, M. (2011). Adaptação psicossocial de casais portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida (Tese de doutoramento). Faculdade de psicologia e ciências da educação da Universidade Coimbra.

O'Brien, K., Varghese, A., & Agarwal, A. (2010). The genetic causes of male factor infertility: A review. *Fertility and Sterility*, 93(1), 1-12.

Ogawa, M., Takamatsu, K., & Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *BioPsychoSocial Medicine*, 5(15), 15-17.

Orientações Direcção-Geral de Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva Infertilidade*. Lisboa.

Pereira, M. (2004). Revised Dyadic Adjustment Scale.

Pereira, M.G., Pedras, S. & Machado, J.C. (2012). Adaptação do Questionário de Adesão à Medicação numa amostra de Pacientes Portugueses com Diabetes Tipo 2. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 15(2), 148-166.

Peterson, B.D. (2006). The relationship between coping and depression in men and women referred for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 85(3), 802–804.

Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., & Skaggs, G.E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443–2449.

Peterson, B.D., Pirritano, M., Block, J.M., & Schmidt L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*, 95(5), 1759 – 1763.

Piccinini, C., Gomes, A., Nardi, T., & Lopes, R. (2008). Pregnancy and Motherhood. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.

Piccinini, C., Levandowski, D., Gomes, A., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebé durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 373-382.

Pruchno, R.A., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F.P. (2009). Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology*, 23, 573–584. doi: 10.1038/jid.2014.371

Ramos, M., Gameiro, S., Soares, I., Santos, T., & Canavarro, M. (2010). Psychosocial adjustment in infertility: a comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 299-319.

Redshaw, M., Hockley, C. & Davidson, L. (2007). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction*, 22, 295–304.

Reis, S., Xavier, M., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171, 61-66.

Repokari, L., Punamaki, L., Poikkeus, P., Vilska, S., Unkila-Kallio, L., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A., & Tulppala, M. (2005). The impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood: a prospective controlled study. *Human Reproduction*, 20(11), 3238-3247.

Revonta, M., Raitanen, J., Sihvo, S., Koponen, P., Klemetti, R., Männistö, S., & Luoto, R. (2010). Health and life style among infertile men and women. *Sex & reproductive healthcare*, 1(3), 91-98.

Salvatore, P., Gariboldi, S., Offidani, A., Coppola, F., Amore, M., & Maggini, C. (2001). Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility and Sterility*, 75(6), 1119-25.

Santos, A. T., & Moura-Ramos, M. (2010). Esterilidade e procriação medicamente assistida. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Schmidt L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities. *Human Fertility*, 12(1), 14-20.

Schmidt, L., Holstein, B.E., Christensen, U., & Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20(11), 3248-56.

Skakkebaek, N.E., Jørgensen, N., Main, K.M., Rajpert-De Meyts, E., Leffers, H., Andersson, A.M. et al. (2006). Is human fecundity declining? *International Journal of Andrology*, 29(2), 2-11.

Silva, I., & Lopes, R. (2009). Reprodução assistida e relação conjugal durante a gravidez e após o nascimento do bebê: uma revisão da literatura. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 223-230.

Silva-Carvalho, J. L., & Santos, A. (2009). Estudo Afrodite: Caracterização da infertilidade em Portugal (Vol. 1. Estudo na Comunidade). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Smorti, M., & Smorti, A. (2012). Transition to parenthood in infertile couples. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 46, 527-531.

Spotorno, P. M., Silva, I. M., & Lopes, R. C. S. (2008). Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. *Aletheia*, 28, 104-118.

Throsby, K., & Gill, R. (2004). It's different for men: masculinity and IFV. *Men and Masculinities*, 6(4), 330-348.

Tuzer, V., Tuncel, A., Göka, S., Dogan Bulut, S., Yüksel, F. V., Atan, A., & Göka, E. (2010). Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 40, 229–37.

Vayena, E., Rowe, P., & Griffin, P. (2002). *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., van Minnen, A., Kremer, J.A.M., et al. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20(8), 2253–2560.

Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., van Minnen, A., Kremer, J.A.M., et al. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27-36.

Wang, K., Li, J., Zhang, J. X., Zhang, L., Yu, J., & Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and sterility*, 87, 792-798.

Wichman, C., Ehlers, S., Wichman, S., Weaver, A., & Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 65, 717–721.

Yazdani, F., Kazemi, F., & Ureizi-Samani, H.M. (2016). Studying the Relationship between the Attitude to Infertility and Coping Strategies in Couples Undergoing Assisted Reproductive Treatments. *Journal of Reproduction Infertility*, 17(1), 56-60.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1520-1524.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale.

Anexos

Anexo 1- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares – HADS

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares (HADS)

(Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia, Sofia Silva, 1999)

NOME: _____

DATA: ___ / ___ / _____

Este questionário ajudará o seu médico a saber como se tem sentido. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponde à como tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso pensar muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Sinto-me tenso:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- De vez em quando, ocasionalmente
- Nunca

D 2) Eu ainda gosto das coisas que costumava gostar:

- Sim, tanto como gostava
- Não tanto como gostava
- Só um pouco do que gostava
- Nada como gostava

A 3) Eu sinto-me um pouco assustado(a), como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim, e bastante forte
- Sim, mas não tão forte
- Um pouco, mas isso não me preocupa
- Não, de maneira nenhuma

D 4) Consigo rir-me e ver o lado engraçado das coisas:

- Tanto como costumava conseguir
- Não tanto como costumava conseguir
- Definitivamente, não tanto como costumava conseguir
- Não, de maneira nenhuma

A 5) Tenho preocupações que não me saem da cabeça:

- A maior parte do tempo
- Muito tempo
- De vez em quando, mas não muitas vezes
- Apenas ocasionalmente

D 6) Sinto-me alegre:

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e sentir-me relaxado:

- Sim, definitivamente
- Geralmente
- Poucas vezes
- De modo nenhum

D 8) Sinto-me mais lento(a) ou vagaroso(a):

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Às vezes
- Nunca

A 9) Sinto uma espécie de medo, como se fosse um aperto no estômago (“borboletas”):

- Nunca
- Ocasionalmente
- Bastantes vezes
- Muitas vezes

D 10) Perdi o interesse pela minha aparência:

- Sim, definitivamente
- Não me cuido tanto como deveria
- Talvez não me cuide tanto
- cuido-me como sempre

A 11) Sinto inquieto(a), como se estivesse que estar sempre a andar de um lado para o outro:

- Sim
- Sim, bastante
- Não muito
- Não, de forma alguma

D 12) Antecipo as coisas com satisfação:

- Tanto como costumava fazer anteriormente
- Um pouco menos do que anteriormente
- Muito menos que anteriormente
- Quase nunca

A 13) Tenho sentimentos súbitos de pânico:

- Com muita frequência
- Bastantes vezes
- Não muitas vezes
- Nunca

D 14) Consigo apreciar um bom livro, programa de televisão ou de rádio:

- Frequentemente
- Às vezes
- Poucas vezes
- Raramente

Anexo 2. Escala de Ajustamento Diádico Revista - RDAS

<p>RDAS Graham B. Spanier</p> <p>Versão de Investigação, 2004 M. Graça Pereira Universidade do Minho</p>

Muitas pessoas têm desentendimentos nos seus relacionamentos. Por favor, indique abaixo o grau de acordo entre si e o seu companheiro(a), para cada item, na lista que se segue. (Indique com uma cruz a sua resposta).

	Sempre de acordo	Quase sempre de acordo	Ocasionalmente de acordo	Frequentemente em desacordo	Quase sempre em desacordo	Sempre em desacordo
1. Assuntos de religião	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. Demonstrações de afecto	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. Tomada de decisões importantes	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4. Relações sexuais	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5. Convencionalidade (comportamento dito correcto ou socialmente apropriado)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6. Decisões de carreira	_____	_____	_____	_____	_____	_____

	Sempre	A maior parte do tempo	Mais vezes sim que não	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
7. Com que frequência discute ou considerou divórcio, separação ou término da relação	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8. Com que frequência se zanga com o seu companheiro(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9. Alguma vez lamentou ser casado(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10. Com que frequência você e o seu companheiro(a) se irritam um ao outro	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Todos os dias	Quase todos os dias	Ocasional mente	Muito poucas vezes	Nunca
----------------------	----------------------------	------------------------	---------------------------	--------------

11. Você e o seu
companheiro(a) participam
juntos em actividades
fora da família

Com que frequência os seguintes acontecimentos ocorrem entre si e o seu companheiro(a)?

Nunca	Menos de uma vez/mês	Uma ou duas vezes/mês	Uma ou duas vezes/semana	Uma vez/dia	Frequentemente
--------------	-----------------------------	------------------------------	---------------------------------	--------------------	-----------------------

12. Têm uma troca estimulante de ideias _____

13. Trabalham juntos num projecto _____

14. Calmamente discutem algo _____