

ISPA

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

INFERTILIDADE FEMININA

E

PERSONALIDADE

Inês Vieira Antunes de Pina Cabral

Orientadora: Prof. Doutora Isabel Leal

LISBOA 2001

INFERTILIDADE FEMININA E PERSONALIDADE

ÍNDICE

<i>I – Introdução</i>	1
<i>II – Enquadramento Teórico</i>	6
2.1. Da Personalidade	7
2.1.1. O que é a Personalidade?.....	7
2.1.2. Algumas Referências Históricas.....	9
2.1.3. As Principais Abordagens da Personalidade.....	11
2.1.4. A Teoria dos Traços e o Modelo dos Cinco Factores.....	16
2.1.5. Personalidade e Saúde.....	22
2.2. Da Infertilidade	26
2.2.1. Definição de alguns conceitos.....	31
2.2.2. Incidência.....	33
2.2.3. Tipos e Causas de Infertilidade.....	35
2.2.4. Infertilidade Orgânica vs. Infertilidade Psicológica?.....	39
2.2.5. O Factor Psicogéneo na Infertilidade.....	43
2.3. Infertilidade e Personalidade	50
2.3.1. Personalidade e Materno.....	50
2.3.2. Da Personalidade à Infertilidade.....	54
2.3.3. Características Atribuídas às Mulheres Inférteis.....	61
2.3.3.1 Críticas aos Estudos.....	69
<i>III – Metodologia</i>	71
3.1. Objectivos da Investigação	72
3.2. Instrumentos	74
3.2.1. Questionário de Caracterização da Amostra.....	74
3.2.2. O NEO-PI-R.....	75
3.3. Procedimento	87
3.4. Amostra	90
3.4.1. Critérios de Selecção da Amostra.....	90
3.4.2. Caracterização da Amostra.....	91

<i>IV – Apresentação dos Resultados.....</i>	98
4.1. O primeiro nível de análise: os Domínios.....	102
4.2. O segundo nível de análise: as Facetas.....	103
4.3. O terceiro nível de análise: Bidimensional.....	110
<i>V – Discussão dos Resultados.....</i>	113
<i>VI – Considerações Finais</i>	124
<i>VII - Referências Bibliográficas.....</i>	129
<i>Anexos.....</i>	138
Anexo A – Questionário de caracterização da Amostra	
Anexo B – Inventário da Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R)	
Anexo C – Capa do Protocolo	
Anexo D – Outputs (SPSS)	
Anexo E – Habilitações Literárias-Nível Sócio-Económico	
Anexo F – Classificação da Avaliação do Nível Sócio-Económico	
Anexo G – Classificação da Infertilidade	
Anexo H – NEO-PI-R – Valores Normativos	

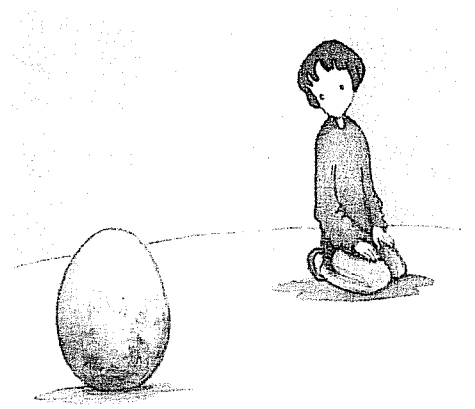
ÍNDICE DE FIGURAS

QUADROS

Quadro 1 – Incidência dos Tipos de Infertilidade.....	36
Quadro 2 – Infertilidade Feminina.....	36
Quadro 3 – Infertilidade Masculina.....	36
Quadro 4 – Factores Psicológicos relacionados com a Infertilidade.....	47
Quadro 5 – Factores da Personalidade na Esterilidade Feminina.....	64
Quadro 6 – Domínios e Facetas do NEO-PI-R.....	78
Quadro 7 – Níveis de Significância Estatística.....	100
Quadro 8 – Resumo dos resultados da Análise Estatística.....	101

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade.....	91
Gráfico 2 – Habilitações Literárias.....	92
Gráfico 3 – Níveis Sócio-Económicos.....	92
Gráfico 4 – Duração da Relação com o Companheiro.....	93
Gráfico 5 – Tempo a tentar Engravidar.....	93
Gráfico 6 – Tempo de Diagnóstico de Infertilidade.....	94
Gráfico 7 – Tipo de Infertilidade.....	94
Gráfico 8 – Causa de Infertilidade.....	95
Gráfico 9 – Factores de Infertilidade.....	95
Gráfico 10 – Realização de Tratamentos para a Infertilidade.....	96
Gráfico 11 – Ocorrência e Tipo de Gravidez.....	96
Gráfico 12 – Existência de Filhos de Relações Anteriores.....	97
Gráfico 13 – Perfil Comparativo dos Cinco Domínios.....	102
Gráfico 14 - Perfil Comparativo das Facetas da Conscienciosidade.....	104
Gráfico 15 - Perfil Comparativo das Facetas do Neuroticismo.....	106
Gráfico 16 - Perfil Comparativo das Facetas da Extroversão.....	107
Gráfico 17 - Perfil Comparativo das Facetas da Abertura à Experiência.....	108
Gráfico 18 - Perfil Comparativo das Facetas da Amabilidade.....	109



I - INTRODUÇÃO

“(...) Ela queria ser outra coisa, queria crescer de si mais gente, ter filhos, nascer-se em outras vidas. Mas sem essa dádiva, entrar em sua casa, tão sem outros, não lhe dava vontade. Essa a razão por que vivia mais em varanda que dentro das paredes”.

(Mia Couto in *Mar me Quer*, 2000, p.38)

Ao longo do percurso académico até ao momento realizado, muitos foram os domínios da psicologia que mereceram o nosso interesse; contudo, foi a área da Psicologia da Gravidez e da Maternidade que ganhou lugar de destaque no nosso investimento e desejo de mais saber. Aos poucos foi-se tornando numa opção, envolvendo o gostar, a vontade e o desejo de compreender e explorar um pouco mais acerca do processo que envolve a concepção do ser humano, o seu desenvolvimento e, principalmente, as questões psicológicas e afectivas que lhe estão subjacentes. A possibilidade de estagiar na Maternidade Dr. Alfredo da Costa abriu a oportunidade de contactar mais de perto com este domínio de intervenção e, sobretudo, conviver com profissionais que marcaram fortemente o nosso crescimento profissional e pessoal.

Começámos, nesta área, pela intervenção e investigação psicológica ao nível do processo gravídico, e pelas vivências que lhe estão intimamente ligadas; acompanhámos de perto muitas gravidezes não desejadas, e outras em que o desejo era assombrado por realidades que punham em causa todo um projecto de maternidade. Num segundo momento, passámos para o pólo oposto: o desejo de uma gravidez que teimava em não acontecer. O confronto com estas realidades, tão diferentes entre si, levantou-nos sucessivas questões, cada vez mais complexas, e consequentemente mais difíceis de responder.

Das diferentes áreas de intervenção a que a psicologia é chamada a dar o seu contributo nesta Instituição, foi a Infertilidade uma das que mais nos tocou, pelas questões que levanta não apenas no plano individual, mas também numa perspectiva familiar e até mesmo

social. O sofrimento que presenciámos, e ao qual procurámos corresponder no plano psicoterapêutico, deixou-nos sempre alguma perplexidade, para a qual não encontrámos elementos muito consistentes de resposta nas leituras disponíveis. Os estudos existentes apresentavam resultados contraditórios, e por vezes de relativa utilidade para a prática clínica.

Na reflexão resultante do trabalho de supervisão e do entusiasmo partilhado, frequentemente emergia uma sensação de haver características específicas da ‘maneira de ser’ associadas às mulheres com problemas de infertilidade, características estas situadas em torno de uma vertente da afirmação pessoal da mulher, que não parecia passar primordialmente pela função de cuidar de alguém. De alguma maneira, o sofrimento sempre presente numa situação de impossibilidade de conceber uma nova vida, ganhava contornos difusos que, mais do que se situarem em torno do questionamento pessoal sobre a impotência, a imperfeição, a incapacidade pessoal de engravidar, resvalavam por vezes para questões mais externas associadas a expectativas não correspondidas quanto ao papel social da mulher ou a padrões relacionais familiares não concretizados.

Seria possível que as mulheres inférteis apresentassem traços de personalidade diferentes das mulheres com um percurso fértil? Poderia ser a forma da mulher se viver enquanto tal, na sua dupla função de afirmação de uma identidade própria e de procriadora, um factor significativo para a compreensão da infertilidade? Quais as implicações destas questões no posicionamento do psicólogo na condução da relação e na gestão do sofrimento?

Foram questões como estas, associadas à nossa curiosidade pessoal, que nos levaram a procurar aprofundar conhecimentos neste domínio. O Mestrado em Psicologia da Saúde permitiu dar continuidade à exploração do tema, enquadrando-o num plano mais vasto da saúde em geral.

Desde cedo tivemos o propósito de dedicar esta tese de dissertação às questões da psicologia da gravidez, em particular à infertilidade. Progressivamente foram-se clarificando os objectivos a que nos propúnhamos, chegando por fim à sua definição em torno do mapeamento dos traços da personalidade das mulheres inférteis, com a aferição da existência de traços dominantes que ajudem a compreender melhor o fenómeno da infertilidade.

É evidente que não se trata de procurar encontrar na personalidade a causa da infertilidade, mas sim de tentar identificar factores predisponentes para que esta ocorra. Não se trata, igualmente, de um desejo de rotulação ou de *psicopatologizar* a questão, mas tão simplesmente a procura de linhas orientadoras para a intervenção clínica neste domínio.

Dada a escassez de estudos dedicados a este assunto e a alguma inconsistência dos resultados apresentados, julgámos encontrar nestes dois pontos – a melhor compreensão da personalidade das mulheres inférteis, com a conseqüente melhoria de intervenção psicológica junto destas -, a pertinência para o desenvolvimento do estudo.

Com base nestes propósitos, procurou-se esboçar um desenho de investigação que nos pudesse conduzir às respostas que procurávamos, sabendo de antemão que estas seriam sempre ponto de partida para novas questões. Assumimos como hipótese a existência de traços de personalidade diferenciadores da amostra de mulheres inférteis, comparativamente à população normativa, e partimos para a definição da amostra, a escolha dos instrumentos, a recolha e tratamento dos dados e, sobretudo, a procura de elementos bibliográficos que orientassem e enquadrassem os nossos propósitos.

O presente trabalho é o corolário deste percurso, a expressão visível de momentos de entusiasmo e de desalento, de dúvidas e certezas, de cansaços e cumplicidades. Como todos os percursos, está organizado em etapas que, ainda que não expressem claramente a

ordem cronológica como a construção foi tendo lugar, identificam o percurso desta investigação.

Deste modo, o primeiro capítulo é dedicado à revisão bibliográfica e enquadramento teórico da personalidade, da infertilidade, e da interface entre ambos. Neste capítulo procura-se fazer um enquadramento histórico do estudo, destacando trabalhos realizados anteriormente nestes campos e as questões mais polémicas que resultam do confronto entre as diferentes conclusões a que chegam.

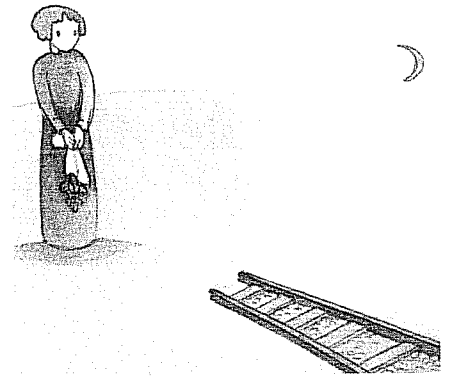
O capítulo seguinte refere-se às questões metodológicas, apresentando o instrumento escolhido para a recolha dos dados, bem como as razões que levaram a esta opção. Neste capítulo debruçar-nos-emos igualmente sobre os procedimentos da investigação e a caracterização da amostra recolhida.

Seguidamente avança-se para a apresentação dos resultados obtidos. Iremos diferenciá-los segundo o modelo de compreensão da personalidade adoptado, em função dos domínios e das facetas que o constituem, bem como do cruzamento destas dimensões.

Da apresentação dos resultados passa-se para a discussão dos mesmos à luz da infertilidade, procurando contextualizá-los num “pensar” em torno da psicologia da gravidez e da maternidade.

Finalmente, procurámos sistematizar os elementos anteriormente avançados em considerações finais, e num balanço que nos situe face ao nosso ponto de partida e aos possíveis desenvolvimentos futuros que resultem de todo este percurso.

Os relatos ficam sempre aquém das vivências, mas mesmo assim procurámos ser fiéis à experiência vivida, às reflexões e discussões que se foram proporcionando neste caminho, que nos trouxe do interesse pessoal à prática clínica, e desta ao questionamento científico e metodológico. Que a sua leitura resulte igualmente gratificante, e que este seja um ponto de partida para novas questões.



II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. DA PERSONALIDADE

*“A essência da personalidade
não é um simples tom ou
uma simples linha melódica,
mas a totalidade da concepção musical”*

(Murphy, 1949; cit. por Bernaud, 1998, p.15)

De uma forma empírica é-nos possível identificar, mais ou menos conscientemente, uma série de padrões relativamente constantes e duradouros, tanto de pensar, como de perceber, sentir e agir, os quais parecem dar às pessoas identidades separadas. A personalidade será assim um constructo que inclui pensamentos, motivações, interesses, atitudes e capacidades individuais. Resumindo, poderíamos simplesmente dizer que é o que traduz a individualidade de cada um de nós.

Contudo, do ponto de vista científico, o caminho percorrido pela personalidade enquanto conceito não tem sido simples nem linear. Assim sendo, neste primeiro capítulo iremos tentar, de forma sintética, abordar a personalidade na sua definição, no seu percurso histórico, nas questões mais polémicas, nas diferentes perspectivas, e finalmente, no modo como a assumiremos nesta investigação.

2.1.1. O que é a Personalidade?

Pela sua riqueza e complexidade, encontrar uma definição de *Personalidade* foi a primeira das dificuldades com que nos deparámos, pois *“as definições são tantas e tão diversas que levantam a questão de se saber se se trata, efectivamente, do mesmo constructo ou de outros muito diferentes, designados com o mesmo nome”* (Lima, 1997, p.14). Corroboramos o sentimento desta mesma autora, quando afirma que tal diversidade e divergências de

definições “levou a que, ao longo da elaboração deste trabalho, nos sentíssemos, por vezes, tentados a propor a abolição do termo ‘personalidade’ do léxico da ciência psicológica” (p.14).

A polémica que advém das tentativas de definição deste conceito deriva do facto de o mesmo poder englobar praticamente todos os aspectos da vida e experiência humana. Como é bem patente nas definições encontradas, diversos autores, de acordo com a sua preferência teórica, darão ênfase a diferentes aspectos do ser humano, e os constructos específicos que entram na sua enunciação serão o reflexo disso mesmo:

Personalidade – 1. (Allport) “Organização dinâmica, dentro do indivíduo, dos sistemas psicofisiológicos que determinam o seu comportamento e pensamento característicos.” 2. (R.B. Cattell) “Aquilo que permite um prognóstico do que a pessoa fará numa dada situação.” 3. (Murray) “A continuidade de formas e forças funcionais, manifestadas através de sequências de processos organizados dominantes e de comportamentos manifestos, desde a nascença até à morte.” 4. (Freud) “A integração do Id, Ego e Superego.” 5. (Adler) “Estilo de vida do indivíduo, ou maneira característica de reagir aos problemas da vida, incluindo os seus objectivos na vida.” 6. (Jung) “Integração do ego, do inconsciente pessoal e colectivo, dos complexos, dos arquétipos, da persona e da anima”. (Chaplin, 1975, p.418).

A diversidade de definições neste campo, segundo Cook (1984), justifica-se pela variedade de perspectivas e funções pelas quais se está a tentar definir a personalidade, bem como pelos níveis de explicação que se têm em vista. Outro factor relevante será o da importância relativa que se dá, ou ao estudo desenvolvimental, ou ao estudo estrutural da mesma.

Por outro lado, se em vez de nos centrarmos nas diferenças, procurarmos o que as várias definições têm de comum, podemos constatar que a maioria engloba três aspectos principais da personalidade: a *unicidade do indivíduo*, naquilo que o distingue de todos os outros; um *conjunto de características estáveis e duradouras*, ao longo do tempo e das

situações e o *estilo característico de ligação/interacção* entre o sujeito e o ambiente físico e social (Kimmel, 1984; *cit. por* Lima, 1997).

Contudo, pela evidente falta de consenso neste campo, mais do que tentar apresentar uma definição, faz-nos sentido, através das suas principais referências históricas, acompanhar um pouco o percurso que o pensar sobre a personalidade tem feito.

2.1.2. Algumas Referências Históricas

Reportando-nos à origem etimológica da palavra ‘Personalidade’, verificamos que deriva do grego *persona*, que significa “máscara de teatro”, termo este que ao longo dos tempos foi adquirindo diversos sentidos, mas sempre ligado à noção do papel desempenhado pelo indivíduo num contexto e face a um público.

“Nos escritos de Cícero, é usado com, pelo menos, quatro sentidos, todos eles relacionados com teatro: a personalidade como um conjunto de características pessoais do actor, que representam o que a pessoa realmente é; a personalidade vista pela forma pela qual a pessoa aparece aos outros e não como realmente é e, neste sentido, equivale à máscara; o papel que a pessoa representa na vida, tal como o personagem num drama; a personalidade encarada como um conjunto de qualidades indicativas da distinção e dignidade, que fazem do actor uma ‘estrela’”
(Lima, 1997, p.14).

De que haja registo, terá sido na Antiguidade que se levaram a cabo as primeiras tentativas de classificação da conduta humana, começando Hipócrates (460-377 a.C.) por propor uma tipologia dos humores presentes no corpo do homem (sangue, bílis negra, bílis amarela, fleuma). Esta concepção é substituída, um pouco mais tarde, pela de Galeno (123-199 a.C.), médico grego, que propõe uma descrição mais completa do comportamento em treze tipos. Nesta nova concepção, o *soma* e a *psique*, o corpo e o espírito, estão estreitamente ligados (Bernaud, 1998).

Estas primeiras descrições, tendo sido criticadas pela sua falta de rigor científico, foram marcantes e decisivas, pois contribuíram grandemente para influenciar a corrente de estudo sobre a personalidade.

Após a Antiguidade e durante vários séculos, o estudo da personalidade será pouco investido, à excepção de alguns trabalhos filosóficos. O interesse pela personalidade recomeça no início do séc.XX e é precedido por várias influências: “*Os trabalhos de Wundt (1832-1920) propõem-se estudar cientificamente o comportamento e os de Galton (1822-1911) levam ao que podemos considerar um dos primeiros métodos de avaliação da personalidade (um teste de associação de palavras). Além disso, a corrente representada por Janet e Charcot produz observações que vão, pouco depois, influenciar as gerações da corrente psicanalítica*” (Bernaud, 1998, p.12).

Assim, na primeira metade do séc.XX, são propostas as grandes teorias da personalidade: ao modelo psicanalítico, desenvolvido sob o impulso de Freud opõe-se, pouco depois, a corrente behaviorista (Pavlov, Watson e Skinner). Entre 1920 e 1960 são apresentados diversos trabalhos inovadores que marcam claramente o campo da personalidade: os factorialistas Cattell e Eysenck defendem uma concepção diferencialista; por seu turno, Rogers propõe uma visão humanista; e Allport publica, em 1937, *Personality: a Psychological Interpretation*, uma obra que serve de modelo durante várias décadas (Bernaud, 1998).

O nascimento da chamada Psicologia da Personalidade é datado dos anos 30, surgindo então uma nova área de estudo da psicologia. “*Para tal contribuiu Murray (1938) com a designação de “Personologia” como uma nova ciência, a Ciência da Pessoa, bem como Allport (1937) com a publicação do seu livro, introduzindo o estudo da personalidade na América*” (Botelho, 1999, p.41). Nas duas décadas que se seguiram, afirmaram-se duas

unidades de análise que descendiam directamente da obra destes autores: os traços e os motivos.

Mais recentemente, de acordo com Bernaud (1998), apareceram então novas perspectivas: as concepções cognitivas da personalidade (com Huteau, 1985), o modelo da personalidade em cinco factores (com Costa e McCrae, 1985) e ainda as concepções interaccionistas da personalidade (com Magnusson, 1990).

O que caracteriza, de um modo geral, as diferentes abordagens da personalidade, será então o ponto sobre o qual nos debruçaremos de seguida.

2.1.3. As Principais Abordagens da Personalidade

A personalidade é definida recorrendo a diferentes quadros teóricos de referência, tendo todos eles a sua originalidade, independentemente das críticas que lhes possam ser feitas. No percurso de afirmação das diferentes teorias da personalidade, algumas questões foram-se destacando pelo debate que suscitaram nas tentativas de criar um modelo para este constructo psicológico.

Assim, a primeira destas questões conduz a uma distinção fundamental na orientação dos métodos e dos conceitos da personalidade, face à dicotomia traduzida pela abordagem nomotética versus abordagem ideográfica. Se a abordagem nomotética tem por objectivo estudar o que os indivíduos têm em comum, identificando traços ou tipos de personalidade, de modo a elaborar uma estrutura da mesma, a abordagem ideográfica, pelo contrário, analisa o indivíduo na sua totalidade, entrando em linha de conta com todos os componentes que entram em interacção.

A segunda questão que se destaca será a da disposição versus situação, que traduz a seguinte dúvida: a forma tomada pela conduta dependerá do funcionamento interno do sujeito ou das características próprias da situação em que se encontra?

Por último, surge a questão acerca da estabilidade vs instabilidade da estrutura da personalidade no decorrer dos diferentes períodos de vida, pois se a evolução da personalidade na criança é aceite pela maioria dos autores, já no que respeita aos adultos esta questão torna-se mais controversa.

Assim, a partir do posicionamento de cada corrente teórica face a estas (e outras) questões, foram-se cimentando as diferentes abordagens que da personalidade são feitas, e que serão expostas nas próximas linhas.

Uma vez que não é objectivo primordial deste trabalho uma apresentação exaustiva dos diferentes modelos, apoiar-nos-emos na forma como Bernaud (1998) caracterizou cada um deles, por ser bastante sucinta e nos parecer clara e bem conseguida.

Começando então pela **abordagem psicanalítica** verificamos que, segundo esta, a personalidade não pode ser compreendida senão numa perspectiva global, tendo simultaneamente em conta a sua economia e o seu carácter dinâmico.

A visão estrutural da personalidade, introduzida por Freud, implica que esta seja organizada por dois jogos de forças dinâmicas, sendo as pulsões, sistemas de energia não biológicos, que orientam as escolhas individuais e participam na emergência de conflitos. Este autor descreve a personalidade a partir de 'tópicas' e, avançando para além da descrição das estruturas psíquicas, propõe uma verdadeira génese da personalidade, segundo a qual o funcionamento do adulto pode explicar-se, primordialmente, pela vivência dos anos de infância. Será pela forma como os conflitos psicológicos se resolvem (ou não) que a personalidade se desenvolve e se molda. Freud descreve então diferentes

tipos de carácter de acordo com os estádios do desenvolvimento psicosexual em que tenha ocorrido a *fixação* da libido – carácter oral, carácter anal, carácter fálico e carácter genital.

Ao longo dos tempos, numerosos teóricos da personalidade têm emendado e ampliado as ideias inicialmente propostas por Freud, contudo, continua a ser este autor a principal e mais coerente referência nas abordagens psicanalíticas da personalidade, tendo sido a sua concepção verdadeiramente original e inovadora.

Por seu lado, a **abordagem diferencial** da personalidade inscreve-se numa concepção disposicional da mesma e acentua os determinantes individuais da conduta. Visa explicar, por exemplo, porque é que, face a uma mesma situação, os indivíduos reagem de maneiras diferentes.

Para a explicação dos padrões ou conjuntos de condutas, os psicólogos diferencialistas tentaram desenvolver abordagens taxinómicas da personalidade, sendo o *tipo* e o *traço* as duas principais unidades de análise.

Assim, as concepções tipológicas foram das primeiras a ser desenvolvidas, e defendem o interesse pelo *tipo*, enquanto “*elemento de um modelo da personalidade que engloba um conjunto heterogéneo de características individuais e descreve o comportamento de maneira global*” (Bernaud, 1998, p.24). As concepções baseadas nos traços, por outro lado, deram lugar aos mais extensos desenvolvimentos no plano da investigação. Os *traços* correspondem a uma visão elementarista da personalidade: “*cada traço refere-se a um ‘componente’ da personalidade, sendo cada ‘componente’ independente um do outro e caracterizando um indivíduo a respeito de uma faceta bem precisa*” (Bernaud, 1998, p.25). Os traços exprimem então a probabilidade de hipóteses de que uma conduta se manifeste numa situação e num dado momento.

As críticas feitas ao trabalho dos psicólogos diferencialistas - pela incapacidade deste modelo em participar na elaboração de uma teoria mais geral da personalidade, reduzindo-a a uma visão “radiográfica” da mesma, em que não se sublinha a articulação funcional das diferentes dimensões -, levaram ao surgimento de uma nova tese, segundo a qual o comportamento pessoal e social depende fortemente da situação na qual o sujeito se encontra. Consequentemente, é proposta uma teoria da aprendizagem social (Mischel, 1968; *cit. por* Bernaud, 1998) segundo a qual as pessoas adquirem diferentes respostas face a diferentes situações, em que o comportamento será predito pela vivência anterior do sujeito numa situação similar. Esta **abordagem situacional** teve a sua importância, principalmente por ter chamado a atenção para os abusos de uma visão unicamente factorialista da personalidade.

Foi do debate entre a abordagem disposicional e a abordagem situacional que se lançaram as bases para uma **concepção interaccionista** da personalidade, que insiste na necessidade de ter em conta a interacção dinâmica e recíproca entre as características dos sujeitos e as características das situações.

A noção de traço não é abandonada, mas é repensada numa perspectiva dinâmica: *“O sujeito está carregado de intenção, manifesta traços, mas igualmente estados que correspondem à actualização de um traço, num determinado momento. Influencia as situações, escolhendo algumas e evitando outras. Em compensação, a situação influencia o seu comportamento”* (Bernaud, 1998, p.30).

Os modelos interaccionistas, para além das componentes psicológicas e sociais da conduta, consideram ainda a sua dimensão biológica (regulação hormonal, reacções fisiológicas em situação de *stress*, etc.). Tais modelos têm sido desenvolvidos, recentemente, em psicologia da saúde, recenseando os factores cognitivos e motivacionais que interagem com a situação.

Podemos referir ainda a **abordagem humanista** da personalidade, que sendo fortemente influenciada por diferentes correntes filosóficas – existencialista e fenomenológica -, defende uma visão positiva e não determinista do homem, sendo que, neste quadro, a personalidade está ‘em vir a ser’.

Por último, na **abordagem cognitiva** da personalidade, as diferenças individuais são explicadas colocando a ênfase na maneira como o sujeito trata a informação em função do meio.

Tendo apresentado de uma forma muito resumida as diversas perspectivas face a este constructo, parece-nos igualmente importante assinalar os factores que, globalmente, se consideram ser de maior influência na formação da personalidade. Destacam-se assim os factores inerentes ao meio e à cultura, e os que provêm da informação genética.

A influência do meio e da cultura é inegável, na medida em que parece bastante evidente que a personalidade se constrói progressivamente pelo jogo da socialização. *“Múltiplas influências [externas] vêm assim, progressivamente, aperfeiçoar os componentes internos do indivíduo, as suas emoções, as suas representações, o seu temperamento”* (Bernaud, 1998, p.38). Considera-se que a influência que advém das relações entre cultura e personalidade é frequentemente traduzida em termos de *papéis*, mostrando que um indivíduo, ao nascer num meio com os seus ritos e códigos próprios, fica impregnado dos mesmos. Com crucial importância no desenvolvimento da personalidade surge também o factor familiar, podendo ser considerados diferentes aspectos: os cuidados maternos, a estrutura familiar, a posição na fratria, os estilos educativos adoptados pelos pais, etc.

Já no que respeita à influência genética na personalidade, embora seja aceite de um modo geral - na sequência da constatação quotidiana de algumas semelhanças evidentes entre familiares -, a sua compreensão está ainda longe de ser clara. Alguns autores referem que a hereditariedade dos componentes da personalidade não pode ser considerada de um modo

global, parecendo certos traços ser mais hereditários do que outros (Plomin *et al.*, 1988; *cit. por* Bernaud, 1998).

Importante de reter parece-nos ser o facto de, cada vez mais, se ter como um dado adquirido que “os factores genéticos e ambientais não agem de maneira mecânica, mas em interacção e segundo processos bastante complexos” (Bernaud, 1998).

2.1.4. A Teoria dos Traços e o Modelo dos Cinco Factores

Se até aqui temos vindo a fazer uma apresentação global da personalidade, bem como das várias perspectivas segundo as quais ela tem sido trabalhada, iremos agora mudar um pouco o rumo do nosso discurso, procurando centrar-nos progressivamente nos aspectos que são mais relevantes para esta investigação em particular.

Assim sendo, a referência à **Teoria dos Traços** torna-se obrigatória, tanto pela importância que tem para a concepção contemporânea da personalidade – o conceito de traço tem acompanhado o desenvolvimento da Psicologia da Personalidade desde os seus primórdios até aos dias de hoje -, como para a emergência do Modelo dos Cinco Factores, que se assume como precursor do instrumento de avaliação que adoptámos neste estudo.

Por teorias dos traços entendem-se as abordagens que concebem a personalidade do indivíduo como uma constelação de traços, nelas se incluindo teorias como a de Cattell, Allport, Guilford e, mais recentemente, a de Costa e McCrae (Lima, 1997). Apesar da riqueza histórica do desenvolvimento destas teorias e do longo percurso efectuado até aos nossos dias, iremos aqui cingir-nos à visão destes últimos autores, quer pela sua actualidade, quer pela necessidade de síntese a que um texto desta natureza obriga.

Da literatura existente nesta área, verifica-se que o conceito de traço, apesar de se ter mantido incrivelmente constante ao longo de três décadas de grandes confrontações

conceptuais tem, todavia, apresentado alguma maleabilidade ao adaptar-se às recentes directrizes teóricas e experimentais (Botelho, 1999).

Assim, já na década de 90, McCrae e Costa (1992, p.141) definem os traços como “*dimensões das diferenças individuais, com tendência a mostrar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e acções*”, sendo a personalidade, conseqüentemente, encarada por estes mesmos autores como “*um sistema definido por traços (...) e processos dinâmicos que afectam o processo psicológico individual*” (Costa & McCrae, 1994, p.231).

Seguindo esta linha de pensamento, McCrae e Costa (1995) propõem então o que designaram por um ‘modelo geral da pessoa’, em que os traços da personalidade não são mais do que constructos hipotéticos, concebidos como disposições básicas que, na interacção com as influências externas, contribuem causalmente para o desenvolvimento de hábitos, atitudes, aptidões, e outras adaptações características. Os autores sublinham ainda que os traços não se referem a características polarmente opostas, que as pessoas possuiriam ou não, mas sim a contínuos, ao longo dos quais os indivíduos se podem posicionar.

Em suma, e segundo Lima (1997, p.26 ss), os traços poderão ser caracterizados como sendo:

Tendências. Os traços são tendências, já que não são determinantes absolutos do comportamento, mas apenas disposições que, a par de muitos outros factores, influenciam a reacção das pessoas a uma determinada situação.

Dimensões. Visto as pessoas poderem ser ordenadas, segundo o grau em que apresentam os traços; estes são dimensões das diferenças individuais. Grande parte dos traços são, por conseguinte, passíveis de ser representados por uma escala, num ponto da qual podemos situar uma pessoa.

Gerais. Os traços são disposições gerais e, como tal, encontram expressão numa variedade de actos específicos. Por conseguinte, diferenciam-se de comportamentos aprendidos, como os hábitos.

Padrões consistentes. Os traços podem ser observados, ao longo do tempo e através das situações. As investigações longitudinais indicam que os traços apresentam consistência e estabilidade, ao longo do tempo, e têm mostrado uma boa predictibilidade do comportamento, a longo prazo. (...) A noção de consistência tem sido crucial na definição do conceito de personalidade.

Inferidos. Podemos dizer que os traços são inferidos, na medida em que o comportamento é observado, enquanto os traços são identificados, a partir de referências comportamentais.

Estilos emocionais, interpessoais, experienciais, atitudinais e motivacionais.

Hierarquizados. Os traços também são, para muitos teóricos, hierarquizados, o que possibilita que o comportamento das pessoas seja descrito a níveis diferentes de abstracção.

Disposições cognitivo-dinâmicas. Os traços, enquanto unidades funcionais da personalidade, guiam o comportamento de muitas formas: informam sobre as situações consideradas atraentes e, conseqüentemente, determinam em quais delas nos envolvemos voluntariamente; sobre o estilo de comportamento mais provável que o sujeito exibirá numa dada situação; determinam o que será compreendido como reforçador numa circunstância particular, ou seja, como ela vai ser percebida. Neste último sentido, os traços funcionarão como mecanismos auto-reguladores que se auto-sustêm, revelando-se preditores dos comportamentos mesmo sob forte pressão situacional.”

As abordagens baseadas nos traços, por oposição à avaliação desgarrada de milhares de atributos particulares que tornam os seres humanos únicos, têm desde sempre procurado uma taxinomia que permitisse aos investigadores estudar dimensões específicas da personalidade, debruçando-se sobre a natureza estável da personalidade, em busca do “‘número mágico’ de traços que descrevam a sua estrutura e justifiquem a sua consistência” (Botelho, 1999, p.37).

Perante a diversidade de traços da personalidade que diferentes autores apontavam, começaram a surgir diversos sistemas de traços, baseados ou não em teorias, a partir dos quais foram construídas inúmeras escalas. A competição entre estes sistemas tornou-se numa realidade para os psicólogos da personalidade, e a ausência de um modelo unificado e singular impedia o avanço desta área, na medida em que dificultava a comunicação entre os investigadores e a comparação dos resultados (Lima, 1997).

Progressivamente, da sobreposição entre os vários sistemas e do facto de emergir, recorrentemente, da avaliação com inúmeras medidas da personalidade, um conjunto limitado de traços – os cinco grandes factores – caminhou-se para edificação de uma taxinomia compreensiva da personalidade. McCrae e John (1992) defendem que é neste

momento, do mapeamento dos traços da personalidade, em que as tradições dos questionários e da hipótese lexical confluíram, que se dá a emergência do **Modelo dos Cinco Factores** (*Five Factor Model*). De acordo com vários autores (McAdams, 1992; McCrae e John, 1992; cit por Botelho, 1999) uma das razões para a revitalização da teoria dos traços foi a emergência e desenvolvimento deste modelo.

Assim, na história da Psicologia da Personalidade, o Modelo dos Cinco Factores apresenta-se como uma “*descrição compreensiva e consensual no domínio dos traços*” (McAdams, 1995, cit por Botelho, 1999, p.46), afirmando Briggs (1992, p.254) que “*após mais de cinco décadas de investigações dedicadas à forma pela qual os indivíduos se descrevem a si próprios e aos outros, o Modelo dos Cinco Factores, em termos de descrição universal dos traços de personalidade, goza de um avanço substancial sobre os adversários*”.

Segundo McAdams (1992, p.330), “*as reavaliações dos estudos clássicos de heteroavaliações realizados por Digman e Takemoto-Chock (1981), as investigações lexicais da personalidade conduzidas por Goldberg (1981; Peabody & Goldberg, 1989), o desenvolvimento de inventários da personalidade concebidos para aceder aos cinco factores através da auto-avaliação (McCrae & Costa, 1987), a descoberta dos cinco factores noutros instrumentos de medida da personalidade, tais como o ‘Personality Research Form’ (Costa & McCrae, 1988) e a ‘Adjective List’ (John, 1989), e a demonstração empírica de uma significativa consistência longitudinal dos traços da personalidade dentro deste modelo (Conley, 1985; Costa, McCrae & Arenberg, 1980), convergiram em anos recentes, para providenciar ‘uma estrutura teórica dotada de uma generabilidade surpreendente’ e ‘uma boa resposta à questão da estrutura da personalidade’ (Digman, 1990)*”.

McCrae e John (1992, p.175), de forma sucinta, definem o Modelo dos Cinco Factores como “*uma organização hierárquica dos traços da personalidade em termos de cinco dimensões*

básicas: *Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura à Experiência*”

Com a proliferação de desenvolvimentos metodológicos e empíricos, na segunda metade dos anos 80, verifica-se o aparecimento do NEO-PI-R (Costa e McCrae, 1987; McCrae e Costa, 1989), um instrumento desenhado com base no presente modelo. Visava a avaliação das cinco grandes dimensões da personalidade, bem como alguns dos traços que as integram. Será com base no NEO-PI-R, e recorrendo às palavras de Lima e Simões (1995, p.133 ss), que apresentaremos uma breve descrição de cada uma destas dimensões:

NEUROTICISMO

A escala global do Neuroticismo avalia a adaptação vs. a instabilidade emocional. Identifica, por conseguinte, indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, hipocondríacos, com propensão para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivos, e respostas de *coping* desadequadas. O aspecto central deste domínio é a tendência a experienciar afectos negativos como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa. Os sujeitos que têm pontuações baixas nesta escala são emocionalmente estáveis. São capazes de fazer face a situações de stress sem ficarem transtornados.

EXTROVERSÃO

Os extrovertidos são pessoas sociáveis, mas para além de apreciarem o convívio com os outros, com os grupos e multidões, são também afirmativos, optimistas, amantes da diversão, afectuosos, activos e conversadores. Gostam, por conseguinte, da excitação e da estimulação e tendem a ter uma disposição alegre, animada, e a serem enérgicos e optimistas. A extroversão avalia, consequentemente, a quantidade e intensidade das interacções pessoais, nível de actividade, necessidade de estimulação, e a capacidade de exprimir alegria. A introversão é o pólo oposto do contínuo. O sujeito com pontuação baixa tende a ser mais reservado, sóbrio, pouco exuberante, distante, com um ritmo mais calmo, tímido, silencioso e mais orientado para a tarefa.

ABERTURA

Os componentes da Abertura à Experiência são: a imaginação activa, a sensibilidade estética, a curiosidade intelectual e o juízo independente. Esta dimensão avalia a procura proactiva, a apreciação da experiência por si própria, a tolerância e a exploração do não-familiar. Os indivíduos abertos à experiência são, por conseguinte, curiosos em relação ao seu mundo interior e exterior e a sua vida experiencial é muito rica. Estão dispostos a tomar em consideração novas ideias e valores não convencionais, e experienciam um leque mais

variado de emoções (positivas e negativas). As pessoas que pontuam baixo nesta escala tendem a ser mais convencionais, terra-a-terra, conservadoras, preferem o familiar à novidade, têm uma gama de interesses mais limitada, e tendência a serem pouco artistas e analíticas.

AMABILIDADE

A Amabilidade avalia a qualidade da orientação interpessoal num contínuo que vai desde a compaixão ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e acções. Como a extroversão, é uma dimensão que diz respeito às tendências interpessoais. A pessoa amável é fundamentalmente altruísta, de confiança, prestável, crédula, recta, simpática para com os outros, com vontade de os ajudar, e acredita também que os outros, por sua vez, são igualmente simpáticos. Em contraste, a pessoa antagonista ou desagradável é egocêntrica, cínica, rude, desconfiada, pouco cooperativa, vingativa, irritável, manipuladora, céptica em relação às tendências dos outros e mais competitiva do que cooperativa.

CONSCIENCIOSIDADE

Avalia o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objectivo. Contrasta pessoas que são de confiança e escrupulosas com aquelas que são preguiçosas e descuidadas. A Conscienciosidade é um aspecto daquilo que se designava por carácter. O sujeito consciencioso tem força de vontade, é determinado, escrupuloso, pontual, organizado, trabalhador, auto-disciplinado, arranjado, ambicioso, perseverante e de confiança. Não significa que os sujeitos com pontuação baixa tenham falta de princípios morais, mas são menos escrupulosos na sua aplicação, e menos obstinados na prossecução dos seus objectivos. São, também, mais preguiçosos, despreocupados, negligentes, com fraca força de vontade e existe alguma evidência de que serão mais hedonistas.

O sucesso deste modelo deve-se a que, *“para além da comprovação empírica do modelo, há algo intuitivamente atraente nos factores: fazem muito sentido”* (McCrae e John, 1992, p.188). Estes autores consideram que tal se deve, em parte, ao facto deles tornarem explícita a teoria da personalidade que está implícita na linguagem acerca da personalidade que todos utilizamos; e também porque provavelmente o modelo se enquadra bem na nossa experiência pessoal, relativamente a nós próprios e aos outros.

Em suma, o Modelo dos Cinco Factores da personalidade tem vindo a ganhar um apoio considerável por parte de diversos investigadores, utilizando diferentes instrumentos, recorrendo a dados variados e diferentes populações (Buss, 1992). O seu reconhecimento,

validade e aplicabilidade tem sido notório em vários campos, incluindo a Psicologia Clínica, a Psicologia das Organizações e a Psicologia da Saúde (Widiger e Trull, 1997).

Não perdendo de vista o tema desta investigação – *Personalidade Feminina e Infertilidade* – é exactamente sobre a relação entre a personalidade e a saúde que nos iremos agora debruçar, bem como o modo como a teoria dos traços e o modelo dos cinco factores são tão importantes neste campo de estudo.

2.1.5. *Personalidade e Saúde*

A relação entre personalidade e saúde tem preocupado cientistas e pensadores ao longo de séculos. Contudo, este interface ainda se afigura como uma área científica jovem que tem “*emergido das conhecidas, contudo controversas, tentativas de explicar a interligação entre o self psicológico e o self fisiológico do homem*” (Suls & Rittenhouse, 1987, p.155).

Se originalmente o binómio personalidade-saúde era abordado de um ponto de vista estritamente comportamental, actualmente é alvo de uma aceitação generalizada a ideia de que os factores da personalidade desempenham um papel preponderante nos processos de saúde. Uma evidência disso passa pelo crescimento progressivo do número de investigações desenvolvidas no sentido de especificar os processos exactos que estão implicados na relação mente-corpo (Botelho, 1999).

Foi nos anos 40 e 50 que a leitura psicossomática sobre os processos da saúde e da doença atingiu o seu auge, havendo posteriormente algum desinvestimento neste campo. Contudo, segundo Holroyd e Coyne (1987), os efeitos dos factores psicológicos sobre a saúde reaparecem, na década de 80, como um dos ‘tópicos quentes’ da psicologia académica.

Segundo Krantz e Hedges (1987), nos últimos quarenta anos houve um reforço significativo da ideia de que os traços de personalidade desempenham um papel importante na saúde,

nomeadamente a partir do contributo da psicossomática, quando autores como Alexander e Dumber registaram semelhanças no perfil psicológico de doentes que sofriam da mesma patologia orgânica.

A este marco, Botelho (1999) acresce que, um dos maiores impulsos para a re-emergência das investigações na área da personalidade e saúde, depois da referida abordagem psicanalítica da psicossomática, foi o trabalho de Friedman e Rosenman (1959) em que se articulou o comportamento padrão Tipo A como factor de risco para doenças coronárias.

Importantes para a evolução deste campo de investigação foram igualmente os trabalhos de Glass e Stinger nos anos 70, sobre os efeitos do stress, bem como todos os estudos centrados nas personalidades Tipo A e Tipo B, vindo a evidenciar-se, desde então, a contribuição dos processos da personalidade para a saúde como uma grande área de investigação e teorização (Botelho, 1999).

Actualmente, segundo Smith e Williams (1992), o interesse no binómio personalidade-saúde centra-se em três aspectos gerais: o primeiro e mais proeminente respeita ao possível efeito dos traços de personalidade no aparecimento e evolução de doenças, e nos presumíveis mecanismos através dos quais os traços de personalidade exercem o seu efeito, envolvendo os efeitos fisiológicos do stress. O segundo aspecto concerne ao alcance dos traços de personalidade como relação causal de comportamentos específicos, que por seu lado podem aumentar o risco de doença. O terceiro aspecto remete para a forma como as características da personalidade atenuam o impacto de eventos médicos altamente stressantes, como a hospitalização ou cirurgia, ou como ajudam nas exigências adaptativas de uma doença crónica.

Do ponto de vista da importância dos traços da personalidade para a saúde, também Krantz e Hedges (1987) referem três eixos fulcrais em torno dos quais se têm desenvolvido a maioria dos estudos neste campo. Botelho (1999, p.16) apresenta-os sucintamente:

1. Os traços como factores etiológicos da patofisiologia

Esta perspectiva, denominada “abordagem do traço etiológico” sugere que os factores da personalidade desempenham um papel causal na etiologia da patofisiologia, ao produzirem, por exemplo, alterações fisiológicas (neuro-endócrinas e imunológicas) que podem ser nocivas para a saúde.

2. Os traços como estilo de *coping*

Numa segunda orientação conceptual a respeito das influências psicológicas sobre a saúde, os traços podem funcionar como moderadores do stress. Esta abordagem salienta que, mediante acontecimentos de vida stressantes, o repertório de *coping* de um indivíduo pode contribuir não só para a sua saúde em geral como também para a sua resistência à doença.

3. Os traços como comportamentos de risco para a saúde

Um terceiro eixo articula a relação entre a personalidade e a doença e poderá ser designado por “comportamentos de risco para a saúde”. Em sintonia com a presente posição, os traços não se apresentam como factores causais para a doença. Nesta óptica, os factores da personalidade revelam ser bons indicadores da probabilidade de determinado indivíduo evitar comportamentos de risco para a saúde, ou então, face à doença, de utilizar os recursos de saúde ou procurar ajuda médica.

A falta de precisão com que as questões inerentes à personalidade e saúde têm vindo a ser estudadas é uma das grandes críticas feitas por Costa e McCrae (1987; cit por Botelho, 1999). E a este respeito, os mesmos autores defendem que o Modelo dos Cinco Factores poderá fazer a diferença, facultando à Psicologia da Saúde uma taxinomia de grande utilidade para os investigadores, pelo facto de poder disponibilizar ferramentas importantes configuradas sob a forma de instrumentos de medida e procedimentos de validação.

Esta ideia é reforçada por Smith e Williams (1992, p.397), ao afirmarem que *“ainda que o Modelo dos Cinco Factores não venha curar todos os males da investigação em torno da personalidade e saúde, permitirá pelo menos tratar algumas das suas doenças mais problemáticas”*.

Uma grande área de investigação em personalidade e saúde que tem assentado explicitamente no modelo dos cinco factores concerne aos efeitos do Neuroticismo na

saúde. De entre diversos autores que se debruçam sobre esta dimensão da personalidade, podemos referir, a título de exemplo, Costa e McCrae (1987), que contribuíram para o esclarecimento da relação entre o neuroticismo e a percepção da doença, assinalando o paralelismo entre os elevados índices de queixas somáticas e os níveis encontrados neste domínio e Wiggins (1992), que comenta a relação entre o neuroticismo e o relato das doenças.

Segundo Suls e Rittenhouse (1987), se efectivamente se constatar a existência de uma relação entre personalidade e “susceptibilidade geral à doença”, então o conhecimento dos traços disposicionais pode contribuir para a identificação dos que constituem o grupo de risco. *“Mesmo que uma dimensão da personalidade se revele importante apenas pela sua associação a comportamentos de risco para saúde, esta dimensão pode, por si própria, assumir um papel psicoprofilático de relevo, na medida em que a variável disposicional é mais fácil de identificar que o comportamento em si (ou futuro comportamento). (...) O enfoque nas variáveis disposicionais permite aos investigadores médico-comportamentais identificar grupos de risco que possam ser alvo de acções de prevenção ou intervenção. Por outro lado, a investigação centrada na relação traços/funcionamento fisiológico poderá identificar os limites do impacto da personalidade sobre a saúde”* (Botelho, 1999, p.18).

Actualmente já não se questiona o elementar, ou seja, *“será que a personalidade influencia a saúde?”*, o que se assiste é a uma meticulosa abordagem a fim de esclarecer, empiricamente, uma questão bem mais complexa: *“em que circunstâncias, relativamente a que aspectos de saúde ou comportamentos saudáveis e com que implicações práticas é que a personalidade influencia a saúde?”* (Holroyd e Coyne, 1987, p.373).

2.2. DA INFERTILIDADE

“Entre o desejar ter um filho e o poder de ter um filho há todo um jogo de forças psíquicas e físicas, de maturações e defeitos orgânicos, de pulsões e interdições. Da resolução destas forças, por vezes contraditórias, entre o desejo de ter um filho, o querer ter um filho, e o poder ter um filho, se jogará a Fertilidade/Infertilidade”

(Faria, 2001, p.103)

A *Fertilidade* é um elemento básico à sobrevivência de qualquer espécie. Não há espécie nenhuma que não possua, no seu equipamento genético, um conjunto mais ou menos complexo de sinais orgânicos e comportamentais que visam conduzir ao acto de procriação e através dele à perpetuação da sua linhagem. Contudo, essa perpetuação não depende apenas de factores geneticamente determinados, havendo todo um equilíbrio biológico, ambiental e relacional no qual se define o sucesso ou insucesso reprodutivo. Vários são os estudos que têm vindo a explorar este tema, salientando a importância de factores como a sobrepopulação, situações de tensão induzida, alterações ambientais, entre outros, para o normal desenvolvimento da reprodução nas mais diferentes espécies.

E se tal é verdade para o reino animal em geral, esta equação reprodutiva torna-se significativamente mais complexa e delicada para a espécie humana, onde se jogam múltiplos factores de ordem bio-psico-socio-cultural.

O interesse que a fertilidade e a gravidez suscitavam anteriormente à era cristã está bem patente nos artefactos humanos conhecidos desde a antiguidade. As primeiras representações que se conhecem da figura humana são estátuas de mulher: as *Vénus* – figuras de mulheres fecundas, de grandes seios, de grandes barrigas, e que se pensa serem

deusas da fecundidade, ou pelo menos figuras sagradas que se destinavam a propiciar a fecundidade no grupo humano.

Nas sociedades primitivas o que realmente conferia à rapariga o estatuto de mulher, não era o sexo anatómico, nem a perda da virgindade, nem mesmo o casamento, mas fundamentalmente a fecundidade; a mulher reconhecidamente estéril não era considerada uma verdadeira mulher, apenas o sendo após ter procriado (Héritier, 1996; *cit. por* Lipovetsky, 1997).

Ao analisar o lugar dado às mulheres nas diferentes sociedades, verificamos que este tem-se prendido desde sempre com a tarefa de “produtora” de seres humanos, impondo-se-lhe severas restrições no campo sexual, social e cultural, e favorecendo e estimulando as suas actividades e funções maternais (Martins, 2000).

A capacidade de gerar vida dentro de si é um “privilégio” do sexo feminino... E durante muito tempo pode-se mesmo dizer que era o único privilégio de que desfrutava face ao sexo masculino. Mas a sociedade foi-se alterando, e as mulheres foram conquistando, a pouco e pouco, os seus espaços dentro de um universo masculino que anteriormente lhes estava vedado.

É no decurso do Séc.XX que, apesar de todas as “amarras”, se assiste a um conjunto de movimentos cruciais que permitiram alterar as concepções do papel social da mulher e da maternidade:

Face à necessidade de fazer frente à falta de mão-de-obra masculina decorrente da Primeira Grande Guerra, a mulher viu-se obrigada a ocupar o lugar do homem e constatou que tinha outras capacidades para além do exercício das funções maternais.

Com a conquista do acesso ao ensino, nomeadamente universitário, o nível cultural feminino aumentou significativamente e, conseqüentemente, começou a surgir a

oportunidade das mulheres ocuparem empregos qualificados. Daí decorre o início de um reconhecimento individual e social independente da sua função reprodutora.

Através da actividade profissional, a mulher foi assegurando a sua independência face ao homem, o que obrigatoriamente levou a um reequacionar da dinâmica relacional até aí conhecida. Surge a necessidade de redefinir uma realidade que prescrevia ao homem competências sociais, políticas e económicas e à mulher competências predominantemente biológicas (Martins, 2000).

O proliferar dos métodos anticoncepcionais, cada vez mais seguros e mais acessíveis, juntamente com o nascimento do movimento feminista nos anos sessenta, foi decisivo para que a ideia da “maternidade voluntária” se implementasse culturalmente, e fosse valorizada enquanto responsabilização da função parental. O planeamento familiar fica ao alcance da mulher e do casal, que passam a ter a possibilidade de dissociar a procura de prazer sexual da função de procriação, que podem ser ligadas quando o casal assim o desejar. Esta separação entre sexualidade e procriação, além de criar melhores condições de vida, permite que *“as mulheres vivam o que, em muitos casos, certas mães de famílias numerosas nunca conheceram: uma gravidez desejada”* (Bello, Dolto & Schiffmann, 1983, p.109).

É evidente o quanto se alterou o contexto em que se tinha filhos, e como o papel das mulheres já não é o mesmo. Com a conquista de uma liberdade sexual e social que nunca havia sido vivida, as mulheres começam a recusar a maternidade como o único meio e motivo para a sua felicidade e realização. A maternidade passa a ser cada vez mais uma opção, entre outras, na vida da mulher, e a relação directa entre Maternidade e Feminino é cada vez menor. A realização do Feminino já não passa necessariamente pela realização do Materno (Martins, 2000).

Se começámos por referir sucintamente a importância que a Fertilidade sempre teve nas diferentes civilizações, foi para que de forma mais imediata se esboçassem os contornos do peso que a *Infertilidade* pode acarretar: não ter o poder nem o dom de *dar vida*, falta de reconhecimento social enquanto mulher, incapacidade de perpetuar uma linhagem, de deixar descendência, de “pagar a dívida de estar viva”...

As imbricadas ligações entre o social e o individual estão patentes em tudo o que concerne às questões da reprodução, e obrigam a um maior cuidado na leitura que delas se faz. A questão da dívida de vida - o sentimento de ter de colmatar uma hipoteca contraída com o seu nascimento e que apenas se liquida no momento em que se dá vida a outro ser, através da maternidade (Bydlowsky, 1997; cit. por Sétan et al., 2001) - é tão real a um nível global, face à necessidade de criar mais mão de obra e população activa, como o é a um nível bem individual, pelos sentimentos de impotência, incapacidade e desvalorização que a mulher vive intimamente e na relação com o parceiro, quando não consegue ter e dar-lhe um filho.

Se pensarmos que, durante séculos, a Igreja Cristã aceitou a infertilidade como uma das poucas razões justificativas para a anulação dos casamentos, mais claro se torna como de facto é uma questão que oscila entre o foro íntimo e o social com extrema facilidade. O Papa Gregório Magno declarou inclusivé que as mulheres apenas tinham duas alternativas – a prostituição ou a maternidade (Kitzinger, 1978).

De acordo com o que referimos anteriormente, a maternidade começa por ser vista como a única forma de salvação e uma espécie de recompensa do sexo feminino. A mulher apenas justificava a sua existência quando se casava e tinha filhos, competindo-lhe assim uma missão biológica: *“Toda a esposa deve um dia tornar-se mãe. A esposa infecunda é considerada como um ser incompleto que nunca deveria ter usufruído do direito de gozar as alegrias da conjugalidade. O seu casamento só será verdadeiramente reconhecido quando tiver filhos”* (Adler, 1990; cit. por Andrade e Maça, 1996, p.12).

Actualmente a maternidade já é encarada como uma opção na vida de uma mulher – uma opção com um peso social considerável, mas uma opção. O anverso da medalha da conquista do poder de planear o momento em que se decide ter um filho, de acordo com toda uma conjuntura pessoal, social, financeira e relacional, é a criação de um fantasma megalómano de total controlo sobre a procriação, em que muitas vezes, mais complicado do que não ter filhos, é não os ter de acordo com a programação feita (Faria, 1990). Assim, o drama da infertilidade para o casal irá começar quando a gravidez não acontece de acordo com as suas expectativas.

Na mesma linha de pensamento, Saraceno (1988) afirma que uma das consequências da integração do princípio da responsabilidade no princípio do desejo e do prazer é a de que, se os filhos se devem ter apenas quando e se desejados, cada filho desejado deve, por sua vez, nascer. Deste modo, a infertilidade já não parece aceitável, não só porque não permite a plena realização da identidade social adulta feminina e masculina, ou a realização de um projecto de continuidade familiar, mas porque não permite que se dê livre curso a um desejo, a uma escolha que, exactamente porque facultativa e não necessária, uma vez desejada exige ser cumprida.

O interesse dedicado pelos diferentes campos científicos à questão da infertilidade tem sido crescente, dando ênfase a diferentes aspectos. Há porém um factor que tem sido decisivo nas abordagens feitas: o progressivo conhecimento biológico e a cada vez maior compreensão funcional do corpo humano no seu todo, e ao nível do aparelho reprodutor em particular, o que veio permitir que a pouco e pouco se deslindassem questões anteriormente inacessíveis.

Até finais do Séc.XVII não se tinha descoberto que existiam espermatozóides nem folículos ovários, e teve que passar cem anos para se descobrir que os espermatozóides e os óvulos tinham que se encontrar para produzir o milagre da fecundação. Até esse

momento, os humanos atribuíam aos “deuses”, aos “maus humores”, ou ao “destino” a causa da infertilidade (Díaz, 1998).

Depois do desvendar do processo da fecundação, decisiva foi a capacidade de controlá-la, através dos métodos químicos de contracepção que surgiram com destaque já na segunda metade do Séc.XX, e que consigo trouxeram o sentimento de poder de controlo e decisão face às questões reprodutivas.

Finalmente, a explosão tecnológica biomédica a que se tem assistido nestas últimas décadas tornou possível a monitorização de todo o processo gravídico, e permitiu o desenvolvimento de técnicas de reprodução medicamente assistida que vieram fazer frente a muitas situações que até esse momento eram de impossibilidade.

Não resta assim qualquer dúvida de que as questões biológicas são hoje, na sua maioria, compreendidas e que muitas têm já soluções de tratamento. No que concerne às questões do foro psicológico e emocional no percurso reprodutivo do indivíduo, o caminho já não tem sido tão linear, e continua controverso na actualidade.

Se a existência de influência dos factores psicológicos e emocionais no decorrer de processos de infertilidade é aceite com alguma tranquilidade pela comunidade científica, o peso relativo que têm e a forma como actuam já não reúne qualquer consensualidade, e continua a ser alvo de acesos debates entre os maiores especialistas deste campo.

2.2.1. Definição de Alguns Conceitos

Previamente à apresentação de questões mais complexas que surgem ao nível da Infertilidade, iremos começar por definir alguns conceitos importantes neste campo, de acordo com os parâmetros médicos segundo os quais o seu diagnóstico é efectuado.

Segundo Díaz (1998), existem uma série de nuances nos termos médicos utilizados nas questões associadas à reprodução. Assim, de acordo com esta autora, vejamos algumas definições:

O conceito de fertilidade baseia-se numa noção de estatística, que se calcula a partir da probabilidade de obter um nado vivo dentro de um ciclo menstrual. A taxa de fertilidade é calculada com base no número de concepções de mil mulheres de um país determinado, entre os 15 e os 44 anos.

A fecundidade, será “*um estado de acção que se baseia na virtude e capacidade de procriar*” (Díaz, 1998, p.18), enquanto que a fecundabilidade é a probabilidade que um casal tem de conceber, no decurso de um ciclo, através da sua relação sexual, sem utilização de contraceptivos. Esta probabilidade não é a mesma para todos os casais. Admite-se que em média se situará em redor dos 25% para um casal jovem, fértil e com uma prática de relações sexuais frequentes.

Em termos médicos, esterilidade é a incapacidade para conceber, enquanto que a infertilidade é a incapacidade de levar uma gravidez até ao seu termo. O termo subfértil, por seu lado, é empregue para descrever a diminuição na capacidade de conceber.

Na maioria dos estudos a que tivemos acesso, recorre-se a uma definição médica de infertilidade que se prende com questões temporais; contudo, os critérios não são totalmente consensuais, embora não difiram grandemente. Assim, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um casal é considerado infértil após 12 meses de relações sexuais não protegidas (Faria, 2001), enquanto que Faure e Pragier (1987), por exemplo, defendem que a denominação de esterilidade feminina se justifica no caso da ausência de filhos depois de dois anos de relações sexuais sem contraceção.

Ainda no que concerne à definição deste termo, Klempner (1992; *cit. por Sétan et al.*, 2001) propõe que a designação seja sujeita a critérios restritivos ao nível do intervalo temporal ligado à ausência de concepção e mais abrangentes ao nível do campo que a esterilidade envolve. Para este autor é legítimo falar de esterilidade para uma mulher que não engravidou depois de um ano de relações sexuais regulares não protegidas ou para uma mulher inapta a levar uma gravidez a seu termo.

Em muitos dos estudos realizados neste campo, pudemos constatar que nem sempre é clara a distinção entre as situações de esterilidade e infertilidade, não sendo relevante esta distinção para a maioria das investigações. Assim, também no nosso estudo não iremos tratar de modo diferente estes dois conceitos, aceitando por isso a definição de infertilidade como a incapacidade de levar uma gravidez a seu termo ou de conceber ao fim de um ano de relações sexuais não protegidas.

2.2.2. Incidência

Segundo a OMS, existem no mundo cerca de oitenta milhões de casais com problemas para conceber, ou seja, 15 em cada 100 casais não conseguem ter um filho. Uma mulher sem problemas de fertilidade perde dois de cada três embriões fecundados sem se aperceber disso, sendo que a raça humana é a pior dotada para a reprodução (Díaz, 1998).

Na Europa, cerca de 10 a 15% da população em idade fértil experimenta problemas de infertilidade. Calcula-se que em Portugal atinja actualmente 40.000 pessoas e que este número, estimado por baixo, tenha tendência a aumentar (Faria, 2001).

O que é realmente preocupante é o facto de que a infertilidade parece estar a aumentar. A comunidade científica está de acordo em assinalar uma série de factores que propiciam directa ou indirectamente esta situação. O maior consumo de drogas, o stress e as doenças

sexualmente transmissíveis estarão entre estes factores. Outras causas possíveis serão os métodos contraceptivos, os hábitos ocupacionais modernos, incluindo a crescente contaminação ambiental.

Também há que contar com um factor muito preocupante que é a idade feminina: o atraso na decisão de ter filhos faz com que, no mundo ocidental, a idade média da mulher que deseja conceber pela primeira vez seja cada vez mais alta, e conseqüentemente tenha maior dificuldade em consegui-lo (Díaz, 1998). A idade média para ter o primeiro filho situa-se hoje nos 27 anos, o que quererá dizer que um número muito significativo de mulheres tenta ter filhos numa idade em que o seu potencial fértil está a diminuir. A crescente entrada de mulheres para o mundo do trabalho e a necessidade de realização profissional podem ser alguns dos factores que contribuem para este adiar da maternidade (Faria, 2001).

Faria (2001) sublinha igualmente a multifactorialidade da infertilidade, apontando questões físicas, psíquicas, sociológicas, ambientais, entre outras. Esta autora nomeia, a título de exemplo, alguns dos factores que estarão na origem deste fenómeno e que vêm referenciados no relatório elaborado pelo *Grupo de Trabalho para o Estudo da Medicina Familiar, Fertilidade e Reprodução Humana*:

“O aumento de stress; sabe-se que a função reprodutiva é altamente sensível a situações de stress, ficando mesmo comprometida quando este é máximo. O aumento de stress terá repercussões não só a nível orgânico como a nível funcional, contribuindo por exemplo para a diminuição da actividade sexual.

Início precoce da vida sexual e uma maior multiplicidade de parceiros, contribuindo para o aumento de processos inflamatórios com compromisso da fisiologia reprodutiva.

Desconhecimento dos processos sexuais reprodutivos; por exemplo alguns casais têm relações sexuais sistematicamente ao fim-de-semana, falhando sucessivamente o período de ovulação” (Faria, 2001, p.191).

O mesmo relatório prevê ainda que haverá um crescimento progressivo dos casos de infertilidade conjugal, admitindo-se que o recurso a terapêuticas de Reprodução

Medicamente Assistida aumentará, e contribuirá para o nascimento de 5000 a 6000 crianças por ano (Faria, 2001).

2.2.3. Tipos e Causas de Infertilidade

Ao longo de muitas décadas, a infertilidade foi considerada um problema exclusivamente feminino, não sendo sequer colocada a questão da infertilidade poder ser masculina. A grande maioria dos estudos realizados nesta área incide na população feminina, o que é demonstrativo da dificuldade em encarar problemas de concepção por parte dos homens.

Contudo, actualmente já se consideram diferentes *Tipos de Infertilidade*, consoante o membro do casal a que o problema seja atribuído. De um modo geral, recorre-se à seguinte terminologia para fazer esta distinção:

- **Infertilidade Feminina** – os factores causais da infertilidade são atribuídos à mulher;
- **Infertilidade Masculina** – é ao homem que se atribuem os problemas na origem da infertilidade;
- **Infertilidade Mista ou do Casal** – a infertilidade é resultante da combinação das características reprodutivas de ambos os elementos do casal, e não apenas de um;
- **Infertilidade Inexplicável ou de Causa Desconhecida** – é uma das designações a que se recorre quando não existe qualquer problema orgânico (mecânico, químico ou endocrinológico) identificado em nenhum dos membros do casal que justifique a incapacidade de conceber. Alguns autores referem-se a este tipo de infertilidade como *funcional, psicogénea* ou *idiopática*.

Actualmente, os diferentes tipos de infertilidade, no que respeita à sua incidência, relativamente ao número total de casos de infertilidade, consideram-se distribuídos percentualmente de acordo como quadro que se segue (Díaz, 1998):

<i>Feminina</i>	<i>Masculina</i>	<i>Casal</i>	<i>Inexplicada</i>
30-40%	10-30%	15-30%	5-10%

Quadro 1 – Incidência dos tipos de infertilidade

Esta autora ressalva o facto destes valores reflectirem tendências gerais, podendo a incidência dos diversos tipos de infertilidade variar ligeiramente de região para região. E de facto, os valores referidos por Faria são ligeiramente diferentes, no sentido de uma equiparação entre os valores da infertilidade associados a ambos os sexos: “*Considera-se hoje que cerca de 40% dos factores podem ser atribuídos à mulher, 40% ao homem, 20% a factores mistos, dos quais 10% serão de causa desconhecida*” (Faria, 2001, p.191).

No que respeita às *Causas de Infertilidade*, Díaz (1998) esquematizou a sua incidência da seguinte forma:

<i>Diagnóstico</i>	<i>Incidência</i>
Transtornos de ovulação	20-40%
Mecânica	20-30%
Outras	10-20%
Inexplicada (idiopática)	10-25%

Quadro 2 – Infertilidade Feminina¹

<i>Diagnóstico</i>	<i>Incidência</i>
Inexplicada (idiopática)	30-35%
Anatómica	30-35%
Imunitária	10-15%
Insuficiência gonadal	10-15%
Endócrina	2-5%

Quadro 3 – Infertilidade Masculina¹

¹ Quadros adaptados de Díaz (1998, p.19)

Incidindo o nosso estudo sobre uma população infértil do sexo feminino, falaremos um pouco acerca das causas de infertilidade que geralmente surgem associadas às mulheres, considerando os diferentes factores considerados por Lletget e Padró (1998):

Factor Ovulatório

Neste factor estão englobados todos os transtornos que alterem a ovulação e que podem ser causa de infertilidade. Podem ser encontrados diferentes quadros clínicos:

Entende-se por *Anovulação* a ausência de ovulação. Geralmente este quadro é acompanhado pela ausência de menstruação (amenorreia), mas não necessariamente. A causa desta anovulação pode ser uma alteração central do hipotálamo ou da hipófise, não havendo produção das hormonas gonadotropas, que actuariam sobre o ovário produzindo a maturação do folículo. Um dos quadros mais frequentes da anovulação é o ovário microquístico, e a ele associam-se várias condições: anovulação, microquistos nos ovários, hirsutismo (aumento de pêlos) e esterilidade.

Outro dos quadros clínicos possíveis é designado por *Disfunção Ovárica*, e nestes quadro há transtornos da ovulação, sem que no entanto esta seja anulada:

Transtorno da fase lútea – Encontra-se em algumas pacientes em que a produção de progesterona é insuficiente, o que supõe uma preparação incorrecta do endométrio. Este transtorno é devido a uma alteração na foliculogénese, quer dizer, na maturação do óvulo, que leva a uma alteração do corpo lúteo, incapaz de produzir uma síntese adequada de progesterona.

Falha ovárica oculta – Este quadro tem uma importância cada vez maior na esterilidade de origem ovulatória. Encontra-se em mulheres com menstruações normais, mas com nível basal de FSH (*Hormona Estimulante Folicular*) altos que indicam uma reserva folicular baixa. São quadros similares a uma menopausa precoce.

Factor Cervical

O colo do útero é importante para a recepção do esperma durante o coito. Nos dias prévios à ovulação, a produção de estrogénios fará com que o cérvix segregue um muco cristalino que facilitará a ascensão dos espermatozóides ao interior do útero. Tudo o que afectar a função do colo do útero poderá afectar a fertilidade da mulher. Desde infecções cérvico-vaginais até às cirurgias praticadas no mesmo podem alterar a produção de muco cervical.

Factor Uterino

O corpo uterino é o lugar onde se dá a implantação do embrião. Uma má produção hormonal do endométrio ou a presença de inflamações endométricas (*endometrite*) podem ser causa de esterilidade. As malformações do útero também podem afectar a correcta nidificação do blastocisto; dentro das malformações mais frequentes teremos os *tabiques uterinos*, o *útero septado* e os *úteros unicornes*.

A *endometriose* é uma patologia ginecológica que merece uma menção à parte, já que frequentemente se associa à esterilidade. Pode ser definida como a presença do endométrio fora da sua localização intra-uterina normal. Como consequência, os focos de tecido endometrial podem localizar-se nos ovários, nas trompas, na cavidade abdominal, nos intestinos, etc. A endometriose, em última instância, pode afectar todo o tracto genital feminino e pode provocar transtornos da ovulação (por afectar os ovários), quistos ováricos, afectação da estrutura das trompas produzindo uma obstrução, etc. Como se pode ver, há motivos para relacionar a endometriose com a esterilidade, a partir de um ponto de vista multifuncional.

Factor Tubário

Este factor de infertilidade agrupa todos os transtornos que afectam a função das trompas. As trompas de Falópio põem em contacto o útero e o ovário, facilitando o transporte dos

espermatozóides e captando o óvulo no momento da ovulação. É também nelas que se realizará a fecundação e que o embrião descerá para se implantar no útero.

Se as trompas estiverem obstruídas ou apresentarem aderências (fibras que se fixam nas trompas depois de processos inflamatórios ou cirúrgicos) que as imobilizem, não podem realizar as suas funções. As infecções pélvicas são a causa mais frequente de obstrução tubária.

Factor Imunológico

Neste caso, a esterilidade deve-se à presença de anticorpos que imobilizam os espermatozóides quando entram em contacto com o aparelho genital feminino, de tal modo que não podem progredir até às trompas. Estes anticorpos podem estar no muco cervical da mulher.

Nas situações em que a infertilidade não pode ser explicada pelos procedimentos de diagnóstico usuais e os pacientes não respondem aos tratamentos médicos, essa condição tem sido designada por infertilidade psicogénea (Bos e Cleghorn, 1958), funcional (Mandy e Mandy, 1958), idiopática ou normal (Harrison *et al.*, 1981; *cit. por* Mukhopadhyay & Chattopadhyay, 1994) ou inexplicada (Wallach e Moghissi, 1988; *cit. por* Mukhopadhyay & Chattopadhyay, 1994).

2.2.4. Infertilidade Orgânica vs. Infertilidade Psicológica?

A classificação da causa de infertilidade como *psicogénea*, *funcional*, *idiopática* ou *inexplicada*, é considerada por muitos como uma “classificação por exclusão de partes”, ou seja, quando não se identifica nenhum problema físico relevante. É uma das questões mais controversas neste âmbito, pois tem por pressuposto uma dicotomia – Infertilidade Orgânica vs. Infertilidade Psicológica – que não é aceite por muitos autores.

Embora muitos tomem como axiomático que os factores psíquicos influenciam a fertilidade, e que a infertilidade psicogénea pode ser diagnosticada pela exclusão de factores orgânicos (Noyes & Chapnick, 1964), outros consideram que *“Não há esterilidades orgânicas e psicológicas, há esterilidades femininas, com um todo de somático e psicológico que a mulher implica”* (Cardoso & Coelho, 1981, p.550), discordando da dualidade cartesiana.

Num estudo realizado em 1953, Ford e seus colaboradores chegaram a resultados em que a correlação dos dados, obtidos independentemente pelos exames do ginecologista e do psiquiatra, indicava que o factor psicogéneo estava presente na maioria das pacientes inférteis, com ou sem patologia orgânica determinada. Assim, *“Até que ponto [o factor psicogéneo] é responsável pela infertilidade no grupo com infertilidade orgânica é questionável. Contudo, esta informação sugere que o critério geralmente aceite para o diagnóstico de infertilidade funcional ou psicogénea pode ser demasiado rígido”* (Ford et al., 1953, p.462).

Estes autores levantam questões no sentido de repensar esta separação entre o que é de causa orgânica e o que é de causa psicológica: será a falta de ovulação sempre resultante de uma disfunção endócrina primária, ou poderá ser devida a influências psíquicas na pituitária e no hipotálamo? Serão as trompas obstruídas sempre resultantes de obstrução orgânica ou poderá ser resultado de uma “sensitividade emocional”, anatomicamente patente na cronicidade dos espasmos dos ovidutos, tornando-os funcionalmente incapazes?

“Se além disto, reconhecermos que um endométrio deficiente, secreções cervicais ‘hostis’ e falsa espermatogénese podem ser psicologicamente induzidas, então a demarcação entre esterilidade orgânica e psicogénea torna-se de facto indefinida. Parece que esta diferenciação é bastante arbitrária e enganosa, não servindo nenhum propósito no estudo e manejo da questão da infertilidade, a não ser confundir o nosso pensamento e atrasar a terapia adequada. Uma abordagem mais racional parece ser a incorporação do estudo psicológico do paciente na rotina de investigação, em vez

de o fazer apenas em desespero, depois da eliminação de todas as outras causas possíveis e do diagnóstico de infertilidade psicogénea ser feito por exclusão” (Ford et al., 1953, p.463).

Na mesma linha de pensamento encontramos, mais recentemente, Faure-Pragier (1997), ao considerar que a distinção entre infertilidade orgânica e psicogénea deve ser ultrapassada, por ser incontestável que determinantes psicodinâmicos comuns caracterizam estas duas entidades, e que não é ilegítimo postular que o psiquismo pode interferir no surgir de uma lesão orgânica ao nível da esfera sexual.

Benedek (1952) também refere que, na discussão dos processos patológicos se continua, regra geral, a distinguir entre sintomas cuja origem assenta na patologia orgânica e aqueles que são de patologia emocional ou psíquica. Dessa forma, e segundo esta autora, adere-se à dicotomia que ao mesmo tempo se quer ultrapassar. *“Num enquadramento de referência mais alargado, qualquer sintoma representa manifestações específicas de processos adaptativos. Uma vez que as tensões internas podem ser reduzidas e/ou a sua exacerbação pode ser aliviada através da formação de sintomas, qualquer sintoma pode ser considerado uma tentativa de salvaguardar o equilíbrio orgânico-psíquico”* (Benedek, 1952, p.527).

Em resposta a Benedek, Dunbar (1952) concorda que se os médicos aceitam o paciente como um organismo no seu todo, então é obviamente impossível diferenciar e avaliar os factores causais de ordem orgânica ou de ordem psicológica de qualquer sintoma, com um qualquer grau de precisão. Para este autor, os médicos bem preparados devem esperar um pouco de cada e então tentar encontrar o ponto focal. A sua conclusão é de que a sintomatologia psíquica e somática deve ser avaliada simultaneamente.

“Não há muitas dúvidas de que o aparelho psíquico (...) produz flutuações qualitativas e quantitativas na produção de hormonas no ciclo ovárico, e é igualmente verdade que, por

conversão, alterações nas atitudes psicodinâmicas podem mudar a sequência fisiológica do ciclo sexual” (Dunbar, 1952, p.539); a par, acredita-se também que os factores psicogéneos actuam através do hipotálamo e causam supressão da ovulação, dão origem a espasmos tubários, reduzem a fertilidade nos ovários, causam amenorreia e interferem na implantação do óvulo (Singh & Neki, 1982)... Se assim é, não deixa de nos causar alguma perplexidade que se continue, na grande maioria dos estudos efectuados e conclusões deles retiradas, a fazer uma tão rígida distinção explicativa entre as infertilidades em que se encontra uma causa orgânica, e aquelas em que não se encontra essa tão desejada justificação.

Para Fisher (1953; *cit. por* Noyes & Chapnick, 1964, p.553), a *“Esterilidade Psicogénea pode ser definida como a esterilidade num casal em que nenhuma patologia ou disfunção pode ser demonstrada por qualquer dos métodos [auxiliares de diagnóstico] disponíveis hoje em dia”*. Ora, estando a tecnologia biomédica em constante progresso, parece-nos legítimo considerar que, de acordo com esta definição, uma infertilidade que numa dada altura se considere de causa psicológica, passará a ser classificada de orgânica, a partir do momento em que tecnologicamente se identifique o local exacto da patologia.

Segundo Cardoso e Coelho (1981, p.550), *“O estudo etiológico e fisiopatológico das esterilidades femininas negligencia sistematicamente o contributo dos factores psicossociais, não só por má compreensão dos mesmos como pela conceptualização da dita causa psicológica como diagnóstico de exclusão, espécie de saco sem fundo onde se acomodam as esterilidades inexplicáveis”*

Face a estes aspectos, que a nós nos parecem de alguma forma polémicos, levantam-se-nos algumas questões: será que, implicitamente a esta classificação de infertilidade orgânica vs. psicológica, se encontra um não aceitar verdadeiramente a influência de factores de ordem psicológica nos processos reprodutivos? Será que a terminologia *Infertilidade Psicogénea*

surge apenas como um compasso de espera relativamente ao avanço biotécnico, que se pensa poder vir a provar a sua causa biológica?

Se assim for, e a nosso ver, o perigo de se cair no pólo oposto à explicação divina da infertilidade parece estar eminente, pois tudo se tentará explicar pela biologia, negando-se a realidade psíquica e, principalmente, poder-se-á perder de vista as intrincadas relações entre o *Soma* e a *Psique*.

Com isto não pretendemos, de modo algum, afirmar que os factores psicológicos sejam por si só a causa exclusiva da infertilidade, ou que toda a atenção deva ser focada nas perturbações psicológicas. Concordamos sim, com Morse, quando afirma que “*componentes biológicas, psicológicas e sociais contribuem para o modelo explicativo da infertilidade em diferentes proporções em diferentes momentos*” (1987; cit. por Faria, 2001, p.193).

Sétan e seus colaboradores (2001) afirmam peremptoriamente que, do ponto de vista da psicologia clínica de orientação psicanalítica, existe um esforço para alcançar um acordo de rejeição da distinção entre esterilidade orgânica e psicogénea. Pelas razões que temos vindo a expor, tal acordo far-nos-ia todo o sentido.

2.2.5. O Factor Psicogéneo na Infertilidade

“Barrenness is often the consequence of grief, sudden fear, anxiety, or any of the passions which tend to obstruct the menstrual flux. When barrenness is suspected to proceed from affections of the mind, the person ought to be kept as easy and cheerful as possible; all disagreeable objects are to be avoided, and method taken to amuse and entertain the fancy”.

(William Buchan, 1779; cit. por Bos & Cleghorn, 1958, p.84)

A relação entre a infertilidade e os diferentes factores de ordem psicológica tem sido alvo de inúmeras atenções, por parte de especialistas de diferentes áreas do conhecimento, ao longo dos tempos. Continua, contudo, a ser uma relação pouco esclarecida, e muito pouco consensual.

Cada vez mais, a infertilidade é um fenómeno que tem vindo de ser encarado de um ponto de vista multidisciplinar. De acordo com Faria, *“quando se fala em infertilidade, é necessário ter presente não só a valência ginecológica e andrológica, como também a componente emocional e a sua mútua dependência. O estado emocional poderá fragilizar a capacidade fecundante e poderá ser fragilizado pela demonstração de infertilidade”* (Faria, 2001, p.190).

Edelmann e Connolly (1986; *cit. por* Kipper & Zadik, 1996), nas pesquisas que efectuaram neste campo, verificaram que, no âmbito da Psicologia, os estudos nesta temática da infertilidade se centravam em três grandes áreas: factores psicológicos como causa de infertilidade (e.g. Brand, 1982; Mai, Munday & Rump, 1972; O’Moore, O’Moore, Harrison, Murphy & Carruthers, 1983; Platt, Fisher & Silver, 1973); efeitos da infertilidade no funcionamento psicológico (e.g. Elstein, 1975; McEwan, Costello & Taylor, 1987; Menning, 1980; Seibel & Taymor, 1982); efeitos do *Counseling* no lidar com a infertilidade (e.g. Bresnick & Taymor, 1979; Rosenfeld & Mitchell, 1979).

O maior desafio para os investigadores tem-se colocado na primeira destas três áreas, a origem psicogénea da infertilidade, que é de longe a mais complexa e, sem dúvida, a mais controversa. *“A tarefa de identificar os factores etiológicos responsáveis pela infertilidade psicogénea foi sempre um desafio difícil para os cientistas, (...) mas o enorme valor potencial da utilização de forças psicológicas para o controlo da fertilidade faz com que valha a pena a tentativa de identificar relações mais específicas, do tipo causa-efeito, entre a psique e a fertilidade”* (Noyes & Chapnick, 1964, p.543).

A análise racional para a hipótese respeitante a uma etiologia psicológica da infertilidade funcional partiu, inicialmente, de duas teorias. Uma é a teoria do *stress*, especialmente a parte que remete para a somatização de pressões e conflitos psicológicos. A outra é a teoria psicanalítica acerca dos efeitos da personalidade e dos padrões precoces das relações mãe-filha na subsequente fertilidade (Kipper & Zadik, 1996).

A primeira teoria (a do *stress*) deu origem a pouca investigação e, como tal, não foi suportada por dados empíricos (Brand, Roos e Merwe, 1982; *cit. por* Kipper & Zadik, 1996). A hipótese psicanalítica, no entanto, focando as relações precoces mãe-filha (e.g. Deutsh, 1944) estimularam um número considerável de investigações. Por exemplo, alguns autores sugeriram (e.g. Kroger, 1952) que as causas para a infertilidade funcional podiam ser seguidas até às fases do desenvolvimento psicosexual.

Sucintamente, pode-se considerar que a posição psicanalítica acerca da etiologia desta perturbação enfatiza a natureza inconsciente dos seus factores. Entre esses factores encontram-se a aceitação da identidade feminina, problemas na relação mãe-filha (identificação), dificuldades na dimensão feminino-masculino (sexual), rejeição inconsciente da maternidade, etc. Para os psicanalistas, estes factores são componentes de uma área geral de funcionamento que são as atitudes face ao papel feminino (Kipper *et al.*, 1977).

A larga maioria dos autores favorecem a proposição de que os factores psicogéneos podem ser causa de infertilidade (Noyes & Chapnick, 1964), considerando que “*os conflitos emocionais podem resultar em disfunções somáticas, e que isso seja igualmente verdade para a função procriativa como para outros processos fisiológicos parece inevitável*” (Robbins, 1943; *cit. por* Ford *et al.*, 1953, p.456).

Então, a hipótese de partida colocada por muitos investigadores é de que, assim como os grandes distúrbios psíquicos são reconhecidamente causa de, por exemplo, amenorreia e impotência, também o envolvimento psíquico pode causar infertilidade, através de mecanismos que permanecem mais ou menos desconhecidos (Noyes & Chapnick, 1964).

Em 1958, Bos e Cleghorn identificaram, relativamente à *amenorreia hipotalamica*, as seguintes causas de ordem psicogénea: situações sociais estranhas; circunstâncias dramáticas, como o medo de engravidar e as experiências de guerra; situações emocionais complicadas, como medo, luto, ansiedade, hostilidade, etc.

Os mesmos autores consideram, relativamente à infertilidade psicogénea, os seguintes factores: rejeição consciente do acto sexual ou de contraceptivos; vaginismo impeditivo da penetração; alteração do pH vaginal, letal para o esperma; alterações no canal cervical; alterações no endométrio incompatíveis com a implantação do óvulo; disfunção tubária. Destes factores, o primeiro é considerado como uma manifestação somática expressa de uma atitude perturbada, enquanto os outros cinco itens envolvem, presumivelmente, desordem ao nível do sistema nervoso autónomo e implicam atitudes consideravelmente mais inconscientes.

Já em 1987, Morse (*cit. por Faria, 2001*) refere como factores explicativos de infertilidade: a qualidade das experiências infantis, já que o desejo de maternidade se desenvolveria a partir de uma identificação não agressiva com a figura materna; existência de condições stressantes e a vivência de conflitos psíquicos conscientes, ou inconscientes, entre o papel tradicional do sexo feminino, centrado nos deveres de esposa e da maternidade e as solicitações da vida moderna.

No artigo "*Literature on Psychology and Infertility: A Critical Analysis*", Noyes e Chapnick (1964) propuseram-se a uma análise sistemática dos artigos existentes nesta área - entre 1935 e 1963 -, com o intuito de encontrar evidências de que os factores psicológicos

influenciam e fertilidade. Com alguma reserva a respeito da metodologia de investigação de alguns dos estudos que analisaram, estes autores foram contabilizando quais os factores que eram referidos por mais investigadores, e encontraram uma lista bastante extensa, que optámos por apresentar no quadro seguinte, de modo a que se tenha uma ideia geral dos factores psicológicos que até à data daquele artigo tinham sido alvo de estudo.

Nº de Artigos	Factores Psicológicos apontados como estando relacionados com a Infertilidade
+ de 6 artigos	Personalidade masculina agressiva; Personalidade feminina imatura; Desarranjos funcionais (resultantes de distúrbios psíquicos); Rejeição – Não quer realmente engravidar; Adopção; Frigidez; Dependência hostil da mãe; Ansiedade devido a conflitos inerentes ao papel feminino; Fazer papel de mãe face a um marido dependente; Psicoterapia superficial reverte a infertilidade.
5 artigos	Insuficiência coital; Culpa; Psicanálise revertendo a infertilidade; Consumo de drogas e outras substâncias.
4 artigos	Depressão; Rejeição do marido; Inibição psicogénica da espermatogénese.
3 artigos	Tensão; Empobrecimento social; Personalidade obsessivo-compulsiva; Vaginismo; Anovulação amenorreica.
1 artigo	O marido como figura paternal; Trauma psicológico no passado; Pais superprotectores; Pais duros e exigentes; Pais desinteressados e pouco amorosos; Mães que querem continuar a ser filhas; Relações sexuais desejadas apenas para reprodução; Falta de libido; Ninfomania; Hostilidade generalizada; Aborto recorrente; A morte de um ente querido como causa de hiperfertilidade; A utilização da infertilidade como mecanismo de defesa; Medo de abortar ou ter uma criança malformada.

Quadro 4– Factores Psicológicos apontados como estando relacionados com a Infertilidade, identificados por Noyes e Chapnick (1964) na sua análise crítica da literatura

Para além dos autores que temos vindo a referir, muitos outros têm sido os que, de uma forma global, ou dedicando-se a um factor em particular, têm tentado clarificar a complexa equação que resulta do binómio Infertilidade-Factor Psicogéneo. A maioria procura relações causais, o que dificulta muito a interpretação passível de ser feita dos resultados encontrados (Singh & Neki, 1982).

Se deixarmos cair um pouco a questão da causalidade e pensarmos em termos de “influência” ou “contributo” dos diferentes factores de ordem psicológica para um resultado final que se traduz num problema de infertilidade, surgem muitos outros estudos que poderão enriquecer o conhecimento neste campo.

Deutsh (1944) refere, a respeito da vertente psicológica nas questões reprodutivas, que alguns factores que estão associados a infertilidade num tipo de pacientes, podem estar associados a hiperfertilidade noutros.

Num estudo prospectivo da influência de factores psicossociais (relacionados com a personalidade ou o *stress*) na fertilidade, Vartiainen e os seus colaboradores (1994a) tentaram perceber quais os factores que se associavam a uma fertilidade superior à média. Assim, no *follow-up* de 180 mulheres, os factores e as explicações que surgiram dentro destes parâmetros foram, por exemplo, parecerem mais novas do que são (o que pode estar associado a uma aparência atractiva); baixa pontuação em sintomas psicossomáticos (melhores capacidades psicológicas); ser a irmã mais nova (pais mais experientes e que proporcionam aos filhos objectos de identificação positivos); etc.

Da revisão bibliográfica realizada, parece-nos legítimo afirmar que o reconhecimento geral de que os factores psicológicos podem ter grande importância na infertilidade é cada vez maior, se bem que seja significativa a discordância e oposição de diversos autores; surpreendentemente, continua a haver relativamente poucas evidências fidedignas que suportem esta premissa.

De um modo geral, pode-se considerar que a grande maioria dos estudos, na tentativa contínua de descobrir factores psicológicos que podem influenciar o fenómeno conhecido por infertilidade psicogénea entre as mulheres, parte de duas premissas, talvez controversas: a) que tal dificuldade em conceber não pode ser atribuído a factores médicos, e b) que os processos psicológicos podem ter um papel importante no desenvolvimento de

tal infertilidade. Contudo, a relação entre psicologia e infertilidade é, no mínimo, inconclusiva, havendo sérias críticas metodológicas (Kipper *et al.*, 1977).

Da meta-análise que efectuaram, Noyes e Chapnick (1964) concordaram nos seguintes pontos principais: as evidências apresentadas são escassas, mal organizadas e mal analisadas; a literatura é citada de forma não sistemática; aproximadamente 50 factores psicológicos diferentes foram considerados como influentes na relação entre a psique e a fertilidade.

A abordagem metodológica, bem como a questão da leitura que se faz dos resultados parece-nos de grande importância. Na maioria das investigações, o material foi analisado retrospectivamente através de estudos de caso, a utilização de testes standart era raro, e a utilização de grupos de controlo era ainda mais raro.

Outra das críticas que surge neste âmbito tem a ver com a parcialidade de alguns autores: *“até ao momento, na literatura, não encontramos provas definitivas de uma influência psicogénea nas funções reprodutivas e sentimos que os exemplos dessas instâncias partem de especulações na sua origem”* (Hanson & Rock, 1950; *cit. por* Mandy & Mandy, 1958).

Para uma maior clarificação deste tema, exige-se um maior rigor ao nível dos desenhos experimentais, bem como uma leitura dos resultados que não se centre tanto em relações causais. *“Investigações detalhadas incidindo sobre áreas específicas têm mostrado resultados mais promissores, possivelmente porque as variações podem ser mais subtis do que evidentes”* (Slade, 1981, p.183).

2.3. INFERTILIDADE E PERSONALIDADE

Neste terceiro e último ponto de cariz teórico, iremos cruzar o nosso conhecimento da *Personalidade*, enquanto constructo psicológico, com um pensar sobre a *Infertilidade*, olhando o fenómeno no seu todo.

Nas próximas linhas as imbricadas relações do binómio infertilidade-personalidade serão abordadas nas diferentes vertentes, umas mais viradas para a sua compreensão, outras que visam uma breve apresentação do que tem sido feito e dito neste campo.

Começaremos assim por “passar ao de leve” por alguns estudos que têm versado sobre a relação entre a personalidade e as questões ligadas ao materno. O caminho percorrido pela personalidade até se chegar a uma situação de infertilidade será o ponto de reflexão seguinte. Do que foi pensado seguiremos para o que foi feito, apresentando as características que, ao longo das últimas décadas, têm sido atribuídas às mulheres inférteis, finalizando com as críticas que os estudos neste âmbito têm recebido.

2.3.1. Personalidade e Materno

No que respeita à relação entre a personalidade e as questões que se prendem com o materno e o feminino, a literatura não é muito vasta. Tal escassez de dados poderá, em parte, ser atribuída ao facto deste interesse ser relativamente recente. *“Até meados da década de 80 persistia um enorme hiato entre estas duas variáveis. Só recentemente a psicologia experimental conferiu ao interface personalidade-maternidade uma relação diádica”* (Botelho, 1999, p.25).

Na sequência deste interesse, surgiram contributos empíricos de valor acrescentado para a compreensão da relação existente entre o materno e a estrutura da personalidade, dos quais passaremos a apresentar alguns dos mais significativos.

A psicogénese da amenorreia secundária é uma área, no âmbito das características femininas e/ou maternas, que tem merecido especial atenção da psicologia da personalidade, encontrando-se a inter-relação entre este distúrbio menstrual e factores psicológicos amplamente reflectida na literatura.

Fioroni e a sua equipa (1990; *cit. por* Botelho, 1999), através da leitura dos traços de personalidade fornecidos pelo MMPI (Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota), verificaram que um grupo constituído por mulheres com amenorreia secundária apresentava alterações em todas as escalas implicadas na “área neurótica”, havendo algumas delas que evidenciavam alterações nas escalas de masculinidade-feminilidade. Os autores interpretam os episódios amenorreicos como resultantes de uma vulnerabilidade na estrutura da personalidade no que diz respeito aos factores que combatem o stress, bem como uma confirmação dos postulados psicodinâmicos, que defendem que a amenorreia mais não é do que uma manifestação de um processo inconsciente que visa o retorno à puberdade, o apaziguar da culpabilidade familiar e o evitamento dos papéis femininos e/ou maternos.

Noutra área, Uvnas-Moberg e colaboradores (1990; *cit. por* Botelho, 1999) procuraram estudar a relação entre os traços de personalidade de mães (no 4º dia do pós-parto) e os níveis de oxitocina e prolactina. Os resultados evidenciaram alterações significativas nos traços de personalidade, surgindo correlações positivas entre a prolactina e as dimensões de Inibição da Agressão e Desejabilidade Social, e uma correlação negativa entre a prolactina e a Psicastenia. Em relação à oxitocina, por sua vez, foram obtidas correlações negativas entre diferentes variáveis de Ansiedade, Agressividade e Culpabilidade.

De acordo com estes autores, admite-se a possibilidade de ocorrerem alterações físicas e psíquicas de grande profundidade na mulher, durante as fases reprodutivas. Salientam ainda que os traços da personalidade ‘relacionados com a gravidez’ encontrados no presente estudo fazem sentido do ponto de vista biológico. Com efeito, postulam a existência, na espécie humana, de um comportamento materno pré-definido (ainda que facilmente influenciado por variáveis cognitivas), e que as subtis diferenças psicológicas e comportamentais verificadas durante a gravidez poderão ter uma codificação endócrina.

Uma outra área curiosa em torno da personalidade e do materno que tem prefigurado vários estudos na última década prende-se com a relação entre a personalidade materna e o sexo do bebé (Grant, 1990,1992; James, 1992; *cit. por* Botelho, 1999). Os resultados obtidos revelaram que as mulheres que posteriormente deram à luz filhos do sexo masculino tinham obtido pontuações mais elevadas nos itens de dominância, comparativamente ao que se verificara com as mulheres a quem tinha nascido uma filha. Tal processo pode ser explicado pelos determinantes biológicos e interpessoais da dominância – uma relação psico-neuro-endócrina entre os níveis de testosterona e os traços da personalidade implicados na dominância social.

No que respeita à relação existente entre personalidade materna e prematuridade, referimos o trabalho de Teresa Botelho (1999) que, ao aplicar o inventário da personalidade NEO-PI-R a uma amostra de 30 mulheres que deram à luz prematuramente, obteve o seguinte perfil de personalidade:

“Caracterizado pela hostilidade, a impulsividade, a assertividade e a ausência de modéstia. (...) assumem ser não só pouco calorosas e sentimentais, como também se encontram menos predispostas a sentir emoções positivas. Relativamente ao outro manifestam uma postura pouco complacente e em nada altruísta. Por oposição, valorizam os seus próprios sentimentos e necessitam de estar sempre ocupadas ou em actividade. Possuidoras de um forte sentido gregário, evitam contudo a estimulação excessiva. São sensíveis à estética, à beleza e às ideias, no entanto, denotam pouca

disponibilidade para questões que se prendem com a ordem, o dever e os valores. Apresentam uma boa autodisciplina mas, aparentemente, esta faceta nem sempre é traduzida num maior esforço de realização” (Botelho, 1999, p.9).

Também no que respeita a levar uma gravidez a seu termo, mas já no âmbito da psicopatologia, Madeja e Maspfuhl (1988; *cit. por* Vartiainen *et al.*, 1994b), nos estudos que levaram a cabo, referem que traços de personalidade esquizóides e paranóides, bem como a psicoastenia, depressão e hipocondria foram associados a gravidezes complicadas.

Por oposição, e considerando haver um enviesamento dos estudos acerca da personalidade e complicações da gravidez, Vartiainen e colaboradores (1994b) afirmam que as estruturas e os traços “psicanalíticos” da personalidade não predizem complicações durante a gestação e o parto.

Também as relações entre a personalidade materna e o desenvolvimento da criança, o seu temperamento e as características da relação precoce mãe-filho assumem-se como áreas de grande desenvolvimento no âmbito das abordagens sobre a personalidade e o materno (e.g. Kaeller *et al.*, 1990; Mengeldorf *et al.*, 1991; Mednick *et al.*; 1996; *cit. por* Botelho, 1999); tal como as implicações para a vinculação decorrentes de mecanismos patológicos associados à personalidade materna – Brook e colaboradores (1995; 1996; *cit. por* Botelho, 1999), por exemplo, procuraram determinar o impacto da personalidade materna de mães toxicodependentes sobre a tristeza e a capacidade de adaptação da criança.

Pela diversidade dos estudos que temos vindo a referir, fica bem patente que, embora esta seja uma área científica de investimento recente, as questões têm-se levantado a vários níveis, e interessado investigadores de campos e orientações teóricas diversas.

2.3.2. Da Personalidade à Infertilidade

As correntes teóricas que mais se têm interessado e valorizado o interface entre a personalidade e a infertilidade são, por razões óbvias, a Psicanálise e a Psicossomática. Assim, neste sub-capítulo, serão estas abordagens que serão tratadas, de modo a compreender a visão e compreensão que fazem da infertilidade.

A contribuição mais significativa da psicanálise é o conhecimento de que a maturação sexual é o eixo do desenvolvimento da personalidade humana, altamente diferenciada, e que, por outro lado, factores ambientais (culturais) influenciam as atitudes emocionais face à sexualidade. A esta sua afirmação, Therese Benedek (1952) acrescenta que os mesmos factores que influenciam a atitude emocional face à sexualidade modificam, com intensidades diferentes, os processos fisiológicos que estão envolvidos na procriação.

Em consonância, Kroger (1952) também considera que os factores da personalidade não podem ser separados dos processos biológicos e que, como tal, deve ser discutida esta interacção na sua relação com a esterilidade. Para exemplificar a importância dessa interacção, este autor apresenta o seguinte pensamento:

“Uma vez que os impulsos nervosos responsáveis pela libertação das gonadotrofinas são provavelmente mediadas pelo hipotálamo, é provável que a ovulação possa ser perturbada pela interferência no circuito hipotálamo-hipofisário. Na base das inter-relações psicossomáticas, acredita-se que existe um circuito funcional do córtex cerebral, passando pelo diencéfalo e pituitário anterior, para as trompas, ovários e útero (Friedgood, 1948). A Pseudocyesis [Falsa Gravidez] - resultado de um poderoso desejo, consciente ou inconsciente, de engravidar – ilustra de uma forma muito evidente a forma como as forças psíquicas são capazes de alterar os processos fisiológicos. Sendo assim, pode ser postulado que a esterilidade psicossomática – resultado consciente ou inconsciente da rejeição da gravidez – pode também perturbar o balanço endócrino e as funções reprodutivas” (Kroger, 1952, p.549).

Concretizando, o mesmo autor afirma então que a *Pseudocyesis* e a infertilidade são diferentes manifestações do mesmo processo: se na *Pseudocyesis*, a desordem psíquica falha na prevenção de que algumas manifestações fisiológicas da gravidez surjam, já nos casos de infertilidade, estas reacções fisiológicas parecem ser quase apagadas. O processo alternativo do corpo se exprimir está presente em ambas as situações, mas num caso é dada uma expressão fisiológica parcial, e no outro caso ela é psicossomaticamente bloqueada.

Assim, para uma explicação psicanalítica da infertilidade, e de acordo com o entendimento que é feito da personalidade segundo este paradigma teórico, assume-se o pressuposto de que pode existir uma acumulação de factores psicodinâmicos que interferem com a escolha consciente da mulher no que respeita às suas opções reprodutivas. Assim, de forma a compreender a influência desfavorável da personalidade no aparelho reprodutivo, é essencial descortinar primeiro o significado dos conflitos inconscientes no comportamento humano.

Muito recentemente, Sétan e seus colaboradores (2001), no artigo “*Réflexions sur l’approche psychodynamique des stérilités féminines*”, consideram que a esterilidade feminina engloba diferentes tipos de conflitos intrapsíquicos, mas pode igualmente reenviar para conflitos interpessoais.

Faremos eco das palavras destes mesmos autores para tentar resumir e organizar de forma clara os principais factores psicodinâmicos que são considerados como influentes no fenómeno da infertilidade feminina.

Na literatura a este respeito, o primeiro factor avançado pelos clínicos mais significativos neste campo relaciona-se com a distorção da identificação com a mãe e a negatividade da imago maternal interiorizada.

Subjacente a esta realidade, poderemos encontrar vivências internas femininas de recusa da maternidade, pelo receio que os filhos a detestem tanto como ela detestou a sua mãe. Faure-Pragier (1997) acrescenta que a recusa da passividade, da dependência e da receptividade, assumida como característica de uma feminilidade inconscientemente recusada, pode exprimir uma recusa de submissão à mãe.

O segundo factor assinalado está ligado a uma conflitualidade edipiana não resolvida que se podia chamar de não-renúncia ao fantasma incestuoso. Bydlowsky (1997; cit. por Sétan *et al.*, 2001) simplifica esta ideia explicando que, quando este fantasma perdura, a esterilidade permite fugir às consequências duma concepção conseguida, protegendo a mulher da culpabilidade que resultaria da realização de um tal desejo incestuoso.

Em terceiro lugar é invocado o fantasma de dominação (Bydlowsky, 1992; Sylvestre, 1989; cit. por Sétan *et al.*, 2001), em que muitas mulheres vivem na ilusão do fantasma de dominação do seu próprio corpo, e para evitar o desconhecido que pode transformar-se em intruso e perturbar as suas referências da imagem corporal, a esterilidade pode ser uma forma de resposta, como sinónimo de desejo de controlo total sobre o seu próprio corpo.

O peso dos traumatismos anteriormente vividos pode constituir um quarto factor invalidante. Assim, as mulheres que não conheceram a sua mãe, que fantasiam uma maternidade ou um parto catastrófico em função das deformações vividas pela própria mãe, ou que foram confrontadas com um luto não elaborado, podem tornar-se inférteis ou não atingir uma concepção efectiva.

Um quinto factor risco aparece quando o lugar do filho está já tomado ao nível fantasmático. Deutsh (1944) refere um “tipo de mulher” que seria estéril pelo amor ao seu cônjuge, guiada por uma intuição, em que sente que ele não deseja nem pode desejar um filho, que colocaria o equilíbrio conjugal em perigo. Segundo Bydlowsky (1992), situações semelhantes ocorrem com as mulheres em que o lugar do filho pode estar ocupado pelos

seus próprios pais, sendo que a prioridade será dada aos ascendentes em detrimento da sua própria descendência.

A partenogénese constitui um sexto determinante possível da esterilidade: para Faure-Pragier (1997), inconscientemente, as mulheres reivindicam um filho à sua mãe ou para a sua mãe. Mas mais uma vez elas se deparam com um interdito. Nas mulheres infecundas, segundo esta autora, a relação prevalente com a mãe corresponde muitas vezes a uma homossexualidade primária.

Uma falha no narcisismo corporal pode constituir um sétimo factor invalidante. Lombard (1991) vê também como possível causa de esterilidade uma má constituição do narcisismo primário. Este construir-se-á pela imagem que os outros mais próximos passam para o bebé acerca do seu próprio corpo, que se traduz por confiança em si, ou talvez mais exactamente no seu próprio corpo, no seu próprio interior, numa sensação global. Este narcisismo primário vai transformar-se em narcisismo secundário. Segundo este autor, 'para receber um filho é necessário receber mas também dar', ora, isto é difícil de fazer quando o indivíduo se sente desarmado no interior.

A existência de um mandato inter ou transgeracional negativo que interdita o acesso à maternidade pode ser um oitavo factor de risco. Quando muitas conflitualidades saturam a dinâmica familiar passada, o desejo de procriação pode ser invalidado, atingido por intermédio de um mandato trans ou intergeracional negativo.

Um outro factor de risco parece-nos ser constituído pelas conflitualidades intensas, sejam interpessoais no interior do casal em caso de desejo não partilhado, sejam, mais frequentemente, entre dois ideais dificilmente conciliáveis na realidade interior da mulher que deseja procriar.

Para melhor compreensão deste factor, Sétan e o seu grupo de estudo (2001) sublinham que a evolução social criou um hiato entre dois modelos de identificação para as mulheres: “*A mulher profissional agindo fora de casa, implicando-se na vida social e investindo num processo de progresso individual, e a mulher mãe para quem o desejo de maternidade continua a ser uma prioridade essencial mesmo que ela seja menos valorizada socialmente. Estes dois papéis entram em colisão*” (p.67).

Segundo estes autores, o referido conflito de ideais contribui não só para retardar o momento da primeira maternidade, carregar com excesso de culpabilidade e/ou agressividade a interacção mãe/recém-nascido, como contribui também, principalmente nas mulheres que têm o projecto de procriar tardiamente, para tornar impossível a procriação ou a gestação de termo, devido a resistências e consequências negativas para o plano profissional associadas inevitavelmente à nascença da criança.

Para finalizar, avança-se com um último parâmetro de grande importância, e que respeita à pobreza estrutural ou à falha na utilização das capacidades de elaboração mental das múltiplas conflitualidades que temos vindo a referir.

Face aos factores psicodinâmicos que enunciámos, Benedek (1952) acredita que a infertilidade pode ser considerada como uma defesa contra os perigos que a função procriativa representa. A autora define “defesa” como “*uma função inconsciente do ego para proteger o self – a personalidade total – contra os perigos originados dentro do próprio organismo, neste caso os processos fisiológicos das funções reprodutivas*” (Benedek, 1952, p.534).

Benedek (1952) reforça a importância dos factores sociais na criação das conflitualidades internas que podem estar na origem da infertilidade, referindo que na nossa civilização, em que a actividade, a extroversão, de algum modo os aspectos “masculinos” da personalidade

representam o objectivo educacional da mulher, as tendências passivas inerentes à função reprodutiva podem ser experienciadas como fonte de conflito, por oposição ao ego ideal. Assim, muitas mulheres lutam contra a necessidade biológica da maternidade e respondem às suas manifestações psicodinâmicas com defesas, que podem ser reconhecidas tanto nos traços de carácter como nos sintomas endócrinos ou funcionais.

Para a mesma autora, *“isto implica uma alteração da significância relativa daquele aspecto da personalidade que representa os valores culturais (na psicanálise isto designa-se usualmente por sistema ego-superego) e do que representa as necessidades biológicas. Por outras palavras, as mulheres ao incorporarem o sistema de valores da sociedade moderna podem desenvolver personalidades com defesas rígidas do ego contra as suas necessidades biológicas”* (Benedek, 1952, p.529). Em indivíduos susceptíveis, isto pode levar à infertilidade.

Langer (1986), cerca de três décadas mais tarde, vem reforçar esta ideia ao considerar que, numa sociedade que descreve como anti-maternal, a mulher actual vive, de certo modo, em conflito consigo própria, pois a coordenação da sua realização profissional com a sua vida amorosa e a satisfação maternal não é fácil de conseguir. Na sua opinião, a expressão deste conflito pode surgir na dificuldade de relacionamento com os filhos, em complicações várias na vida fértil ou, tratando-se de um conflito demasiado grave, na total rejeição da maternidade.

O desenvolvimento da feminilidade é talvez o aspecto mais referido na sua relação com a infertilidade, pela importância que lhe é atribuída. A este propósito, Kipper e Zadik (1996) sublinham a importância de alguns padrões precoces de relação mãe-filha, que se expressarão na idade adulta sob a forma de uma identidade feminina ambivalente e conflituosa.

Contudo, Bos e Cleghorn (1958) chamam a atenção para algo que não deve ser esquecido, que é o facto de que nem todas as mulheres que rejeitam o papel feminino serem inférteis; algumas, contrariamente, têm a compulsão para a constituição de famílias numerosas.

No âmbito de uma abordagem psicossomática da infertilidade, Françoise Feder (1990) apresenta um ponto de vista que, a nosso ver, acrescenta algo de novo à abordagem mais clássica, cuja maior dificuldade compreensiva remete para a questão da “escolha do órgão”.

“A tarefa de estabelecer a conexão entre os problemas psicológicos e as manifestações fisiológicas é o eterno problema da medicina psicossomática, e no contexto particular da infertilidade, tornamos a encontrar a dificuldade chave de toda a medicina psicossomática – o problema da escolha do órgão ou da especificidade. (...) É muito pouco claro como é que um conflito psicológico é transposto para um padrão neurofisiológico negativo especificamente orientado para um objectivo. Por outras palavras, não se sabe o que acontece quando preocupações emocionais que concernem ao papel sexual, a relações sexuais, e ao engravidar, dar à luz e criar uma criança, são transformadas em influências neuronais inibitórias que impedem a ovulação, ou em actividade autónoma exagerada que interfere na conjugação do esperma e do óvulo” (Bos & Cleghorn, 1958, p.92).

Feder (1990), em consonância com a Psicossomática clássica, considera a esterilidade como um sintoma primário de recurso à via corporal e ao funcionamento operatório, sinónimo de pobreza de mentalização, com o insucesso evidente da gestão mental das tensões associadas ao desejo de procriar.

O que a autora acrescenta a esta ideia é a importância de considerar a afecção orgânica como um acontecimento que entra imediatamente em ressonância com a realidade psíquica do paciente. Nesta perspectiva, a ênfase é trazida para o efeito traumático desta conjugação do fantasma com a realidade e dos significados inconscientes que vão agora revestir os acontecimentos sucessivos, havendo muitas vezes o fantasma do enorme poder do espírito sobre o corpo, que está conectado com a proximidade do pensamento mágico.

Se na abordagem psicossomática tradicional a casualidade psíquica é evocada como responsável pelo facto orgânico, para Feder (1990) não se trata de incriminar o factor psíquico como eixo essencial de referência, mas antes considerar um esquema discriminatório relacional: o conflito na sua relação com o doente e a doença. Assim, será esta relação essencial que determina a especificidade da parte psicossomática.

2.3.3. Características atribuídas às mulheres inférteis

Ao longo dos tempos, foram sempre feitos juízos de valor e associados diversos atributos às mulheres inférteis. À medida que a ciência foi avançando, houve uma tentativa contínua de as caracterizar com base em algo mais do que o senso comum. A identificação dos diferentes aspectos da personalidade, ou seja, do ‘modo de ser’ deste grupo de mulheres, procurando o que havia de comum entre elas, tornou-se uma área de investigação muito querida no âmbito da Psicologia da Personalidade, da Psicanálise e da Psicossomática.

Os diferentes perfis traçados, bem como as características soltas que se destacaram nos diferentes estudos, é o que apresentaremos seguidamente.

Pioneira no campo da “psicologia das mulheres”, Helene Deutsh (1944) afirma que as mães de muitas mulheres estéreis possuíam uma estrutura neurótica e eram mães frustradoras, não havendo ninguém suficientemente forte no ambiente familiar da menina para contrastar a influência nefasta desta mãe. Assim, esta autora considerava existirem factores típicos nas mulheres com esterilidade psicogénea: vivenciavam constelações familiares muito desfavoráveis para o desenvolvimento feminino normal: a mãe era a figura central, e o pai uma figura pouco activa e com relativamente pouca importância para a criança, não se sentindo esta protegida contra a mãe a quem temia.

Alguns anos mais tarde, ao fazer uma avaliação dos factores da personalidade no tratamento da infertilidade, Kroger (1952) concluiu existirem alguns padrões abrangentes nos quais as mulheres estéreis se podem enquadrar:

- Indivíduos imaturos física e emocionalmente que, devido a fortes necessidades de dependência, tentam criar uma relação filho-pai/mãe no seu casamento. De aparência e comportamento estas mulheres são tipicamente femininas, embora caracterizadas por uma face e um físico juvenil. Enquanto crianças eram muito tímidas, sossegadas, indecisas, e facilmente embaraçáveis. Devido à sobreprotecção parental tornam-se geralmente fracas esposas e mães incapazes, devido às suas próprias necessidades exageradas, relativamente ao marido ou ao filho.
- Mulheres agressivas e masculinas que são competitivas, fortes, ambiciosas, e dominadoras. São “o homem da casa” e são geralmente mulheres com carreiras de sucesso, possuindo uma considerável habilidade de execução. O casamento é apenas uma conveniente instituição social. Embora a maternidade seja sempre uma ameaça, não têm medo de encarar essa responsabilidade. Do que se ressentem é das exigências da criança, que interferem com a sua vida social e com o trabalho. Assim, rejeitam o papel feminino, recorrendo com frequência à contracepção, que pode ou não ser necessária.

O autor salienta o facto de muitas pacientes terem características de personalidade comuns aos dois grupos, sendo o primeiro mais fácil de reconhecer. O segundo seria mais difícil de avaliar porque estas mulheres “*são capazes de criar defesas sociais aceitáveis, por detrás das quais conseguem esconder a sua hostilidade agressiva*” (Mandy et al., 1951; cit. por Kroger, 1952, p.547). Não é contudo claramente compreendida a razão pela qual estes factores de personalidade resultam em esterilidade num caso e não noutro.

Foi também observado por Kroger (1952) que o perfil das mulheres estéreis apresenta grandes semelhanças com o grupo caracterizado pela frigidez (Dunbar, 1952; Calverton, 1929; Kehrer, 1946; Amersbach, 1946; cit. por Kroger, 1952), notando também este autor uma psicopatologia bastante uniforme nestas pacientes, que parece centrada em torno de uma identificação hostil em relação à mãe.

Ford e seus colaboradores, em 1953, numa abordagem psicodinâmica da infertilidade, realizaram um estudo comparativo com grupos de mulheres férteis, mulheres com infertilidade funcional e mulheres com infertilidade orgânica, procurando esboçar os diferentes perfis psicológicos, incidindo nos seguintes pontos: a motivação para a gravidez; a história conjugal; a história menstrual e reprodutiva; os antecedentes familiares e o papel das identificações parentais.

Com base numa amostra total de 48 mulheres, os autores apresentaram as seguintes conclusões:

Psicograma do grupo de mulheres férteis

Mulheres múltiparas que tiveram dois ou mais filhos sem qualquer incidente, apresentavam a seguinte atitude: aceitação da gravidez, que geralmente não é planeada ou esperada; recebem bem a criança e têm desejo de cuidar dela e educá-la, sem que isso seja visto como um fardo de responsabilidade; não sentem que a sua vida tenha sido limitada de forma excessiva; a maternidade é vista como um grande objectivo, uma completude nas suas vidas, com o preenchimento da sua feminilidade.

Psicograma do grupo de mulheres com infertilidade funcional

A mulher funcionalmente infértil verbaliza de forma consciente o desejo de ter uma criança, mas inconscientemente rejeita a gravidez, o parto e a maternidade. Tem um conflito grave ao nível da feminilidade, ora mantendo uma ligação hostil com a imagem maternal que é negada, ora imitando agressivamente o papel masculino. Há uma mistura destas atitudes em todos os casos, predominando geralmente uma delas.

É infeliz na sexualidade genital; o seu funcionamento menstrual é frequentemente perturbado e a sua função reprodutiva é parcial ou totalmente suspensa numa prisão dinâmica. Está sempre presente um funcionamento infantil regressivo, com ênfase primário na função incorporativa da boca – necessidade gananciosa, inveja, ciúmes – ou nas funções dolorosamente agressivas e retentoras do intestino – desafio, ataque, desejo de magoar, reter e dominar. Ela vive numa dependência mágica da mãe.

Psicograma do grupo de mulheres com infertilidade orgânica

A maioria destas mulheres foram diagnosticadas como tendo uma dinâmica emocional com características idênticas ao grupo com infertilidade funcional.

Na leitura destes resultados, Ford e seus colegas consideraram que a semelhança entre os grupos com infertilidade funcional e infertilidade orgânica “*de um ponto de vista psiquiátrico, não invalida de modo algum o psicograma da infertilidade funcional, o que aumenta é a probabilidade das trompas obstruídas, de ciclos anovulatórios, etc. representarem acting outs somáticos de conflitos neuróticos*” (Ford et al., 1953, p.461).

Por seu lado, face a uma listagem de factores de distúrbio da personalidade que encontraram documentados em relação a mulheres com esterilidade psicogénea, Bos e Cleghorn (1958) apontaram alguns “modos de ser e de estar” que predisõem à esterilidade: a) mulheres imaturas física e psiquicamente, emotivas, fracas, hiperprotegidas pela mãe, contra quem ressentem uma hostilidade camuflada, esposas que estabelecem com o cônjuge uma relação criança-pai; b) mulheres “masculinas”, agressivas, que receiam a feminilidade e a maternidade; c) mulheres “femininas”, eróticas, que receiam as responsabilidades da maternidade e as consequências estéticas da gravidez e d) mulheres ansiosas crónicas que receiam qualquer modificação da sua existência.

PERSONALITY FACTORS IN FEMALE STERILITY

1. Physical and emotional immaturity
2. Aggressive-masculine types (resents female role)
3. Combination of 1 and 2
4. Hostile mother identification
5. Motherly type
6. Feminine erotic type
7. Obsessive-compulsive type
8. Disturbed, impoverished, and chronic worriers

**Quadro 5 – Factores da Personalidade na Esterilidade Feminina
(Bos & Cleghorn, 1958, p.90)**

Procurando diferenças em torno da esfera neurótica, Mai e Rump (1972), com base em estudos que usaram preferencialmente entrevistas clínicas e testes projectivos, foram averiguar se os sujeitos inférteis apresentavam valores médios de neuroticismo superiores aos sujeitos férteis. Constataram que nem as mulheres nem os homens inférteis obtiveram

valores diferentes dos grupos de controlo ao nível do neuroticismo, mas que as mulheres mostraram maiores dificuldades em dimensões respeitantes ao papel feminino, tanto ao nível directo da percepção, como a um nível mais encoberto.

Estes mesmos autores consideraram existir alguma evidência de que as mulheres inférteis sofrem mais de distúrbios emocionais que as mulheres férteis, o mesmo não acontecendo no que remete para a existência de diferenças na identidade sexual.

A título de conclusão, Mai e Rump (1972) não deixaram de referir que, apesar do seu estudo trazer sérias dúvidas na generalização de qualquer associação entre neuroticismo e infertilidade, seria contudo possível que a nível individual as pacientes inférteis demonstrassem mecanismos neuróticos ou possuíssem características de personalidade indesejáveis, já que alguma evidência a este respeito tinha surgido nas entrevistas psiquiátricas com este grupo de mulheres.

Partindo de uma questão que serviu de base a uma investigação exploratória – *“Será que as dificuldades emocionais das mulheres com infertilidade psicogénea estão associadas a um maior grau de neuroticismo, ou será que se expressam numa área específica de funcionamento, como por exemplo, a percepção do papel feminino?”* (p. 353) – Kipper e seus colaboradores (1977) concluíram que as mulheres com este tipo de infertilidade não revelam mais tendências neuróticas do que o grupo de controlo, evidenciando, no entanto, maiores dificuldades nas dimensões associadas ao papel feminino - mostram maiores dificuldades nas áreas da feminilidade, relação marido/mulher e relação mãe/filha.

Curiosamente, e contrariamente a estes autores, Allison (1977; cit. por Slade, 1981) indica uma menor expressão de conflitos de papel e uma orientação mais tradicional nas mulheres inférteis.

Já na década de 80, partindo de investigações que haviam sugerido que as mulheres inférteis poderiam ser mais restritas sexualmente, com um ajustamento sexual mais pobre (Carr, 1963; *cit. por* Slade, 1981) e uma vida sexual menos intensa e diversificada (Mai & Rump, 1972), Pauline Slade (1981) desenvolve um estudo em que as atitudes sexuais e a opinião no que concerne ao papel social feminino apropriado foram exploradas num grupo de mulheres inférteis (sem patologia identificada), comparativamente a um grupo controlo.

Conclui esta autora que não se encontram diferenças significativas nas atitudes face ao papel social feminino, verificando apenas que o grupo infértil apresentava um leque de opiniões muito mais restrito. Observou-se uma tendência para atitudes sexuais mais restritivas e elevados níveis de sentimentos de culpa.

A dimensão do neuroticismo foi retomada por diversos autores (Mukherjee *et al*, 1982; Harrison *et al*, 1984; Mukhopadhyay, 1990, 1992; *cit por* Mukhopadhyay & Chattopadhyay, 1994), que consideraram que as mulheres inférteis apresentam maiores níveis neste domínio e ao nível da ansiedade.

Já nos anos 90, comparando mulheres com infertilidade orgânica com mulheres férteis, Mukhopadhyay & Chattopadhyay (1994) não encontraram diferenças significativas nestas dimensões, contudo, em relação a um outro grupo, com infertilidade idiopática, verificaram que apresentavam maiores níveis de ansiedade, de neuroticismo e de introversão.

Embora o seu estudo não visasse estabelecer uma relação de causa-efeito entre os traços encontrados e a condição de infertilidade, os autores sublinharam dois aspectos que os levavam a apontar no sentido destes poderem revelar, senão uma relação causal, pelo menos uma forte predisposição de personalidade para a infertilidade: por um lado, *“embora o stress persistente possa originar uma predisposição para a ansiedade, não é esperado que apenas 3 ou 4 anos de stress devido à infertilidade torne uma pessoa*

altamente ansiosa, caso ela seja inicialmente uma pessoa pouco ansiosa”; por outro lado, “a percepção de um evento stressante depende da apreciação cognitiva do indivíduo (Lazarus et al., 1957). Assim, de acordo com os dados, maior ansiedade, maior neuroticismo e menor extroversão talvez façam com que o grupo da infertilidade idiopática percepcione a condição de infertilidade como um evento mais stressante” (Mukhopadhyay & Chattopadhyay, 1994, p.17).

Ainda na década de 90, Vartiainen e o seu grupo de investigação (1994a), relativamente aos factores associados à personalidade, desenvolveram um estudo que reforça outros resultados igualmente negativos no que respeita a diferenças psicológicas entre mulheres férteis e inférteis (Brand et al., 1982; Lalos, 1985; Edelman et al., 1991); Consideram haver algum enviesamento das investigações no que respeita a estudos orientados psicanaliticamente.

Estes autores resumiram a revisão bibliográfica que efectuaram sobre o binómio da infertilidade-personalidade no seguinte parágrafo, de certa forma demonstrativo da diversidade de estudos neste âmbito:

“Tem-se dito que as mulheres inférteis são mais psicóticas, neuróticas, dependentes e ansiosas que as mulheres férteis (Ford et al., 1953; Morris & Sturgis, 1959; Sturgis et al., 1957). Dúvidas acerca da sua feminilidade e medos de reprodução têm sido também identificados nestas mulheres (Nesbitt et al, 1968). Testes psicológicos revelaram que as mulheres inférteis demonstram distúrbios emocionais (Eisner, 1963) e que os casais inférteis têm atitudes ambivalentes face às crianças (Mai, Munday & Rump, 1972). Para além disso, sugeriu-se que as mulheres inférteis sofrem de problemas psicosexuais (Sandler, 1960; Pines, 1990)” (Vartiainen et al., 1994a, p.67).

Por último, no final desta década, Kipper e Zadik (1996), consideraram que a hipótese que defende a existência de diferenças gerais de personalidade entre as mulheres com infertilidade funcional e as mulheres com infertilidade orgânica revela resultados contraditórios (e.g. Brand, 1982), e que igualmente contraditórios são os resultados obtidos

para a hipótese que predizia uma maior tendência neurótica nas mulheres com infertilidade funcional (e.g. Brand, 1982; Mai e Rump, 1972).

No entanto, no que respeita à hipótese relativa a dificuldades na área da feminilidade, os mesmos autores (1996) admitiam que esta ganhara um bom suporte inicial, através dos estudos que anteriormente referimos, que comparavam grupos com infertilidade funcional ou orgânica e que revelaram que os primeiros expressaram maiores dificuldades e conflitos com a sua própria feminilidade (Ford *et al*, 1953; Kipper *et al*, 1977; Slade, 1981).

Face a estas evidências, tendo em conta a importância do envolvimento maternal na construção da personalidade, bem como a ausência de estudos multigeracionais comparando as mulheres inférteis com as suas mães, Kipper e Zadik (1996) delinearam uma investigação que visava contribuir para o colmatar do que ambos consideravam ser uma falha importante nesta área de investigação. Assim, colocaram as seguintes hipóteses de partida para o seu estudo:

“Se as mães são uma parte da constelação psicodinâmica, devem ser também parte da investigação. Se a proposição acerca da prevalência de dificuldades na feminilidade entre mulheres com infertilidade funcional e o seu papel no desenvolvimento da incapacidade de procriar estiver correcta, a comparação de mulheres com infertilidade funcional ou mecânica com as suas mães deverá mostrar que as filhas com infertilidade funcional irão expressar mais dificuldades ao nível da feminilidade e da maternidade do que as filhas com infertilidade mecânica; que o mesmo padrão será evidente entre os grupos de mães; e que as mães das filhas com infertilidade funcional irão mostrar menos dificuldades emocionais que as suas filhas, porque elas, apesar de tudo, conseguiram ser mães, e as suas filhas não” (Kipper e Zadik, 1996, p.376).

Resumidamente, as conclusões a que estes autores chegaram, de um modo geral, vão de encontro às suas hipóteses iniciais, tendo obtido os seguintes resultados:

- O grupo da infertilidade funcional (mães e filhas) apresentava maiores valores de neuroticismo do que o grupo de infertilidade mecânica (mães e filhas);

- O grupo de mães com filhas funcionalmente inférteis apresentava valores de neuroticismo significativamente superiores ao grupo das mães com filhas mecanicamente inférteis, enquanto que na comparação entre as respectivas filhas os resultados revelaram apenas uma tendência com o mesmo sentido;
- O grupo da infertilidade funcional (mães e filhas) revelava maiores dificuldades ao nível da feminilidade e maternidade, nomeadamente no que respeita às relações parentais, à aceitação da feminilidade e ao ajustamento psicosexual, que surgem associados a emoções negativas.

Face às conclusões a que chegaram, Kipper e Zadik (1996) consideraram ter sido evidenciado que as dificuldades na identidade feminina, até aqui presumidas como sendo únicas para as mulheres funcionalmente inférteis, foram também partilhadas com as suas mães e aparentam caracterizar ambos os grupos.

2.3.3.1. Críticas aos estudos

Finalmente, antes de avançarmos para a segunda parte do presente trabalho, que respeita à nossa investigação propriamente dita, não podemos deixar de referir, sucintamente, as principais críticas que têm surgido associadas aos estudos no âmbito do binómio personalidade-infertilidade.

Algumas vozes levantam questões relativas aos estudos comparativos entre mulheres com infertilidade funcional e mulheres com infertilidade mecânica, defendendo que as diferenças de resultados podem reflectir diferentes níveis de esperança. De acordo com esta perspectiva, deverá ter-se em conta que é muito natural que o carácter inexplicável da infertilidade funcional cause uma grande preocupação; e que é igualmente provável que, conseqüentemente, surjam dúvidas acerca da feminilidade entre as mulheres funcionalmente inférteis (Kipper & Zadik, 1996), ficando em aberto a questão da causalidade.

Também Vartiainen e seus colaboradores (1994b) apontam críticas neste sentido, referindo a natureza retrospectiva destas investigações: *“como nenhum destes estudos teve acesso à*

personalidade antes da [tentativa de] gravidez, as conclusões que concernem à causalidade não foram justificadas” (Vartiainen et al., 1994b, p.78).

Estes mesmos autores consideram que “os estudos psicológicos e psiquiátricos de orientação psicanalítica não foram suficientemente exactos, do ponto de vista metodológico, para predizer as reacções dos sujeitos a uma série de acontecimentos de vida”. (Vartiainen et al., 1994a, p.73). Referem ainda que as camadas mais profundas da personalidade foram ignoradas, excepto em alguns estudos de caso, e que metodologicamente, na sua maioria, referem-se a pequenas amostras e ignoram uma série de factores parasitas (Vartiainen et al., 1994b).

No que respeita aos instrumentos de investigação, Kipper e Zadik (1996) apresentam dúvidas no que concerne à utilidade de usar testes gerais de personalidade com o propósito de identificar factores psicológicos associados, ou responsáveis, pela infertilidade. Em vez disso, sugerem que se recorra a testes mais específicos, de modo a obter resultados mais esclarecedores.

Por último, parece-nos importante referir que as investigações centradas no paradigma psicodinâmico são também apontadas por alguns autores pela sua falta de imparcialidade, que consideram levar a um significativo enviesamento na leitura dos resultados.

Ao longo do nosso estudo, não obstante as eventuais limitações das opções que tomámos, tentou-se não perder de vista as críticas apontadas às investigações que têm sido realizadas neste domínio.



III - METODOLOGIA

3.1. OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

A presente investigação enquadra-se no âmbito alargado da Psicologia da Saúde, mais especificamente na área da Psicologia da Gravidez e da Maternidade, abordando a relação entre a Infertilidade e a Personalidade Feminina.

Para o desenvolvimento deste trabalho, a um interesse que surgiu da prática clínica com casais inférteis, aliámos uma revisão bibliográfica dos trabalhos efectuados em torno do binómio personalidade-infertilidade, resultando desta conjugação teórico-prática a nossa questão de investigação:

Será que as mulheres com problemas de infertilidade apresentam traços de personalidade característicos, que as diferenciam da restante população feminina?

Face a esta questão, foi então delineado um estudo de cariz exploratório, cujo principal objectivo visava a obtenção do perfil psicológico de uma amostra de mulheres inférteis, partindo-se de seguida para a comparação do perfil encontrado com o da população feminina portuguesa normativa, a fim de averiguar da existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambos.

Como podemos depreender da revisão bibliográfica efectuada, e anteriormente apresentada, a personalidade é um constructo psicológico muito rico, e a sua avaliação *“constitui-se como um processo complexo, que atinge um nível de coerência satisfatório sob a condição de aceitar um certo número de compromissos, que tem por consequência a elaboração de uma visão parcial do funcionamento da personalidade”* (Bernaud, 1998, p.10).

Neste estudo, não perdendo de vista as limitações inerentes à tentativa de esboçar um perfil de personalidade, optámos pela utilização do inventário da personalidade NEO-PI-R, por ser um instrumento com bastantes provas apresentadas do ponto de vista empírico, aferido

para a população portuguesa e, principalmente, por ser um instrumento que, na sua conceptualização, não contempla a discriminação entre o “normal” e o patológico.

Não é, de forma alguma, objectivo deste estudo tentar encontrar traços psicopatológicos nas mulheres inférteis, por tal não nos fazer sentido. Pretendemos apenas esboçar um mapeamento dos traços de personalidade deste grupo, pois acreditamos que com isso poderá ser dado um importante contributo para a compreensão, diagnóstico, e mesmo prevenção, de algumas situações de infertilidade, com o consequente desenvolvimento de uma intervenção psicológica mais esclarecida e adequada.

Por último, e antes de nos debruçarmos sobre a investigação por nós levada a cabo, acreditamos não ser demais tornar a sublinhar que este estudo não se enquadra no conjunto de estudos que pretendem atribuir aos factores psicológicos a causa única para a infertilidade. Partindo de uma visão holística do ser humano, em que o biológico e o psicológico se interligam estreitamente e se influenciam mutuamente, acreditamos que na infertilidade, bem como noutros fenómenos semelhantes, se jogam inúmeros factores e que, do encontro entre as diferentes realidades de um indivíduo – físicas, psicológicas e sociais – é que resultará este fenómeno que se traduz na incapacidade de ter um filho.

Procuraremos assim, identificar os traços de personalidade que, não por uma relação de causalidade, mas sim de influência, possam ser considerados como factores predisponentes para que o fenómeno da infertilidade feminina ocorra.

3.2. INSTRUMENTOS

Tendo em vista os objectivos atrás enunciados para esta investigação, foram utilizados dois instrumentos distintos: um questionário de caracterização da amostra e o inventário da personalidade que já referimos – o NEO-PI-R. Neste capítulo será feita uma apresentação sucinta de ambos, onde implicitamente se encontrará o porquê desta nossa opção instrumental.

3.2.1. *Questionário de Caracterização da Amostra*

Com vista a uma caracterização da amostra, procedeu-se à elaboração de um instrumento descritivo específico para esta investigação, sob a forma de questionário de auto-preenchimento.

Podemos considerar que este *Questionário de Caracterização da Amostra* (ANEXO A) foi construído em torno de quatro eixos distintos, visando a recolha de diferentes tipos de informação:

O primeiro eixo de informação centrou-se na recolha de dados demográficos, essenciais para a caracterização de qualquer amostra. Assim, indagou-se acerca da idade, nacionalidade, raça, habilitações literárias, profissão e religião das mulheres que constituem a amostra.

O eixo central deste questionário, e tendo em conta os objectivos da investigação, visava a história de infertilidade desta amostra, colocando-se questões relativas ao tempo a tentar engravidar, ao tempo de diagnóstico da infertilidade, ao tipo e causa de infertilidade, à realização de tratamentos nesta área e à história gravídica.

Não sendo objectivo desta investigação, não abordámos de forma extensa a relação de casal das mulheres desta amostra, parecendo-nos no entanto importante ter algum dado que nos permitisse inferir minimamente acerca da estabilidade destas relações. Assim, optámos por introduzir uma única questão neste eixo de menor expressão, relativa à duração da relação com o companheiro.

Finalmente, o último dos eixos que constituem este questionário, onde se pretendia recolher informação acerca da existência de filhos de relações anteriores, biológicos ou adoptados, de qualquer um dos membros do casal, pareceu-nos ser pertinente do ponto de vista da vivência parental presente ou não na vida destas mulheres.

Na sua totalidade o questionário aborda 19 questões, na sua maioria de resposta fechada. Um dos critérios que esteve presente aquando da elaboração remetia para a sua extensão: sendo o inventário da personalidade utilizado um instrumento bastante extenso, pretendia-se que o Questionário de Caracterização fosse tão resumido quanto possível, de forma a não sobrecarregar os sujeitos da amostra, dadas as condições da recolha de dados. Pensamos que poderia ter sido interessante desenvolver mais cada um dos diferentes eixos em que nos centrámos para construir este questionário, mas pesados os custos / benefícios da sua extensão, optou-se pelo questionário atrás apresentado.

3.2.2. O NEO-PI-R

A personalidade foi medida nesta investigação através do *Inventário da Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R)* (ANEXO B) da autoria de Robert McCrae e Paul Costa (1992), e aferido para a população portuguesa por Margarida Pedroso Lima (1997).

Este instrumento é vocacionado para medir as cinco principais dimensões da personalidade, estando teoricamente sustentado no Modelo dos Cinco Factores, e até à

versão que aqui utilizamos já conheceu três momentos distintos de desenvolvimento, na sequência de um trabalho contínuo por parte dos seus autores.

Assim, em 1978 foi criado o então designado Inventário NEO, cujo propósito era a avaliação de apenas três dimensões – Neuroticismo, Extroversão e Abertura à Experiência -, através de 18 escalas constituídas por 144 itens. Com o desenvolvimento teórico-conceptual do Modelo dos Cinco Factores, foram-lhe adicionadas posteriormente, mais duas escalas para avaliar as dimensões Amabilidade e Conscienciosidade, passando então de 144 para 181 itens. Finalmente, em 1992, Costa e McCrae dedicam-se a novo aperfeiçoamento deste instrumento, chegando à configuração e formatação do questionário conforme é hoje conhecido. Tal traduziu-se no acréscimo do número de itens, que passou a 240, e na consagração do Inventário da Personalidade NEO-PI Revisto (NEO-PI-R), dotado de validade convergente e discriminante nos domínios e facetas.

O NEO-PI-R é um dos primeiros questionários a operacionalizar este modelo da personalidade e a fazê-lo de uma forma não-direccionada, ou seja, é um instrumento susceptível de utilizações variadas, aplicando-se a diferentes contextos, onde uma visão global e abrangente sobre a personalidade pode ser o objectivo pretendido - como é o caso deste estudo.

É também, paradoxalmente, *“um inventário inovador e tradicional. Inovador porque dá corpo a um modelo novo, no quadro das concepções actuais sobre a personalidade; porque pressupõe uma visão de tipo eclético em relação à diversidade de constructos existentes; porque corta com alguns pressupostos psicométricos tradicionais (...); porque é fruto de uma reflexão cuidada, em torno da construção, do significado e possíveis aplicações, tanto teóricas como práticas, dos questionários de personalidade. Mas é também tradicional, porque a sua história se inscreve numa determinada orientação, adentro da psicologia da personalidade, e porque os traços escolhidos não são*

descobertas originais mas redescobertas, baseadas em revisão da literatura e contacto com a realidade psicológica” (Lima, 1997, p.258).

As investigações existentes a respeito do seu desenvolvimento e aplicação, segundo diversos autores, apontam evidências a favor da validade, compreensividade, universalidade, hereditabilidade, e estabilidade longitudinal das dimensões do modelo operacionalizado pelo NEO-PI-R, bem como da qualidade psicométrica do referido inventário (Lima, 1997).

O NEO-PI-R foi aferido para a população portuguesa pela Prof^a Doutora Margarida Pedroso Lima em 1997, tendo sido esta a versão utilizada neste estudo. O procedimento de aferição contemplou uma amostra de 2000 sujeitos, representativos da população portuguesa, com idades compreendidas entre os 17 e os 84 anos. Os resultados comprovaram a existência da mesma composição factorial nas amostras portuguesa e americana, apenas com uma pequena dilatação dos valores obtidos (Lima, 1997; Lima & Simões, 1997). Como é evidente, a aferição deste instrumento ao nível nacional é de extrema importância para o nosso estudo, na medida em que permitiu a comparação dos resultados obtidos com os valores normativos para a população portuguesa.

Na sua versão final, o NEO-PI-R é constituído por cinco escalas, que correspondem a cada um dos domínios gerais considerados: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. Cada domínio, por sua vez, é constituído por seis facetas, o que eleva para trinta o número de escalas específicas que integram este instrumento.

Por seu turno, cada uma das escalas é composta por oito itens, perfazendo um total de 240 itens, que são apresentados sob a forma de afirmação, em relação à qual o sujeito terá que se posicionar. As respostas são dadas segundo uma escala Likert (Discordo Fortemente; Discordo; Neutro; Concordo; Concordo Fortemente).

De forma simplificada, a estrutura do NEO-PI-R pode ser descrita esquematicamente da seguinte forma:

DOMÍNIO	FACETA	ITENS
Neuroticismo (N)	N1: Ansiedade	1 – 31 – 61 – 91 – 121 – 151 – 181 – 211
	N2: Hostilidade	6 – 36 – 66 – 96 – 126 – 156 – 186 – 216
	N3: Depressão	11 – 41 – 71 – 101 – 131 – 161 – 191 – 221
	N4: Auto-Consciência	16 – 46 – 76 – 106 – 136 – 166 – 196 – 226
	N5: Impulsividade	21 – 51 – 81 – 111 – 141 – 171 – 201 – 231
	N6: Vulnerabilidade	26 – 56 – 86 – 116 – 146 – 176 – 206 – 236
Extroversão (E)	E1: Acolhimento Caloroso	2 – 32 – 62 – 92 – 122 – 152 – 182 – 212
	E2: Gregariedade	7 – 37 – 67 – 97 – 127 – 157 – 187 – 217
	E3: Assertividade	12 – 42 – 72 – 102 – 132 – 162 – 192 – 222
	E4: Actividade	17 – 47 – 77 – 107 – 137 – 167 – 197 – 227
	E5: Procura de Excitação	22 – 52 – 82 – 112 – 142 – 172 – 202 – 232
	E6: Emoções Positivas	27 – 57 – 87 – 117 – 147 – 177 – 207 – 237
Abertura (O)	O1: Fantasia	3 – 33 – 63 – 93 – 123 – 153 – 183 – 213
	O2: Estética	8 – 38 – 68 – 98 – 128 – 158 – 188 – 218
	O3: Sentimentos	13 – 43 – 73 – 103 – 133 – 163 – 193 – 223
	O4: Acções	18 – 48 – 78 – 108 – 138 – 168 – 198 – 228
	O5: Ideias	23 – 53 – 83 – 113 – 143 – 173 – 203 – 233
	O6: Valores	28 – 58 – 88 – 118 – 148 – 178 – 208 – 238
Amabilidade (A)	A1: Confiança	4 – 34 – 64 – 94 – 124 – 154 – 184 – 214
	A2: Rectidão	9 – 39 – 69 – 99 – 129 – 159 – 189 – 219
	A3: Altruismo	14 – 44 – 74 – 104 – 134 – 164 – 194 – 224
	A4: Complacência	19 – 49 – 79 – 109 – 139 – 169 – 199 – 229
	A5: Modéstia	24 – 54 – 84 – 114 – 144 – 174 – 204 – 234
	A6: Sensibilidade	29 – 59 – 89 – 119 – 149 – 179 – 209 – 239
Conscienciosidade (C)	C1: Competência	5 – 35 – 65 – 95 – 125 – 155 – 185 – 215
	C2: Ordem	10 – 40 – 70 – 100 – 130 – 160 – 190 – 220
	C3: Dever	15 – 45 – 75 – 105 – 135 – 165 – 195 – 225
	C4: Esforço de Realização	20 – 50 – 80 – 110 – 140 – 170 – 200 – 230
	C5: Auto-Disciplina	25 – 55 – 85 – 115 – 145 – 175 – 205 – 235
	C6: Deliberação	30 – 60 – 90 – 120 – 150 – 180 – 210 – 240

Quadro 6 – Domínios e Facetas que integram o NEO-PI-R²

De seguida, e para que se torne claro o que os autores do NEO-PI-R compreendem por cada um dos domínios que constituem o inventário, bem como pelas respectivas facetas, faremos uma breve descrição dos mesmos, baseando-nos na informação contida nos Manuais do NEO-PI (1989) e do NEO-PI-R (1992), e na literatura especializada desta área, reunida por Lima (1997), na sua tese de doutoramento “*NEO-PI-R. Contextos teóricos e psicómétricos – ‘OCEAN’ ou ‘Iceberg’?*”.

² Adaptado de Lima (1997, p.172)

NEUROTICISMO (N)

Esta escala global avalia a adaptação vs. a instabilidade emocional. Valores elevados em N identificam indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, com sentimentos de incompetência, hipocondríacos, com tendência para a descompensação emocional, desejos e necessidades excessivas e respostas de *coping* desadequadas, bem como com tendência geral para passar por afectos negativos como medo, tristeza, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa. Talvez por as emoções disruptivas interferirem na adaptação, os homens e mulheres com pontuação mais alta nesta escala têm também tendência para ideias irracionais, para serem menos capazes de controlar os impulsos e para confrontar-se pior do que os outros com o *stress*.

Valores baixos em N, por outro lado, revelam uma estabilidade emocional que se traduz em indivíduos geralmente calmos, com humor constante, tranquilos e descontraídos, seguros, satisfeitos consigo mesmos e capazes de enfrentar situações de tensão sem ficarem descontrolados ou aturdidos.

O domínio do Neuroticismo inclui seis facetas:

N1: Ansiedade

Os sujeitos ansiosos são apreensivos, tensos, medrosos e preocupados. Embora as fobias específicas não sejam medidas nesta escala, os sujeitos com pontuações elevadas neste traço têm tendência a ser fóbicos. Uma baixa pontuação, pelo contrário, surge associada a sujeitos calmos, relaxados, estáveis, menos medrosos e sem tendência para se fixarem naquilo que corre mal.

N2: Hostilidade

Observa-se nos sujeitos hostis uma tendência para experienciar a raiva, a frustração e a amargura, revelando um temperamento “quente” que resulta muitas vezes num estado de frustração ou zanga. Esta escala encontra-se geralmente relacionada com uma Amabilidade baixa. Os sujeitos com N2 baixo, inversamente, são amigáveis, têm um temperamento mais moderado e dificilmente se ofendem ou se zangam.

N3: Depressão

Esta faceta visa a avaliação das diferenças normais no vivenciar do afecto depressivo. Os sujeitos com pontuações elevadas em N3 têm pouca esperança, são tristes, melancólicos, sentem-se sozinhos, desesperados e com graus elevados de culpabilidade. Por oposição, um valor N3 baixo é indicativo de indivíduos que raramente estão tristes e que em geral são pessoas confiantes, para quem a vida faz sentido e vale a pena.

N4: Auto-Consciência

Sujeitos com uma pontuação elevada nesta escala acham-se pouco à vontade ao pé dos outros, são sensíveis ao ridículo e têm tendência para se sentirem inferiores, envergonhados, tímidos e com ansiedade social. Um valor baixo em N4, por seu lado, não revela, necessariamente, sujeitos com boas aptidões sociais; revela apenas que estes tenderão a sentir-se menos perturbados em situações sociais, traduzindo-se esse à vontade numa maior segurança e em comportamentos socialmente mais adequados.

N5: Impulsividade

A impulsividade a que esta faceta se refere tem a ver com a incapacidade de controlar e resistir às tentações. Os desejos de comida, cigarros e propriedade são tão fortes em sujeitos com valores elevados nesta escala, que estes não lhes conseguem resistir, mesmo que mais tarde se possam arrepender de tal impulsividade. Inversamente, as pessoas com um baixo nível de N5, possuem uma maior tolerância à frustração e resistem com mais facilidade às tendências acima enunciadas. Retenha-se que a impulsividade avaliada pela presente escala não deverá ser confundida com a espontaneidade, a decisão rápida e a capacidade de arriscar.

N6: Vulnerabilidade

A vulnerabilidade avaliada nesta faceta identifica indivíduos que, confrontados com situações de emergência, facilmente se enervam e entram em pânico, revelando-se incapazes de lidar com a tensão e tornando-se dependentes. Uma baixa pontuação é habitualmente indicador de pessoas que conseguem “manter a cabeça fria”, que são competentes, resistentes, e daí o lidarem melhor com situações difíceis.

EXTROVERSÃO (E)

A extroversão, conforme é considerada nesta escala, traduz a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria. Assim sendo, os indivíduos extrovertidos são sociáveis, afirmativos, optimistas, amantes da diversão, afectuosos, alegres e conversadores. Gostam de pessoas, preferem os grupos grandes e as reuniões, são assertivos e loquazes, apreciando a excitação e a estimulação. Este domínio correlaciona-se fortemente com o interesse em ocupações de iniciativa e de empreendimento.

As características do introvertido são de apresentação mais difícil. Em certos aspectos, a introversão deve ser considerada mais como a ausência de extroversão do que o que poderia ser afirmado como o seu oposto. Deste modo, os introvertidos são sobretudo sujeitos reservados, não tanto “inamistosos”; são sobretudo independentes, não tanto seguidores; têm sobretudo um passo certo e não tanto lento. Os introvertidos podem dizer que são tímidos, quando o que querem dizer é que preferem estar sós, e não sofrem

necessariamente de ansiedade social. Finalmente, embora não sejam dados à animação exuberante dos extrovertidos, os introvertidos não são infelizes nem pessimistas.

A masculinidade e a feminilidade, de acordo com os autores do NEO-PI-R, têm uma estreita relação com este domínio, associando-se contudo a facetas diferentes, ou seja, *“a masculinidade associa-se a facetas mais activas e dominantes e a feminilidade encontra-se associada a facetas afiliativas, emocionais e vinculativas”* (Lima, 1997, p.183).

As facetas da Extroversão incluem:

E1: Acolhimento Caloroso

No que respeita à intimidade interpessoal, o Acolhimento é a faceta da extroversão de maior relevância, e a que está mais próxima da dimensão de Amabilidade. As pessoas com valores elevados em E1 são calorosas e, conseqüentemente, amigáveis, conversadoras e afectuosas; gostam verdadeiramente dos outros e estabelecem laços estreitos com eles. Pontuações baixas são habitualmente reveladoras de pessoas mais formais, distantes e frias, não significando tal que sejam necessariamente hostis.

E2: Gregariedade

O indivíduo com pontuação elevada nesta faceta gosta de conviver, tem muitos amigos e procura o contacto social. Pelo contrário, pontuações baixas em E2 estão associadas a sujeitos solitários, que evitam multidões e preferem estar sozinhos.

E3: Assertividade

Os sujeitos assertivos são dominantes, com ascendente social, força de vontade, são confiantes e decididos. Falam sem hesitações e facilmente se tornam líderes de opinião. Aqueles que apresentam pontuações mais baixas nesta faceta são indivíduos menos assertivos, com uma conduta mais reservada, evitando afirmar-se e preferindo não dar nas vistas, acabando por deixar os outros falar.

E4: Actividade

Valores elevados de E4 correspondem a pessoas enérgicas, com ritmo rápido e vigoroso e que necessitam de estar ocupadas. Valores baixos, por seu turno, não implicam obrigatoriamente que se tratem de indivíduos preguiçosos, mas sim de sujeitos que não têm pressa e que são mais vagarosos.

E5: Procura de Excitação

No extremo mais elevado desta escala temos sujeitos que procuram estimulações fortes, aceitam riscos e gostam de ambientes ruidosos e de cores coloridas. No extremo oposto situam-se os indivíduos que evitam a sobre-estimulação, são cautelosos, sérios e preferem um tipo de vida que os primeiros facilmente considerariam aborrecido.

E6: Emoções Positivas

Uma elevada pontuação em E6 revela uma pessoa alegre, espirituosa, divertida e que tem tendência a experienciar emoções positivas, tais como a alegria, a felicidade e o amor. O indivíduo com baixa pontuação, não sendo propriamente infeliz, será menos exuberante, pouco entusiasta, plácido e sério. Esta é a faceta da Extroversão mais relacionada com a satisfação com a vida.

ABERTURA À EXPERIÊNCIA (O)

Sendo a Abertura à Experiência a dimensão menos conhecida e a mais controversa das cinco dimensões, é também aquela que é considerada pelos autores deste instrumento como a de maior relevância para o estudo da imaginação, da cognição e da personalidade. Globalmente, esta dimensão traduz a procura proactiva, a apreciação da experiência por si própria, a tolerância e a exploração do não-familiar.

Os indivíduos abertos à experiência são curiosos, quer no que respeita ao mundo interior, quer ao exterior, e as suas vidas são mais ricas de vivências do que é comum. Têm inclinação para alimentar novas ideias e valores não convencionais e vivem as emoções positivas ou negativas de modo mais agudo do que os indivíduos fechados. Facilmente põem em causa a autoridade e optam por novas ideias sociais, políticas e/ou éticas.

Os homens e mulheres com nota baixa nesta dimensão tendem a ter comportamentos convencionais e uma aparência exterior conservadora. Preferem o conhecido ao novo e as suas reacções emocionais são algo silenciosas. Têm uma esfera e uma intensidade de interesses mais estreita e tendem a ser pouco artísticos ou analíticos.

As facetas da Abertura à Experiência, de modo sucinto, podem ser descritas da seguinte forma:

O1: Fantasia

Pontuações elevadas nesta faceta indicam sujeitos com imaginação viva e fantasia activa, que apreciam sonhar acordados e elaboram fantasias. Pontuações baixas identificam aqueles que preferem o pensamento realista, são práticos e evitam sonhar acordados.

O2: Estética

Nesta escala, uma pessoa que obtenha pontuação elevada, valoriza a experiência estética e aprecia a arte e a beleza. Se a pontuação for baixa, tratar-se-á de pessoas com pouca sensibilidade à beleza e que não apreciam a arte.

O3: Sentimentos

Pontuações elevadas são indicadoras de pessoas sensíveis, empáticas, que valorizam os próprios sentimentos e que respondem emocionalmente às situações. Um baixo valor para O3 indica um leque emocional mais limitado e uma desvalorização dos diferentes estados emocionais.

O4: Acções

Um sujeito com pontuação alta nesta faceta denota a procura da novidade, da variedade, que se traduz, por exemplo, na busca de novas actividades e no experienciar de diferentes passatempos. Já um sujeito com baixa pontuação prefere o familiar à novidade, seguindo preferencialmente a sua rotina normal e a sua habitual maneira de ser.

O5: Ideias

As pontuações elevadas são conotadas com a curiosidade intelectual, com a apreciação de argumentos filosóficos e a resolução de quebra-cabeças. Esta faceta não implica, necessariamente, inteligência elevada, mas favorece o desenvolvimento do potencial intelectual. O sujeito com baixa pontuação é mais pragmático, factualmente orientado, não aprecia desafios intelectuais e tem uma curiosidade mais limitada.

O6: Valores

Subjacente a esta faceta encontra-se a capacidade para re-equacionar os valores sociais, políticos e religiosos. Uma pontuação elevada é indicativa de “horizontes largos”, tolerância, não-conformismo e “abertura de espírito”, enquanto os baixos valores estão associados ao dogmatismo e conservadorismo.

AMABILIDADE (A)

A Amabilidade é uma dimensão que respeita às tendências interpessoais, referindo-se à qualidade da orientação interpessoal, num contínuo que vai da compaixão ao antagonismo, tanto nos pensamentos, como nos sentimentos e acções (Lima, 1997).

A pessoa amável, à luz deste domínio, é fundamentalmente altruísta, de bons sentimentos, benevolente, digna de confiança, prestável, disposta a acreditar nos outros, recta e inclinada a perdoar; é também simpática para com os outros e acredita que os outros serão igualmente simpáticos. Por oposição a estas características, a pessoa hostil é egocêntrica, cínica, rude, desconfiada, pouco cooperativa, vingativa, irritável, manipuladora, céptica em relação às tendências dos outros e mais competitiva do que cooperativa.

As facetas que constituem este domínio são:

A1: Confiança

Indivíduos com pontuação elevada nesta faceta tendem a atribuir intenções benévolas aos outros e a considerá-los honestos e bem intencionados. Aplica-se o inverso no que diz respeito a pontuações baixas, com uma evidente tendência para o cinismo, para o cepticismo e suspeita das intenções dos outros.

A2: Rectidão

A franqueza, a frontalidade, a sinceridade e a ingenuidade no lidar com os outros são características associadas aos sujeitos que obtêm pontuações elevadas. Pelo contrário, as pontuações baixas denotam pessoas calculistas, com tendência para a manipulação do outro através do elogio ou da chantagem.

A3: Altruísmo

Um resultado elevado nesta escala revela uma preocupação activa pelos outros, que se traduz pela generosidade, filantropia, cortesia mundana, consideração, interesse social, auto-sacrifício e vontade de ajudar. Um baixo valor em A3 será indicador de pessoas mais centradas em si próprias e relutantes em se envolver nos problemas dos outros.

A4: Complacência

Um sujeito com uma pontuação elevada nesta faceta revela uma boa capacidade de aceitação da opinião dos outros, sendo geralmente um indivíduo brando, capaz de inibir a agressividade e com capacidade de perdoar e esquecer. Por outro lado, se a pontuação for baixa, isso indicará uma pessoa agressiva, antagónica, contestatária, competitiva e que não se coíbe de se manifestar com irritação.

A5: Modéstia

O sujeito com elevada pontuação é humilde e pouco preocupado consigo próprio, o que não tem necessariamente que significar uma baixa auto-estima e/ou falta de confiança em si. Uma pessoa arrogante, com uma visão exaltada de si próprio e com tendências narcisistas apresenta, à partida, uma baixa pontuação nesta faceta.

A6: Sensibilidade

Esta escala avalia atitudes de simpatia e de preocupação com os outros. Um resultado elevado é indicador de um indivíduo que se deixa guiar pelos sentimentos, particularmente os de simpatia ao ajuizar os outros. Estas pessoas terão tendência a realçar o lado humano da política social. O sujeito com pontuação baixa considera-se mais realista e racional e não se deixa comover facilmente.

CONSCIENCIOSIDADE (C)

Este domínio pretende avaliar o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo. Num dos extremos da escala encontram-se indivíduos dignos de confiança, escrupulosos, dotados de força de vontade, determinados, enérgicos, pontuais e organizados; enquanto que no outro extremo estão reunidos os sujeitos preguiçosos e descuidados.

As seis facetas que integram a Conscienciosidade são:

C1: Competência

O sujeito com um bom resultado nesta escala é alguém que se sente bem preparado e capaz de lidar com a vida. Inversamente, uma pontuação baixa é reveladora de uma fraca opinião relativamente às próprias aptidões, o que se traduz num sentimento de se estar mal preparado e incapaz de levar a sua vida a avante com sucesso.

C2: Ordem

Num dos pólos desta escala encontramos sujeitos com tendência para manter e preservar o meio que os rodeia limpo e bem organizado. No outro pólo, estão sujeitos com baixa pontuação em C2, revelando dificuldades de organização e descrevendo-se a si mesmos como pouco metódicos.

C3: Obediência ao Dever

Uma elevada pontuação nesta faceta revela um indivíduo que adere estritamente aos seus padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais. Os indivíduos com baixa pontuação, sendo menos rigorosos em relação a estas questões, tornam-se, por vezes, irresponsáveis.

C4: Esforço de Realização

Pontuações elevadas nesta escala são características de pessoas diligentes, com níveis altos de aspiração. São determinadas e têm um sentido de orientação na vida; apresentando níveis de realização elevados e encontrando-se fortemente motivadas para os atingir, correm por vezes o risco de investir excessivamente nas suas carreiras, tornando-se viciadas no trabalho. Quem apresenta valores baixos em C4 são, geralmente, indivíduos sem vigor e talvez mesmo preguiçosos. Não são impulsionados para ter sucesso, têm falta de ambição e podem parecer sem objectivos, mas estão muitas vezes satisfeitos com os seus baixos níveis de realização.

C5: Auto-Disciplina

Entendendo a auto-disciplina como a aptidão para iniciar e concluir uma determinada tarefa, independentemente do factor cansaço ou das distrações, admite-se que uma pontuação elevada signifique que o sujeito em questão revela boa capacidade para se motivar na prossecução de um objectivo. Inversamente, uma baixa pontuação nesta escala será indicadora de sujeitos que ficam mais facilmente prostrados e, perante a frustração, desistem.

C6: Deliberação

Sujeitos com pontuação elevada na faceta de Deliberação revelam tendência a pensar com cautela, a planificar e a ponderar antes de agir. Por oposição, os indivíduos com baixo desempenho nesta escala actuam muitas vezes sem pensar nas consequências – contudo, no seu melhor, são espontâneos e revelam ser capazes de, no momento, tomar decisões perspicazes.

Um aspecto que não pode deixar de estar presente na leitura e interpretação dos resultados do NEO-PI-R é o facto de, na conceptualização deste instrumento, e ao contrário do que acontece noutros inventários da personalidade, não existirem limiares discriminativos ou pontos discriminantes que separem as pontuações consideradas normais daquelas que podem indicar uma psicopatologia: uma pontuação elevada pode ser tão informativa como uma baixa. Em si mesmas, as pontuações brutas deste inventário não têm significado, só ganhando sentido quando comparadas com as respostas de outros sujeitos. As normas publicadas têm, por conseguinte, o objectivo de servirem como grupo-padrão de referência (Lima, 1997).

O NEO-PI-R fornece material que permite diferentes possibilidades de interpretação, que pode ser esquematizado, em termos de sequência de profundidade, da seguinte forma:

1º) Descrição global da personalidade: os cinco factores;

2º) Descrição pormenorizada da personalidade: as trinta facetas;

3º) Descrição da personalidade por uma análise bidimensional.

O procedimento de cotação do NEO-PI-R é bastante simples, obedecendo a uma matriz de cálculo, onde são somadas as pontuações dos oito itens correspondentes a cada faceta, obtendo-se assim os valores que correspondem às trinta facetas que o constituem. Por último, são somados os valores encontrados para os conjuntos de seis facetas que integram um domínio, resultando dessa soma a pontuação de cada um dos cinco factores/domínios.

Para além do procedimento de cotação atrás referido, este instrumento exige apenas que se tenha em atenção alguns critérios de validação do questionário, que caso não sejam cumpridos obrigam à invalidação do mesmo.

No que respeita às condições de administração do NEO-PI-R, parece-nos importante referir que este pode ser administrado sob a forma S, que é a forma de auto-avaliação (*Self-Report*), ou a forma R, de hetero-avaliação (*Observer Rating*), em que esta pode ser feita por observadores, profissionais ou não. Quanto às restantes condições de administração, este instrumento é de fácil aplicação, desde que sejam respeitadas as condições básicas para a prática de uma avaliação psicológica.

3.3. PROCEDIMENTO

O desenho experimental deste estudo foi significativamente simplificado pelo facto do principal instrumento utilizado, o NEO-PI-R, estar aferido para a população portuguesa, pois existindo valores normativos para a população nacional pudemos prescindir de ter um grupo de controlo.

Sendo um estudo exploratório, assumimos que a nossa amostra teria que ter número suficiente para efeitos de validação estatística ($N \geq 30$), mas conhecendo a realidade desta população específica – mulheres inférteis -, bem como as dificuldades inerentes a uma recolha de dados junto a ela, esse foi o único limite numérico que impusemos a nós mesmos para avançar com a investigação... Esperando, contudo, conseguir ultrapassar esse número, o que acabou por acontecer.

A recolha da amostra para esta investigação foi realizada na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, entre Janeiro e Julho de 2001. A escolha desta instituição como local de recolha prendeu-se a questões de conveniência processual, e ao facto da Consulta de Infertilidade da Maternidade ser uma das principais neste campo.

A amostra foi recolhida em duas consultas distintas: a Consulta de Infertilidade (mais especificamente na Unidade de Fertilização *In Vitro*) e a Consulta de Psicologia.

Numa primeira fase, a abordagem foi feita por psicólogas do Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade, que durante as consultas de Psicologia convidavam as pessoas a participar na investigação, respondendo aos questionários. Contudo, devido a vários factores, nomeadamente ao tempo exigido para o preenchimento dos mesmos e à indisponibilidade para esta função por parte dos técnicos, devido ao serviço do Departamento, este processo de recolha mostrou-se pouco eficaz.

Assim, numa segunda fase, este processo passou a ser da responsabilidade de uma técnica externa à Maternidade, cuja única função era a recolha desta amostra. A partir de então, a amostra passou a ser recolhida, tanto no Departamento de Psicologia Clínica, enquanto os utentes aguardavam pelas respectivas consultas, como na já referida Unidade F.I.V., sendo aproveitados igualmente os tempos de espera.

O convite a participar era feito directamente pela técnica supra citada, que explicitava tratar-se de uma investigação na área da infertilidade, em colaboração com o Instituto Superior de Psicologia Aplicada e o Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade, passando a participação dos sujeitos pelo preenchimento de questionários. Apesar de ser sempre veiculada esta informação, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, o protocolo dispunha também de uma folha de rosto (ANEXO C) onde estavam escritas essas mesmas informações.

Os protocolos eram constituídos por um *Questionário de Caracterização da Amostra* e pelo *NEO-PI-R*, sendo de auto-preenchimento, embora estivesse sempre presente a técnica para responder a qualquer dúvida que pudesse surgir. O tempo dispendido por cada sujeito para a execução desta tarefa rondou, em média, os 60 minutos.

Foram passados protocolos a todos os casais ou mulheres que se disponibilizaram para tal, sendo a selecção da amostra feita posteriormente, através dos dados recolhidos, e de acordo com os critérios que previamente havíamos estabelecido (*ver sub-capítulo 3.4*).

Ainda no que respeita ao procedimento de recolha da amostra, parece-nos importante referir que, apesar deste estudo apenas visar a população infértil feminina, os protocolos foram também administrados à população masculina.

Esta opção deveu-se a dois factores de natureza distinta. Por um lado contemplou o facto de nos parecer mais benéfico abordar o casal, pois ao implicar os dois elementos no preenchimento dos questionários, evitavam-se interferências de parte a parte na execução desta tarefa, eliminando uma possível contaminação das respostas. Por outro lado, tendo nós conhecimento prévio da dificuldade inerente à recolha de amostras em populações tão específicas como o é a população infértil, pareceu-nos que seria uma optimização de tempo e de recursos para investigações futuras, uma vez que a infertilidade masculina é também uma área do nosso interesse, estando ainda muito por explorar.

Terminada a fase de recolha de dados junto da população da nossa amostra, seguiu-se a cotação do NEO-PI-R e a sistematização da informação contida no questionário de caracterização. O tratamento e análise dos dados foi a fase metodológica seguinte, e para tal recorreremos ao Teste *t* de Student, para cada um dos domínios e facetas do NEO-PI-R, o que permitiu a comparação dos resultados da amostra deste estudo com os valores normativos para a população portuguesa, aferindo da existência de diferenças significativas entre ambas (ANEXO D). O software estatístico utilizado foi o *SPSS 10.0 para MS Windows*®.

3.4. AMOSTRA

3.4.1. Critérios de Selecção da Amostra

Dados os objectivos desta investigação, os critérios de inclusão na amostra centraram-se na questão da infertilidade: foi estabelecido que fariam parte da amostra todas as mulheres que tivessem uma infertilidade diagnosticada como *Infertilidade Feminina*, ou como *Infertilidade Desconhecida*.

O ideal teria sido poder incluir apenas as mulheres com uma infertilidade identificadamente feminina, contudo, dada a dificuldade inerente à recolha desta amostra, pela sua especificidade, optámos por incluir também os casos em que a infertilidade não estava identificada, de modo a poder constituir um grupo numericamente mais interessante e trabalhável do ponto de vista estatístico.

As infertilidades não identificadas, que designámos por *desconhecidas* abrangem duas situações diferentes: as mulheres em que, tendo já passado por todo o processo médico, não foi identificado qualquer distúrbio orgânico que possa ser reconhecido como causa da infertilidade, passando esta a ser considerada uma infertilidade psicogénea; e as mulheres que ainda se encontram a completar essa bateria de exames, e que até ao momento ainda nenhum factor orgânico foi identificado em qualquer dos elementos do casal, não significando que tal não possa vir a acontecer. Esta questão será sempre uma fragilidade passível de apontar a esta investigação, mas acabou por ser esta a nossa opção metodológica, pesados os custos e os benefícios da mesma.

Os critérios de exclusão aplicados a esta amostra centravam-se unicamente na exclusão dos casos em que a infertilidade era identificada com *Masculina*, ou como *Mista*, pois nesses casos há uma óbvia interferência de factores respeitantes ao elemento masculino, que não se integra no nosso objecto de estudo.

3.4.2. Caracterização da Amostra

A nossa amostra é constituída por 50 mulheres inférteis, utentes da Consulta de Infertilidade da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Pela informação obtida através do Questionário de Caracterização da Amostra, foi-nos possível constatar que se trata de uma população bastante heterogénea, como veremos de seguida.

No que respeita à **Idade**, aferimos que a média etária da nossa amostra situa-se nos 33,5 anos (dp.3,51), distribuída entre os limites, mínimo e máximo, de 25 e 40 anos, respectivamente.

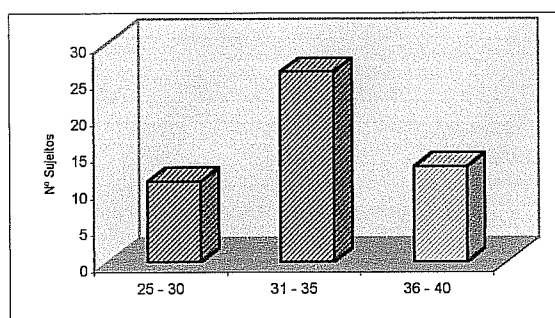


Gráfico 1 – Idade

Relativamente à **Nacionalidade** e à **Raça** das mulheres observadas, verifica-se uma grande homogeneidade, ao contrário do que se passa com as outras variáveis demográficas. Assim, toda a nossa amostra é de nacionalidade portuguesa e de raça caucasiana, à excepção de um único elemento que, sendo portuguesa, é de origem indiana.

No que se refere à **Religião**, as mulheres da nossa amostra assumem-se, na sua grande maioria, como pertencentes à religião Católica (86%), havendo apenas uma mulher Muçulmano-Ismaelita (2%), e uma Agnóstica (2%). Os restantes 10% da amostra não responderam a esta questão.

No que respeita às *Habilitações Literárias*, há uma predominância de mulheres com o Ensino Secundário (48%), seguidas por aquelas que concluíram uma Licenciatura (24%). Com o Ensino Preparatório temos 14% da amostra, com Bacharelato 8%; uma mulher tem um Curso Técnico-Profissional (2%), e duas apenas concluíram o Ensino Primário (4%).

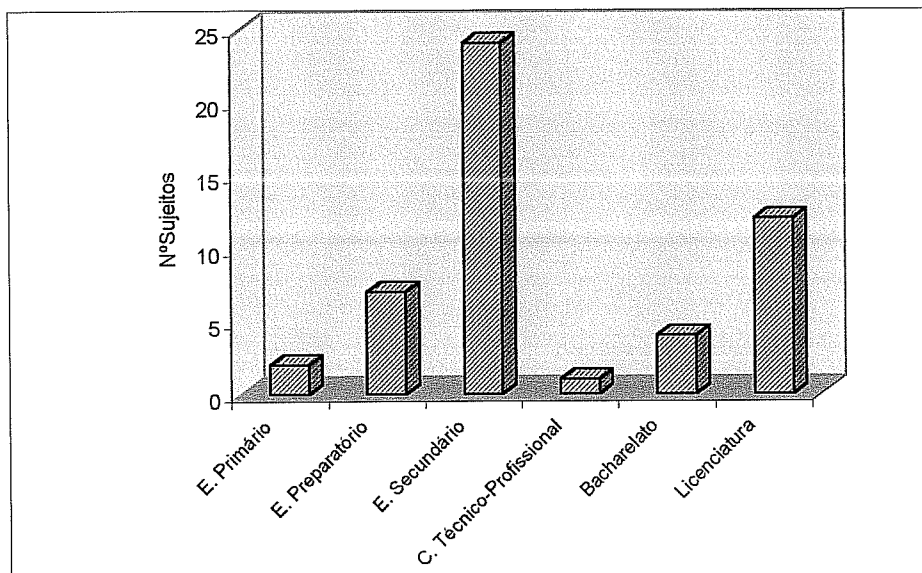


Gráfico 2 – Habilitações Literárias

Com base nas habilitações literárias e nas profissões das mulheres da nossa amostra (ANEXO E), e em conformidade com a classificação adoptada de Almeida (1988) (ANEXO F), verificámos que na distribuição da amostra por *Níveis Socio-Económicos*, predominavam os níveis socio-económicos médio (50%) e baixo (42%), como podemos ver na figura que se segue.

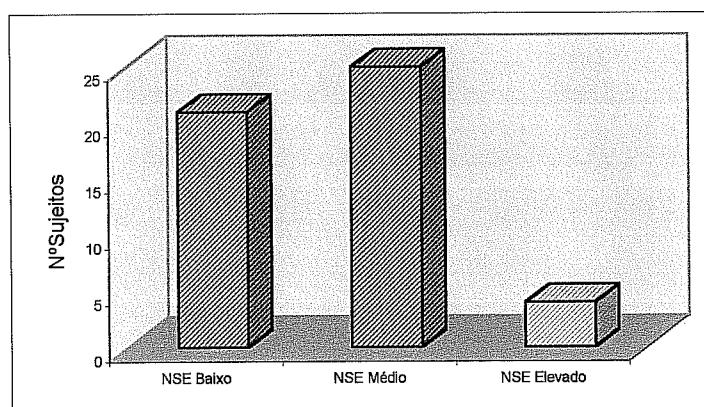


Gráfico 3 – Níveis Socio-Económicos

No que respeita à *relação das mulheres da nossa amostra com os seus companheiros*, fomos aferir da *duração* destas relações. Verificámos que a duração média destas relações é de 9,7 anos (dp.3,546), sendo de 3 anos a relação mais recente, e de 20 anos a mais longa. A sua distribuição por classes temporais está apresentada na figura seguinte. Não obtivemos resposta a esta questão em cinco questionários.

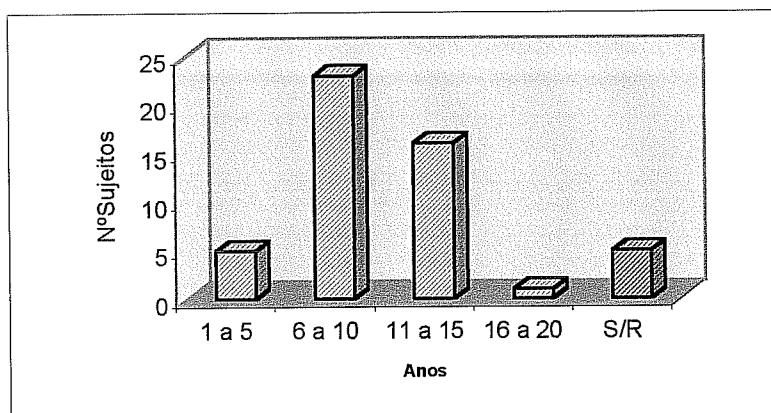


Gráfico 4 – Duração da Relação com o Companheiro

Ao entrarmos nas variáveis relativas à questão da infertilidade, começámos por averiguar *há quanto tempo estes casais estavam a tentar engravidar*, e verificámos que era de 6,6 anos o tempo médio (dp.3,53), variando entre o limite mínimo de 2 anos e o limite máximo de 16 anos nesta tentativa.

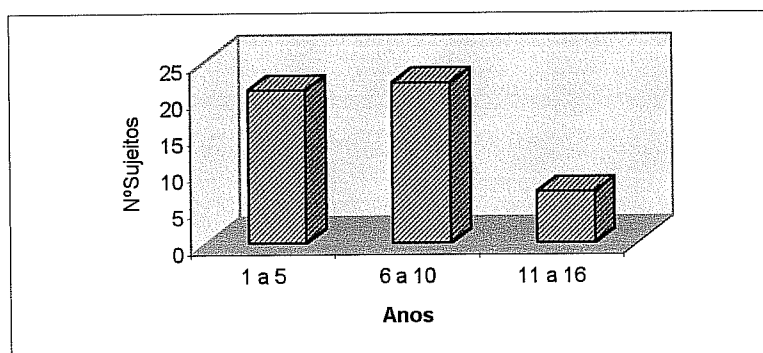


Gráfico 5 – Tempo a Tentar Engravidar

No que respeita ao *tempo de diagnóstico de infertilidade*, a média é ligeiramente inferior – 5,4 anos (dp.3,53)–, sendo de 7 anos o tempo mínimo de diagnóstico, e de 15 anos o tempo máximo. O facto de haver oito questionários sem resposta a esta questão, pode explicar a discrepância entre este tempo e o tempo mínimo a tentar engravidar.

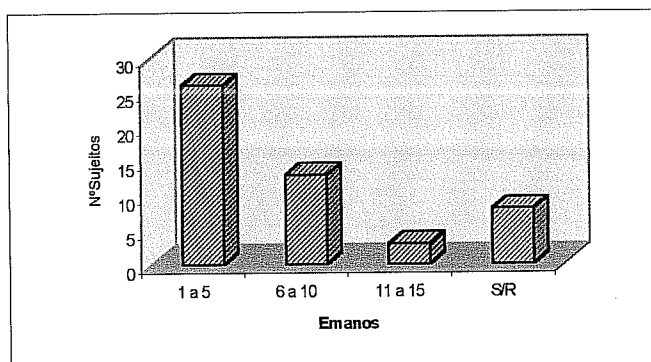


Gráfico 6 – Tempo de Diagnóstico de Infertilidade

Quanto ao *Tipo de Infertilidade*, que identifica o elemento do casal a quem é atribuída a infertilidade, 52% das mulheres da nossa amostra identificavam a sua infertilidade como sendo Feminina; para os restantes 48%, o tipo da sua infertilidade ainda é desconhecido.

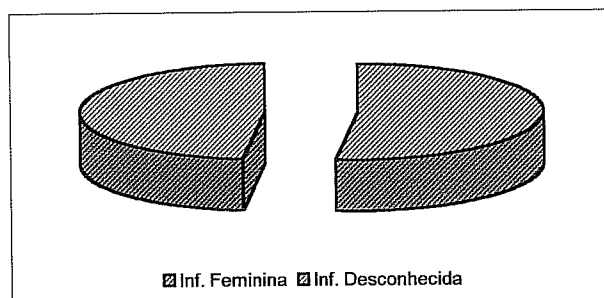


Gráfico 7 – Tipo de Infertilidade

A *Causa de Infertilidade* (que respeita à razão orgânica identificada como estando na origem do problema) é desconhecida para 62% da amostra, e identificada para os restantes 38%.

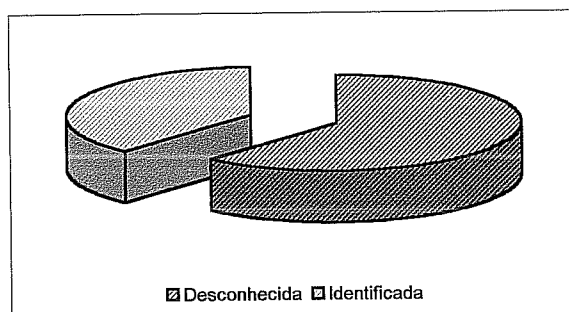


Gráfico 8 – Causa de Infertilidade

Agrupámos as diferentes causas identificadas para a infertilidade em *Factores de Infertilidade* (ANEXO G), de acordo com a categorização feita por Lletget e Padró (1998). No gráfico seguinte, podemos observar uma ligeira predominância do factor ovulatório (14%), que integra todos os transtornos da ovulação, seguido de muito perto pelos transtornos que afectam a função das trompas, constituindo o factor tubário (12%). O factor uterino, que é composto nesta amostra pelas situações de endometriose, é o de menor expressão (8%).

A categoria *Outros* (4%), foi criada para a inclusão de duas situações indefinidas: uma cirurgia não especificada, e uma situação cuja resposta como causa de infertilidade é “uma trompa”, o que, sem mais informações não permite a compreensão da mesma. O gráfico reforça, contudo, o facto de 62% da amostra ter causa de infertilidade desconhecida.

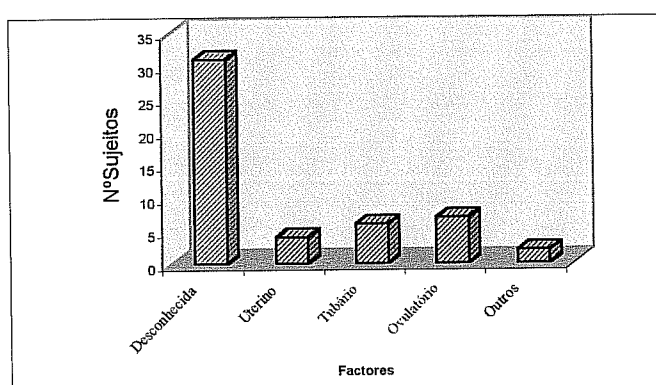


Gráfico 9 – Factores de Infertilidade

No que respeita à realização de *tratamentos de infertilidade*, verificámos que a grande maioria da nossa amostra (78%) não realizou tratamentos para a infertilidade. Este facto poderá ser consequência de, como vimos anteriormente, para a maioria da amostra a causa

da sua infertilidade ser desconhecida, o que torna menos provável o recurso a tratamentos médicos específicos, que visam transtornos orgânicos específicos.

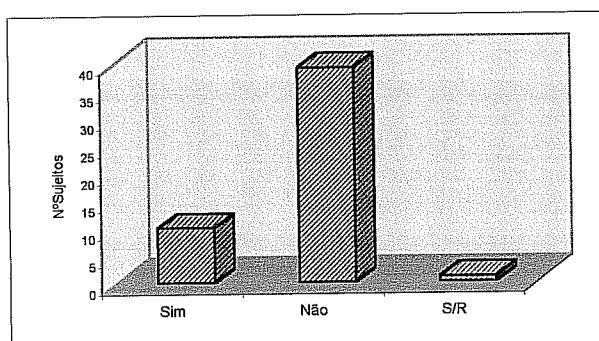


Gráfico 10 – Realização de tratamentos para a infertilidade

Quanto à *história gravídica* destas mulheres, fomos averiguar se já tinha havido alguma gravidez, se tinha sido *espontânea* ou *medicamente assistida*. O gráfico seguinte mostra que 68% destas mulheres nunca estiveram grávidas, enquanto as restantes, embora não tivessem levado a gravidez a seu termo, já tinham engravidado pelo menos uma vez. Quanto ao tipo de gravidez, destas dezasseis mulheres que engravidaram, nove tiveram gravidez espontânea (18% da amostra total) e as restantes sete engravidaram através de processos de reprodução medicamente assistida (14% da amostra total).

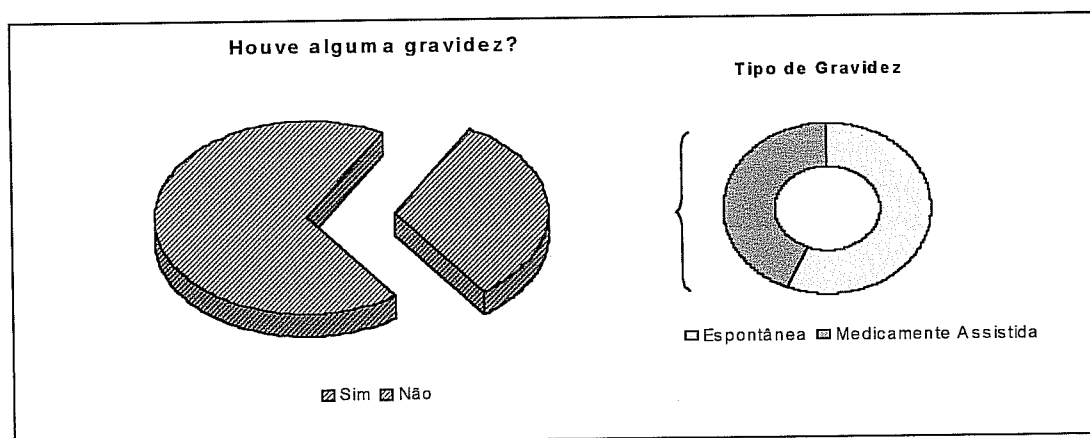


Gráfico 11 – Ocorrência e Tipo de Gravidez

Podemos acrescentar ainda que, das mulheres que já haviam estado grávidas, catorze tinham tido uma única gravidez, e duas já tinham tido duas situações de gravidez. Em média as gravidezes haviam ocorrido há 4,1 anos, tendo a gravidez mais recente acontecido há cerca de 4 meses, e a mais antiga há 9 anos.

Por último, em termos da caracterização da nossa amostra, verificámos que a **existência de filhos de relações anteriores** apenas acontecia em 14% dos casos, e em todos eles era o elemento masculino quem tinha um filho.

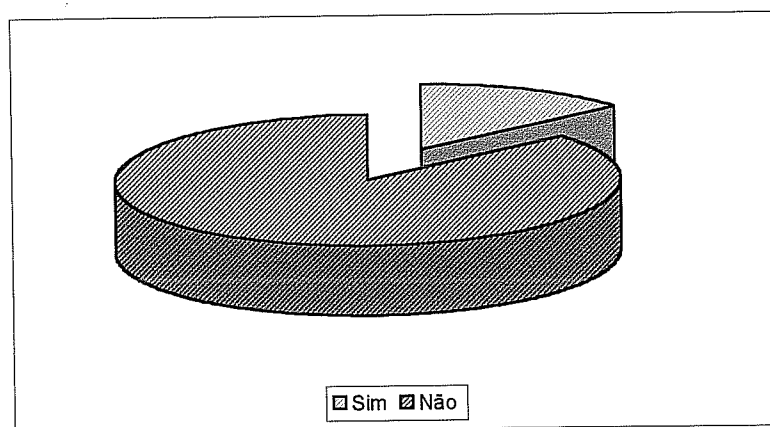


Gráfico 12 – Existência de filhos de relações anteriores



IV- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo passaremos a apresentar os resultados que obtivemos na nossa investigação, a partir do procedimento de validação estatística anteriormente enunciado, e que visava a comparação dos resultados obtidos para a amostra em estudo – nos cinco domínios e trinta facetas do NEO-PI-R – com aos valores normativos para a população portuguesa. No ANEXO H encontram-se os valores normativos para a população feminina portuguesa que se enquadra na faixa etária dos 21 aos 84 anos (grupo onde se insere a totalidade da nossa amostra).

A leitura dos resultados do NEO-PI-R como um todo é desaconselhada pelos próprios autores do inventário, que afirmam poder ser extremamente complicado dar um sentido conjunto às trinta facetas que o constituem (Lima, 1997). Assim, a sugestão dos mesmos é que se parta de uma análise domínio a domínio, que poderá ser complementada pela análise das relações entre algumas facetas.

Pretendendo nós fazer um mapeamento da estrutura da personalidade do grupo de mulheres inférteis em estudo, fizemo-lo seguindo diferentes níveis de análise do material interpretativo que o inventário nos fornece. Assim, partindo do mais geral e abrangente para o mais particular e específico, começaremos por fazer uma descrição global da personalidade, através dos cinco domínios; de seguida, passaremos a uma descrição mais pormenorizada, com base na informação retirada das trinta facetas; por último, faremos uma análise da informação cruzada de alguns dos domínios considerados, o que nos facultará uma visão complementar do plano afectivo, do plano interpessoal, dos interesses vocacionais, dos padrões de actividade e o estudo das atitudes e das dimensões básicas de carácter.

Contudo, antes de partirmos para uma análise qualitativa dos resultados obtidos para a nossa amostra, pensamos ser importante fazer uma apresentação sintética dos resultados quantitativos a que chegámos, para assim facilitar uma primeira noção das diferenças estatisticamente significativas que encontrámos, em relação aos valores normativos.

Para tal, procedemos à elaboração de um quadro (Quadro 8) onde inserimos, para todos os domínios e facetas do NEO-PI-R, o valor normativo encontrado para a população portuguesa, a média encontrada para o grupo de mulheres em estudo, o respectivo desvio padrão, o valor de p que decorre do Teste t de Student e o nível de significância alcançado.

A respeito dos níveis de significância, a designação que utilizaremos é a seguinte:

Valor de p	Nível de Significância
$p \leq 0,01$	Diferenças muito significativas (* * *)
$0,01 < p \leq 0,05$	Diferenças significativas (* *)
$0,05 < p \leq 0,10$	Diferenças tendencialmente significativas (*)
$P > 0,1$	Diferenças Não-Significativas (NS)

Quadro 7 – Níveis de Significância Estatística

Na página seguinte, apresentamos então o quadro com os resultados obtidos neste estudo, a partir dos quais avançamos para a tentativa de traçar um esboço do perfil de personalidade para o nosso grupo de mulheres inférteis.

	V. Norm.	Média	Des. Pad.	Valor p	Sig.
N – Neuroticismo	98,7	94,50	18,55	0,116	NS
N1: Ansiedade	20,3	19,78	4,11	0,376	NS
N2: Hostilidade	14,9	13,52	3,24	0,004	***
N3: Depressão	16,9	15,24	5,07	0,025	**
N4: Auto-Conscienciosidade	16,7	16,20	4,56	0,442	NS
N5: Impulsividade	15,8	16,54	3,49	0,140	NS
N6: Vulnerabilidade	13,7	13,22	3,93	0,393	NS
E – Extroversão	103,3	104,14	17,37	0,734	NS
E1: Cordialidade	21,8	22,36	3,35	0,243	NS
E2: Gregariedade	16,5	15,98	3,92	0,353	NS
E3: Assertividade	13,2	14,50	4,56	0,049	**
E4: Actividade	16,9	16,98	3,59	0,876	NS
E5: Procura de Excitação	16,6	15,86	3,19	0,108	NS
E6: Emoções Positivas	18,1	18,46	4,06	0,534	NS
O – Abertura à Experiência	106,7	110,42	16,38	0,115	NS
O1: Fantasia	17,0	17,18	4,02	0,753	NS
O2: Estética	20,3	19,98	4,65	0,629	NS
O3: Sentimentos	19,3	20,02	3,29	0,128	NS
O4: Acções	16,2	16,82	2,88	0,135	NS
O5: Ideias	16,3	17,66	4,41	0,034	**
O6: Valores	17,5	18,76	2,99	0,004	***
A – Amabilidade	121,8	123,86	12,27	0,241	NS
A1: Confiança	18,5	19,42	3,33	0,056	*
A2: Rectidão	19,5	19,96	3,48	0,355	NS
A3: Altruísmo	22,3	23,66	2,79	0,001	***
A4: Complacência	19,3	18,96	3,42	0,485	NS
A5: Modéstia	20,5	20,00	3,02	0,247	NS
A6: Compassividade	21,5	21,86	2,77	0,363	NS
C – Conscienciosidade	120,0	124,28	13,41	0,029	**
C1: Competência	19,7	20,88	3,02	0,008	***
C2: Ordem	19,4	19,92	3,93	0,354	NS
C3: Dever	23,2	23,56	2,89	0,382	NS
C4: Luta pela Realização	19,7	20,62	3,61	0,078	*
C5: Auto-Disciplina	19,2	20,70	3,72	0,006	***
C6: Deliberação	18,4	18,60	3,06	0,646	NS

Quadro 8 – Resumo dos Resultados da Análise Estatística

4.1. O primeiro nível de análise: Os Domínios

O primeiro passo na interpretação dos perfis fornecidos pelo NEO-PI-R consiste na análise das escalas correspondentes aos cinco domínios, para compreender a personalidade a um nível mais global. Será exactamente por este passo que iremos começar a apresentação dos resultados obtidos para a nossa amostra de mulheres inférteis.

Para facilitar uma apreensão mais imediata do perfil encontrado para a amostra em estudo, no que respeita aos valores e ao posicionamento relativo de cada um dos domínios - *Neuroticismo*, *Extroversão*, *Abertura à Experiência*, *Amabilidade* e *Conscienciosidade* -, bem como para uma primeira comparação com o perfil normativo da população feminina portuguesa, optámos pela seguinte representação gráfica:

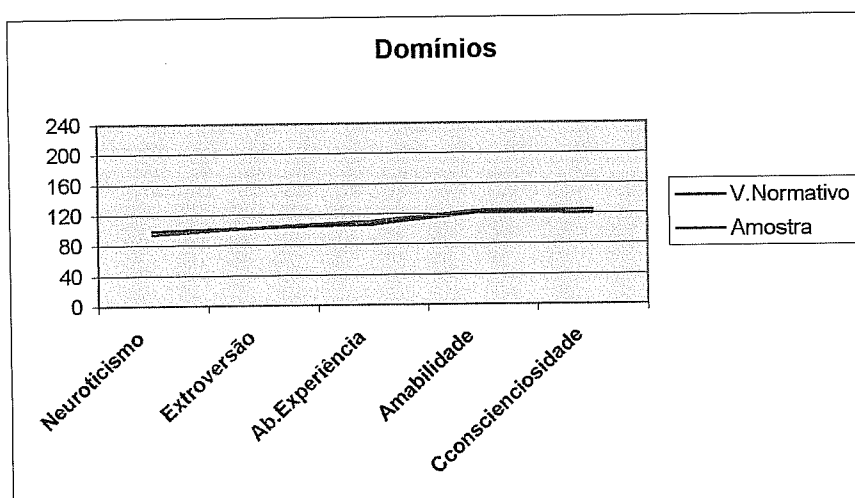


Gráfico 13 – Perfil Comparativo dos Cinco Domínios

Da observação do gráfico, constata-se que os valores dos cinco domínios se encontram em torno do valor mediano da escala (120), embora os domínios da *Abertura à Experiência* (110,4), da *Extroversão* (104,1) e do *Neuroticismo* (94,5) se afastem mais deste, apresentando o *Neuroticismo* o valor mais baixo.

De constatação imediata é também a semelhança entre ambos os perfis – o da nossa amostra inférteis e o resultante dos valores normativos da população portuguesa. De facto, dos cinco domínios que constituem o NEO-PI-R, apenas a *Conscienciosidade (C)* revelou, comparativamente com a população portuguesa, uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,029$), obtendo a nossa população um resultado superior ao valor normativo.

Este domínio pretende avaliar o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo. Os valores obtidos indicam, assim, que a nossa amostra é composta por mulheres que são mais escrupulosas, dotadas de força de vontade, determinadas, enérgicas, pontuais e organizadas.

Em termos globais da personalidade, foi somente nos aspectos acima referidos que a população da nossa amostra se diferenciou da população normativa. Para uma análise mais fina dos resultados que obtivemos, passaremos ao segundo nível de aprofundamento do material interpretativo do NEO-PI-R, e que se centrará na análise dos valores encontrados nas facetas que constituem cada um dos domínios.

4.2. O segundo nível de análise: As Facetas

As pontuações obtidas, ao nível das escalas das facetas, proporcionam uma análise mais pormenorizada, uma vez que possibilitam a medição de traços específicos de cada domínio.

De acordo com Costa e McCrae (1991), existem duas razões primordiais pelas quais é importante que se faça a exploração dos traços de nível inferior: a primeira, porque

forneem uma base conceptual mais clara para os cinco factores; a segunda, porque eles próprios representam diferenças individuais importantes.

Começando pelas facetas que constituem o único domínio em que a nossa amostra é significativamente diferente da população normativa – *Conscienciosidade* –, verificamos que ao analisá-las se torna realmente mais clara a forma como essa diferença se manifesta. Deste modo, há que assinalar desde já o facto de haver, no conjunto das seis facetas que constituem este domínio, três diferenças estatísticas a registar.

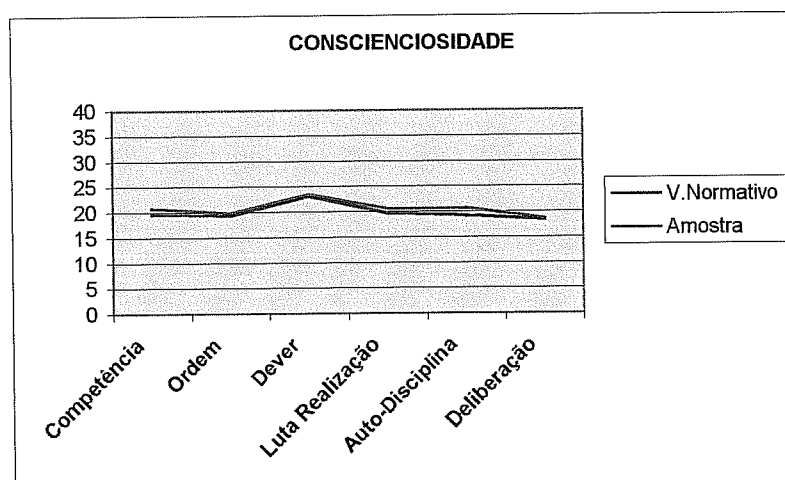


Gráfico 14 – Perfil comparativo das facetas da Conscienciosidade

Assim, neste domínio, as escalas reveladoras de diferenças estatisticamente significativas são a *Competência* e a *Auto-Disciplina*. A faceta da *Luta pela realização*, não apresentando uma diferença significativa do ponto de vista estatístico, revela uma tendência superior.

CI: Competência ($p = 0,008$) – diferença muito significativa

A amostra revela, em relação ao valor normativo, uma superioridade significativa, o que é indicador de mulheres que se sentem bem preparadas e capazes de lidar com a vida, com sensibilidade e eficácia.

C5: Auto-Disciplina ($p = 0,006$) – *diferença muito significativa*

O valor encontrado para esta escala revela, em relação à média da população nacional, uma muito boa capacidade por parte das mulheres em estudo para se motivarem na prossecução de um objectivo, independentemente do factor cansaço ou das distrações. São, portanto, mais persistentes.

C4: Luta pela realização ($p = 0,078$) – *diferença tendencial*

Com uma diferença estatística menos expressiva, deste resultado apenas podemos inferir de uma ligeira tendência para que as mulheres desta amostra sejam, comparativamente à população portuguesa em geral, mais diligentes, com níveis altos de aspiração, determinadas e com um sentido de orientação na vida. Atraídas pelo êxito, tendem a apresentar níveis de realização elevados e encontrar-se fortemente motivadas para os atingir, correndo por vezes o risco de investir excessivamente nas suas carreiras, podendo mesmo tornarem-se viciadas no trabalho.

No que respeita às restantes facetas da Conscienciosidade (*Ordem, Dever e Deliberação*), os valores encontrados para a amostra em estudo estão a par dos valores normativos.

Das escalas que constituem o domínio do *Neuroticismo (N)*, a *Auto-Conscienciosidade*, a *Impulsividade* e a *Vulnerabilidade*, também não apresentaram valores diferentes da população portuguesa em geral. Nas facetas da *Hostilidade* e *Depressão*, contudo, as diferenças foram estatisticamente significativas.

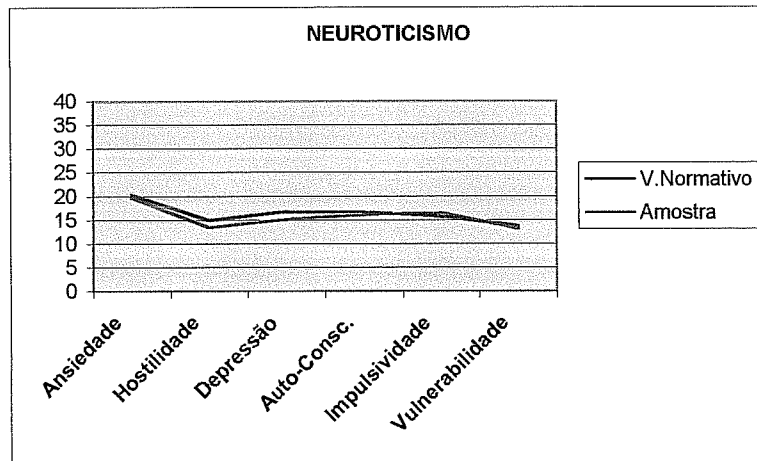


Gráfico 15 – Perfil comparativo das facetas do Neuroticismo

N2: Hostilidade ($p = 0,004$) – diferença muito significativa

O grupo de mulheres em estudo revela um valor abaixo do valor normativo, significando isso que são mais amigáveis, com um temperamento mais moderado, e que dificilmente se ofendem ou zangam.

N3: Depressão ($p = 0,025$) – diferença significativa

O resultado nesta escala revela-se inferior ao valor normativo, o que é indicativo de indivíduos mais confiantes, otimistas, esperançosos, para quem a vida faz sentido e vale a pena, e que raramente experimentam sentimentos negativos, como a tristeza.

No NEO-PI-R, a **Extroversão (E)** é o domínio que abrange a quantidade e intensidade das relações interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria.

Enquanto domínio, a *Extroversão* da nossa amostra não se diferenciou da norma nacional e, ao nível das suas facetas, das seis escalas que formam esta dimensão - *Cordialidade*, *Gregariedade*, *Assertividade*, *Actividade*, *Procura de Excitação* e *Emoções Positivas* –

apenas o valor encontrado para a *Assertividade* não se enquadra no da população portuguesa em geral.

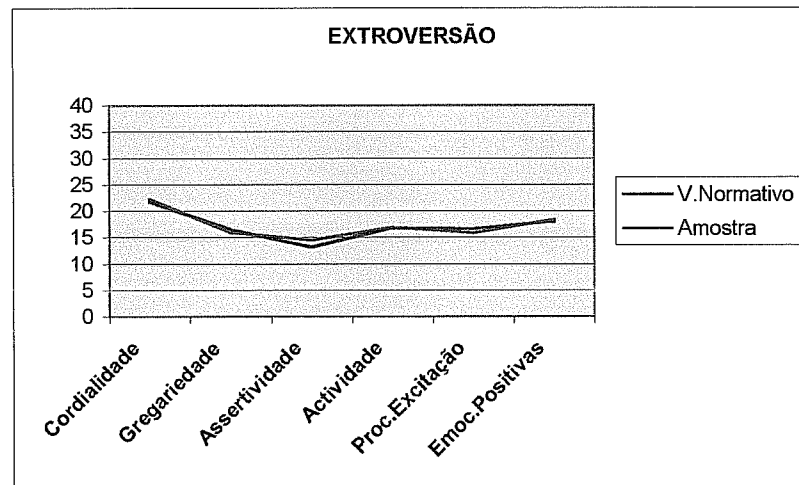


Gráfico 16 – Perfil comparativo das facetas da Extroversão

E3: Assertividade ($p = 0,049$) – diferença significativa

Nesta faceta, a nossa amostra de mulheres inférteis revela-se acima do valor normativo, o que é indicativo de se tratarem de mulheres dominantes, com ascendência social, força de vontade, confiantes e decididas.

A dimensão da *Abertura à Experiência (O)*, que remete para a procura proactiva, para a apreciação da experiência por si própria, para a tolerância e exploração do não-familiar, também não apresentou diferença significativa enquanto domínio. Contudo, das seis escalas que a constituem (*Fantasia, Estética, Sentimentos, Acções, Ideias e Valores*), duas registaram valores significativamente diferentes da população normativa:

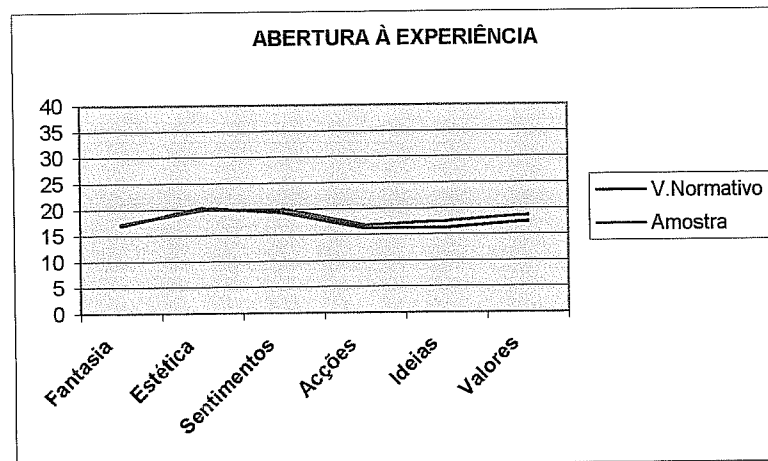


Gráfico 17 – Perfil comparativo das facetas da Abertura à Experiência

O5: Ideias ($p = 0,034$) – diferença significativa.

Nesta escala, este grupo de mulheres apresenta um valor médio acima do encontrado para a população normativa, o que denota uma maior curiosidade intelectual, com vontade e capacidade de considerar novas ideias. São mais orientadas teoricamente, analíticas em relação ao que as rodeia e apreciam argumentos filosóficos.

O6: Valores ($p = 0,004$) – diferença muito significativa.

Os resultados também aqui se apresentam significativamente superiores ao valor normativo, o que é indicativo de um grupo de mulheres com “horizontes largos”, mais tolerantes, não-conformistas e com uma maior “abertura de espírito”.

Em termos deste domínio, pelas escalas que se destacam da norma, podemos identificar na nossa amostra a tendência para a abertura a experiências do foro cognitivo, uma maior tolerância ao que é novo e diferente, e algum desapego relativamente aos valores sociais, políticos e religiosos mais conservadores.

Por último, no que concerne à *Amabilidade (A)*, também não se verificou uma diferença digna de registo enquanto domínio. No entanto, mais uma vez, ao nível das facetas que o constituem, algumas diferenças surgiram com significância.

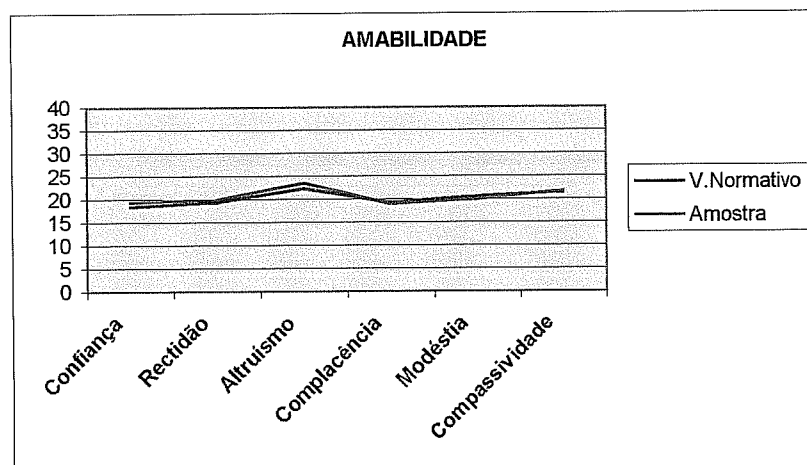


Gráfico 18 – Perfil comparativo das facetas da Amabilidade

A1: Confiança ($p = 0,056$) – *diferença tendencial*

Os resultados revelam-se tendencialmente acima do valor normativo, o que é indicativo de indivíduos que atribuem com maior facilidade intenções benévolas aos outros, considerando-os honestos e bem intencionados

A3: Altruísmo ($p = 0,001$) – *diferença muito significativa*

A amostra em estudo revela, também aqui, resultados significativamente superiores ao valor normativo, o que aponta para uma maior preocupação activa pelos outros, traduzida pela generosidade, filantropia, cortesia mundana, consideração e interesse social. São mulheres socialmente interessadas e orientadas.

Depois de termos percorrido todos os domínios e facetas do NEO-PI-R, passaremos ao terceiro e último nível de análise do material interpretativo fornecido por este inventário da personalidade.

4.3. O terceiro nível de análise: Bidimensional

Uma outra estratégia de interpretação dos dados obtidos consiste em considerar pares de domínios, num plano bidimensional, que correspondem em muitos casos, a áreas particulares da vida.

As combinações dimensionais que mais têm sido estudadas remetem para os planos afectivo e interpessoal, para os interesses vocacionais, para os padrões de actividade, bem como para o estudo das atitudes e das dimensões básicas do carácter (Lima, 1997).

Plano afectivo

De acordo com os estudiosos da personalidade, do cruzamento do domínio do *Neuroticismo* com o domínio da *Extroversão*, poderão encontrar-se os estilos emocionais básicos dos sujeitos.

Assim, em relação à amostra em estudo, poderemos inferir que o estilo emocional destas mulheres inférteis se distingue do estilo da população normativa por ser menos hostil, menos deprimido e mais assertivo. Ou seja, em termos emocionais, esta amostra parece caracterizar-se por ser mais amigável, bem disposta, optimista, dominante, confiante e decidida.

Plano interpessoal

O plano interpessoal pode ser inferido, principalmente, a partir de duas dimensões: a *Amabilidade* e, novamente, a *Extroversão*.

Cruzando estes domínios, o que podemos referir a respeito deste plano da nossa amostra é que, na relação com os outros, as mulheres em estudo fogem à norma por serem mais assertivas, mais confiantes e mais altruístas. Ou seja, poderemos considerar que são mulheres que se sentem bem na relação interpessoal, que têm ascendência social e sabem lidar com os outros de forma positiva.

Interesses vocacionais

Os interesses vocacionais, de acordo com os autores do NEO-PI-R, revelam-se pela relação que surja entre o domínio da *Abertura à experiência* e a *Extroversão*.

Se assim é, no que respeita à vertente mais profissional, as mulheres da nossa amostra serão intelectualmente curiosas e não acomodadas, apresentam um espírito aberto e tolerante, aliando a uma visão alargada das coisas a assertividade, que lhes poderá permitir alcançar os seus objectivos.

Padrões de actividade

As dimensões da *Extroversão* e da *Conscienciosidade* são as que remetem mais directamente para os padrões de actividade dos indivíduos. No caso do conjunto de mulheres em estudo, este padrão poderá caracterizar-se pela sua competência, disciplina e esforço de realização, a que se junta a assertividade já referida nos outros planos. Serão, portanto, mulheres com um alto nível de eficácia nas tarefas a que se propõem, parecendo ser bastante exigentes consigo próprias.

Estudo das atitudes

As atitudes traduzem-se no NEO-PI-R, de um modo geral, pela análise conjunta das escalas da *Abertura à experiência* e da *Amabilidade*. Desta forma, podemos atribuir às mulheres da nossa amostra um conjunto de atitudes que se caracterizará, principalmente, pela abertura de ideias, tolerância, inconformismo, aliadas à confiança e vontade de estar com o outro.

Dimensões básicas do carácter

Por último, se nos centrarmos na bidimensionalidade *Amabilidade-Conscienciosidade*, que os autores consideram ser a que remete para as dimensões básicas do carácter, deparamo-nos com um conjunto de mulheres inférteis que, comparativamente à população normativa, serão mais competentes, mais disciplinadas, que lutam mais pela sua própria realização, sendo ao mesmo tempo confiantes e exímias no estar social.



V- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Partimos para este estudo à procura de traços de personalidade característicos das mulheres inférteis que as diferenciassem da restante população feminina.

Da análise dos dados recolhidos, apresentada no capítulo precedente, constatámos essas diferenças, estatisticamente significativas ao nível dos traços de personalidade no domínio da *Conscienciosidade*, bem como das facetas de Hostilidade e de Depressão no domínio do *Neuroticismo*, da Assertividade no domínio da *Extroversão*, das Ideias e dos Valores no domínio da *Abertura à Experiência* e, finalmente, do Altruísmo e da Confiança no domínio da *Amabilidade*.

Destas diferenças sobressai um perfil de personalidade que caracteriza as mulheres em estudo como sendo dinâmicas, determinadas, empreendedoras, ambiciosas, competitivas mas não hostis, perseverantes na conquista dos seus objectivos, e que, de um modo geral, se sentem bem preparadas e confiantes para lidar com a vida de forma muito positiva, em especial na esfera interpessoal.

Perante este perfil, e versando este trabalho sobre a questão da infertilidade feminina, iremos, neste capítulo, debruçar-nos sobre uma possível conceptualização de como estas diferenças se intrincam e enquadram no campo teórico que temos vindo a apresentar, bem como nas elaborações que, a partir dele, nos têm surgido.

De modo a que esta discussão se possa tornar mais clara, acreditamos ser frutuoso apresentar as nossas considerações organizadas em torno de cada uma das diferenças que sobressaíram no grupo em estudo e que apresentámos anteriormente.

Assim, como já referimos, a *Conscienciosidade*, de entre os cinco domínios que o NEO-PI-R avalia, é a única dimensão significativamente diferente, situando-se acima do valor normativo. Remetendo esta para o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo, alguns autores (e.g. Murray & Kluckhohn, 1953; Digman & Takemoto-Chock, 1981; *cit. por* Lima, 1997) referem-se a este domínio utilizando termos tais como força de vontade, iniciativa e responsabilidade.

Consequentemente, podemos inferir que a nossa amostra, comparativamente à população normativa, é mais determinada, mais enérgica e decidida, o que surge geralmente associado à realização nos estudos e à realização profissional. São mulheres organizadas, confiáveis, auto-disciplinadas, pontuais, escrupulosas, ambiciosas e perseverantes. Na sua orientação positiva, estes valores podem associar à nossa amostra o êxito, a nível académico e/ou ocupacional; na vertente negativa, podem revelar uma população com a “mania” do trabalho (*workaholic*).

Face a estes resultados, e não perdendo de vista que se trata de uma população infértil, ocorre-nos referir que, para levar a cabo um processo de fertilização medicamente assistida, a determinação, auto-disciplina, pontualidade e perseverança, são características cruciais para combater o desgaste físico e emocional. Assim, a par da vertente profissional e académica, a fertilização poderá surgir neste grupo como uma importante área de investimento pessoal.

De modo a melhor podermos discutir este resultado no domínio da *Conscienciosidade*, parece-nos importante reportar aos valores obtidos para as facetas da Competência, Auto-disciplina e Luta pela realização, todos eles superiores à média normativa.

Relembrando as características que alguns autores já referidos associaram às mulheres inférteis, podemos, em relação a estas facetas, verificar que os nossos resultados são contraditórios com uma das hipóteses colocadas por Bos e Cleghorn (1958), que descrevem

esta população como imatura e fraca. No entanto, vão ao encontro do que Kroger (1952) defende: mulheres competitivas, fortes, ambiciosas e dominadoras, com carreiras de sucesso e com boa habilidade de execução.

Na dimensão do *Neuroticismo*, encontraram-se diferenças significativas ao nível da Hostilidade e da Depressão, agora com valores inferiores à média para a população normativa.

Do ponto de vista da literatura, as mulheres inférteis são muitas vezes caracterizadas como agressivas e hostis (e.g. Kroger, 1952; Ford *et al.*, 1953; Bos & Cleghorn, 1958), e nesse aspecto os nossos resultados serão, à primeira vista, totalmente contraditórios. Contudo, debruçando-nos mais profundamente sobre esta questão da hostilidade, relembramos que os mesmos autores que as caracterizam como hostis e agressivas, referem também que são mulheres com grandes aptidões sociais, e que facilmente desenvolvem defesas socialmente aceitáveis para camuflar a sua hostilidade agressiva.

Como veremos adiante, pelos resultados que surgem noutras facetas ligadas à esfera do relacionamento social (Assertividade e Altruísmo), em que as mulheres estudadas revelam valores superiores à norma, pensamos que esta não-hostilidade manifesta poderá ser, na nossa amostra, mais indicativo das competências sociais, do que de ausência de agressividade.

O baixo valor encontrado para a faceta da Depressão vem de encontro ao sentido apontado na faceta da Luta pela realização, enquanto mulheres determinadas, confiantes, que sabem o que querem e cuja vida lhes faz sentido.

Contudo, na literatura da prática clínica com mulheres inférteis em tratamento, dado o momento de maior fragilidade que experimentam, o humor deprimido é muitas vezes referido, bem como níveis elevados de ansiedade. O facto da Ansiedade na nossa amostra

não se diferenciar da apresentada pela população normativa, e da faceta da Depressão se revelar significativamente inferior à norma, poderá ser um reforço no sentido da capacidade do NEO-PI-R para discriminar entre traços de personalidade e estados emocionais resultantes da vivência de uma situação de crise.

Não podemos ignorar, no entanto, o facto de uma percentagem significativa destas mulheres se encontrar numa fase do tratamento da infertilidade, que por vezes aguardavam há anos, podendo isso dar-lhes um ânimo e um optimismo superior ao que lhes seja habitual.

Da revisão bibliográfica tornou-se evidente ser a esfera neurótica a mais estudada na literatura como dimensão diferenciadora das mulheres inférteis, não sendo contudo consensual. De acordo com variados autores (e.g. Bos & Cleghorn, 1958; Mukherjee *et al.*, 1982; Harrison *et al.*, 1984; Mukhopadhyay, 1990, 1992; Kipper & Zadik, 1996), estas mulheres apresentam níveis mais elevados de neuroticismo e de ansiedade. Outros investigadores chegam, por sua vez, a resultados contrários e inconclusivos a este respeito (e.g. Kipper *et al.*, 1977; Mai & Rump, 1982; Mukhopadhyay & Chattopadhyay, 1994; Vartiainen *et al.*, 1994a).

Na presente investigação, os resultados contradizem a ideia de que as mulheres inférteis são mais neuróticas, apontando mesmo no sentido oposto, por apresentarem as facetas da Depressão e da Hostilidade valores significativamente inferiores à norma para a população portuguesa.

Se tivermos em conta os resultados já discutidos, relativamente ao domínio da *Conscienciosidade*, em que as mulheres da nossa amostra se revelam decididas, empreendedoras, determinadas, ambiciosas, poderemos considerar coerentes estes valores no domínio do funcionamento neurótico.

Entrando agora pelo domínio da *Extroversão*, verificamos que é ao nível da Assertividade que estas mulheres se distinguem, com valores superiores à norma. Este valor continua a apontar no mesmo sentido que os valores que temos vindo a apresentar, assumindo este grupo de mulheres em estudo um perfil cada vez mais marcado pela auto-confiança, determinação, força de vontade e capacidade para alcançar os objectivos a que se propõem, numa vida vivida com sentido.

A questão da vivência da feminilidade e da integração do papel feminino é apontada por variadíssimos autores como uma das principais problemáticas que as mulheres inférteis manifestam (e.g. Kroger, 1952; Ford *et al.* 1953; Bos & Cleghorn, 1958; Kipper *et al.*, 1977; Mai & Rump, 1982; Kipper & Zadik, 1996; Sétan *et al.*, 2001). Ora, a *Extroversão*, de acordo com o modo como a entendem os autores deste instrumento, é a dimensão da personalidade que tem uma maior e mais estreita relação com a feminilidade e a masculinidade. A feminilidade surgiria mais associada a facetas afiliativas, emocionais e vinculativas (Gregariedade, Cordialidade e Emoções Positivas), enquanto a masculinidade se revelaria mais ligada às escalas mais activas e dominantes (Assertividade, Actividade e Procura de Excitação).

Assim sendo, tendo as mulheres da nossa amostra revelado, para além de uma competência, determinação e ambição superiores à norma, uma assertividade igualmente superior à população normativa, e sendo esta escala considerada uma escala “masculina”, poderíamos talvez considerar que os resultados indicariam uma possível masculinidade e/ou dificuldades inerentes ao papel feminino.

Contudo não o faremos. E não o faremos por nos posicionarmos, relativamente a esta questão, de forma um pouco diferente dos autores que temos vindo a citar até agora. Se deixarmos de lado a clássica noção diferencial entre o Feminino e o Masculino, e nos centrarmos nas questões inerentes ao “espaço” do Feminino e do Materno dentro do todo

psicológico que constitui cada Mulher, facetas da personalidade como a assertividade, a competência, o esforço de realização, etc., passarão a ser encaradas de outro prisma.

Embora esta discussão seja retomada mais adiante, pegando nos resultados globais da nossa investigação, podemos deixar desde já uma ideia a este respeito, recorrendo às palavras de Isabel Leal (2001, p.71): “*Propomos que as características associadas à actividade e aos desempenhos, que traduzem na prática a capacidade de afirmação pessoal e social dos indivíduos, sejam consideradas como de Femininas ou Masculinas (conforme o género). (...) Uma mulher com grande capacidade de afirmação não deverá ser chamada de masculina, mas antes de muito feminina como os seus pares do sexo masculino*”.

No domínio da *Abertura à Experiência*, pelas escalas que se destacam da norma – Ideias e Valores - podemos identificar uma clara tendência para a abertura a experiências do foro cognitivo, uma grande tolerância ao que é novo e diferente, e algum desapego relativamente aos valores sociais, políticos e religiosos mais conservadores. O que contraria totalmente o perfil encontrado por Allison (1977; cit. por Slade, 1981) para as mulheres inférteis, enquanto mulheres que desempenhariam o seu papel feminino de uma forma mais tradicional que as outras.

Finalmente, e no que diz respeito ao domínio da *Amabilidade*, o Altruísmo é a característica que mais se destaca, e é também esta escala uma das que mereceu especial atenção da nossa parte, pela aparente contradição face aos restantes resultados.

Num grupo de mulheres que se afiguravam, cada vez mais, como investidas pessoal e profissionalmente, ambiciosas, diligentes e competitivas, esta faceta altruísta, de querer cuidar dos outros e da sociedade, parecia não se enquadrar muito facilmente.

Não menosprezando a capacidade do grupo estudado de ajudar e cuidar dos outros, pensamos que, pelo seu destaque, os resultados obtidos nesta escala poderão ser lidos de outro modo. Assim, voltando às elevadas competências na esfera social que estas mulheres têm revelado, e por remeterem os itens desta escala, em parte, para aspectos socialmente desejáveis (e.g. item 44 “*Tento ser delicada com todas as pessoas que encontro*”; item 104 “*Geralmente, procuro ser atenciosa e delicada*”), face a este elevado Altruísmo colocamos a questão de saber até que ponto ele poderá ser resultante das defesas a que alguns autores se referem, como forma de compensar uma indesejada ou inconsciente hostilidade.

Por outro lado, face à incapacidade de ter filhos, esta característica poderá traduzir um outro tipo de compensação: já que não se conseguiu dar filhos ao(s) outro(s), então dão-se a si próprias, tentando assegurar que sejam queridas e admiradas pelas pessoas significativas que as rodeiam. Neste ponto, poderia ser muito esclarecedor explorar as razões pelas quais estas mulheres desejam ser mães, se “mais para si” se “mais para os outros”.

Se a partir dos traços da personalidade, que na nossa amostra se diferenciaram da população normativa, foi possível esboçar o seu perfil de personalidade, consideramos ser possível avançar, agora, para uma reflexão acerca da forma como o perfil delineado vai de encontro à compreensão que por nós tem vindo a ser feita das questões psicológicas que concernem à gravidez e à maternidade ou, mais concretamente, à ausência destas.

Retomando a discussão em torno do Feminino-Masculino vs. Feminino-Materno, verificamos que as características descritas anteriormente para o grupo em estudo, se enquadram num tipo de funcionamento que, à partida, seria mais facilmente associado ao sexo masculino do que ao sexo feminino: “*o tipo de adjectivos (...) classificavam o masculino (competência, independência, actividade, competição, lógica, auto-confiança,*

espírito de aventura, ambição, etc.)” (Bergin & Williams, 1991; *cit. por* Leal, 2001). No entanto, se nos afastarmos da diferenciação de género Masculino-Feminino, e nos centrarmos unicamente na mulher, e na sua dupla função de afirmação de uma identidade própria e de procriadora, poderemos arriscar uma leitura diferente e, a nosso ver, mais de acordo com a sociedade actual, do perfil da personalidade das mulheres em estudo.

Segundo Leal (2001, p.66), *“uma das contradições que a Psicologia da Maternidade, intervindo de forma sistemática em contextos de gravidez, tem ajudado a desocultar é exactamente a que a mulher encerra na sua dupla função de afirmação”*. Cada vez mais, pela progressiva indiferenciação de papéis sociais de género, vão-se tornando evidentes dois constructos distintos no todo psicológico que é a mulher: o Feminino e o Materno. O Feminino entendido enquanto significante da capacidade de auto-afirmação e de defesa do próprio, e o Materno como significante de afecto, ternura e cuidados, capacidade de cuidar e tomar conta, de defesa e de protecção do outro (Leal, 2001).

Num estudo realizado por Matos (1997; *cit. por* Leal, 2001), que visava a análise do cruzamento das características associadas ao Masculino e ao Feminino, com as que se associam ao Feminino e ao Materno, os resultados a que se chegaram foram deveras interessantes: a aplicação de um diferenciador semântico de caracterização do Feminino e do Materno cliva de tal forma os resultados, que as características do feminino se aproximam do estereótipo do masculino enquanto as do materno se aproximam do estereótipo de feminino. *“Parece querer isto dizer que estamos em presença de uma contradição curiosa. O que é desejável, do ponto de vista social, associa-se ao estereótipo do masculino, e o que é indesejável, ao do materno”* (Leal, 2001).

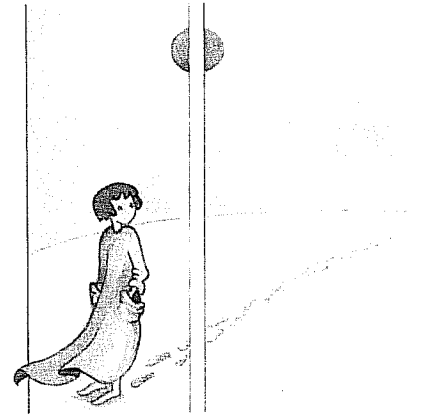
Ora, desta perspectiva, no caso das mulheres da nossa amostra, a dimensão do feminino parece estar bastante acentuada, pois ficou bem evidente nos resultados obtidos que se tratam de mulheres com um comportamento social altamente investido, destacando-se a vertente de afirmação pessoal na constelação dos seus traços de personalidade.

Se lembrarmos a caracterização que Langer (1986) faz da sociedade actual – anti-maternal, em que a mulher vive em conflito consigo própria, pela dificuldade de coordenação da sua realização profissional com a sua vida amorosa e satisfação maternal, podendo a expressão deste conflito, consoante a sua gravidade, traduzir-se mesmo numa total rejeição da maternidade –, poderemos compreender em que medida as mulheres que estudámos apresentam um perfil de personalidade facilmente associável a situações de infertilidade.

O Materno e o Feminino serão duas vertentes de desenvolvimento e afirmação da personalidade feminina e, *“entre um feminino dominante e um materno imperial, parece na nossa cultura necessário para sobreviver encontrar um meio-termo organizador”* (Leal, 2001, p.67). Quando este meio-termo não é conseguido, tanto se poderá encontrar mulheres com uma dimensão de Materno exacerbado como, no pólo oposto, mulheres com uma proeminente afirmação do Feminino.

Nesta linha de investigação, destacamos o trabalho já referido de Teresa Botelho (1999), em que a autora, ao estudar a personalidade materna nas situações de prematuridade, concluiu para a sua amostra de mães que não tinham levado a gravidez a seu termo, que se tratavam de mulheres em que *“uma vivência do feminino tão exacerbada, pouco ou nenhum espaço remanesce para a vivência do materno”* (p.9).

Os resultados por nós encontrados vão neste mesmo sentido e, não sendo generalizáveis para a restante população infértil pelas limitações dimensionais da amostra, não podemos deixar de referir que o perfil de personalidade que obtivemos para as cinquenta mulheres inférteis em estudo não nos surpreendeu, e que esta afirmação mais “vincada” da dimensão do Feminino vem ao encontro da sensação que nos fica da clínica, e que, obviamente aliada a outros factores, pode representar um “factor de risco” para a infertilidade.



VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento de finalizar este trabalho, mais do que afirmar conclusões, gostaríamos de partilhar algumas dúvidas e considerações que nos foram surgindo ao longo da sua realização. Chegados ao destino é sempre possível questionar o percurso escolhido.

O caminho trilhado ao longo deste estudo foi o compromisso que nos foi possível, entre a prova da realidade – que se traduz no tempo disponível para a recolha da amostra, nas dificuldades em chegar ao grupo estudado, nas questões associadas à sobrecarga de avaliações clínicas a que estas mulheres são sujeitas –, e o plano ideal, que aspiraria à possibilidade metodológica que permitisse extrapolar os dados produzidos ao universo populacional das mulheres inférteis.

É uma limitação evidente deste estudo a reduzida dimensão da sua amostra, que condiciona a leitura dos resultados obtidos a este espaço de amostragem. Ainda que menos evidente, é igualmente importante sublinhar que o grupo em estudo reporta, apenas, a mulheres inférteis que estavam no momento em fase de tratamento por processo de fertilização *in vitro*.

Tal significa que esta investigação não contempla o estudo da personalidade de mulheres inférteis que estão bem com a sua esterilidade e, como tal, não procuram soluções nas técnicas de Reprodução Medicamente Assistida (RMA). Ficam igualmente de fora um subgrupo de mulheres inférteis que, sujeitas ao desconhecimento, à morosidade do tratamento e ao desgaste físico e emocional a ele associado, não chegam a atingir a fase da fertilização *in vitro*. Tendo este facto em atenção, não podemos deixar de nos colocar a questão se os resultados obtidos, nomeadamente ao nível das características de persistência, determinação, optimismo, abertura de espírito, entre outras, mais do que

traços respeitantes à população infértil em geral, não traduzirão características específicas de um subgrupo resistente, seleccionado através do filtro a que as técnicas de RMA conduzem.

Ainda no plano metodológico, estamos cientes das limitações inerentes a qualquer instrumento de avaliação da personalidade na captação da interacção das dimensões que a constituem, pela sua complexidade. Independentemente da nossa opção instrumental, nunca poderíamos aceder para além de uma visão parcial da personalidade, sendo a totalidade da mesma demasiado rica e individual para poder ser captada por um instrumento psicométrico.

Os caminhos que trilhamos deixam sempre no ar o desejo de novos rumos e a curiosidade por outros meramente aflorados no percurso efectuado. Este estudo, como tantos outros, deixou-nos um enorme desejo de continuar a questionar e a explorar dimensões adjacentes à problemática da infertilidade, e de outras que lhe estão próximas.

O desenvolvimento do estudo da personalidade, junto dos subgrupos de mulheres inférteis que não estão representados na presente amostra, bem como de mulheres com história de insucessos gravídicos recorrentes, prematuridade, e outras dificuldades no decorrer da história reprodutiva, dar-nos-ia uma visão muito mais ampla da interacção e influência mútua entre a Personalidade e as questões associadas à gravidez e maternidade, e consequentemente, também as teorias em torno do Feminino e do Materno poderiam ser mais enriquecidas.

Mantendo como pano de fundo a procura de uma maior compreensão dos constructos psicológicos atrás referidos, uma questão que foi crescendo em termos de importância, para uma mais completa interpretação dos nossos resultados, remete para o porquê destas mulheres inférteis quererem ser mães; ou seja, quais as dimensões do desejo de maternidade (Cameira, Cabral, Leal & Ribeiro, 2000) que se destacariam mais nestas mulheres,

se as mais viradas para o exterior (e.g. necessidades de casal, pressões sociais), se as mais viradas para a dimensão interna do indivíduo (e.g. necessidades egóicas).

No que respeita a possíveis investigações que nos surgem como pertinentes neste campo, e atendendo à diversidade de questões que se tocam no âmbito da reprodução humana, seria uma tentativa insensata enumerá-las. Contudo, e lembrando que no processo de recolha da amostra aplicámos os questionários a ambos os membros do casal, não podemos encerrar este ponto sem referir a forte motivação que sentimos para avançar para um estudo idêntico, mas com uma população infértil masculina. Acreditamos que a análise dos resultados, bem como uma comparação entre ambos os sexos, será um contributo inovador e interessante, principalmente porque, se do Feminino e do Materno muito há ainda para compreender, em relação ao Masculino e ao Paterno, o terreno está praticamente por desbravar.

Finalmente, e por ter sido a prática clínica que mais nos motivou para a concretização deste estudo, terminaremos com uma breve reflexão sobre o contributo que com ele acreditamos poder dar nesta área de intervenção psicológica.

Assim, em termos globais, gostaríamos que deste trabalho pudesse resultar um (re)pensar, por vezes remetido para segundo plano, da contínua relação entre o psicológico e o físico - particularmente por parte dos técnicos que trabalham no campo da gravidez e da maternidade, onde acreditamos ser tão estreita esta ligação.

Por outro lado, não esquecendo que a infertilidade *“é um sintoma com história e significado”* (Faria, 2001), a consistência dos resultados que encontramos poderá ser mais um dado para a compreensão destas situações, alertando para o facto deste fenómeno não ser uma informação neutra, e que alterá-lo (pelas técnicas de RMA) sem o contextualizar na vivência da mulher na sua totalidade, pode levar a uma imprudente alteração no seu equilíbrio, em que o não engravidar poderá cumprir uma função importante.

Por último, e encarando nós a intervenção psicológica não só como reparadora, mas também como *preparadora*, acreditamos que, tornando um pouco mais claras as questões da personalidade em torno do Feminino e do Materno, maior sucesso terapêutico poderá ser alcançado, na procura do ‘meio-termo organizador’ de que fala Leal (2001), podendo potenciar uma vivência mais gratificante do ser mulher, em todas as suas vertentes.



VII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, N. & Maça, L. (1996). Mulheres, crianças e amor. Para uma história das mentalidades contraceptivas. In I. Leal (Ed.), *Actas do 1º Colóquio de Psicologia Social Clínica*, 9-25. Lisboa: ISPA.

Bello, P., Dolto, C. & Shiffmann, A. (1983). *Contraceção, gravidez e aborto*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Benedek, T. (1952). Infertility as a psychosomatic defense. *Fertility and Sterility*, Vol.3 (6), 527-537.

Bernaudo, J. (1998). *Métodos de Avaliação da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bos, C. & Cleghorn, A. (1958). Psychogenic Sterility. *Fertility and Sterility*, Vol.9 (2), 84-98.

Botelho, T. (1999). *Personalidade Materna e Prematuridade*. (Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Psicopatologia e Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Briggs, S. (1992). Assessing the Five-Factor Model of Personality Description. *Journal of Personality*, 60 (2), 253-290.

Buss, D. (1992). Manipulation in Close Relationships: five Personality factors in interactional context. *Journal of Personality*, 60 (2), 477-499.

Bydlowsky, M. (1992). Les infertiles: un enjeu de la filiation féminine. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 21, 143-160.

Cameira, S; Cabral, I.; Leal, I. & Ribeiro, J. (2000). Desejo de Um Filho. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.

Cardoso, R. & Coelho, R. (1981). Contributo psicológico para a compreensão de algumas esterilidades femininas. *O Médico* 550-552.

Chaplin, J. (1975). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações D. Quixote.

Cook, M. (1984) *Levels of Personality*. London: Rinehart and Winston Ltd.

Costa, P. & McCrae, R. (1987). On the Need for Longitudinal Evidence and Multiple Measures in Behavioral-Genetic Studies of Adult Personality. *Behavioral and Brain Sciences*, 10 (1), 22-23.

Costa, P. & McCrae, R. (1991). The NEO Personality Inventory: Using the Five-Factor Model in Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 69, 367-376.

Costa, P. & McCrae, R. (1994). Stability and Change in Personality from Adolescence Through Adulthood. In Halverson (Ed.), *The Developing Structure of Temperament and Personality from Infancy to Adulthood* (pp.139-150). USA: Lawrence Erlbaum Ass.

Deutsh, H. (1944). *Psychology of Women*. New York: Grune.

Díaz, D. (1998). El derecho a la reproducción. In D. Díaz (Ed.), *Cómo Afrontar la Infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta S.A.

Dunbar (1952). Author's Note on "Infertility as a psychosomatic defense". *Fertility and Sterility*, Vol.3 (6), 538-541.

Faria, C. (1990). A Infertilidade: Desejo ou Maldição? *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 419-423.

Faria, C. (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.189-209). Coimbra: Quarteto Editora.

Faure, S. & Pragier, G. (1987). Les enjeux d'une recherche psychanalytique sur la stérilité féminine. *Revue Française de Psychanalyse*, 6, 1543-1567.

Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient: le psychanalyste face aux stérilités féminines*. Paris: PUF.

- Feder, F. (1990). Le mythe de la genèse. A propos des stérilités féminines: psychosomatique ou «psychosomatisme». *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 689-704.
- Ford, E.; Forman, J.; Char, W.; Wilson, W.; Mixson, W. & Scholtz, C. (1953). A psychodynamic approach to the study of infertility. *Fertility and Sterility*, 4, 456-465.
- Holroyd, K. & Coyne, J. (1987). Personality and Health in the 1980s: Psychosomatic Medicine Revisited? *Journal of Personality*, 55 (2), 361-375.
- Kipper, D. & Zadik, H. (1996). Functional infertility and femininity: a comparison of infertile women and their mothers. *Journal of Clinical Psychology*, 52 (4), 375-382.
- Kipper, D.; Zigler-Shani, L.; Serr, D. & Insler, V. (1977). Psychogenic infertility, neuroticism and feminine role: a methodological enquiry. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 353-358.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães. Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Edições Presença.
- Krantz, D. & Hedges, S. (1987). Some Cautions for Research on Personality and Health. *Journal of Personality*, 55 (2), 351-357.

- Kroger, W. (1952). Evaluation of personality factors in the treatment of infertility. *Fertility and Sterility*, 3, 542-553.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.51-74). Coimbra: Quarteto Editora.
- Lima, M. (1997). *NEO PI-R – Contextos teóricos e psicométricos – “Ocean” ou “iceberg”?* (Dissertação de Doutoramento). Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Lima, M. & Simões, A. (1995). Inventário de Personalidade NEO PI-R. *Provas Psicológicas em Portugal*, I, 133-149.
- Lima, M. & Simões, A. (1997). O Inventário da Personalidade NEO PI-R: Resultados da aferição portuguesa. *Psychologica*, 18, 25-46.
- Lipovetsky, G. (1997). *A terceira mulher: Permanência e revolução do feminino*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lletget, B. & Padró, R. (1998). Anatomofisiología de la esterilidad femenina. In D. Díaz (Ed.), *Cómo Afrontar la Infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta S.A.

- Lombard, P. (1991). Stérilité et narcissisme. *Revue Française de Psychanalyse*, 1, 159-161.
- Mai, F. & Rump, E. (1972). Are infertile men and women neurotic? *Australian Journal of Psychology*, 24, 83-86.
- Mandy, T. & Mandy, A. (1958). The Psychosomatic aspects of infertility. *International Journal of Fertility*, 3, 287-295.
- Martins, S. (2000). *Desejo de um Filho - Estudo exploratório do desejo de um filho numa população feminina de estudantes universitários*. (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- McAdams, D. (1992). The Five-Factor Model In Personality: a critical appraisal. *Journal of Personality*, 60 (2), 329-356.
- McCrae, R. & Costa, P. (1989). Rotation to Maximize the Construct Validity of Factors in the NEO Personality Inventory. *Multivariate Behavioral Research*, 24, (1), 107-124.
- McCrae, R. & Costa, P. (1992). Discriminant Validity of NEO-PIR Facet Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 52, (1), 229-237.
- McCrae, R. & Costa, P. (1995). Trait Explanations in Personality Psychology. *European Journal of Personality*, 9, 231-252.

McCrae, R. & John, O. (1992). An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications. *Journal of Personality*, 60 (2), 175-216.

Mukhopadhyay, P. & Chattopadhyay, P. (1994). Psychophysiological and endocrinological characteristics of idiopathic infertility. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 21 (2), 12-19.

Noyes, R. & Chapnick, E. (1964). Literature on psychology and infertility: a critical analysis. *Fertility and Sterility*, 15, 145-151.

Saraceno, C. (1988). *Sociologia da Família*. Lisboa: Editora Estampa.

Sétan, A.; Theis, A. & Tychev, C. (2001). Réflexions sur l'approche psychodynamique des stérilités féminines. *Évol Psychiatr*, 66, 61-74.

Singh, J. & Neki, J. (1982). Psychogenic Factors in Some Genetic and Non-Genetic Forms of Infertility. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 20, 119-123.

Slade, P. (1981). Sexual Attitudes and Social Role Orientations in Infertile Women. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol.25 (3), 183-186.

Smith, T. & Williams, P. (1992). Personality and Health: advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, (2), 395-416.

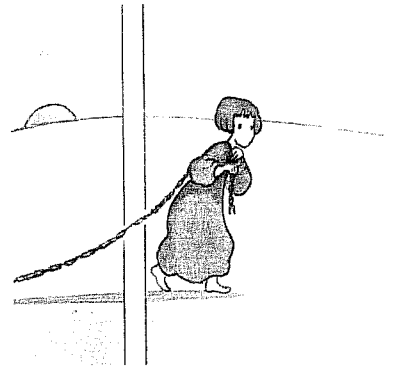
Suls, J. & Rittenhouse, J. (1987). Personality and Physical Health: An Introduction. *Journal of Personality*, 55, (2), 155-167.

Vartiainen, H.; Saarikoski, S.; Halonen, P. & Rimón, R. (1994a). Psychosocial factors, female fertility and pregnancy: a prospective study – Part I: Fertility. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 15 (2), 67-75.

Vartiainen, H.; Suonio, S.; Halonen, P. & Rimón, R. (1994b). Psychosocial factors, female fertility and pregnancy: a prospective study – Part II: Pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 15(2), 77-84.

Widiger, T. & Trull, T. (1997). Assessment of the Five-Factor Model of Personality. *Journal of Personality Assessment*, 68 (2), 228-250.

Wiggins, J. S. (1992). Have model, will travel. Special issue, “The five factor model: issues and applications”. *Journal of Personality*, 60 (2), 527-532.



ANEXOS

ANEXO A

Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Departamento de Psicologia Clínica

Idade: _____ Nacionalidade: _____ Raça: _____

Duração da relação com o seu actual companheiro? _____

Habilitações Literárias:

Ensino Primário	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Ensino Preparatório	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>
Curso Técnico-profissional	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>

Profissão: _____ Religião: _____

Tipo de Infertilidade:

Feminina Masculina Mista Desconhecida

Causa da Infertilidade:

Desconhecida
Identificada Qual? _____

Há quanto tempo está a tentar engravidar? _____

Há quanto tempo foi detectada a infertilidade? _____

Já fizeram tratamentos? Não Sim

Já houve alguma gravidez? Não Sim
Espontânea Medicamente Assistida

Quantas? _____

Há quanto tempo? _____

Existem filhos de relações anteriores de algum dos elementos do casal?

Não Sim

De qual dos elementos? Fem. Masc. Adoptado

Quantos? _____

ANEXO B

NEO PI - R™

Instruções

Este questionário contém 240 afirmações.

Leia cuidadosamente cada uma delas.

Para cada afirmação, coloque um só X no quadrado que melhor representa a sua opinião:

Assinale X no quadrado que corresponde a **DF** (discordo fortemente) se a afirmação for definitivamente falsa ou se você discordar fortemente dela.

Assinale X no quadrado que corresponde a **D** (discordo) se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se você discordar dela.

Assinale X no quadrado que corresponde a **N** (neutro) se a afirmação for igualmente verdadeira e falsa, ou se você não se decidir, ou ainda, se a sua posição perante o que foi dito for completamente neutra.

Assinale X no quadrado que corresponde a **C** (concordo) se a frase for na maior parte das vezes verdade, ou se concorda com ela.

Finalmente, assinale X no quadrado que corresponde a **CF** (concordo fortemente) se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

Não existem respostas certas ou erradas, descreva as suas opiniões da forma mais precisa e sincera possível.

Por favor, leia cada afirmação com atenção e marque apenas um só X em cada resposta, escolhendo a que melhor corresponde à sua opinião.

Responda a todas as questões.

Se tiver mudado de opinião ou se tiver enganado, encha o quadrado errado e assinale com um novo X a resposta correcta: **DF D N C CF**

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

1. Não sou uma pessoa preocupada.					
2. Gosto mesmo da maioria das pessoas que encontro.					
3. Tenho uma imaginação muito activa.					
4. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
5. Sou conhecido(a) pela minha prudência e bom senso.					
6. Muitas vezes aborrece-me a maneira como as pessoas me tratam.					
7. Não gosto de multidões, por isso, as evito.					
8. Não dou muita importância às coisas da arte e da beleza.					
9. Não sou matreiro(a), nem espertalhão.					
10. Antes quero deixar as coisas em aberto que planear tudo, com antecedência.					
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).					
12. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).					
13. Sem emoções fortes, a vida não teria interesse para mim.					
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.					
15. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.					
16. Ao lidar com outras pessoas, tenho sempre receio de ser mal sucedido(a).					
17. Tenho uma maneira de ser descontráida, no trabalho e nos tempos livres.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo fortemente
18. Sou bastante agarrado(a) ao meu modo de ser.					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Sou distraído(a) e pouco determinado(a).					
21. É raro eu ceder (transigir) muito em qualquer coisa.					
22. Sinto, muitas vezes, uma necessidade louca de me divertir.					
23. Muitas vezes, dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.					
24. Não me custa nada gabar-me das minhas capacidades e dos meus sucessos.					
25. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.					
26. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
27. Para dizer a verdade, nunca pulei de alegria.					
28. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
29. Os governantes deviam preocupar-se mais com os aspectos humanos.					
30. Ao longo dos anos, fiz algumas coisas bem estúpidas.					
31. Assusto-me, facilmente.					
32. Não me dá muito prazer estar à conversa com as pessoas.					
33. Tento sempre organizar os meus pensamentos, em termos realistas, não dando asas à imaginação.					
34. Acredito que a maioria das pessoas são, no fundo, bem-intencionadas.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

35. Não encaro os deveres cívicos, tais como votar, muito seriamente.					
36. Não me zango facilmente.					
37. Gosto de ter muita gente, à minha volta.					
38. Às vezes, deixo-me absorver, totalmente, pela música que ouço.					
39. Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
40. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.					
41. Às vezes, sinto-me completamente inútil.					
42. Às vezes, não consigo afirmar-me, tanto como devia.					
43. Raramente, sinto emoções fortes.					
44. Tento ser delicado com todas as pessoas, que encontro.					
45. Às vezes, não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser.					
46. Poucas vezes, me sinto inseguro(a), quando estou com outras pessoas.					
47. Quando faço alguma coisa, faço-a com todo o entusiasmo.					
48. Penso que é interessante aprender e cultivar novos hobbies (passatempos).					
49. Sei ser sarcástico(a) e cínico(a), quando necessário.					
50. Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de uma forma ordenada.					
51. Custa-me resistir aos meus desejos.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

52. Não gostaria de passar férias no Algarve.					
53. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.					
54. Prefiro não falar de mim próprio(a) e das minhas realizações.					
55. Perco muito tempo, antes de me concentrar no trabalho.					
56. Sinto que sou capaz de resolver a maioria dos meus problemas.					
57. Já experimentei, algumas vezes, sensações de grande alegria ou de êxtase (arrebatamento).					
58. Acredito que as leis e as políticas sociais deveriam mudar, de forma a reflectir as necessidades de um mundo em mudança.					
59. Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.					
60. Penso, maduramente, nas coisas, antes de tomar uma decisão.					
61. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).					
62. Sou conhecido(a) como uma pessoa amigável e simpática.					
63. Tenho uma grande capacidade de fantasiar.					
64. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos.					
65. Mantenho-me informado(a) e, geralmente, tomo decisões inteligentes.					
66. Sou conhecido(a) como uma pessoa de mau génio e irritável.					
67. Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinho(a).					
68. Aborrece-me ver bailado ou dança moderna.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

69. Mesmo que quisesse, não conseguiria enganar ninguém.					
70. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).					
71. Raramente estou triste ou deprimido(a).					
72. Já fui, muitas vezes, líder (chefe) de grupos a que pertenci.					
73. É importante para mim a maneira como eu vejo as coisas.					
74. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
75. Pago as minhas dívidas, a tempo e horas.					
76. Já houve alturas, em que fiquei tão envergonhado(a), que desejava meter-me num buraco.					
77. Posso trabalhar devagar, mas tenho bom rendimento.					
78. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais.					
79. Hesito em expressar a minha raiva, mesmo quando justificada.					
80. Quando inicio um programa de modificação pessoal, deixo de o cumprir, após alguns dias.					
81. Não me é difícil resistir a tentações.					
82. Já fiz algumas coisas, só pelo gozo ou gana de as fazer.					
83. Gosto de resolver problemas e quebra-cabeças (puzzles).					
84. Sou melhor do que a maioria das pessoas, e tenho consciência disso.					
85. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

86. Quando estou, numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.					
87. Não sou um(a) grande optimista.					
88. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
89. Nunca fazemos demasiado pelos pobres e pelos velhos.					
90. As vezes actuo, primeiro, e penso , depois.					
91. Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e enervado(a).					
92. Muitas pessoas vêem-me como uma pessoa um pouco fria e distante.					
93. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a).					
94. Penso que a maioria das pessoas com quem lido são honestas e dignas se confiança.					
95. Sou, frequentemente, confrontado(a) com situações para as quais não estou totalmente preparado(a).					
96. Não sou considerado(a) uma pessoa melindrosa ou irritável.					
97. Sinto mesmo necessidade de estar com outras pessoas, quando estou sozinho(a), durante muito tempo.					
98. Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.					
99. Ser completamente honesto(a) é uma via inadequada para fazer negócios.					
100. Gosto de ter as coisas no seu lugar, pois, assim sei onde as posso encontrar.					
101. Já senti, algumas vezes, uma sensação profunda de culpabilidade ou de ter pecado.					
102. Normalmente, nas reuniões, deixo os outros falar.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

103. Raramente, presto atenção àquilo que sinto no momento.					
104. Geralmente, procuro ser atencioso(a) e delicado(a).					
105. Nos jogos de paciência, às vezes, faço batota.					
106. Não fico muito atrapalhado, quando as pessoas se riem e fazem pouco de mim.					
107. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					
108. Frequentemente, experimento comidas novas e desconhecidas.					
109. Quando não gosto das pessoas, faço-lho saber.					
110. Trabalho muito, para conseguir o que quero.					
111. Quando me apresentam o meu prato preferido, tenho tendência a comer demasiado.					
112. Procuro evitar filmes demasiado chocantes ou assustadores.					
113. Às vezes, perco o interesse, quando as pessoas começam a falar sobre assuntos demasiado teóricos e abstractos.					
114. Tento ser humilde.					
115. Tenho dificuldades em me decidir a fazer o que devo.					
116. Em casos de perigo, conservo a cabeça fria.					
117. Às vezes, sinto-me a rebentar com tanta felicidade.					
118. Penso que as ideias diferentes das nossas, sobre o que é bem ou o que é mal, das pessoas de outras sociedades, devem ter valor para elas.					
119. Não gosto de pedintes.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

120. Antes de agir, penso nas conseqüências.					
121. Raramente, me preocupo com o futuro.					
122. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
123. Dá-me gozo concentrar-me numa fantasia e explorar todas as suas possibilidades, deixando-a crescer e desenvolver-se.					
124. Fico desconfiado(a), sempre que alguém me faz qualquer coisa agradável.					
125. Tenho orgulho do meu bom senso.					
126. Fico, frequentemente, aborrecido(a) com as pessoas com quem tenho de lidar.					
127. Prefiro trabalhos, que eu possa fazer sozinho(a), sem ser incomodado(a) por outras pessoas.					
128. A poesia pouco ou nada me diz.					
129. Detestaria ser considerado(a) um hipócrita.					
130. Parece que nunca consigo ser organizado(a).					
131. Tenho tendência a culpabilizar-me, se alguma coisa corre mal.					
132. Muitas vezes, as outras pessoas pedem-me para as ajudar a tomar decisões.					
133. As minhas emoções e sentimentos são muitas e variadas.					
134. Não sou muito conhecido(a), pela minha generosidade.					
135. Quando assumo um compromisso, podem sempre contar que eu o cumpra.					
136. Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

137. Não sou tão rápido(a) e vivo(a) como outras pessoas.					
138. Prefiro passar o tempo, em ambientes, que me são familiares.					
139. Quando sou insultado(a), tento apenas perdoar e esquecer.					
140. Não sou ambicioso(a).					
141. Raramente, cedo aos meus impulsos.					
142. Gosto de estar onde está a acção.					
143. Gosto de resolver problemas (<i>puzzles</i>) do tipo <i>quebra-cabeças</i> .					
144. Tenho uma opinião muito favorável acerca de mim próprio(a).					
145. Quando começo um projecto, quase-sempre o termino.					
146. Sinto quase sempre dificuldade em tomar decisões.					
147. Não me considero, especialmente, uma pessoa de ânimo leve (<i>leviana</i>).					
148. Julgo que é mais importante ser fiel aos próprios ideais e princípios do que ter <i>abertura de espírito</i> .					
149. As necessidades humanas devem ter sempre prioridade sobre considerações económicas.					
150. Sou, frequentemente, levado(a) pelo impulso do momento.					
151. Preocupo-me, muitas vezes, ao pensar que as coisas podem correr mal.					
152. É fácil para mim sorrir e associar com pessoas desconhecidas.					
153. Quando vejo que estou a ser levado(a) pela imaginação, procuro concentrar-me ocupando-me com qualquer trabalho ou actividade.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro.	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	--------------	---------------	------------------------------

154. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.					
155. Não me parece que tenha sido bem sucedido(a), seja no que for.					
156. É preciso muito para me arreliaem.					
157. Prefiro passar férias, numa praia concorrida, do que numa cabana isolada nos bosques.					
158. Certas formas de música têm um encanto infinito para mim.					
159. Por vezes, levo as pessoas a fazerem o que eu desejo.					
160. Tendo a ser uma pessoa um tanto exigente ou difícil de contentar.					
161. Tenho uma fraca opinião acerca de mim próprio(a).					
162. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe (mandar) das outras pessoas.					
163. Poucas vezes, me dou conta da influência, que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
164. A maioria das pessoas, que conheço, gostam de mim.					
165. Observo, rigorosamente, os princípios éticos, que defendo.					
166. Sinto-me à vontade, na presença do meu patrão ou outras autoridades.					
167. Normalmente, dou a impressão de estar sempre com pressa.					
168. Por vezes, mudo coisas, em minha casa, só para experimentar a diferença.					
169. Se alguém começa uma briga, estou sempre pronto(a) para lhe dar luta.					
170. Esforço-me por conseguir todo aquilo que eu puder.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutra	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

171. Às vezes, como até me sentir mal.					
172. Adoro as emoções da montanha russa.					
173. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
174. Julgo que não sou melhor do que os outros, seja qual for a sua condição.					
175. Quando um projecto se torna demasiado difícil, sinto-me inclinado(a) a começar um novo.					
176. Consigo controlar-me bastante bem, em situações de crise.					
177. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
178. Considero-me um indivíduo aberto e tolerante, no que respeita ao modo de vida das outras pessoas.					
179. Penso que todos os seres humanos são dignos de respeito.					
180. Raramente, tomo decisões precipitadas.					
181. Tenho menos receios que a maioria das pessoas.					
182. Prendem-me aos meus amigos fortes laços afectivos.					
183. Em criança, raramente, achava piada aos jogos do <i>faz-de-conta</i> .					
184. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.					
185. Sou uma pessoa muito competente.					
186. Houve alturas, em que experimentei ressentimento e amargura.					
187. Os encontros sociais são, geralmente, aborrecidos para mim.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

188. As vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
189. Por vezes, meto medo ou lisonjeio as pessoas, para as levar a fazer o que eu quero que elas façam.					
190. Não tenho a obsessão da limpeza.					
191. As vezes, as coisas parecem-me bastante negras e desesperadas.					
192. Nas conversas, tendo a falar mais do que os outros.					
193. Acho fácil empatizar, - quer dizer, sentir o que os outros sentem.					
194. Considero-me uma pessoa caridosa.					
195. Tento fazer as tarefas, com todo o cuidado, para não ter necessidade de as fazer outra vez.					
196. Se disser ou fizer algum mal a alguém, custa-me imenso conseguir encarar essa pessoa, outra vez.					
197. A minha vida decorre, a um ritmo rápido.					
198. Quando estou em férias, prefiro voltar a um local genuíno e já conhecido.					
199. Sou cabeçudo(a) e teimoso(a).					
200. Esforço-me por ser excelente, em tudo o que faço.					
201. Às vezes, faço as coisas, de modo tão impulsivo que, mais tarde, me arrependo.					
202. Atraem-me as cores alegres e os estilos exuberantes.					
203. Tenho muita curiosidade intelectual.					
204. Prefiro elogiar os outros a ser elogiado(a).					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

222. Não considero fácil controlar as situações.					
223. Coisas estranhas, como certos sabores ou o nome de locais distantes, podem evocar em mim fortes emoções.					
224. Quando posso, deixo o que estou a fazer, para ajudar os outros.					
225. Só se estivesse mesmo doente é que eu faltava a um dia de trabalho.					
226. Fico embaraçado(a), quando as pessoas, que eu conheço, fazem asneiras.					
227. Sou uma pessoa muito activa.					
228. Sigo sempre o mesmo caminho, quando vou a qualquer sítio.					
229. Frequentemente, arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.					
230. Tenho o <i>vício</i> do trabalho.					
231. Consigo sempre manter os meus sentimentos sob controlo.					
232. Nos acontecimentos desportivos, gosto de fazer parte da multidão.					
233. Tenho uma grande variedade de interesses intelectuais.					
234. Sou uma pessoa superior.					
235. Tenho muita auto-disciplina.					
236. Sou bastante estável, do ponto de vista emocional.					
237. Rio, facilmente.					
238. Penso que a <i>nova moralidade</i> , que consiste em tudo permitir, não é moralidade nenhuma.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

239. Prefiro ser considerado(a) benevolente a ser considerado justo(a).					
240. Penso duas vezes, antes de responder a uma pergunta.					
241. Tentei responder a todas as questões, de maneira honesta e precisa.					

ANEXO C

Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Departamento de Psicologia Clínica

Os questionários que se seguem destinam-se a integrar um projecto de investigação na área da Infertilidade, conduzido pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada e pelo Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em colaboração com a Consulta de Infertilidade

Não existem respostas certas nem erradas, pelo que lhe pedimos que responda a todas as questões com o máximo de sinceridade.

Todos os dados fornecidos serão tratados confidencialmente e será garantido o anonimato.

Agradece-se desde já a colaboração e o tempo dispendido.

ANEXO D

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N: Neuroticismo	50	94,84	18,98	2,68

One-Sample Test

	Test Value = 98.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N: Neuroticismo	-1,438	49	,157	-3,86	-9,25	1,53

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E: Extroversão	50	103,64	17,12	2,42

One-Sample Test

	Test Value = 103.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E: Extroversão	,140	49	,889	,34	-4,52	5,20

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O: Abertura	50	109,38	16,24	2,30

One-Sample Test

	Test Value = 106.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O: Abertura	1,167	49	,249	2,68	-1,94	7,30

T-Test

ANEXO D

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A: Amabilidade	50	122,66	12,49	1,77

One-Sample Test

	Test Value = 121.8					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A: Amabilidade	,487	49	,629	,86	-2,69	4,41

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C: Conscienciosidade	50	124,70	12,93	1,83

One-Sample Test

	Test Value = 120.0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C: Conscienciosidade	2,571	49	,013	4,70	1,03	8,37

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N1:Ansiedade	50	19,80	4,15	,59

One-Sample Test

	Test Value = 20.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N1:Ansiedade	-,853	49	,398	-,50	-1,68	,68

T-Test

ANEXO D

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N2: Hostilidade	50	13,66	3,44	,49

One-Sample Test

	Test Value = 14.9					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N2: Hostilidade	-2,546	49	,014	-1,24	-2,22	-,26

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N3: Depressão	50	15,44	5,19	,73

One-Sample Test

	Test Value = 16.9					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N3: Depressão	-1,989	49	,052	-1,46	-2,94	1,52E-02

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N4: Auto-Conscienciosidade	50	16,30	4,56	,65

One-Sample Test

	Test Value = 16.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N4: Auto-Conscienciosidade	-,620	49	,538	-,40	-1,70	,90

T-Test

ANEXO D

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N5: Impulsividade	50	16,60	3,47	,49

One-Sample Test

	Test Value = 15.8					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N5: Impulsividade	1,630	49	,109	,80	-,19	1,79

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N6: Vulnerabilidade	50	13,04	3,92	,55

One-Sample Test

	Test Value = 13.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N6: Vulnerabilidade	-1,191	49	,239	-,66	-1,77	,45

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E1: Cordialidade	50	22,10	3,47	,49

One-Sample Test

	Test Value = 21.8					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E1: Cordialidade	,611	49	,544	,30	-,69	1,29

T-Test

ANEXO D

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E2: Gregariedade	50	15,92	3,85	,54

One-Sample Test

	Test Value = 16.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E2: Gregariedade	-1,066	49	,292	-,58	-1,67	,51

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E3: Assertividade	50	14,50	4,63	,65

One-Sample Test

	Test Value = 13.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E3: Assertividade	1,987	49	,053	1,30	-1,46E-02	2,61

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E4: Actividade	50	17,14	3,60	,51

One-Sample Test

	Test Value = 16.9					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E4: Actividade	,472	49	,639	,24	-,78	1,26

T-Test

ANEXO D

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E5: Procura de excitação	50	15,88	3,01	,43

One-Sample Test

	Test Value = 16.6					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E5: Procura de excitação	-1,693	49	,097	-,72	-1,57	,13

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E6: Emoções positivas	50	18,10	4,13	,58

One-Sample Test

	Test Value = 18.1					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E6: Emoções positivas	,000	49	1,000	,00	-1,17	1,17

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O1: Fantasia	50	16,78	4,06	,57

One-Sample Test

	Test Value = 17.0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O1: Fantasia	-,383	49	,703	-,22	-1,37	,93

T-Test

ANEXO D

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O2: Estética	50	19,84	4,74	,67

One-Sample Test

	Test Value = 20.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O2: Estética	-,686	49	,496	-,46	-1,81	,89

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O3: Sentimentos	50	19,86	3,18	,45

One-Sample Test

	Test Value = 19.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O3: Sentimentos	1,245	49	,219	,56	-,34	1,46

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O4: Acções	50	16,82	2,97	,42

One-Sample Test

	Test Value = 16.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O4: Acções	1,474	49	,147	,62	-,23	1,47

T-Test

ANEXO D

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O5: Ideias	50	17,46	4,39	,62

One-Sample Test

	Test Value = 16.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O5: Ideias	1,868	49	,068	1,16	-8,77E-02	2,41

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O6: Valores	50	18,62	2,94	,42

One-Sample Test

	Test Value = 17.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O6: Valores	2,693	49	,010	1,12	,28	1,96

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A1: Confiança	50	19,14	3,31	,47

One-Sample Test

	Test Value = 18.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A1: Confiança	1,366	49	,178	,64	-,30	1,58

T-Test

ANEXO D

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A2: Rectidão	50	20,08	3,24	,46

One-Sample Test

	Test Value = 19.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A2: Rectidão	1,264	49	,212	,58	-,34	1,50

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A3: Altruísmo	50	23,28	3,12	,44

One-Sample Test

	Test Value = 22.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A3: Altruísmo	2,223	49	,031	,98	9,41E-02	1,87

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A4: Complacência	50	18,72	3,39	,48

One-Sample Test

	Test Value = 19.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A4: Complacência	-1,209	49	,233	-,58	-1,54	,38

T-Test

ANEXO D

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A5: Modéstia	50	19,86	2,98	,42

One-Sample Test

	Test Value = 20.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A5: Modéstia	-1,517	49	,136	-,64	-1,49	,21

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A6: Compassividade	50	21,58	2,94	,42

One-Sample Test

	Test Value = 21.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A6: Compassividade	,193	49	,848	8,00E-02	-,75	,91

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C1: Competência	50	20,52	3,06	,43

One-Sample Test

	Test Value = 19.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C1: Competência	1,896	49	,064	,82	-4,93E-02	1,69

T-Test

ANEXO D

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C2: Ordem	50	20,10	3,46	,49

One-Sample Test

	Test Value = 19.4					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C2: Ordem	1,431	49	,159	,70	-,28	1,68

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C3: Dever	50	23,66	2,83	,40

One-Sample Test

	Test Value = 23.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C3: Dever	1,151	49	,255	,46	-,34	1,26

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C4: Luta pela realização	50	20,78	3,69	,52

One-Sample Test

	Test Value = 19.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C4: Luta pela realização	2,067	49	,044	1,08	3,02E-02	2,13

T-Test

ANEXO D

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C5: Auto-diciplina	50	20,84	3,59	,51

One-Sample Test

	Test Value = 19.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C5: Auto-diciplina	3,227	49	,002	1,64	,62	2,66

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C6: Deliberação	50	18,80	3,16	,45

One-Sample Test

	Test Value = 18.4					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C6: Deliberação	,896	49	,374	,40	-,50	1,30

ANEXO E

Habilitações Literárias e Profissões – Nível Sócio-Económico

(N = 50)

Suj.	Hab. Literárias	Profissao	NSE
1	E. Secundário	Ajudante Enfermaria	Baixo
2	E. Secundário	Assistente Administrativa	Médio
3	E. Preparatório	Comerciante	Baixo
4	Curso Técnico-Profissional	Técnico Profissional de B.D.	Médio
5	E. Primário	Empregada Doméstica	Baixo
6	E. Secundário	Auxiliar de Alimentação	Baixo
7	Licenciatura	Professor Música/Ensino Artístico	Elevado
8	E. Secundário	Doméstica	Baixo
9	E. Preparatório	Cozinheira	Baixo
10	E. Secundário	Telefonista	Baixo
11	Licenciatura	-	Elevado
12	Bacharelato	Informática	Médio
13	E. Secundário	1ª Escriturária	Médio
14	E. Secundário	Empregada Escritório	Médio
15	E. Secundário	Técnica de Gestão	Médio
16	Bacharelato	Estilista	Elevado
17	E. Secundário	Secretária Administrativa	Médio
18	E. Secundário	Administrativa	Médio
19	Licenciatura	Professora	Médio
24	Licenciatura	Professora	Médio
25	E. Secundário	Auxiliar Acção Médica	Baixo
26	E. Preparatório	Empregada de Comércio	Baixo
27	E. Secundário	Auxiliar Acção Educativa	Baixo
28	E. Secundário	-	Médio
29	E. Preparatório	Cabeleireira	Baixo
30	E. Secundário	Vigilante	Baixo
31	Licenciatura	Técnica Comercial	Médio
32	E. Secundário	Escriturária	Médio
33	Licenciatura	Psicóloga	Elevado
34	E. Secundário	Vendedora Ambulante	Baixo
35	Licenciatura	Técnica Administrativa	Médio
36	E. Preparatório	Empregada Comércio	Baixo
37	Licenciatura	Educadora de Infância	Médio
38	E. Secundário	Escriturária	Médio
39	Licenciatura	Professora	Médio
40	Licenciatura	Professora	Médio
41	E. Primário	-	Baixo
42	E. Secundário	Caixeira	Baixo
43	E. Preparatório	Gráfica	Baixo
44	E. Secundário	Doméstica	Baixo
45	Licenciatura	Inspectora de Finanças	Médio
46	E. Secundário	Empresária	Médio
48	E. Secundário	Cabeleireira	Baixo
49	E. Secundário	Vendedora Imobiliária	Médio
50	E. Secundário	Costureira	Baixo
51	Licenciatura	Professora	Médio
52	E. Preparatório	Empregada de Comércio	Baixo
53	E. Secundário	Administrativa	Médio
54	Bacharelato	Educadora de Infância	Médio
55	Bacharelato	Educadora de Infância	Médio

ANEXO F

Classificação da avaliação do Nível Sócio-Económico **(Almeida, 1988)**

Nível Sócio-Económico Baixo

Trabalhadores assalariados, por conta de outrem; trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil; empregados de balcão no pequeno comércio; contínuos; cozinheiros; empregados de mesa; empregados de limpeza; pescadores; rendeiros; trabalhadores agrícolas; vendedores ambulantes. Até ao ciclo preparatório.

Nível Sócio-Económico Médio

Trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas); motoristas; pequenos patrões do comércio, indústria e serviços; profissionais técnicos intermédios independentes; pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, seguros e bancários; agentes de segurança; contabilistas; enfermeiros; assistentes sociais; professores do ensino básico e secundário. Do 4º ano ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores.

Nível Sócio-Económico Elevado

Grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços; profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino secundário e superior); artistas; oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos da aviação. Do 4º ano de escolaridade à licenciatura, mestrado e doutoramento.

ANEXO G

Classificação da Infertilidade

(N = 50)

Suj.	Tipo Infertilidade	Causa Infertilidade	Factor Infertilidade
1	Feminina	Cirurgia	Outro
2	Feminina	Obstrução Trompas	Factor Tubário
3	Feminina	Tuberculose Genital	Factor Tubário
4	Feminina	Disfunção Ovária	Factor Ovulatório
5	Feminina	Trompas Interrompidas	Factor Tubário
6	Feminina	-	-
7	Feminina	Falta de Ovulação	Factor Ovulatório
8	Feminina	Só uma Trompa	Outro
9	Feminina	Prolactina	Factor Ovulatório
10	Feminina	Endometriose	Factor Uterino
11	Desconhecida	-	-
12	Feminina	Endometriose	Factor Uterino
13	Feminina	Poucas ovulações	Factor Ovulatório
14	Feminina	Endometriose	Factor Uterino
15	Feminina	-	-
16	Feminina	-	-
17	Feminina	Endometriose	Factor Uterino
18	Feminina	Trompa Obstruída	Factor Tubário
19	Feminina	Obstrução Trompas	Factor Tubário
24	Desconhecida	-	-
25	Desconhecida	-	-
26	Desconhecida	-	-
27	Desconhecida	-	-
28	Desconhecida	-	-
29	Desconhecida	-	-
30	Desconhecida	-	-
31	Desconhecida	-	-
32	Desconhecida	-	-
33	Desconhecida	-	-
34	Desconhecida	-	-
35	Desconhecida	-	-
36	Desconhecida	-	-
37	Desconhecida	-	-
38	Desconhecida	-	-
39	Desconhecida	-	-
40	Feminina	-	-
41	Feminina	-	-
42	Feminina	Falta de Ovulação	Factor Ovulatório
43	Desconhecida	-	-
44	Desconhecida	-	-
45	Feminina	Ovários Poliquísticos	Factor Ovulatório
46	Desconhecida	-	-
48	Desconhecida	-	-
49	Desconhecida	-	-
50	Desconhecida	-	-
51	Desconhecida	-	-
52	Feminina	Não faz ovulações	Factor Ovulatório
53	Feminina	Trompas enroladas/obstruídas	Factor Tubário
54	Feminina	-	-
55	Feminina	-	-

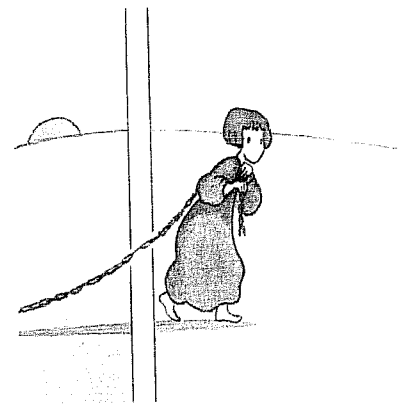
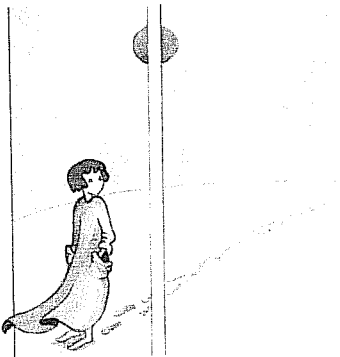
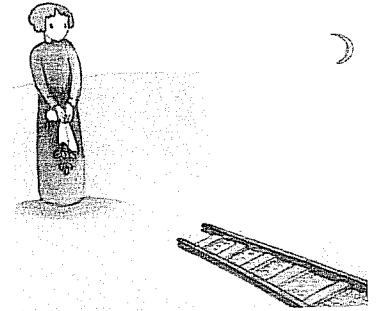
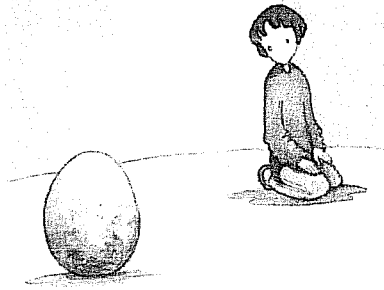
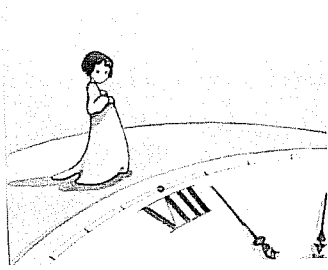
ANEXO H

NEO-PI-R: Valores Normativos **Médias e desvios-padrões da forma S** **(mulheres entre os 21 e os 84 anos)**

N = 890 mulheres

Facetas e Domínios	Média	Desv. Padrão
N – NEUROTICISMO	98,7	17,9
N1 – Ansiedade	20,3	4,5
N2 – Hostilidade	14,9	4,1
N3 – Depressão	16,9	4,8
N4 – Auto-consciência	16,7	4,4
N5 – Impulsividade	15,8	4,2
N6 – Vulnerabilidade	13,7	4,2
E – EXTROVERSÃO	103,3	15,0
E1 – Caloroso	21,8	3,7
E2 – Gregariedade	16,5	4,6
E3 – Assertividade	13,2	3,6
E4 – Actividade	16,9	3,1
E5 – Procura Excitação	16,6	4,4
E6 – Emoções Positivas	18,1	4,1
O – ABERTURA À EXPERIÊNCIA	106,7	17,9
O1 – Fantasia	17,0	4,7
O2 – Estética	20,3	4,9
O3 – Sentimentos	19,3	3,9
O4 – Acções	16,2	3,6
O5 – Ideias	16,3	5,4
O6 – Valores	17,5	3,5
A – AMABILIDADE	121,8	15,6
A1 – Confiança	18,5	4,2
A2 – Rectidão	19,5	4,0
A3 – Altruísmo	22,3	3,6
A4 – Complacência	19,3	4,6
A5 – Modéstia	20,5	3,8
A6 – Compassividade	21,5	3,2
C – CONSCIENCIOSIDADE	120,0	16,9
C1 – Competência	19,7	3,4
C2 – Ordem	19,4	4,1
C3 – Dever	23,2	3,8
C4 – Realização	19,7	3,8
C5 – Auto-disciplina	19,2	4,0
C6 – Deliberação	18,4	4,6

(Adaptado de Lima, 1997, p.418)



Gravuras digitalizadas de
Philippe Delerm & Martine Delerm
In *Fragiles* (2001), Éditions du Seuil